

Gynekológia pre prax

RECENZOVANÝ, POSTGRADUÁLNE ZAMERANÝ ODBORNÝ LEKÁRSKY ČASOPIS

ISSN 1336-3425

Časopis je indexovaný
v Slovenskej národnej bibliografii

4

20/2022

Gynecology for practice

REVIEWED, POSTGRADUATE SCIENTIFIC MEDICAL JOURNAL

Informácie o časopise

GYNEKOLÓGIA PRE PRAX

Ročník 20, 2022, číslo 4
vychádza 4x ročne

REDAKČNÁ RADA

Predseda

MUDr. Tibor Bielik PhD.

Členovia

prof. MUDr. Miroslav Borovský, CSc.
prof. MUDr. Ján Danko, CSc.
prof. MUDr. Ľudovít Danihel, PhD.
doc. MUDr. Ivan Holý, CSc.
MUDr. Ľudovít Janek st.
doc. MUDr. Miroslav Korbeľ, CSc.
prof. MUDr. Miloš Mlynček, CSc.
MUDr. Zuzana Nižňanská, PhD.
doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.

Odborný redaktor

doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.

VYDAVATEĽ

A-medi management, s. r. o.

Jarošova 1, 831 03 Bratislava

IČO: 44057717

e-mail: amedi@amedisk.sk

www.amedisk.sk

Redaktorka

Ing. Danica Paulenová

e-mail: paulenova@amedisk.sk

Grafická úprava a sadzba

Ing. Lukrecia Schiller

e-mail: dtp@amedisk.sk

Manažér marketingu a podujatí

Ing. Martina Novosedlíková

e-mail: novosedlikova@amedisk.sk

Manažér marketingu a inzercie

Eva Melišová

e-mail: melisova@amedisk.sk

Jazyková korektúra

Mgr. Eva Doktorová

Korektúra anglických textov

Ing. Jana Bábelová, PhD.

EKONOMIKA A PREDPLATNÉ

Ing. Martina Karvayová

mobil: 0911 117 949

e-mail: karvayova@amedisk.sk

Citačná skratka: Gynekol. prax

Dátum vydania: december 2022

EV 3193/09

ISSN 1336-3425

Časopis je indexovaný v Slovenskej národnej bibliografii, Bibliographia medica Slovaca (BMS) a zaradený do citačnej databázy CiBaMed

Všetky články sú dvojstupňovo recenzované. Vydavateľ nenesie zodpovednosť za údaje a názory autorov jednotlivých článkov či inzerátov. Články na šedých stranách sú firemnými prezentáciami alebo nerecenzovanými informáciami, za ktorých obsah zodpovedá autor. Reprodukcia obsahu je povolená len s priamym súhlasom redakcie.

Archív všetkých článkov na
www.amedisk.sk

OBSAH

ÚVODNÉ SLOVO

Problematika sexuálneho zdravia v gynekológii 188
Hlavný editor: PhDr. Katarína Jandová, PhD.

TÉMA ČÍSLA

Liečba infertility a jej vplyv na sexuálny a psychický život páru 189
Zuzana Navrátilová, Martin Petrenko

Testosterónová insuficiencia žien: pravda alebo mýtus? 193
Eliška Lacková, Lucia Bořucká, Katarína Jandová, Igor Rusňák

Pôrod ako potenciálna psychická trauma. OASI syndróm a jeho psychosexuálne konzekvencie 195
Katarína Jandová

Estetické gynekologické výkony a ich vplyv na sexuálne zdravie ženy 200
Maram Ben Oun, Alexandra Krištúfková

Lubrikanty – ich správne využitie v gynekologickej praxi 204
Alexandra Krištúfková, Ladislav Kováč

Trauma incestu 210
Dana Šedivá

Pseudogavidita ako forenzná kauza 216
Robert Máthé, Jana Štefániková

Konzumácia pornografie v kovidovej dobe 221
Zuzana Navrátilová, Martin Petrenko

PREHLADOVÁ PRÁCA

Získaná hemofília A 225
Erika Čellárová

TEST

Garantovaný autodidaktický test 181

GYNEKOLÓGIA PRE PRAX 01/2023

Kazuistiky v gynekológii a pôrodnictve
Hlavný editor: doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.



Problematika sexuálneho zdravia v gynekológii

Vážený kolegovia,

je mi jedinečnou čťou predstaviť niekoľko príspevkov týkajúcich sa ženského sexuálneho zdravia či ženských sexuálnych funkcií a dysfunkcií, pri niektorých aj z forenzného aspektu.

Hĺbka a šírka pokrytia tejto komplexnej a rýchlo sa rozvíjajúcej oblasti zdravia žien začína byť zaujímavá a realizácia mnohých nových výskumov a získanie nových klinických údajov svedčí o obrovskej energii a o odhodlaní rastúceho počtu odborníkov venujúcich sa skúmaniu sexuálneho zdravia žien.

Ako možno z príspevkov v tomto čísle časopisu cítiť, pri riešení ženských sexuálnych problémov a porúch sa čoraz viac aplikuje biopsychosociálny prístup, a to bez ohľadu na etiológiu alebo liečebné prístupy, čo je pre mňa ako klinickú psychologičku zvlášť potešujúce. Riešením problémov sexuálneho zdravia sa zaoberajú odborníci rôznych špecializácií. A v závislosti od toho, o akú špecializáciu ide, od skúseností, od toho, z akých teoretických tradícií a skúseností vychádzame, sú naše koncepty ženskej sexuality a dysfunkcií rozdielne, a tak sexuálne dysfunkcie interpretujeme rôzne. Z tohto dôvodu by sme sa mali venovať všetkým aspektom ženskej sexuality.

Ochorenia alebo problémy súvisiace so ženskými pohlavnými orgánmi a problémy spojené s graviditou a materstvom zaujímajú medzi ochoreniami a problémami veľmi špecifické miesto. Urogenitálny systém je mimoriadne zraniteľný a citlivý na rôz-

ne emocionálne podnety, a preto sa tu môže rozvinúť široký obraz aj rôznych funkčných porúch alebo psychických porúch. V gynekológii sa viaceré ochorenia alebo poruchy považujú za psychosomatické a, naopak, mnohé gynekologické ťažkosti či ochorenia sú často aj somatopsychické. Každý problém alebo ochorenie, či porucha ženských pohlavných orgánov sa hlboko dotýka podstaty osobnosti ženy a nezriedka zasahuje aj do jej partnerského, sexuálneho a rodinného života i sociálneho postavenia. Každý gynekologický problém môže v rôznej miere provokovať rôzne psychické zmeny a poruchy, môže sa týkať priamo základných prianí a túžob, môže posilňovať životnú alebo sociálnu nespokojnosť, ako aj konflikty v rodine, či v partnerskom vzťahu. Z tohto dôvodu je pre nás ako odborníkov dôležité, aby sme stále tieto súvislosti rešpektovali, aby sme pri riešení zdravotných problémov našich pacientok podľa možnosti mysleli na všetky aspekty kvality života.

Ženská sexuálna dysfunkcia nie je presne definovaným a presne ohraničeným fenoménom a každá žena ju prežíva inak. Každá žena vníma seba a svoju situáciu individuálne a mala by byť konzultovaná a liečená na základe jej potrieb. Aby sme ženám poskytli tú najlepšiu možnú starostlivosť, potrebujeme viac skúmať všetky aspekty ženskej sexuality a možnosti liečby.

Som presvedčená, že príspevky publikované v tomto čísle časopisu Gynekológia pre prax vás zaujmú a pomôžu v smere komplexného riešenia gynekologických problémov vašich pacientok.

PhDr. Katarína Jandová, PhD.,
klinická psychologička

Liečba infertility a jej vplyv na sexuálny a psychický život páru

Zuzana Navrátilová, Martin Petrenko

Podiel neplodných párov sa celosvetovo neustále zvyšuje. Neplodnosť ako medicínsky aj sociálny problém je príčinou, ale aj dôsledkom niektorých psychologických a sexuálnych problémov. Príspevok rozoberá vplyv liečby neplodnosti na psychický a sexuálny život pacientov. Z výsledkov celosvetových výskumov vyplýva, že pacienti najčastejšie trpia úzkosťou a depresiou. Zo sexuálnych dysfunkcií sa najčastejšie objavuje erektilná dysfunkcia a predčasná ejakulácia u mužov, vaginismus a poruchy sexuálnej túžby u žien. Údaje potvrdzujú aj výsledky nášho výskumu. Z týchto dôvodov považujeme za veľmi dôležitú úlohu psychosexuologického manažmentu párov podstupujúcich liečbu neplodnosti metódami asistovanej reprodukcie.

Kľúčové slová: neplodnosť, úzkosť, depresia, sexuálne dysfunkcie

Infertility treatment and its impact on the sexual and psychological life of a couple

The percentage of infertile couples is constantly increasing worldwide. Infertility, as a medical and social problem, is a cause and consequence of some sexual and psychological problems. This article discusses the impact of infertility treatment on the psychological and sexual life of patients. Worldwide research shows that patients suffer most often from anxiety and depression. The most common sexual dysfunctions are erectile dysfunction, premature ejaculation in men, vaginismus and decreased sexual desire in women. Our research work also confirms these results. We consider the role of psycho-sexual management of couples undergoing infertility treatment significant.

Keywords: infertility, anxiety, depression, sexual dysfunctions

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 189 – 192

Úvod

Neplodnosť ako medicínsky aj sociálny problém je príčinou, ale aj dôsledkom niektorých psychologických a sexuálnych problémov. Neplodnosť a jej liečba je hlboko stresujúci zážitok pre mnohé páry a zaraďuje sa k najťažším životným skúsenostiam, a to aj v porovnaní s inými závažnými situáciami, ako je napr. smrť niekoho blízkeho či rozvod. Približne 15 % všetkých párov má problémy s počatím aj po 1 roku nechráneného pohlavného styku. Tento spoločný problém páru môže mať významný vplyv aj na ich sexuálny život. U neplodných párov môže dochádzať k strate blízkosti vo vzťahu so svojím partnerom a k strate pocitu uznania v spoločnosti. Zároveň sa u každého partnera môže rozvíjať pocit zníženia sebaúcty. Tieto pocity môžu následne viesť k depresii, hnevu, úzkosti, pocitom viny a sexuálnym problémom⁽¹⁾.

Podiel neplodných párov sa celosvetovo neustále zvyšuje. Uvádza sa, že 60 – 80 miliónov párov je postihnutých problémami s plodnosťou, pričom každý piaty pár v Európe má problémy s počatím⁽²⁾. MKCH-10 charakterizuje klinickú neplodnosť ako chorobu reprodukčného systému definovanú nemožnosťou ani po 12 a viac mesiacoch pravidelného nechráneného pohlavného styku dosiahnuť klinické tehotenstvo, čo je v súlade s definíciou WHO o neplodnosti mužov a žien⁽²⁾.

Väčšina prípadov neplodnosti sa týka primárnej neplodnosti, zatiaľ čo sekundárna neplodnosť predstavuje len 25 – 40 %. Existuje čoraz viac dôkazov, že neplodnosť spôsobuje prežívanie úzkosti⁽³⁾, ktorá môže ďalej zhoršovať problém neplodnosti prostredníctvom rôznych, predovšetkým hormonálnych mechanizmov. V stresových podmienkach hypotalamo-hypofý-

zovo-nadobličková os zvyšuje hladinu hormónu uvoľňujúceho kortikotropín (CRH), adrenokortikotropného hormónu (ACTH) a glukokortikoidov. Zvýšené hladiny týchto stresových hormónov môžu zmeniť časovanie ovulácie, spôsobiť insuficienciu luteálnej fázy cyklu a znížiť pravdepodobnosť dosiahnutia tehotenstva. Zvýšené koncentrácie stresových hormónov, ako je noradrenalín a kortizol, môžu navyše zredukovať počet embryí dobrej kvality alebo brániť vývoju folikulov⁽⁴⁾.

Delenie sterility z hľadiska príčin nie je jednoznačné. Príčiny sa prisudzujú približne v 35 % mužom, rovnakým podielom ženám, v 20 % sa na neplodnosti podieľa pár spoločne a v 10 – 15 % sa príčinu nepodarí spoľahlivo zistiť. Percentuálne podiely jednotlivých faktorov sa líšia od uvádzaných zdrojov. Príčiny sterility môžu byť endokrinné, somatické, imunologické. Tzv. nevysvetliteľná (idiopatická, funkčná, psychosomatická) sterilita je taká, kde neboli zistené žiadne rozpoznateľné organické príčiny a medzi argumenty pre jej existenciu sa retrospektívne uvádza tehotenstvo napríklad po adopcii.

Starostlivosť o neplodný pár veľmi úzko súvisí nielen so psychickým, ale aj so sexuálnym zdravím. Podľa súčasnej pracovnej definície WHO je sexuálne zdravie: „... stav fyzickej, emocionálnej, duševnej a sociálnej pohody vo vzťahu k sexualite; nejde iba o neprítomnosť choroby, dysfunkcie alebo slabosti“⁽²⁾.

Mnohé neplodné páry zažívajú viaceré psychologické ťažkosti, ako sú nedostatočné manželské uspokojenie, narušenie partnerských vzťahov, nedostatočné sexuálne uspokojenie, nútené načasovanie styku, strata dôvery vo vzťahu, znížené libido a negatívne emocionálne prežívanie.

Vplyv liečby neplodnosti na psychický život páru

Viacere štúdie poukazujú na súvislosť medzi neplodnosťou, úzkosťou a depresívnymi poruchami^(5,6,7,8). Nie je úplne jasné, či premorbídne diagnózy úzkosti a/alebo depresie prispievajú k neplodnosti alebo sú výsledkom sťaženého psychologického zvládania neplodnosti a jej liečby. Medzi neplodnými ženami je vysoká prevalencia týchto porúch, pričom až do 40 % spĺňajú kritériá na psychiatrickú diagnózu. Najčastejšie sa vyskytuje generalizovaná úzkostná porucha, ďalej nasleduje depresívna porucha s dystýmiou. U žien, ktoré trpia neplodnosťou, bolo zaznamenané zvýšené riziko samovražedných myšlienok (výskyt až 9,4 %)⁽⁹⁾. Ešte vyššie je toto riziko u žien, ktoré neboli schopné úspešne otehotnieť ani po metódach asistovanej reprodukcie⁽¹⁰⁾. Pokiaľ ide o premorbídne sa vyskytujúcu úzkosť a depresívnu poruchu, je zrejme, že prítomnosť úzkosti a epizódy veľkej depresie v anamnéze sú významnými prediktormi depresie počas liečby neplodnosti⁽⁷⁾.

Principiálne môžu byť takmer všetky gynekologické symptómy a poruchy zapríčinené i psychogénne. Prostredie a nervový systém vplýva stresom na hormonálnu reguláciu, čím zabraňuje ovulácii, alebo vytváraním svalových kŕčov pôsobí negatívne na vajčikovody a plodnosť. Dôležitá je redukcia anxiety ovplyvňujúca u žien i mužov hladinu prolaktínu.

Ak sa nepodarí odstrániť príčinu neplodnosti, vstupuje väčšina neplodných párov v súčasnosti do programu asistovanej reprodukcie. Vzhľadom na priaznivú efektivitu metód asistovanej reprodukcie je dnes psychológia sterility psychológiou asistovanej reprodukcie – vyžadujúca finančné zdroje a trpezlivosť pri opakovaní liečebných cyklov. Opakované návštevy lekárov v súvislosti s riešením problémov neplodnosti môžu narušiť manželské a partnerské vzťahy. Ak nie je starostlivosť o neplodnú dvojicu komplexne zabezpečovaná jedným centrom, partneri si striedavo presúvajú zodpovednosť za neplodnosť podľa rôznych výsledkov vyšetrení.

Pred liečbou dominuje u žien prežívanie úzkosti a depresie. Úzkosť sa považuje za dôsledok nepríjemných vyšetrovacích, liečebných procedúr a obavy zo zlyhania liečby. Výskyt depresie sa odôvodňuje neschopnosťou počať. Zdôrazňuje sa súvislosť tejto výraznejšej emočnej reakcie u žien nielen s biologickými a sociálnymi faktormi, ale najmä s tým, že sú to práve ženy, ktoré podstupujú veľké množstvo nepríjemných vyšetrovacích procedúr i v prípade zistenia andrologickej príčiny sterility. Dôsledky liečby neplodnosti na psychiku páru súvisia predovšetkým s tým, či liečba bola alebo nebola úspešná. Nedávnou veľkou metaanalýzou autori zistili, že ženy, ktoré otehotneli, mali počas liečby metódami asistovanej reprodukcie výrazne nižšie skóre depresie a stavov úzkosti ako ženy, ktoré neotehotneli⁽¹¹⁾. Psychologické spúšťače rozvoja depresie a úzkosti u párov počas liečby neplodnosti sú často sociálne obavy, snaha prispôbiť sa sociálnym očakávaniam tým, že sa stanú rodičmi, strata sexuálnej sebaúcty a pôžitku, plánovanie sexuálnej aktivity, strach z postupujúceho veku, finančné obavy z dôvodu výdavkov na liečbu a zhoršenie kvality života⁽⁹⁾. Pôsobenie týchto stresorov často vrcholí asi 4 až 6 rokov po diagnostikovaní neplodnosti a po zlyhaniach liečby. Okrem toho medikamentózna liečba a hormonálna stimulácia, ktoré sa často používajú na liečbu neplodnosti, môžu tiež prispievať k symptómom úzkosti a depresie⁽¹²⁾. A, naopak, podpora partnerov môže byť ochranným faktorom proti rozvoju depresie. Len málo štúdií sa zameralo na rodové rozdiely vo vzťahu k rozvoju psychopatológie. Za-

tiaľ čo muži aj ženy zažívajú v priebehu oplodnenia in vitro (IVF) strach, ženy prežívajú vyššiu mieru úzkosti, depresie a nízku sebaúctu^(13,14). Ženy celkovo prežívajú vyššiu mieru symptómov úzkosti v porovnaní s mužmi, hoci obe pohlavia majú počas liečby vyššiu mieru úzkosti a depresie v porovnaní so všeobecnou populáciou⁽⁷⁾.

Vplyv liečby neplodnosti na sexuálny život páru

V centrách asistovanej reprodukcie nie je príliš časté zisťovanie sexuálneho správania a sexuálnych dysfunkcií u neplodných párov v dôsledku objavenia sa reprodukčnej neschopnosti. Z tohto dôvodu sa však sexuologické liečenie stáva veľmi dôležitým. Najčastejšie sa objavujúce formy sexuálnych dysfunkcií spojených s reprodukčnými ťažkosťami u mužov a žien sú erektilná dysfunkcia, predčasná ejakulácia, dyspareunia, vaginizmus a poruchy sexuálnej túžby^(15,16). Keďže aktívny a efektívny sexuálny kontakt môže zvýšiť šancu na plodnosť, predpokladá sa, že sexuálna dysfunkcia má výraznejší vplyv na plodnosť. A naopak, sexuálna dysfunkcia sa asocjuje s neplodnosťou. Je to spôsobené aj redukciami alebo nedostatkom sexuálnej aktivity. Sexuálna dysfunkcia zvyčajne vzniká alebo sa zosilňuje počas diagnostiky a liečby neplodnosti a je tichým partnerom neplodnosti. Zabraňuje účinnému liečeniu neplodnosti⁽¹⁷⁾. Poruchy sexuálneho správania môžu byť tiež príčinou neplodnosti. Vo všeobecnosti neplodné páry vyhľadávajú liečbu neplodnosti namiesto toho, aby hľadali hlbší problém v sexuálnych vzťahoch. Uvádza sa, že mnohé neplodné ženy trpia aspoň jedným z typov sexuálnej dysfunkcie⁽¹⁸⁾.

Sexuálne fungovanie neplodného páru je často narušené práve dôrazom na prokreatívnu funkciu pohlavného styku a samotný sex, napr. s ohľadom na plodné dni, pre ženy prestáva byť potešením a stáva sa skôr povinnosťou. Ak sa frekvencia koitu zvyšuje v období ovulácie, skracuje sa dĺžka milostnej predohry, u žien sa zhoršuje orgastická funkcia, jej celkové sexuálne uspokojenie je nižšie. U mužov sa môže objaviť predčasná ejakulácia ako následok úzkostného snaženia. Hoci sexuálne dysfunkcie majú priamy vzťah k neplodnosti len u malého percenta párov, celkové zlepšenie emocionálnej bilancie páru a zlepšenie sexuálnej reaktivity môže pomôcť riešeniu neplodnosti.

Sexuálne dysfunkcie môžu viesť k neplodnosti a oneskoriť počatie⁽¹⁹⁾. U žien môžu spôsobiť neplodnosť tým, že vedú k obmedzeniu alebo až k absencii sexuálnej aktivity. Vaginizmus a dyspareunia sú dve sexuálne poruchy, ktoré sa často vyskytujú ako príčina neplodnosti u žien. Sexuálna porucha môže byť tiež spôsobená alebo zhoršená diagnózou, vyšetrením a liečbou neplodnosti. Diagnostické postupy pôsobia ako závažný zdroj stresu najmä u žien, pretože tie sú konfrontované s čoraz invazívnejšími, časovo a finančne náročnejšími postupmi. Naopak, žiaduci sexuálny vzťah môže zvýšiť možnosť plodnosti.

Jednou z mála štúdií zaoberajúcich sa sexuálnym životom párov a sexuálnymi dysfunkciami u párov podstupujúcich liečbu neplodnosti bola talianska štúdia autorov Marci et al.⁽²⁰⁾. Cieľom tejto prospektívnej štúdie bolo zhodnotiť dôsledky diagnózy neplodnosti a jej liečby na sexuálne správanie. Neplodné páry porovnávali s kontrolnou skupinou plodných párov s cieľom zistiť, do akej miery je sexualita párov ovplyvnená neplodnosťou. Zamerali pozornosť na možný vplyv pohlavných diferencií na sexuálny život. Štúdia sa realizovala na populácii 112 párov rozdelených do troch skupín: skupina A (n = 30) – s čerstvo diagnostikovanou primárnou neplodnosťou, skupina B (n = 30)

– páry aktuálne v procese liečby neplodnosti, skupina C (n = 52)
 – kontrolná. Pokiaľ ide o sexuálne fungovanie, zaznamenali sa výrazné diferencie medzi mužmi a ženami, taktiež aj medzi skupinami. Ženy aj muži v skupine A aj B dosiahli signifikantne nižšie skóre ako účastníci skupiny C. Medzi skupinami A a B sa nezaznamenala diferencia v žiadnej škále ani pohlaví (okrem erektilnej dysfunkcie – vyššia v procese liečby). Ženy vykazovali nižšie skóre v podskupinách „orgazmus“, „sexuálna spokojnosť“ a „túžba“. Cieľom iného talianskeho prieskumu⁽²¹⁾ bolo opísať hlavné aspekty sexuologického skríningu v talianskych centrách asistovanej reprodukcie. V prieskume sa pýtali na najčastejšiu sexuálnu dysfunkciu u pacientov vyhľadávajúcich liečbu neplodnosti a zistili prevažujúce ženské sexuálne dysfunkcie, dyspareuniu a orgazmickú poruchu. Uvedli, že je potrebné zobrať do úvahy možnú komorbiditu vaginizmu s problémami s plodnosťou, pretože vedie k nefunkčnému manželstvu. V tejto súvislosti považovali za zásadné vyhodnotiť možné súvisiace psychologické faktory s neplodnosťou a vaginizmom. U mužov, podľa očakávaní výskumníkov, sa zaznamenala erektilná dysfunkcia a predčasná ejakulácia ako najčastejšie sa vyskytujúce sexuálne dysfunkcie. Aj v týchto prípadoch je potrebné zvážiť organické aj psychogénne komorbidity.

Na základe výskumov sa ukazuje, že najčastejšie sa objavujúce formy sexuálnych dysfunkcií spojených s reprodukčnými ťažkosťami u mužov aj žien a najčastejšie sexuálne problémy sú erektilná dysfunkcia, predčasná ejakulácia, dyspareunia, vaginizmus a poruchy sexuálnej túžby^(15,16).

Pri skúmaní anamnézy neplodného páru v centrách asistovanej reprodukcie z uvedeného vyplýva potreba skúmania ich sexuálneho života a jeho emocionálneho prežívania.

Naše výskumné zistenia

V našom výskume sme sa zamerali na prítomnosť symptómov úzkosti a depresie a na výskyt sexuálnych dysfunkcií u neplodných párov v procese liečby neplodnosti. Zároveň sme sledovali medzipohlavné rozdiely v týchto symptómoch, ako aj medzipohlavné rozdiely vo výskyte sexuálnych dysfunkcií.

Výskumnú vzorku tvorili páry, ktoré prichádzali do ambulancie Univerzitného centra reprodukčnej medicíny I. gynekologicko-pôrodníckej kliniky LF UK v Nemocnici sv. Cyrila a Metoda v Bratislave kvôli riešeniu problému neplodnosti. Páry anonymne podpísali informovaný súhlas s účasťou na výskume a anonymne vyplňali anamnestický a demografický dotazník (bez uvedenia mena a údajov, ktoré by mohli viesť k ich identifikácii). Následne vyplňali sexuologické dotazníky ASEX (Arizona Sexual Experience Scale), SFM/Ž (sexuální funkcie muža/ženy), GRISS (dotazník sexuálnej spokojnosti), dotazník na depresiu BDI (Beck's Depression Inventory) a dotazník na úzkosť STAI (dotazník na meranie úzkosti a úzkostlivosti – State Trait Anxiety Inventory).

Zber dát prebiehal v období september 2019 – apríl 2020. Výskumnú vzorku tvorilo 44 účastníkov, z toho 25 žien a 19 mužov.

V našom výskume sme zistili, že najčastejšie sa vyskytujúca sexuálna dysfunkcia u žien je anorgazmia a výrazne zníže-

ná je aj celková sexuálna spokojnosť. U mužov v našom súbore sa ukázala prítomnosť predčasnej ejakulácie ako sexuálnej dysfunkcie a hraničné hodnoty normy dosahovali muži vo frekvencii pohlavných stykov a absencii zmyselnosti. Naše závery sú v zhode so závermi ďalších štúdií^(20,21,22).

Naše výsledky pre celý súbor ukazujú, že až 28,6 % respondentov trpí niektorým typom sexuálnej dysfunkcie. Výsledky pre jednotlivé pohlavia ukazujú, že 32 % žien a 23,5 % mužov trpí niektorým typom sexuálnej dysfunkcie. V našom výskumnom súbore symptómy úzkosti a depresie nedosiahli mieru poruchy nálady. Zistili sme však, že celková miera úzkosti aj depresie štatisticky pozitívne koreluje s prítomnosťou sexuálnej poruchy. Výsledok poukazuje na to, že jedinci so sexuálnou dysfunkciou vykazujú aj vyššiu mieru úzkosti a depresie. Nezodpovedaná je však otázka, či ide o vzťah príčinný alebo kauzálny. V každom prípade tieto symptómy pôsobia komorbidne.

Výsledky nášho výskumu tiež potvrdili naše hypotézy, že čím dlhšie sa pár bude snažiť o otehotnenie, tým bude vykazovať vyššiu mieru depresívnych príznakov. Naopak, nepotvrdila sa nám hypotéza, že to tak bude aj s úrovňou symptómov úzkosti. Zistili sme ďalej, že u žien sa s dĺžkou vzťahu a dĺžkou snaženia znižuje záujem o sexuálne aktivity. A nakoniec, že u žien s veľkou narastá sexuálna dysfunkcia a anorgazmia.

Záver

Vnímame ako veľmi dôležitú úlohu psychosexuologického manažmentu párov podstupujúcich liečbu neplodnosti metódami asistovanej reprodukcie. Lekári, psychológovia, sexuológovia, psychoterapeuti a ďalší zdravotnícky personál zapojení do problematiky liečby neplodnosti môžu byť v budúcnosti na základe našich poznatkov veľmi nápomocní a plodní pri manažmente neplodného páru. Informácie týkajúce sa psychologického a sexuálneho zdravia párov by mali tiež priniesť významnú hodnotu medicínskeho procesu liečby neplodnosti a môžu ponúknuť zvýšenie účinnosti liečby a zlepšenie spolupráce pacientov.

Na základe uvedeného by liečba neplodnosti mala byť aj psychosexuologická a psychoterapeutická. A mala by sa stať bežnou súčasťou terapeutického a liečebného manažmentu infertilného páru v ambulanciách a centrách asistovanej reprodukcie.

Psychologické a sexuologické posúdenie párov pred liečbou a počas liečby neplodnosti v centrách asistovanej reprodukcie by sa malo považovať za neoddeliteľnú súčasť liečby.

Vyhlásenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

Mgr. Zuzana Navrátilová, PhD.
 Univerzitná nemocnica Bratislava,
 Novorodenecká klinika M. Rusnaka SZU
 Antolská 11, 851 04 Bratislava
 e-mail: navratil.zuzana@gmail.com

MUDr. Martin Petrenko, CSc., MBA
 Univerzitná nemocnica Bratislava,
 I. gynekologicko-pôrodná klinika

Literatúra

1. Ulku B, et al. Sexual dysfunction in infertile couples: evaluation and treatment of infertility. J Pakistan Med Ass 2014; 64(2): 138-145.
2. WHO. Sexual health and its linkages to reproductive health: an operational approach. 2017; ISBN 978-92-4-151288-6 who.int/reproductivehealth
3. Verhaak CM. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. Human Reprod Update 2007; 13(1): 27-36.
4. Nakamura K, et al. Stress and reproductive failure: past notions, present insights and future directions. J Assist Reprod Gen 2008; 25(2-3): 47-62.
5. Gameiro S, et al. ESHRE guideline: routine psychosocial care in infertility and medically assisted reproduction – a guide for fertility staff. Human Reprod 2015; 30(11): 2476-2485.
6. Sejbæk CS, et al. Incidence of depression and influence of depression on the number of treatment cycles and births in a national cohort of 42,880 women treated with ART. Human Reprod 2013; 28(4): 1100-1109.
7. Holley SR, et al. Prevalence and predictors of major depressive disorder for fertility treatment patients and their partners. Fertil Steril 2015; 103(5): 1332-1339.
8. Lakatos E, et al. Anxiety and depression among infertile women: a cross-sectional survey from Hungary. BMC Women's Health 2017; 17(1): 48.
9. Shani C, et al. Suicidal risk among infertile women undergoing in-vitro fertilization: Incidence and risk factors. Psychiatry Research, 2016; 240: 53-59.
10. Kjaer TK, et al. Suicide in Danish women evaluated for fertility problems. Human Reprod 2011; 26(9): 2401-2407.
11. Purewal S, et al. Depression and state anxiety scores during assisted reproductive treatment are associated with outcome: a meta-analysis. Reprod Biomed Online, 2018; 36(6): 646-657.
12. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues Clinical Neuroscience, 2018; 20(1): 41-47.
13. Ying L, et al. Gender differences in emotional reactions to in vitro fertilization treatment: a systematic review. J Assist Reprod. Gen 2016; 33(2): 167-179.
14. El Kissi Y, et al. General psychopathology, anxiety, depression and self-esteem in couples undergoing infertility treatment: a comparative study between men and women. Eur Jour Obstet Gynecol Reprod Biol 2013; 167(2): 185-189.
15. Shindel AW, et al. Premature ejaculation in infertile couples: prevalence and correlates. J Sexual Med 2008; 5(2): 485-491.
16. Furukawa AP, et al. Dyspareunia and sexual dysfunction in women seeking fertility treatment. Fertil Steril. 2012; 98(6): 1544-1548.
17. Cuijpers P, et al. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. World Psychiatry, 2013; 12(2): 137-148.
18. Hock, RR. Human sexuality. 3rd ed. UK: Mandocino College, 2010; 696.
19. Tayebi N, Ardakani SM. Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions in infertile women. Eur J General Med, 2009; 6: 74-77.
20. Marci R, et al. Procreative sex in infertile couples: the decay of pleasure? Health and quality of life outcomes. 10, article number 140. 2012.
21. Ciocca G, et al. SIAMS survey on sexological screening during the assisted reproductive technologies in Italy. J Endocrinol Investig 2015; 38: 999-1005.
22. Ohl J, et al. Impact of infertility and assisted reproductive techniques on sexuality. Gynecol Obstet Fertil 2009; 37: 25-32.



*Ďakujeme Vám za spoluprácu v roku 2022
a prajeme veselé Vianoce a úspešný štart
do nového roka.*

Testosterónová insuficiencia žien: pravda alebo mýtus?

Eliška Lacková, Lucia Bořucká, Katarína Jandová, Igor Rusňák

Androgény v nadmerných aj nedostatočných hladinách v sére sa podieľajú na poruchách ženského reprodukčného zdravia. V prípade sexuálnej dysfunkcie je na mieste sledovanie hladiny testosterónu v sére. Hladiny androgénov u žien pred menopauzou kontinuálne klesajú približne na 50 % hodnôt v porovnaní s 20-ročnými ženami. Nižšie hladiny súvisia s poklesom sexuálnej túžby, depresiami, osteoporózou, poklesom libida, dyspareuniou a nárastom celkovej tukovej hmoty. Ako riešenie testosterónovej insuficiencie a s ňou spojený pokles sexuálnej túžby sa ponúka substitučná terapia testosterónom. Transdermálna liečba poskytuje najfyzioologickejšiu formu substitučnej liečby pre ženy, ktorá sa podáva ako náplast', gél, krém alebo sprej. Substitučná terapia testosterónom by mala byť začatá po psychosociálnom hodnotení a vylúčení iných stavov, ktoré môžu viesť k zníženiu sexuálnej túžby. Farmakologická terapia sa môže v prípade potreby kombinovať s psychologickou podporou.

Kľúčové slová: androgény, testosterón, sexuálna dysfunkcia u žien

Testosterone insufficiency in women: true or myth?

Androgens in excessive and insufficient serum levels are involved in female reproductive health disorders. In case of sexual dysfunction, monitoring serum testosterone levels is appropriate. Androgen levels in women continuously decrease to about 50% before menopause compared to 20-year-old women. The lower level is associated with decreased sexual desire, depression, osteoporosis, decreased libido, dyspareunia, and increased total fat mass. Testosterone replacement therapy is offered to address testosterone insufficiency and the associated decline in sexual desire. Transdermal treatment provides the most physiological substitution treatment for women, administered as a patch, gel, cream or spray. Substitution therapy with testosterone should begin with psychosocial assessment and exclude other conditions that may lead to sexual desire. Psychological and pharmacological therapy can be combined if necessary.

Keywords: androgens, testosterone, female sexual dysfunction

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 193 – 194

Androgény

Androgény, mužské pohlavné steroidné hormóny, zohrávajú dôležitú úlohu aj v ženskom zdraví. Obe pohlavia tvoria mužské aj ženské pohlavné hormóny, avšak v odlišných koncentráciách. Hlavným mužským pohlavným steroidným hormónom je testosterón, ktorý má virilizujúci účinok. U mužov je produkován Leydigovými bunkami semenníkov, u žien je produkován vo vaječníkoch, kôre nadobličiek a malé množstvo aj v pečeni. K jeho uvoľňovaniu dochádza v epizódach počas dňa s najvyšším peakom hodnôt nadržanom. V krvi sa rozlišuje viazaná a neviazaná forma. Biologicky aktívna je len voľná forma testosterónu, ktorej hodnoty sa u žien a mužov líšia. U mužov predstavuje približne 1 – 3 %, u žien 0,5 – 1,3 %. V cieľových tkanivách sa premieňa na 5- α -dihydrotestosterón a viaže sa na špecifické receptory⁽¹⁾.

Hladina testosterónu v krvi (testosteronémia)

Hladiny testosterónu u žien v reprodukčnom veku sa pohybujú v rozmedzí 0,46 – 2,96 nmol/l a sú ovplyvnené fázami menštruačného cyklu. U postmenopauzálnych žien hladina testosterónu klesá a pohybuje sa od 0,21 do 3,54 nmol/l. Počas ovulácie stúpa produkcia testosterónu o 10 – 15 %. U mužov sú hladiny významne vyššie ako u žien. Stanovovanie hladiny v krvi, testosteronémia, vzhľadom na to, že jeho hladina je ovplyvnená cirkadiálnym rytmom, sa odporúča ráno. Okrem hladiny testosterónu sa odporúča vyšetriť aj hladinu dihydroe-

piandrosterónu (DHEA-S) a hladinu kortizolu pre diferenciáciu adrenálneho a ovariálneho pôvodu androgénov⁽¹⁾.

Hladiny androgénov u žien počas života kontinuálne klesajú a pred menopauzou dosahujú úroveň len približne na 50 % v porovnaní s 20-ročnými ženami. Hladiny androgénov dokonca klesnú o 70 % do 24 hodín, keď ženy podstúpia chirurgické odstránenie vaječníkov. Konvenčná perorálna antikoncepcia a hormonálna substitučná liečba spôsobujú pokles androgénov v dôsledku vyšších hladín SHBG (globulín viažuci pohlavné hormóny)^(1,3).

Testosterón v tele ženy

Testosterón je hlavný prekursor estradiolu a pôsobí priamo na androgénne receptory. Nadbytky mužských pohlavných hormónov u žien sú v súčasnosti dobre známe. Ich nedostatku v ženskej populácii sa neprikladá dostatočná pozornosť. Medzi stavy spojené so zníženou hladinou testosterónu u žien patrí bilaterálna ovarektómia, nadobličková nedostatočnosť, hypopituitarizmus, užívanie kombinácie orálnej antikoncepcie alebo systémových glukokortikoidov a predčasné ovariálne zlyhanie. Hysterektómia je tiež spájaná so znížením hladiny cirkulujúceho testosterónu. Príznaky androgénnej nedostatočnosti u žien sú málo špecifické. Prítomná je svalová slabosť, únava, vyčerpanie, redukcia ochlpenia, vypadávanie vlasov, zmeny nálady, znížený sexuálny apetít a nedostatočná vaginálna lubrikácia.

Vyššie hodnoty androgénov sú výraznejšie v mladšom veku, tiež pred alebo po pôrode dieťaťa a môžu byť zodpovedné aj za

„baby blues“. Zistilo sa, že aj depresia u dievčat v období puberty často koreluje so zvýšením hladín testosterónu^(3,4).

Sexuálne dysfunkcie a znížená hladina testosterónu u žien

Poruchy sexuality u žien sú častým problémom naprieč všetkými vekovými skupinami. Sexuálne dysfunkcie u žien môžu mať množstvo príčin. Sexuálne fungovanie môže byť ovplyvnené psychickými ťažkosťami, ako je depresia, trauma spojená so sexuálnym násilím či zneužívaním, s gynekologickými ochoreniami, hormonálnou dysbalanciou či liekmi. Medzi najčastejšie formy sexuálnej dysfunkcie patrí zníženie sexuálnej túžby, ktoré je charakterizované zníženou erotickou fantáziou, absenciou myšlienok na sex a následne aj zníženou sexuálnou aktivitou až odmietaním sexu. Jednou z príčin zníženého libida u žien môže byť aj znížená hladina cirkulujúceho testosterónu. Testosterón ovplyvňuje ženskú sexualitu, sexuálnu túžbu a aktivitu. Štúdie poukazujú na priamy vzťah medzi sérovou koncentráciou testosterónu, libidom a frekvenciou pohlavného styku. Testosterón po naviazaní na svoje receptory v pošve má vazomotorické účinky a vedie k zvýšenému prekrveniu a lubrikácii v oblasti pošvy, čo významnou mierou prispieva k sexuálnemu uspokojeniu žien. U žien s poruchami sexuálnych funkcií sa odporúča vyšetrenie hladín androgénov v krvi a diferenciálna diagnostika príčiny ich poklesu.

Liečba androgénnej deficiencie u žien

Substitučná terapia testosterónom by mala byť začatá po psychosociálnom prehodnotení a vylúčení iných stavov, ktoré môžu viesť k zníženiu sexuálnej túžby. Farmakologická a psychologická terapia sa môžu v prípade potreby kombinovať⁽⁵⁾.

Štúdie ohľadom efektu testosterónovej deficiencie a jej substitučnej terapie u žien sú však doposiaľ obmedzené. Primárnou indikáciou na predpisovanie testosterónu ženám je strata sexuálnej túžby, týka sa to najmä žien po menopauze. Pri liečbe týchto pacientok bolo pozorované zvýšenie sexuálnej túžby, intenzívnejšie vzrušenie, zvýšenie frekvencie orgazmov, uvoľnenie vnútorného napätia. Niektoré štúdie opisujú priaznivé účinky testosterónu aj na kardiovaskulárny systém, zvyšovanie kognitívnej výkonnosti a pozitívny vplyv na muskuloskeletový aparát žien po menopauze⁽⁵⁾.

V Európe nie je substitučná liečba testosterónom schválená, použitie transdermálnych testosterónových náplastí je limitované len na liečbu chirurgicky navodenej menopauzy u žien s hypoaktívnou poruchou sexuálnej túžby pri sprievodnej liečbe estrogénmi. Európska lieková agentúra odmietla rozšíriť indikáciu pre ženy po menopauze. V USA je terapia testovaná (RCT – replacement therapy) a používaná u postmenopauzálnych žien a pri chirurgicky navodenej menopauze. U premenopauzálnych žien ide o „off-label“ liečbu. Transdermálny 1 % testosterónový krém je dostupný na predpis v Austrálii, v roku 2020 ho schválili

Austrálsky register terapeutického tovaru na liečbu HSDD u žien po menopauze. Dostupné údaje o bezpečnosti transdermálnej formy terapie nepreukázali výskyt závažných nežiaducich účinkov. Transdermálna liečba poskytuje najfyzologickejšiu formu substitučnej liečby. Aplikuje sa najčastejšie vo forme náplasti, gélu, krému, ale aj vo forme spreja. Testosterónové implantáty boli široko používané, avšak môžu viesť k významne zvýšeným hladinám testosterónu, neumožňujú titráciu dávky a udržanie stabilnej hladiny, preto sa dnes už neodporúčajú. Vzhľadom na nežiaduce účinky súvisiace s krátkodobou bezpečnosťou sa neodporúčajú ani intramuskulárne injekcie a perorálne prípravky^(2,5).

Benefity a riziká liečby testosterónom pre ženy so zníženou sexuálnou túžbou zostávajú naďalej kontroverzné. Počas terapie je potrebný monitoring hladiny testosterónu v krvi a sledovanie príznakov nadbytku testosterónu. Medzi hlásené nežiaduce účinky patrí nárast hmotnosti, akné, nadmerné ochlpenie, zmeny v lipidovom profile, neboli však zaznamenané žiadne závažné nežiaduce účinky⁽⁶⁾.

Testosterónová terapia pre ženy nie je v súčasnosti celosvetovo tolerovaná a dostupná, pravdepodobne pre nedostatok údajov o dlhodobej účinnosti a bezpečnosti. Otázky sú ohľadom vplyvu na kardiovaskulárny systém (riziko vzniku akútneho infarktu myokardu, cievnej mozgovej príhody, hlbokkej venózne trombózy a pod.) a tiež vzťah k rakovine prsníka⁽⁶⁾.

Záver

Hypoaktívna porucha sexuálnej túžby u žien je ťažko kvantifikovateľná. Ide o poruchu multifaktoriálneho charakteru. Diagnostika etiológie sexuálnej dysfunkcie je komplikovaná. Významnú úlohu môže zohrávať aj zníženie hladiny testosterónu v krvi.

Jedna z prvých prác poukazujúcich na vzťah medzi zníženou sexualitou ženy a testosterónovou deficienciou bola uverejnená v roku 1959⁽⁶⁾. V literatúre však v poslednom období pribúdajú práce potvrdzujúce súvis nedostatku androgénov u premenopauzálnych a postmenopauzálnych žien s ich sexuálnou dysfunkciou. Napriek tomu je však zavádzanie týchto klinických skúseností do praxe veľmi pomalé.

Vyhlasenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. Eliška Lacková, PhD.
I. gynekologicko-pôrodná klinika SZU a UNB
Limbová 5, 833 05 Bratislava
e-mail:eli.demesova@gmail.com

MUDr. Lucia Bořucká, PhDr. Katarína Jandová, PhD.,
doc. MUDr. Igor Rusňák, CSc.
I. gynekologicko-pôrodná klinika SZU a UN Bratislava
Nemocnica akad. L. Dérera

Literatúra

1. <https://www.unilabs.sk/vysetrenie/195>
2. Davis SR, Vahlin-Jacobsen S, et al. Testosterone in women – the clinical significance, Lancet 2015; 12(3): 980-992. [https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(15\)00284-3](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(15)00284-3)
3. Islam RM, Bell RJ, Green S, et al. Safety and efficacy of testosterone for women: a systematic review and meta-analysis of randomised controlled trial data, Lancet 2019; 10(7): 754-766.
4. Rohr UD. The impact of testosterone imbalance on depression and women's health, Maturitas 2002; 41(Suppl 1): 25-46.

5. Sharon JA, Parish SJ, Simon JA, et al. International Society for the Study of Women's Sexual Health Clinical Practice Guideline for the Use of Systemic Testosterone for Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women. J Women's Health 2021; 30(4): 474-491.
6. Shifren JL, Braunstein GD, Simon JA, et al. Transdermal testosterone treatment in women with impaired sexual function after oophorectomy. N Eng J Med 2000; 343: 682-688.

Pôrod ako potenciálna psychická trauma. OASI syndróm (OASIS) a jeho psychosexuálne konzekvencie

Katarína Jandová

Aj keď je pôrod fyziologický dej, je jedným z najbolestivejších zážitkov v živote ženy a spája sa s rizikom vzniku rôznej miery pôrodných poranení, najmä poranení perinea. Mnohé ženy pôrod percipujú ako traumy, ktorá môže vážne narušiť psychické zdravie ženy. Závažné pôrodné poranenia často ovplyvňujú sexuálny život. Somatické traumy môžu prispievať k psychickým traumám a k rozvoju posttraumatickej stresovej poruchy a popôrodnej depresie, ktorých výskyt v populácii rodičiek sa odhaduje asi na 4 % a 20 %. Môže sa objaviť OASIS syndróm.

Kľúčové slová: pôrod, posttraumatická stresová porucha, sexuálne dysfunkcie

Childbirth as a potential psychological trauma. Oasis syndrome (OASIS) and their psychosexual consequences
Although childbirth is a physiological process, it is one of the most painful experiences in a woman's life. It is associated with the risk of varying rates of birth injuries, especially perineal injuries. Many women perceive childbirth as a traumatic event which can seriously impair a woman's mental health. Severe birth injuries often affect sex life. Somatic trauma can contribute to psychological trauma and the development of post-traumatic stress disorder and postpartum depression, estimated at about 4% and 20% in the maternal population. OASIS syndrome may occur.

Keywords: childbirth, post-traumatic stress disorder, sexual dysfunction

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 195 – 199

Úvod

Pôrod je jedným z najbolestivejších zážitkov v živote ženy. Zvyčajne prebieha ako bežná fyziologická udalosť, pričom však dochádza k obrovským fyziologickým a neurohormonálnym zmenám a narušeniu telesnej integrity rodičky, ktoré sa v bežnom živote nepozorujú. Pôrod, na rozdiel od iných traumatických udalostí je špecifický v tom, že žena do tejto „udalosti“ vstupuje väčšinou dobrovoľne, a je všeobecne očakávaný a prežívaný väčšinou žien v populácii. Zahŕňa to však značné somatické a psychické zmeny, ktoré, ak nebudú kontrolované, môžu mať za následok narušenie duševného zdravia. V praxi sa však do veľkej miery ignoruje možný dlhodobý vplyv tejto potenciálne traumatizujúcej udalosti na ďalší osobný, partnerský či rodinný život rodičky.

Ako uvádza Wigert et al.⁽¹⁾, skúsenosti žien s tehotenstvom a pôrodom sú multidimenzionálne a môžu zahŕňať všetky druhy pocitov, od radosti a naplnenia až po úzkosť a pocit hrôzy. U niektorých tehotných žien prevládajú negatívne pocity, v dôsledku čoho sa u nich môžu objavovať výrazné obavy z pôrodu, čo môže mať negatívne dôsledky na celkovú pohodu a zdravie. Strach z pôrodu je významnou príčinou zvyšujúceho sa počtu žiadostí o cisársky rez v Európe, Austrálii aj v USA.

Wigert et al.⁽¹⁾ taktiež uvádzajú, že výskyt intenzívneho strachu z pôrodu sa pohybuje od 4,8 % v Austrálii, 6,3 % v Belgicku po 14,8 % žien vo Švédsku. Na základe analýzy kvalitatívnych štúdií sa predpokladá, že pre strach z pôrodu sa zdajú esenciálne pocity neistoty v súvislosti s pôrodom. Metaanalýza štúdií zameraných na príčiny a následky intenzívneho strachu ukazujú, že jeho najsilnejšími prediktormi sú predchádzajúce negatívne alebo traumatické skúsenosti s pôrodom a operačný pôrod⁽²⁾.

Zdá sa, že prežívanie strachu z pôrodu u žien súvisí s ich pocitmi emocionálnej pohody, so symptómami stresu, ich vplyvom na každodenný život a so želaním cisárskeho rezu pri ďalšom pôrode. Ženy, ktoré majú strach z pôrodu, sú heterogénna skupina, a tak sa ich obavy môžu prejavovať rôzne. Pri pôrode môžu pociťovať nedostatok sebadôvery, sú ovplyvnené negatívnymi príbehmi o pôrodoch zo strany iných žien, majú strach z pôrodnej bolesti alebo strach zo straty kontroly nad situáciou, prípadne sa obávajú fyzického poranenia pri pôrode. Ženy, ktoré znovu rodia po predchádzajúcej negatívnej skúsenosti z pôrodu, sa často obávajú opakovania zlej skúsenosti. Strach z pôrodu je teda multifaktoriálny stav⁽¹⁾.

Zatiaľ nie je k dispozícii žiadna metasyntéza o prežívaní žien s intenzívnym strachom z pôrodu. Iba parciálne zistenia štúdií poukazujú na to, že ženy sa často domnievali, že zo svojej „nepriaznivej“ situácie nemajú východisko. Ženy trpeli následkami traumatických zážitkov z pôrodu, myšlienkami na predchádzajúci pôrod alebo počúvaním príbehov iných žien, ktoré hovorili o svojich desivých zážitkoch pri pôrode. Ženám absentovala záruka úspešného pôrodu, čo malo za následok pocit straty kontroly, strach z bolesti pri pôrode a z poranenia aj seba, aj svojho dieťaťa.

Niektoré ženy prežívajú tehotenstvo, ale najmä pôrod s takou mierou úzkosti a stresu, že to považujú za výraznú traumatizujúcu skúsenosť, ktorá môže rezultovať do posttraumatickej stresovej poruchy (PTSP). Americká psychiatrická asociácia (APA) uvádza, že PTSP je úzkostná porucha, ktorá sa môže vyskytnúť po udalostiach, pri ktorých osoba zažila vážne poranenie alebo bola svedkom úmrtia pri vážnom poranení tela (alebo bola ohrozená), a v dôsledku toho trpí rôznymi symptómami⁽³⁾. Osoby s PTSP často udávajú nočné mory, flashbaky (opakované prežívanie desivých scén v zábleskoch spomienok), nežiaduce

intrúzie negatívnych emócií a kognícií, vyhubavé správanie, iritabilitu, ťažkosti s koncentráciou, celkový pocit, že sú na okraji svojich síl, pocit viny a agitovanosť. Často sa snažia vyhýbať rozhovorom, okolnostiam alebo miestam, ktoré im pripomínajú traumatizujúcu udalosť.

Odborná literatúra týkajúca sa pôrodu ako potenciálne traumatizujúcej udalosti sa vo väčšej miere začala objavovať od konca 90. rokov minulého storočia. Z dôvodu potenciálne výrazne negatívnych dôsledkov pre matku, dieťa a rodinu je totiž dôležité, aby odborníci v oblasti pôrodníctva a tí, ktorí poskytujú starostlivosť v prvom roku po pôrode v štandardných podmienkach, rozpoznali a potvrdili symptomatiku PTSP po pôrode a aby si boli vedomí možných rizikových faktorov, následkov a možnosti liečby.

Stramrood a Slade uvádzajú, že traumatickú skúsenosť s pôrodom všeobecne udáva 29 – 44 % žien⁽⁴⁾.

Kedy môže byť pôrod percipovaný ako traumatický?

Aby bolo možné klasifikovať udalosť, akou je pôrod, ako „traumatizujúcu“, v súlade s kritériami aktuálneho Diagnostického a štatistického manuálu duševných porúch (DSM-5), musela by žena zažiť úmrtie alebo byť jeho svedkom, musela by byť ohrozená smrťou (alebo udalosť tak percipovať), musela by zažiť skutočné poranenie alebo byť ohrozená vážnym poranením, alebo zažiť skutočné sexuálne násilie, alebo byť ním ohrozená. V tomto prípade to vzťahuje na seba alebo na dieťa. Je dôležité uvedomiť si, že percipcia „hroziacej smrti alebo zranenia“ je subjektívna a určuje ju osoba, ktorá to zažije. To, či bol z medicínskeho hľadiska skutočne ohrozený život ženy alebo jej dieťaťa, nie je veľmi relevantné v kontexte s určením, či bol pôrod pre pacientku traumatizujúci. Je žiaduce poznamenať, že potvrdenie fetálneho distressu alebo prežívanie strachu, epiziotómia, poranenia alebo hemorágia a i. nie sú pri pôrode neobvyklé.

Rizikové faktory rozvoja posttraumatickej stresovej poruchy po pôrode a jej prevalencia

U niektorých žien je pravdepodobnosť vzniku PTSP po pôrode vyššia. Vo všeobecnosti možno rizikové faktory rozdeliť podľa ich chronologického výskytu alebo podľa typu rizikového faktora. Bežne sa rozlišuje medzi:

- predisponujúcimi faktormi (samotné aktuálne tehotenstvo alebo faktory/udalosti/situácie počas tehotenstva, ale aj preexistujúce atribúty alebo vzťahové vzorce, ktoré žena vnáša so sebou do tehotenstva),
- precipitujúcimi faktormi (aspekty samotnej udalosti pôrodu a spôsob jeho prežívania),
- udržiavajúcimi faktormi (popôrodné faktory vrátane toho, akú má rodička podporu a aký dáva zmysel svojim včasným reakciám)⁽⁵⁾.

Ďalšie rozdelenie je medzi psychologickými, pôrodnickými a situačnými faktormi, ktoré sa vyskytujú počas pôrodu.

Medzi predisponujúce psychologické rizikové faktory patrí anamnéza PTSP, depresia počas tehotenstva a strach z pôrodu. Ženy s nedostatočnými alebo maladaptívnymi schopnosťami zvládania (tzv. copingovými zručnosťami) alebo s popôrodnou depresiou taktiež častejšie trpia PTSP. PTSP sa môže vyvinúť aj po pôrodoch, ktoré sa považujú za normálne, fyziologické alebo medicínsky nekomplikované, avšak častejšie vzniká po pôrodných intervenciách a komplikáciách. Tehotenské kom-

plikácie (napr. predčasný pôrod, preeklampsia), urgentné pôrodné udalosti, neplánovaný, resp. urgentný cisársky rez, protra-hovaný pôrod, inštrumentálny pôrod (vákuumextrakcia/forceps), pôrodné poranenia, neonatálna morbidita a perinatálna mortalita – to všetko zvyšuje riziko vzniku PTSP. Takisto má významný vplyv pocit nedostatku až absencie starostlivosti a podpory (zvlášť emocionálnej) počas pôrodu, nevhodné správanie a komentáre zdravotníckeho personálu. Výrazné riziko traumatickej percepcie tehotenstva, pôrodu a popôrodného obdobia je u žien s osobnou históriou traumy (napr. domáce násilie, sexuálne zneužívanie v detstve, znásilnenie, trauma v súvislosti s migráciou, predchádzajúca pôrodná trauma a pod.).

Kľúčovú úlohu pri vývoji PTSP však zohráva spôsob, akým ženy hodnotia pôrod. S traumatizujúcimi pôrodnými skúsenosťami a s PTSP po pôrode sa spája subjektívne negatívny zážitok z pôrodu, nedostatok (percipovanej) kontroly (autonómie), disociácia, nedostatok percipovanej podpory a negatívne emócie⁽⁴⁾.

Výrazné riziko rozvoja PTSP je vtedy, ak sa trauma z pôrodu nerieši. Na základe metaanalýzy štúdií zameraných na postpartálnu PTSP Yldiz et al. uvádzajú, že prevalencia prenatálnej PTSP v bežnej populácii bola 3,3 % a po pôrode 4 %⁽⁶⁾. Ženy z vysokorizikových skupín mali väčšie riziko, a to 18,95 % v tehotenstve a 18,5 % po pôrode.

Je potrebné poznamenať, že aj keď mnohé ženy považujú proces pôrodu za nepríjemný, nie všetky ho percipujú ako traumatizujúci. A nie u všetkých žien, ktoré považujú pôrod za traumatizujúci, sa vyvinie PTSP (resp. jej symptómy) alebo akútna stresová porucha. U väčšiny žien, u ktorých sa po pôrode vyvinie PTSP, je však spontánne zotavenie bez liečby zriedkavé a výrazné ťažkosti môžu pretrvávajúť aj roky.

Konzekvencie PTSP po pôrode

Ako uvádzajú Stramrood a Slade⁽⁴⁾, o dôsledkoch PTSP možno uvažovať v troch rovinách:

- v rovine rodičky – PTSP má negatívny vplyv na samotné vlastné fungovanie ženy,
- v rovine jej vzťahov – je tu výrazný potenciál pre negatívny vplyv na väzbu medzi matkou a dieťaťom (najmä v komorbidite s depresiou), môžu vzniknúť ťažkosti s dojčením/kŕmením dieťaťa, deti sa môžu prejavovať excesívnym plačom. Môžu sa vyskytnúť aj problémy v sexuálnom živote a v partnerskom vzťahu. Včasné symptómy posttraumatického stresu sa tiež spájajú s neskorším stresom z rodičovstva, čo môže vyústiť do zmien v pláne počtu detí a k neochote na ďalšie tehotenstvo, a to napriek veľkej túžbe mať viac detí,
- v rovine systému zdravotnej starostlivosti – všeobecne môže byť nepriaznivo ovplyvnená aj zdravotná starostlivosť. Mnohé ženy s PTSP po pôrode sú rozhorčené, objavuje sa tendencia vyhýbať sa rutinnému gynekologickému vyšetreniu (napr. onkologickému skríningu) a všetkému, čo pripomína traumatizujúce udalosti. Vyhýbavé správanie, ktoré je súčasťou PTSP, môže ženu často viesť k tomu, že sa vyhýba návšteve lekára alebo svoj problém neudáva. Naopak, niektoré ženy preukazujú behaviorálny vzorec početných konzultácií s lekárom a nešpecifických fyzických ťažkostí či somatizácií. Niektoré ženy prezentujú želania, ktoré sú často v protiklade s medicínskymi usmerneniami danej krajiny (napr. domáci pôrod po 2 cisárskych rezoch), alebo si zostavujú dlhé a často nepružné pôrodné plány vrátane detailných pokynov pre pôrodnícky personál.

Odhaduje sa, že 20 – 75 % žien s postpartálnou PTSP aj trpí postpartálnou depresiou.

Často sa stáva, že ak žena so zážitkom traumy pri pôrode znovu otehotnie, následne žiada o elektívny cisársky rez. Usmernenia v jednotlivých krajinách sa líšia v indikáciách, pri ktorých sa tejto požiadavke môže alebo by sa malo vyhovieť.

Aj keď cisársky rez má v porovnaní s normálnym atraumatickým pôrodom jednoznačne veľké nevýhody pre matku a dieťa, ženy „v riziku“ môžu uprednostňovať elektívny cisársky rez. Takéto rozhodnutia by sa nemali kritizovať ani otvorene označovať ako „tokofóbia“, a zdá sa, že nie je veľmi vhodné rigorózne odmietat takúto voľbu alebo vyžadovať psychologickú alebo psychiatrickú intervenciu⁽⁷⁾.

V odbornej verejnosti sa pomerne často diskutuje o tom, či traumatizujúca skúsenosť alebo strach z pôrodu je pre pôrodníkov legitímnym dôvodom na indikáciu elektívnej sekcie (pri absencii medicínskej nevyhnutnosti). Stramrood a Slade⁽⁴⁾ uvádzajú, že okrem zdravotných rizík spojených s veľkým abdominálnym chirurgickým zákrokom je pre niektoré ženy úspešný vaginálny pôrod s adekvátnym personálnym a partnerským zabezpečením nesmierne posilňujúci. Na druhej strane je pre iné ženy dominujúce jej rozhodnutie neprejsť znovu pôrodom a procesom pôrodu, ale radšej si voľia kontrolovaný a plánovaný operačný výkon, čo im dáva pocit autonómie, ktorej počas predchádzajúceho (traumatizujúceho) pôrodu pociťovali nedostatok. Táto možnosť u nich vedie k výraznej redukcii stresu.

Rizikové faktory sexuálnych dysfunkcií po pôrode a trauma perinea

V popôrodoznom období môžu byť negatívne ovplyvnené sexuálne funkcie, a to tak rôznymi fyzickými, ako aj psychologickými faktormi. Sexualita po pôrode môže byť ovplyvnená kultúrou, spôsobom pôrodu (vaginálny pôrod alebo cisársky rez), dyspareuniou, bolesťou alebo diskomfortom perinea, diskomfortom po epiziotómii, nedostatočnou lubrikáciou, strachom z poranenia, vaginálnym krvácaním alebo výtokom, ťažkosťami pri dosahovaní orgazmu, nedostatkom sexuálnej túžby, dojčením, únavou, úzkosťou a depresiou. Okrem toho sa tu u mnohých žien uplatňuje pocit zníženej atraktivity, negatívny „body imidž“, obavy z budenia dieťaťom alebo z obáv, že dieťa nebude dostatočne počuť a pod.

Žiaľ, napriek významnému vplyvu na život ženy sa význam sexuálnych aspektov počas tehotenstva a po pôrode často zanedbáva.

Závažná trauma perinea ako významný rizikový faktor

Gutzeit et al.⁽⁸⁾ uvádzajú, že v popôrodoznom období dochádza k významnému zhoršeniu vo všetkých sexuálnych doménach (dyspareunia, nedostatočná lubrikácia, ťažkosti v dosahovaní orgazmu, vaginálne krvácanie alebo podráždenie po sexe a strata sexuálnej túžby). Štúdie preukázali, že 89 % žien pokračuje v sexuálnej aktivite do 6 mesiacov od pôrodu. Miera prevalence sexuálnej dysfunkcie sa pohybuje v rozmedzí 41 – 83 % po 2 až 3 mesiacoch od pôrodu a až 64 % po 6 mesiacoch od pôrodu. Niektoré štúdie naznačujú, že v rozpätí > 18 mesiacov po pôrode majú ženy výrazne nižšiu mieru sexuálneho potešenia a emocionálnej satisfakcie.

Vysoká prevalence sexuálnych porúch po pôrode v negatívnom smere významne ovplyvňuje kvalitu života. Keďže naru-

šenie sexuálnej funkčnosti po pôrode je veľmi časté, je žiaduce porozumieť parametrom, ktoré spôsobujú toto poškodenie. Súčasná odborná literatúra týkajúca sa pôrodov somatické poškodenie zvyčajne definuje ako „traumu perinea“ v zmysle epiziotómie a ruptúry perinea.

V súčasnosti sú k dispozícii značné dôkazy z veľkých epidemiologických štúdií, ktoré demonštrujú, že vaginálny pôrod, najmä pomocou forcepsu, sa môže spájať s prolapsom orgánov panvového dna, s análnou a močovou inkontinenciou a so sexuálnou dysfunkciou⁽⁹⁾.

Doteraz vykonané štúdie epiziotómii nedefinovali ako rizikový faktor zníženej sexuálnej funkcie⁽⁸⁾. Mora-Hervás et al.⁽¹⁰⁾ uvádzajú, že asi u 91 % žien po vaginálnom pôrode sa potvrdí určitý stupeň traumy perinea. U prvoroďčiek po spontánnom pôrode bez epiziotómie bola 9-krát vyššia pravdepodobnosť poranenia (akéhokoľvek stupňa) ako u tých žien, ktorým sa epiziotómia vykonala ($P < 0,001$). Štatisticky významne jasnej protektívny efekt epiziotómie sa v bivariablených a multivariablených analýzach ($P < 0,0001$) zaznamenal voči ruptúram druhého stupňa. Hauck et al.⁽¹¹⁾ uvádzajú, že na základe výsledkov z populačnej štúdie realizovanej s 10 408 rodičkami sa incidencia závažnej traumy perinea zaznamenala u 3 % rodičiek, z čoho 5,4 % boli primipary a 1,7 % multipary. Epiziotómia sa u primipár taktiež potvrdila ako protektívny faktor.

Na základe analýzy výsledkov 30 štúdií Gutzeit et al.⁽⁸⁾ zistili, že významným rizikovým faktorom krátkodobých aj dlhodobých sexuálnych porúch po pôrode sú závažné pôrodnícke poranenia, a to najmä ruptúry perinea 3. a 4. stupňa. Miera závažnej traumy perinea pri vaginálnych pôrodoch je 1 – 3 % v krajinách Európy a 2,2 – 19 % v USA. Ekstein-Badichi et al.⁽¹²⁾ na základe výsledkov veľkej retrospektívnej kohortovej štúdie, ktorá zahŕňala všetky ženy, ktoré vaginálne porodili v rokoch 1988 až 2016 na vybraných univerzitných klinikách, uvádzajú, že prevalence poranení análneho sfinktra pri pôrode sa pohybuje v rozmedzí od 0,1 po 8,7 %. Zdá sa, že v posledných rokoch je celosvetovo rastúci trend výskytu poranení análneho sfinktra pri pôrode, pričom však nie je jasná príčina tohto rastu. Výskumne sa tiež zaznamenalo posilnenie asociácie medzi vaginálnym pôrodom po cisárskom reze s poraneniami análneho sfinktra pri pôrode.

Keďže ruptúry 3. a 4. stupňa sa spájajú s poranením análneho sfinktra, predstavujú pomerne vážnu pôrodnícku komplikáciu, ktorá sa spája s výrazným rizikom dlhodobých fyzických, emocionálnych a psychosexuálnych následkov súvisiacich najmä s análnou inkontinenciou a so spontánnym únikom plynov.

OASI(S) syndróm (obstetric anal sphincter injuries syndrome)

Poranenie sfinktra je hlavným rizikovým faktorom vývoja análnej inkontinencie (AI). Ženy, ktoré pri pôrode utrpeli poranenie análneho sfinktra, majú 2- až 3-násobne vyššie riziko vzniku následnej AI, pričom miera AI sa pohybuje medzi 7 – 61 %. Uvádza sa tiež, že 20 – 40 % žien opisuje symptómy AI až do 12 mesiacov od pôrodu so značne zvýšeným rizikom AI aj po 15 rokoch (!) od pôrodu⁽¹³⁾. Análna inkontinencia má všeobecne negatívny efekt na kvalitu života.

Trauma po pôrode sa zdá ako častá príčina dysfunkcie panvového dna. Ženy, ktoré utrpeli pri pôrode traumatické poranenie musculus levator ani alebo análneho sfinktra, sú často zranené vážnejšie, ako sa všeobecne predpokladá. Medzi traumou a prejavmi symptómov je často značná latencia⁽⁷⁾.

Ženy s AI, ktorá je dôsledkom poranenia sfinktra pri pôrode, mávajú predtým neidentifikovaný syndróm nazývaný OASIS, ktorý predstavuje komplex osobitého sociálneho, emocionálneho a psychosexuálneho utrpenia⁽¹⁴⁾. Prejavuje sa vysokou mierou negatívneho „body-imidžu“, vysokou mierou sexuálnych dysfunkcií a zvýšenou hladinou anxiety a depresie. Ženy s týmto syndrómom v tichosti trpia fyzickými symptómami AI a cítia sa príliš trápne na to, aby vyhľadali odbornú pomoc pre pocit stigmatizácie. Majú pocit nečistoty a rozvíjajú sa u nich často rituály opakovaného čistenia na dennej báze, čo je základom rozvoja obsedantno-kompulzívnej poruchy. Často trpia pocitom viny, strachom, sociálnou izoláciou a stratou dôvery, čo je zas základom rozvoja depresie. Niektoré z týchto žien majú pocit, že aj ich rola matky je zhoršená ich somatickým stavom. Keyghley et al.⁽¹⁴⁾ uvádzajú, že ženy s OASIS syndrómom trpia značnou sexuálnou morbiditou a manželskými, resp. partnerskými ťažkosťami, pričom 1/8 z týchto žien nikdy neobnoví pohlavný styk a u 1/12 zlyhá partnerský alebo manželský vzťah. Podľa dostupných údajov sa miera OASIS u primipár v Spojenom kráľovstve zvýšila v priebehu 12 rokov z 1,8 na 5,9 %⁽¹³⁾.

Je nepochybné, že vzhľadom na charakter somatického poranenia pri pôrode a jeho následky sa táto somatická trauma spája často so psychickou traumou. Čiastočne je to v dôsledku prekrývajúcich sa rizikových faktorov, ale aj v dôsledku bolesti, sexuálnej dysfunkcie, dysfunkcií panvového dna alebo zmien v „body-imidži“. Na základe uvedeného možno konštatovať, že veľká trauma panvového dna pri vaginálnom pôrode môže byť jednak prediktorom a jednak markerom psychickej traumy po pôrode. Aj rozsiahla prehľadová štúdia odbornej literatúry, ktorej závery publikujú Darmody et al.⁽¹⁵⁾, poukazuje na podstatnú súvislosť medzi OASIS a kvalitou života matky po pôrode. Uvedená analýza identifikuje potrebu zlepšenia starostlivosti a manažmentu o tieto ženy pre potreby zmiernenia fyzických a psychických dôsledkov OASIS vrátane rozhodovania ženy vo vzťahu k ďalším tehotenstvám a pôrodom. Zdravotnícki pracovníci, ktorí sa starajú o ženy počas tehotenstva a pôrodu, musia byť edukovaní a informovaní o následkoch OASIS, aby týmto ženám a ich rodinám poskytli adekvátne informácie a podporu. Takéto znalosti môžu zdravotníckym pracovníkom umožniť zmierniť symptómy spojené s OASIS a pomôcť ženám porozumieť svojmu problému a vyrovnať sa so svojou skúsenosťou.

ACOG (American College of Obstetrician and Gynecologists) uvádza, že ženám s anamnézou OASIS by sa mala ponúknuť možnosť pôrodu cisárskym rezom, ak

1. po pôrode nastala análna inkontinencia,
2. sa vyskytli komplikácie vrátane infekcie rany alebo potreby opakovanej revízie ruptúry,
3. žena vyjadruje, že utrpela psychickú traumu a požaduje plánovaný pôrod cisárskym rezom.

Nízke riziko opakovaného OASIS musí byť v rovnováhe so známou morbiditou pôrodu cisárskym rezom, berúc do úvahy dlhodobé ciele pacientky pri plánovaní rodičovstva spolu s rizikami opakovaného pôrodu cisárskym rezom⁽¹⁶⁾.

Odporúčané opatrenia

Edukácia

Negatívne, zlé alebo traumatické skúsenosti sa často asociujú s diskrepanciou medzi očakávaniami a realitou. Preto je ne-

vyhnutné, aby boli ženy (zdravotníkmi, v kurzoch predpôrodnej prípravy, relevantnou edukačnou literatúrou a pod.) pripravené na to, čo môžu počas pôrodu očakávať. Až príliš často, zvyčajne s dobrým úmyslom, sa ženám dostane edukácia v oblasti všetkých možností a výhod prirodzeného a ideálne prebiehajúceho pôrodu a bez medikácie a iných intervencií. Ale len veľmi málo vedia o tom, čo môžu očakávať, pokiaľ ide o bolesť, trvanie pôrodu, indukciu pôrodu, možné komplikácie a ich riešenie, aká je pravdepodobnosť cisárskeho rezu alebo popôrodného krvácania či iných komplikácií. V ich príprave je teda nevyhnutné rozvíjať primeraný stupeň kognitívnej flexibility a dôslednú predpôrodnú edukáciu s vysvetlením možných rizík a konsekvencií, a to najlepšie v pôrodníckom zariadení.

Je dôležitá aj edukácia o sexuálnom zdraví po pôrode a v prípade potreby zabezpečenie aj odborného manažmentu páru.

Informovaný súhlas

Vzhľadom na množstvo nepredvídateľných udalostí, ktoré sa pri pôrode môžu vyskytnúť, a ktoré môžu mať nepríjemné legislatívne dôsledky, je dôležitá aj dôsledná, nie formálna, formulácia „informovaného súhlasu“ s vysvetlením potenciálnych intrapartálnych intervencií.

Psychická podpora

Traumatizujúcim zážitkom a PTSP sa nikdy nedá úplne vyhnúť, pretože komplikácie a intervencie sú niekedy nevyhnutné a niektoré ženy sú voči psychopatológii vulnerabilnejšie ako iné. Ak však žena bude počas pôrodu mať pocit dobrej podpory a bude pociťovať dostatočnú mieru autonómie a komunikácia medzi ňou, jej partnerom (resp. inou sprevádzajúcou osobou) a pôrodníckym personálom bude optimálna, riziko zážitku z výrazne traumatizujúceho pôrodu sa významne zredukuje. Je dôležité mať na zreteli možné symptómy psychických porúch počas tehotenstva a ponúknuť včas adekvátne poradenstvo, podporu a/alebo intervenciu a korektnú prípravu na pôrod. Keďže mnohé ženy udávajú, že počas „traumatizujúceho“ pôrodu pociťovali úplnú stratu autonómie a kontroly nad situáciou, tak poskytnutie relevantných informácií a nástrojov, vďaka ktorým sa budú cítiť pripravené, vypočuté a zodpovedné, im môže pomôcť. Môžu to byť napr. podrobnejšie diskusie o možnostiach úľavy od bolesti, predpokladaná časová analýza priebehu pôrodu, analýza otázok týkajúcich sa indukcie pôrodu, elektívneho cisárskeho rezu alebo inštrumentálneho pôrodu a pod. Psychoedukácia by mala ženám pomôcť porozumieť a pripraviť sa na potrebu flexibility v reakciách na priebeh pôrodu a na skutočnosť, že aspekty pôrodu nie sú len funkciou ich prípravy a úsilia, ale sú ovplyvnené aj nepredvídateľnými faktormi.

Záver

Približne 3-4 % žien spĺňa diagnostické kritériá DSM-5 pre PTSP v súvislosti s pôrodom. Väčšina žien trpí subdiagnostickými symptómami PTSP a najmenej jedna tretina žien uvádza, že pôrod prežila ako traumatický. Výskyt a konsekvencie traumatických pôrodných zážitkov a PTSP po pôrode sa potvrdzujú v čoraz väčšej miere. Niektoré ženy sú náchylnejšie na vznik popôrodnej PTSP na základe svojej psychologickej vulnerability a predchádzajúcej traumy, (objektívnej) povahy priebehu pôrodu a udržiavajúcich faktorov po pôrode. Včasná popôrodná identifikácia rizikových žien a intervencia zo stra-

ny pôrodnického personálu môžu mať potenciál zabrániť rozvoju PTSP a je rozhodujúca pre včasnú intervenciu, resp. liečbu. Keďže doterajšie výskumné zistenia v oblasti „pôrodnickej psychotraumatológie“ nie sú zatiaľ veľmi konzistentné, budúci výskum by mal zahŕňať ďalšie skúmanie preventívnych stratégií na redukciu pravdepodobnosti percepcie pôrodu ako traumatizujúcej udalosti, ktorá môže viesť k rozvoju popôrodnej PTSD.

Vyhlásenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

PhDr. Katarína Jandová, PhD.

1. gynekologicko-pôrodná klinika SZU a UN Bratislava

Nemocnica akad. L. Déreza

Limbová 5, 831 01 Bratislava-Kramáre

e-mail:katarina.jandova4@gmail.com

Literatúra

1. Wigert H, Nilsson CH, Dencker A., et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Inter J Qualitat Stud Health Well-Being* 2020; 15: 1704484, <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1704484>
2. Dencker A, Nilsson CH, Begley C et al. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: A systematic review. *Women Birth* 2019; 32(2): 99-111.
3. APA – American Psychiatric Association DSM-5©. Diagnostický a statistický manuál duševných poruch. Praha, 2015; 1. ed., Hogrefe – Testcentrum, 1032 s.
4. Stramrood C, Slade P. A Woman Afraid of Becoming Pregnant Again: Post-traumatic Stress Disorder Following Childbirth. In: Paarlberg KM, van de Wiel HBM. *Bio-Psycho-Social Obstetrics and Gynecology. A competency – Oriented Approach*. 2017, Springer International Publishing, p. 33-49. ISBN 978-3-319-40402-8
5. Slade P. Towards a conceptual framework for understanding post-traumatic stress symptoms following childbirth and implications for further research. *J Psych Obstet Gynaecol* 2006; 27(2): 99-105.
6. Yildiz PD, Ayers S, Phillips L. The prevalence of posttraumatic stress disorder in pregnancy and after birth: A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2017; 208: 634-645.
7. Skinner EM, Dietz HP. Psychological and somatic sequelae of traumatic vaginal delivery: A literature review. *Austral N Zeal J Obstet Gynaecol* 2015; 55: 309-314.
8. Gutzeit O, Levy G, Lowenstein L. Postpartum Female Sexual Function: Risk Factors for Postpartum Sexual Dysfunction. *Sex Med* 2020; 8(1): 8-13.
9. Skinner EM, Barnett B, Dietz HP. Psychological consequences of pelvic floor trauma following vaginal birth: a qualitative study from two Australian tertiary maternity units. *Archives of Women's Mental Health* 2018; 21(3): 341-351.
10. Mora-Hervás I, Sánchez E, Carmona F, et al. Perineal Trauma in Primiparous Women with spontaneous Vaginal Delivery: Episiotomy or Second Perineal Tear? *International Jour Women's Health Reprod Scienc* 2015; 3(2): 84-88.
11. Hauck YL, Lewis L, Nathan EA, et al. Risk factors for severe perineal trauma during vaginal childbirth: a Western Australian retrospective cohort study. *Women Birth* 2015; 28(1): 16-20.
12. Ekstein-Badichi N, Shoham-Vadi I., Weintraub AY. Temporal trends in the incidence of and associations between the risk factors for obstetrical anal sphincter injuries. *Am J Obstet Gynecol MFM* 2021; 3: 100247, <https://doi.org/10.1016/J.AJOGMF.2020.100247>
13. Antonakou A. The long-term physical, emotional and psychosexual outcomes related to anal incontinence after severe perineal trauma birth. *Eur J Midwifery* 2018; 2: 8.
14. Keyghley MR, Perston Y, Bradshaw E, et al. The social, psychological, emotional morbidity and adjustment techniques for women with anal incontinence following Obstetric Anal Sphincter Injury: use of a word picture to identify a hidden syndrome. *BMC Preg Childbirth* 2016; 16(1): 275.
15. Darmody E, Bradshaw C, Atkinson, S. Women's experience of obstetrics anal sphincter injury following childbirth: An integrated review. *Midwifery* 2020; 91, 102820.
16. Brown H. Cesarean delivery following OASIS. 2018. ICS 2018 Philadelphia. Workshop W24 Obstetrics anal sphincter injury (OASIS): What next?
17. <https://www.ics.org/Workshops/HandoutFiles/000821.pdf>

Estetické gynekologické výkony a ich vplyv na sexuálne zdravie ženy

Maram Ben Oun, Alexandra Krištúfková

Estetická gynekológia je v súčasnosti jednou z najdynamickejšie sa rozvíjajúcich oblastí gynekológie. Zahŕňa špecialistov z gynekológie – pôrodnictva, gynekologickej urológie a plastickej chirurgie. Vďaka týmto chirurgickým výkonom možno zlepšiť vzhľad a funkciu ženských pohlavných orgánov. Výsledkom je nielen zlepšenie anatomických pomerov a vzhľadu ženského tela v tejto intímnej oblasti, ale aj zbavenie sa psychických bariér sprevádzajúcich súčasný vzhľad a zlepšenie sexuálnej funkcie po pôrode a v priebehu starnutia ženy.

Kľúčové slová: estetická gynekológia, sexualita, sexuálne zdravie

Aesthetic gynaecological procedures and their impact on a woman's sexual health

Aesthetic gynaecology is currently one of the most dynamically developing areas of gynaecology, which involves specialists from gynaecology and obstetrics, urogynaecology and plastic surgery. These surgical methods make it possible to increase the aesthetics and function of the women's genitals. The result is not only improving the anatomical proportions of the female body in this intimate area, but also getting rid of psychological barriers accompanying the current appearance and improvement of sexual function after childbirth and ageing.

Keywords: aesthetic gynaecology, sexuality, sexual health

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 200 – 202

Úvod

Vnímanie vlastného tela je dôležitým faktorom ovplyvňujúcim sebavedomie žien. Vnímanie tela a sebaúcta majú vplyv aj na sexualitu a poukazujú na dôležitosť pripisovanú estetike/vzhľadu. Termín „estetické metódy/výkony“ v oblasti medicíny je definovaný ako metódy/výkony k úprave alebo skrášleniu chýbného orgánu⁽¹⁾.

Doposiaľ boli navrhnuté rôzne postupy na zlepšenie vzhľadu a/alebo funkčnosti genitálií vrátane labioplastiky, zmenšenia kľitorisu, perineoplastiky, vaginoplastiky, hymenoplastiky a zväčšenia bodu G⁽²⁾. Záujem žien o estetické a/alebo kozmetické zákroky na genitáliách, ako aj ich vykonávanie sa v poslednom desaťročí zvýšil. V Spojených štátoch amerických (USA) sa medzi rokmi 2014 a 2018 zvýšil počet labioplastík o viac ako 50 %⁽³⁾. Podľa správy Medzinárodnej asociácie estetickej plastickej chirurgie (ISAPS) z roku 2016: v Turecku traja zo 100 ľudí podstúpili plastickú operáciu (chirurgickú alebo nechirurgickú)⁽⁴⁾. Počet ľudí, ktorí podstúpili estetické operácie celosvetovo, vzrástol v roku 2018 v porovnaní s predchádzajúcim rokom o 5,4 %. USA a Brazília patria medzi krajiny, kde sa najčastejšie vykonávajú estetické operácie. Podľa údajov ISAPS 2018 požiadalo o estetickú operáciu v USA 4 361 867 ľudí (18,7 % z celkových výkonov na celom svete), v Brazílii to bolo 2 267 405 (9,7 % z celkových výkonov na celom svete). Pri pohľade na rozdiel medzi pohlaviami sa zistilo, že ženy majú tendenciu podstupovať estetické operácie oveľa častejšie ako muži (87,4 %) ⁽⁵⁾.

Estetickú chirurgiu možno tiež pomenovať ako „psychochirurgiu“ pre jej pozitívne psychosociálne dôsledky po aplikácii estetických produktov a použití chirurgických zákrokov s cieľom zachovať si mladosť, skrášliť sa a byť atraktívnou⁽⁶⁾. Podobne koncipované a zamerané na sexuálne zdravie, sexuálnu príťaž-

livosť a lepšie sexuálne prežívanie a uspokojenie sú estetické gynekologické operácie vykonávané v oblasti ženských pohlavných orgánov⁽⁷⁾. Najdôležitejším dôvodom pre žiadosť o takýto operačný výkon je skutočnosť, že ženy, ktoré sú nespokojné so svojím genitálnym vzhľadom, pociťujú pri pohlavnom styku hanbu, nedostatok sebavedomia a prežívajú úzkosť zo strachu z negatívnych myšlienok u partnera. U niektorých žien sa pohlavný styk môže stať až nežiaducim v dôsledku fyzickej bolesti a podráždenia, čo môže mať výrazne negatívny vplyv na ich sexuálne zdravie a partnerský vzťah. Výsledkom je, že mnohé ženy, sa v dôsledku týchto negatívnych pocitov a nemožnosti dosiahnuť sexuálne uspokojenie, rozhodnú pre estetickú operáciu pohlavných orgánov^(1,8).

Typy estetických gynekologických zákrokov

Na zlepšenie funkcie ženských intímnych oblastí sa využíva najmä estetická gynekológia. Zaoberá sa liečbou anatomických defektov, ktoré výrazne sťažujú každodenné fungovanie ženy, spôsobujú nepohodlie až bolesti, prispievajú k vzniku rôznych infekcií a znemožňujú žene plnohodnotne si užívať sexuálny život. Na zlepšenie vzhľadu a/alebo funkcie genitálií sa odporúčajú rôzne postupy⁽²⁾. Jednotlivé aktuálne dostupné estetické gynekologické výkony sú zhrnuté v **tabuľke 1**.

Uvedený prínos výkonu nemusí byť nutný a žiadaný cieľ ženy, avšak takto sa uvádzajú výsledky daných metód pri uvedení na trh⁽²²⁾.

Estetická gynekológia je univerzálny odbor medicíny, ktorý môžu využiť ženy v každom veku. Existuje však niekoľko situácií, keď sa výkony intímnej estetickej gynekológie neodporúčajú: obdobie tehotenstva a dojčenia, počas menštruácie, pri genitálnej infekcii, pri aktívnych neoplastických ochoreniach, pri poruchách zrážania krvi, pri krvácaní⁽⁹⁾.

Tabuľka 1. Estetické gynekologické výkony^(2,22)

Typ výkonu	Prínos výkonu	Použitie výkonu	Hlásené/potenciálne komplikácie
Chirurgické postupy			
Redukcia klitorisu	Zlepšenie sexuálnej funkcie zvýšením citlivosti a umožnením priameho kontaktu s klitorisom	– hoodektómia Poznámka: často sa kombinuje s labioplastikou na vytvorenie symetrie	– zjazvenie – infekcia – hematóm – precitlivosť – poškodenie žľaz
Labioplastika	Odstránenie nežiaduceho tkaniva labia majora alebo minora	– „Trim“ alebo okrajová resekcia – klinová resekcia pomocou rezu v tvare „V“ alebo „Y“ – Z-plastika – deepitelizácia	– zjazvenie – infekcia – precitlivosť alebo strata citlivosti – dyspareunia – dehiscencia rany
Zväčšenie labia majora	Vytvorenie plného, symetrického vzhľadu	– autológna transplantácia tuku – injekčné výplne (kyselina hyalurónová)	– hmatateľné tukové cysty
Hymenoplastika	Vytvorenie „panenského stavu“ t. j. panenskej blany, má kultúrne korene v regiónoch, kde pripisujú hodnotu panenstvu slobodnej ženy	– rekonštrukcia zvyškov hymenálnej blany, chlopne pošvovej sliznice, prípadne oboje	– dehiscencia rany
Vaginoplastika	Spevnenie vaginálnych kontúr a zvýšenie sexuálnej spokojnosti	– predná, zadná alebo laterálna kolporafia – obnova vaginálnej rugácie – možné aj využitie zariadenia na báze energie	– infekcia – dyspareunia – dehiscencia – fistula
Zásahy založené na využití energie			
Vaginálne procedúry založené na energii	Spevnenie vaginálnych kontúr na zlepšenie sexuálneho prežívania	– laserová rádiofrekvencia	– popáleniny – zjazvenie – bolesť pri pohlavnom styku – opakujúca sa alebo chronická bolesť
Injekčná aplikácia látky			
Augmentácia bodu G	Zväčšenie bodu G na zlepšenie sexuálneho uspokojenia	– autológny prenos tuku – kyselina hyalurónová, PRP	– infekcie močových ciest – infekcia

Komplikácie

Že estetická gynekológia je „nízkoriziková a bezbolestná“ je mylná predstava najmä mladších žien. Odborníci v tejto oblasti uvádzajú, že ženy vnímajú tieto estetické gynekologické zákroky ako relatívne bezrizikové a neočakávajú ťažkosti pri rekonvalescencii^(10,11).

Aktuálne dostupné publikácie opisujú výskyt komplikácií pri estetickej gynekologickej chirurgii 3 – 30 %. Hlásené boli najmä pooperačné komplikácie v zmysle infekcie, hematómu, dyspareunie, lokalizovanej bolesti, nedostatočného hojenia rán, zjazvenia a dokonca tvorby fistúl v dôsledku poranenia čreva a močového mechúra^(11,12). Pre mladé ženy môže byť riskantné vykonávať takéto operácie neuvážene, pretože nemusia úplne pochopiť účinky na ich budúci sexuálny život. Chirurgické zákroky vykonané pred dokončením puberty môžu poškodiť citlivosť genitálneho tkaniva a neskôr môžu vyžadovať aj reoperáciu⁽¹³⁾. Potenciálne riziká spojené s estetickými gynekologickými výkonmi sú: krvácanie, dehiscencia rany, infekcia, zjazvenie, senzorineurálne komplikácie v dôsledku zlého hojenia alebo zjazvenia, dyspareunia, odstránenie príliš veľkého množstva tkaniva, čo má za následok bolesť pri pohlavnom styku, ako aj v bežnom živote⁽¹⁴⁻¹⁷⁾.

Toto nie je úplný zoznam komplikácií, ku každému estetickému gynekologickému výkonu je nutné pristupovať individuálne. Anamnéza a/alebo životný štýl môžu ženu vystaviť zvýšenému riziku určitých komplikácií. Napriek tomu, že odborníci uviedli, že komplikácie nie sú bežné a miera závažných komplikácií je nižšia ako 5 %, je nutné uviesť, že žiadna z týchto štúdií nebola prospektívna alebo odkontrolovaná existujúcim prípadom⁽¹⁷⁾.

Dlhodobé následky sú stále veľkou neznámou. Dostupné dôkazy nie sú dostatočné na to, aby informovali ženy o potenciálnych rizikách a komplikáciách spojených s estetickým gynekolo-

gickým zákrokom. Vedci tvrdia, že „neexistuje dostatok dôkazov na to, aby sa dalo tvrdiť, že tieto postupy nie sú škodlivé“⁽¹⁸⁾. Je dôležité riešiť tento nedostatok, aby sa zabezpečilo, že ženy zvažujúce estetickú operáciu ženských pohlavných orgánov budú dôkladne informované nielen o benefitoch, ale aj o rizikách.

Diskusia

Estetická gynekológia je jednou z najrýchlejšie rozvíjajúcich sa subspecializácií elektívnej chirurgie pre ženy. Estetická gynekológia dáva žene nové možnosti, ako sa stať príťažlivejšou pre seba a svojho partnera. Je definovaný ako súbor postupov zameraných na odstránenie psychických a zdravotných následkov v dôsledku porúch pohlavných orgánov, na zlepšenie vzhľadu a príťažlivosti vonkajších pohlavných orgánov a zlepšenie ich sexuálnych funkcií. Okrem rôznych fyzických ťažkostí, ako je bolesť, nepohodlie alebo podráždenie súvisiace s oblečením, cvičením, so sexuálnym stykom, sa zameriava aj na pocity vaginálnej relaxácie a nedostatok potešenia zo sexuálneho styku, poruchy v intímnej oblasti spôsobené pôrodom, menopauzou, vrodenými vývojovými chybami alebo inými vonkajšími faktormi, ktoré môžu mať negatívny vplyv na život ženy^(11,20).

Mnohé z aplikovaných postupov ako reparácia jaziev po epiziotómii, excízia nádorov, operácie pre inkontinenciu moču a iné urogynekologické výkony sa začali aplikovať na spomenuté prípady, ale neskôr sa vyvinul samostatný odbor – genitálna estetická chirurgia (genitoplastika)^(1,19). Všetky tieto aktivity vedú k zlepšeniu kvality života a sexuálnej spokojnosti ženy.

V multicentrickej štúdii zahŕňajúcej 258 žien, ktoré podstúpili gynekologickú estetickú operáciu, sa ako najčastejšie dôvody pre podstúpenie estetickej gynekologickej operácie uvádzajú: fyzické nepohodlie (64 % žien), kozmetické dôvody (48 % žien), sebanechuť (33 % žien) a túžba zlepšiť svoj sexuálny ži-

vot (30 % žien). Pričom 54,2 % týchto žien uviedlo, že podstúpili vaginoplastiku alebo perineoplastiku na zvýšenie sexuálneho zážitku svojho mužského partnera a asi 5 % z nich uviedlo, že operáciu podstúpili najmä na naliehanie partnera, 32 % žien, ktoré podstúpili vaginoplastiku, sa tak rozhodlo, aby si zvýšili sexuálne potešenie. Postoje a očakávania žien a rozhodnutie požiadať o takéto operácie sa môžu vyvinúť aj v dôsledku tlaku vyvíjaného sexuálnym partnerom⁽²¹⁾.

Záver

Bežná gynekológia sa zameriava na diagnostiku a liečbu konkrétnych ochorení, v prípade estetickej gynekológie ide o zlepšenie kvality života. Estetická gynekológia sa zameriava na modifikáciu štruktúry pohlavných orgánov s cieľom získať alebo obnoviť ich funkčnosť. Umožňuje znovu získať sebavedomie, radosť z intímneho života a slobodu v každodennom živote. Dopyt po terapeutických a/alebo estetických ošetrovaniach ženských intímnych orgánov neustále rastie. Pre dosiahnutie naj-

lepších výsledkov vo vzhľade a funkčnosti genitálií by mali gynekológovia pôrodníci dôkladne informovať ženy o normálnych odchýlkach vzhľadu ženských pohlavných orgánov a prediskutovať realistické očakávania, benefity, ako aj riziká estetických gynekologických výkonov. Potrebných je viac štúdií o dlhodobej účinnosti, následkoch a bezpečnosti jednotlivých techník estetickej gynekológie či už sú vykonávané ambulantne, alebo si vyžadujú hospitalizáciu.

Vyhlasenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. Maram Ben Oun, DBA, MPH
1. gynekologicko-pôrodná klinika LF UK a UNB
Antolská 11, 851 07 Bratislava
e-mail: dr.maram.88@gmail.com

doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.
1. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB

Literatúra

1. Bucknor A, Chen AD, Egeler S et al. Labiaplasty: Indications and Predictors of Postoperative Sequelae in 451. Consecutive Cases. *Aesthetic Surg J* 2018; 38(6): 644-653.
2. Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists. C-Gyn 24. Vaginal 'rejuvenation' and cosmetic vaginal procedures. *Obstet Gynaecol* 2007; 110: 737-738.
3. US Food and Drug Administration. FDA varuje pred používaním zariadení založených na energii na vykonávanie vaginálneho „omladenia“ alebo vaginálnych kozmetických procedúr: Komunikácia FDA o bezpečnosti. SilverSpring (MD): FDA; 2018. Dostupné na: <https://www.fda.gov/MedicalDevices/Safety/AlertsandNotices/ucm615013.htm>
4. ISAPS Global Statistics 2016. Dostupné na: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics.WorldWide.Summary2016s-1.pdf>
5. ISAPS Global Statistics 2018. Dostupné na: <https://www.isaps.org/medical-professionals/isaps-global-statistics/>
6. Adamo C, Corvi M. Cosmetic mucosal vaginal tightening (lateralcolporrhaphy): improving sexual sensitivity in women with a sensation of wide vagina. *Plast Reconstr Surg* 2009; 123(6): 212e-213e.
7. Goodman MP, Placik OJ, Matlock DL, et al. Evaluation of Body Image and Sexual Satisfaction in Women Undergoing Female Genital Plastic/Cosmetic Surgery. *Aesthet Surg J*. 2016; 36: 1048-1057.
8. Van den Brink F, Vollmann M, Smeets M, et al. Relationships between body image, sexual satisfaction, and relationship quality in romantic couples. *J Fam Psychol* 2018; 32: 466-474.
9. Giarenis I, Cardozo L. Cosmetic genital surgery. *Obstet Gynaecol Reprod Med* 2014; 24(9): 286-288.
10. Goodman MP. Female cosmetic genital surgery. *Obstet Gynecol* 2009; 113(1): 154-159.
11. Schober JM, Alguacil NM, Cooper RS et al. Self-assessment of anatomy, sexual sensitivity, and function of the labia and vagina. *Clin Anat* 2015; 28: 355-362.
12. Balmforth J, Cardozo L. Designer vaginas. *Journal of the Association of Chartered Physiotherapists in Women's Health*. 2006; (99): 72-77.
13. Michala L, Koliantzaki S, Antsaklis A. Protruding labia minora: abnormal or just uncool? *J Psycho Obstet Gynaecol*. 2011; 32(3): 154-156.
14. Australian Government Department of Human Services. Medicare Item Reports. Dostupné na: http://medicarestatistics.humanservices.gov.au/statistics/mbs_item.jsp
15. Australian Government Department of Health. MBS Reviews: Vulvoplasty Report 2014. Dostupné na: [www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0C64684BA76544CCCA257BF0001E0243/\\$File/Vulvoplasty_Review_Report.pdf](http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/0C64684BA76544CCCA257BF0001E0243/$File/Vulvoplasty_Review_Report.pdf)
16. Alter GJ. Labia minora reconstruction using clitoral hood flaps, wedge excisions, and advancement flaps. *Plast Reconstr Surg* 2011; 127(6): 2356-2363.
17. O'Connell HE, Eizenberg N, Rahman M, et al. The anatomy of the distal vagina: towards unity. *J Sex Med* 2008; 5(8): 1883-1891.
18. Braun V. Female genital cosmetic surgery: a critical review of current knowledge and contemporary debates. *J Womens Health* 2010; 19(7): 1393-1407.
19. Vieira-Baptista P, Almeida G, Bogliatto F, et al. International Society for the Study of Vulvovaginal Disease Recommendations Regarding Female Cosmetic Genital Surgery. *J Low Genit Tract Dis*. 2018; 22: 415-434.
20. Dundon CM, Rellini AH. More than sexual function: Predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40-70. *J Sex Med* 2010; 7: 896-904.
21. Goodman MP, Placik OJ, Benson RH et al. A large multicenter outcome study of female genital plastic surgery. *J Sex Med* 2010; 7(1): 1565-1577.
22. U.S. Food and Drug Administration. Statement from FDA Commissioner Scott Gottlieb, M.D., on efforts to safeguard women's health from deceptive health claims and significant risks related to device marketed for use in medical procedures for "vaginal rejuvenation". Silver Spring (MD): FDA; 2018. Dostupné na: <https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/statement-fda-commissioner-scott-gottlieb-md-efforts-safeguard-womens-health-deceptive-health-claims>

Lubrikanty – ich správne využitie v gynekologickej praxi

Alexandra Krištúfková, Ladislav Kováč

Lubrikanty sú v súčasnosti bežne dostupné nielen v obchodoch s erotickými pomôckami, ale aj v drogérii, lekárni alebo v supermarkete. Najčastejšie sú odporúčané pri nedostatočnom zvlhčení sliznice – pri vaginálnej suchosti. Aktuálne široké spektrum lubrikantov však ponúka párom nielen možnosť zlepšenia a hlbšieho prežívania pohlavného styku, spoločných erotických hier, príjemnejšieho používania erotických pomôcok, pri masturbácii alebo pri análnom styku, ale vďaka rôznym prímiesiam môže zlepšovať regeneráciu pošvovej sliznice, pôsobiť antimikrobiálne, spermicídne alebo, naopak, zvyšovať šancu otehotnieť. Článok ponúka prehľad o vlastnostiach, benefitoch, rizikách, indikáciách a samotnom vnímaní používania lubrikantov.

Kľúčové slová: vaginálne lubrikanty, vaginálna suchosť, vaginálna atrofia

Lubricants – the right use in gynaecological practice

Nowadays lubricants are the common item not only in erotic shops, but in drug-store, pharmacy or supermarket also. Lubricants are mostly recommended by vaginal dryness. However, the actual wide spectrum of lubricants gives partners not only the possibility of better and deeper experiencing and satisfaction during sexual intercourse, erotic games, masturbation or anal sexual intercourse, but due to different additions it can influence the regeneration of vaginal mucosa, have antimicrobial, spermicide effect or on the other side it can increase the chance to become pregnant. The paper presents characteristics, benefits, risks, indications and the women's perception of lubricant use.

Key words: vaginal lubricants, vaginal dryness, vaginal atrophy

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 204 – 209

Úvod

Podpora sexuálneho zdravia je jednou z piatich priorít Svetovej zdravotníckej organizácie (WHO – World Health Organisation) v rámci stratégií pre reprodukčné zdravie. WHO definuje sexuálne zdravie jedinka ako „stav fyzického, mentálneho a sociálneho cítenia sa dobre („well-being“) v súvislosti so sexualitou; nie je to iba o neprítomnosti ochorenia, dysfunkcie alebo slabosti. Sexuálne zdravie vyžaduje pozitívny a rešpektujúci prístup k sexualite a sexuálnemu partnerstvu rovnako ako možnosť mať uspokojivé, príjemné a bezpečné sexuálne zážitky, bez nátlaku, diskriminácie a násillia“^(1,2,3). Používanie lubrikantov počas sexuálnych aktivít môže zlepšiť sexuálne zdravie, pocit pohody v súvislosti so sexuálnymi aktivitami, byť nápomocné v prípade výskytu vaginálnej suchosti, dyspareunie alebo pri análnom pohlavnom styku, podporiť optimálne sexuálne funkcie, uspokojenie a potešenie sexuálne aktívnym individuám naprieč pohlaviami bez ohľadu na konkrétny zdravotný stav a zvýšiť kvalitu sexuálnych vzťahov. Lubrikanty sa odporúčajú aj s použitím prezervatívov na redukcii rizika prasknutia prezervatívu, a tým na zníženie možnosti šírenia sexuálne prenosných infekcií (STIs – sexual transmitted infections)^(1,4,5).

Fyziologická vaginálna lubrikácia

Vaginálna lubrikácia je súčasťou sexuálnej odpovede a fyziológie pohlavného styku. Vo fáze sexuálneho vzrušenia dochádza k zvýrazneniu prekrvenia genitálií (vazokongescii), ktoré prispieva k zvýšenej tvorbe transsudátu – lubrikácie pošvy. Je to prirodzená schopnosť zvlhčenia pošvy a pošvových slizníc s cieľom zabezpečiť nebolestivú penetráciu a znížiť trenie počas pohlavného styku. Lubrikácia sa na pošvovej stene stáva

viditeľnou v priebehu 10 – 30 sekúnd od sexuálneho podnetu. Lubrikačná tekutina je zložená najmä z vody, pyridínu, močoviny, zo skvalénu, z kyseliny octovej, kyseliny mliečnej, komplexu alkoholov a glykolov, ketínov a aldehydov. Kým lubrikačná tekutina pred sexuálnym vzrušením má vyššiu koncentráciu sodíka, draslíka, chloridov a kalcia, po sexuálnom vzrušení sa ešte signifikantnejšie zvyšuje koncentrácia sodíka a chloridov, pričom dochádza aj k miernemu vzostupu pH^(6,7).

K správneho priebehu sexuálnych pochodov (Mastersov a Johnsonovej „EPOR“ model fyziologického pohlavného styku: 4 fázy: vzrušenie – plaeau – vyvrcholenie – uvoľnenie) je dôležité správne fungovanie a kooperácia osi hypotalamus – hypofýza – gonády, centrálného nervového systému spolu s intaktným nervovým a cievnyim zásobením pohlavného orgánu. Je dokázané, že v priebehu života ženy sa vyskytujú rôzne odchýlky vo vaginálnej lubrikácii – jednak pod vplyvom fyziologických zmien hormónov (počas tehotenstva, laktácie a najvýraznejšie v období peri- a postmenopauzy v dôsledku poklesu hladiny estrogénu, ktorý sa zdá kľúčovým pri vaginálnej lubrikácii), pri rôznych gynekologických aj negynekologických ochoreniach, onkologických ochoreniach (v dôsledku onkologickej liečby – chemoterapie, rádioterapie alebo v dôsledku mutilujúcich operácií), užívaní liekov a/alebo psychoaktívnych látok (antidopaminergné, anticholinergné a α -sympatikolytické účinky). Dôležité sú aj psychologické, interpersonálne, environmentálne a biologické faktory^(8,9,10).

Poruchy vaginálnej lubrikácie

O poruchu vaginálnej lubrikácie ide v prípade, že napriek dostatočnej sexuálnej stimulácii nedochádza k vaginálnej lubrikácii. Pociť sexuálneho vzrušenia môže byť zachovaný, avšak

nedochádza k prejavom, ako je zdurenie a zvlhčenie genitálií, pričom žena pociťuje suchosť, diskomfort počas pohlavného styku až dyspareuniu a znížená vaginálna lubrikácia znamená aj diskomfort pre partnera počas pohlavného styku.

Poruchu vaginálnej lubrikácie rozoznávame primárnu (žena nikdy nepociťovala dostatočnú vaginálnu vlhkosť počas pohlavného styku) alebo sekundárnu. Porucha vaginálnej lubrikácie môže byť selektívna – situačne podmienená (len za určitých podmienok) alebo generalizovaná (za každých podmienok), úplná (úplná absencia vaginálnej lubrikácie) alebo čiastočná (zhoršenie vaginálnej lubrikácie) a funkčná alebo organická (prítomné organické poškodenie – napr.: vulvovaginitída, vaginálna atrofia a pod.)^(7,11). Najčastejšími organickými príčinami poruchy vaginálnej lubrikácie, s ktorými sa stretávame v gynekologickej praxi, sú vulvovaginálna atrofia/urogenitálny syndróm v menopauze a ženy po liečbe gynekologických onkologických ochorení. Nemalou skupinou sú aj ženy trpiace dyspareuniou, ktoré mávajú väčšie ťažkosti s prirodzenou vaginálnou lubrikáciou^(9,11,12).

Výskyt vaginálnej suchosti v populácii žien výrazne varíruje od 3 do 43 % v závislosti od veku respondentiek, podielu respondentiek v období menopauzy, nástroja použitého na posúdenie vaginálnej suchosti a metodológie celej štúdie⁽¹³⁾. Medzinárodná štúdia porovnávajúca prevalenciu vaginálnej suchosti v 11 krajinách sveta (Spojené kráľovstvo, Nemecko, Japonsko, Austrália, Kanada, Španielsko, Taliansko, Mexiko, Argentína, Brazília a Thajsko) zahŕňala približne 600 žien s každej krajiny. Táto štúdia poukázala na výrazné medzikultúrne rozdiely vo frekvencii pohlavného styku, v prevalencii a vo vnímaní vaginálnej suchosti ako aj v „otvorenosti“ diskutovať o tomto probléme s lekárom v jednotlivých krajinách. Podiel žien, ktoré udávali pocit vaginálnej suchosti takmer „vždy“ alebo „zvyčajne“, bol najvyšší v Brazílii (19,7 %), Kanade (14,7 %) a Austrálii (13,8 %), kým najnižší bol zaznamenaný v Španielsku (6,9 %), Nemecku (6,2 %) a Taliansku (5,8 %). Kým v Spojenom kráľovstve len 5,6 % žien vaginálnu suchosť považovalo za veľmi obťažujúcu, v Nemecku to bolo až 26,4 % týchto žien. Bolesť v dôsledku vaginálnej suchosti bola najmenej zistená v Austrálii (3,6 % žien s vaginálnou suchosťou) a Spojenom kráľovstve (5,8 %) a najviac v Brazílii (18,6 %), Thajsku (17,8 %) a Japonsku (13,4 %). Výskyt vaginálnej suchosti bol pozorovaný najmä vo vyššom veku, avšak vzostup pociťovania vaginálnej suchosti nebol jednoznačne lineárny s vekom. Zaujímavé sú aj zistenia o informovanosti žien o možnosti použitia lubrikantov, ako aj otvorenosť v konzultácii o lubrikantoch s lekárom. Najvyššie povedomie o možnostiach použitia lubrikantov 96,2 % bolo zaznamenané v Austrálii, kde sa zistilo aj najvyššie používanie lubrikantov (59,7 %), na druhej strane najnižšie povedomie o lubrikantoch mali ženy v Thajsku (61 %), kde aj použitie lubrikantov zaznamenalo len 6,3 % žien. Respondentky z Thajska a Japonska najmenej často konzultovali o svojom sexuálnom živote s lekárom a tiež najmenej z nich niekedy v živote absolvovalo gynekologické vyšetrenie, kým respondentky z Brazílie (68,7 %), Argentíny (66,5 %) a Mexika (56 %) najčastejšie konzultovali o svojom sexuálnom živote s lekárom, v daných krajinách respondentky aj najčastejšie dostali informáciu o lubrikantoch od lekára. Krajiny, kde použitie vaginálnych lubrikantov bolo najčastejšie, neboli nevyhnutne tie, kde bola najvyššia frekvencia pohlavného styku, počet partnerov alebo prevalencia vaginálnej suchosti⁽¹³⁾.

Vaginálne lubrikanty a zvlhčovadlá

V manažmente vaginálnej suchosti sa používajú vaginálne lubrikanty a zvlhčovadlá, je však dôležité odlišovať ich a správne indikovať. Vaginálne zvlhčovadlá sú prípravky primárne indikované na vaginálnu suchosť a používajú sa pravidelne na zabezpečenie komfortu a dlhodobejšieho efektu. Lubrikanty sú prípravky, ktoré sa používajú tesne pred sexuálnymi aktivitami alebo počas nich, uľavujú od vaginálnej suchosti a diskomfortu počas sexuálnej aktivity, pričom pôsobia len krátkodobo^(1,14). Lubrikanty sú voľnopredajné prípravky. Ich hlavným cieľom je zlepšenie vlhkosti pošvy počas pohlavného styku, pričom vytvorí „film“ na sliznici, a tým znižujú trenie. Lubrikanty sú symptomatickou liečbou, neriešia priamo problém poruchy lubrikácie^(1,11,14).

Aktuálne je na trhu množstvo lubrikantov, ktoré možno rozdeliť podľa viacerých kritérií. Najčastejšie a najvyužívanejšie je rozdelenie podľa základnej bázy: vodné, silikónové alebo olejové, špecifickou kategóriou sú hybridné lubrikanty (**tabuľka 1**).

Samostatnou kapitolou sú vaginálne gély a krémy s kontraktívny/spermicídny účinkom. Ich primárne využitie je kontraktívne. Obsahujú účinnú látku 9-nonoxynol, ktorý inaktívuje a zabíja spermie, avšak Pearlov index je 3 – 21, preto sa odporúča jeho použitie s inou bariérovou formou kontracepcie. Ďalšou možnosťou sú spermicídne gély s účinnou látkou benzalkóniumchlorid, ktorej kontraktívny účinok je porovnateľný s perorálnou antikoncepciou a pridanou hodnotou je aj antibakteriálny a potenciálne virostatický účinok. Spermicídne gély a krémy svojou formou pôsobia aj ako lubrikant, nevýhodou však je nutnosť aplikácie veľkého množstva v jednej dávke, čo môže spôsobiť tzv. syndróm strateného penisu (pozri ďalej)^(7,17,18).

Prímеси vaginálnych lubrikantov

Prvotne boli k lubrikantom pridané rôzne prímеси vo forme vôní a chutí najmä pre zatriktívnenie lubrikantov a ich využitie na orálny sex alebo masáže, aktuálne sa množstvo prímесí rozširuje spolu s rôznymi prídavnými efektmi a kopírujú aktuálny životný štýl. Okrem prímесí na spestrenie sexuálnych aktivít niektoré lubrikanty obsahujú molekuly s liečebným potenciálom na regeneráciu sliznice alebo na podporu plodnosti. Kyselina hyalurónová sa pridáva pre svoje hydratačné vlastnosti, podporu prirodzenej imunity sliznice (udržiava integritu tkaniva) je vhodná pri vaginálnej atrofii. Kyselina pantoténová (pantenol) sa využíva jednak pre schopnosť zachovania funkcie a elasticity epitelu, regeneráciu, podporu a urýchlenie granulácie/epitelizácie poškodeného tkaniva, ako aj pre hydratačný účinok, pričom preniká do hlbších vrstiev vaginálneho epitelu. V niektorých lubrikantoch sa využívajú antioxidačné účinky vitamínu E. Z ostatných prímесí sa najčastejšie používa Aloe vera alebo čajovníkový olej pre antimikrobiálny účinok, látky s hrejivým alebo chladivým účinkom pre lepší sexuálny zážitok a uspokojenie, prímеси na stiahnutie pošvového vchodu, na stimuláciu uvoľnenej pošvovej steny, pričom tieto lubrikanty sú vhodné na použitie s venušínymi guľôčkami na tréning svalov panvového dna, prímеси na znecitlivenie penisu a oddialenie vyvrcholenia u partnera, CBD, konopný alebo kokosový olej, ktoré údajne zaručia niekoľkonásobné orgazmy, a aktuálne sú populárne aj 100 % prírodné a vegánske lubrikačné gély bez živočíšnych látok. Vždy je nutné skontrolovať ich kompatibilitu s prezervatívom alebo erotickými pomôckami. Pre páry snažiace sa o tehotenstvo sú vhodné lubrikačné gély s látkami vytvárajúcimi vhodné prostredie (najmä pH a os-

Tabuľka 1. Rozdelenie lubrikantov podľa základnej bázy a ich výhody a nevýhody^(7,15,16)

Lubrikant	Výhody	Nevýhody
vodná báza	– najčastejšie používaný – zväčša bezfarebný – ľahko umývateľný nezanecháva škvŕny – vhodný na použitie s prezervatívom a erotickými pomôckami – môže mať rôzne aromatické prímеси – lacnejší	– krátky účinok – pomerne rýchlo vysychá – potrebná aplikácia väčšieho množstva/opakovaná aplikácia – v prípade obsahu glycerínu možné zvýšené riziko bakteriálnych a kvasinkových infekcií
silikónová báza	– dlhší účinok – vyššia viskozita – nižšia spotreba – možnosť použitia s prezervatívom – nerozpustný vo vode – možno ho použiť aj vo vlhkom, resp. vodnom prostredí – pri dostatočnom množstve aplikovanom na oba povrchy môže znížiť riziko prenosu STI i bez použitia prezervatívu (v prípade obsahu dimetikonu alebo cyklometikonu)	– nutné dôkladné umytie – zanechávajú škvŕny – nemožno ich používať so silikónovými erotickými pomôckami (narúšajú ich povrch a znehodnocujú ich) – vyššia cena – pri análnom styku diskutabilný potenciálny karcinogénny efekt
olejová báza	– dlhší účinok – vhodný aj na masáže – menšia spotreba	– dostupných menej druhov – vyššie riziko alergickej reakcie pre obsiahnuté látky – nemožno používať s prezervatívami – narúšajú integritu (latex, nitril, polyizopren), čím eliminujú kontraceptívny a antiinfekčný účinok – možno používať len s málo dostupnými polyuretánovými prezervatívami – ťažšie umývateľné – zanechávajú škvŕny
hybridné lubrikanty	– najčastejšie kombinácia vodnej a silikónovej bázy – možno použiť aj pri silikónových pomôckach – dostupné aj prípravky kompatibilné s latexovými prezervatívami	– vyššie riziko alergických reakcií – horšia dostupnosť

STI – sexuálne prenosné infekcie

molaritu) pre spermie, pričom zlepšujú ich migráciu a prežívanie, čím zlepšujú šancu na otehotnenie, dôležité je ich aplikovať v čase ovulácie^(16,19,20).

Použitie lubrikantov

Použitie lubrikantov je indikované a jednoznačne odporúčané u žien s vaginálnou suchosťou, ktoré udávajú diskomfort počas pohlavného styku u ženy/muža. Ide najmä o ženy po pôrode, počas laktácie, u peri- a postmenopauzálnych žien, po liečbe onkologických ochorení (najmä gynekologické malignity). V prípade výskytu vulvovaginálnej atrofie je dobré odporučiť aj lubrikanty s prímесami na zlepšenie trofiky pošvovej sliznice (s kyselinou hyalurónovou, kyselinou pantoténovou, vitamínom E)⁽²⁰⁾.

Ženy s dyspareuniou omnoho častejšie používajú lubrikanty na prevenciu a/alebo zmiernenie bolestivosti počas sexuálnej aktivity, pričom lubrikanty hodnotia ako stredne účinné, preto lubrikant môže byť možnosťou aj pre niektoré ženy s dyspareuniou⁽¹²⁾.

Použitie lubrikantov je dôležité a odporúčané aj pri tzv. *relatívnych* problémoch: použitie aniballu/epinoballu pred pôrodom na zabránenie poranenia pošvovej sliznice v dôsledku trenia, na spestrenie/oživenie pohlavného života páru, pri používaní erotických pomôcok. Určitou nutnosťou je lubrikant aj v prípade análneho pohlavného styku, keďže tu je úplná absencia lubrikácie črevom. Na trhu sú bežne dostupné špeciálne lubrikanty práve na análny pohlavný styk aj s antibakteriálnym účinkom. Využívajú sa aj análne spreje na uvoľnenie svalstva s obsahom lokálnych anestetík⁽¹⁶⁾.

Riziká použitia lubrikantov

Ako v prípade každého produktu aj lubrikant, resp. niektorá jeho zložka môže spôsobiť alergickú reakciu. Pred nanosením je dôležité „vyskúšať“ lubrikantu na predlaktí, aby sa vyhlo alergickej reakcii priamo v oblasti genitálií.

Viaceré štúdie opisovali negatívny vplyv lubrikantov na pošvovú sliznicu s výrazným cytotoxickým účinkom na bunky. Dokázalo sa, že za týmto nepriaznivým efektom je osmolarita lubrikačného gélu, čím vyššia osmolarita lubrikačného gélu, tým silnejší negatívny účinok na bunky pošvovej sliznice. Vysoká osmolarita má za následok dehydratáciu buniek pošvovej sliznice, poškodenie vaginálnej epitelálnej bariéry, vznik zápalu, a tým sa bunky pošvovej sliznice stávajú vulnérnejšími a náchylnejšími na sexuálne prenosné infekcie⁽²¹⁻²³⁾. Kým štúdií ohľadom prenosu STI je pomerne dosť, štúdie týkajúce sa prenosu uropatogénov (*E. coli*) alebo zmeny pošvovej mikroflóry je nedostatok. Vybrané komerčne dostupné lubrikačné gély aplikované in vitro na kultúry bez vaginálnych epitelálnych buniek inhibovali rast *E. coli* ako aj *Lactobacillus* spp., v prípade aplikácie na in vitro kultúry s vaginálnymi epitelálnymi bunkami inhibícia rastu *E. coli* bola nižšia a rast *Lactobacillus* spp. nebol inhibovaný⁽²³⁾. Zaujímavé sú tiež zistenia zmeny vaginálnej mikroflóry pri aplikácii spermicídnych gélov s nonoxynolom-9, kým v jednej štúdii sledovali zvýšenú kolonizáciu *E. coli* a absenciu *Lactobacillus* spp, iná randomizovaná štúdia nepotvrdila významnú alteráciu vaginálnej mikroflóry pri pravidelnom používaní spermicídneho gélu s nonoxynolom-9⁽²³⁻²⁵⁾. Ďalšie štúdie o účinku lubrikačného gélu na vaginálnu sliznicu a mikroflóru sú potrebné.

V roku 2011 WHO vydala *stanovisko týkajúce sa bezpečnosti lubrikačných gélov*: osmolarita by mala byť pod 1 200 mOsm/kg, pH 4,5 a nemali by obsahovať prímеси ako polyquaternium-15 a nonoxynol-9, ktoré majú výrazne dráždivý účinok. Napriek týmto odporúčaniam sú stále dostupné aj hyperosmolárne lubrikačné gély s možným obsahom cytotoxických látok aj vzhľadom na to, že lubrikačné gély sú regulačnými orgánmi (FDA, EMA a pod.) vedené ako medicínske prístroje/pomôcky nepodliehajúce nutnosti realizácie kontrolovaných randomizovaných štúdií na zistenie bezpečnosti^(22,26). V súčasnosti sú na trhu dostupné kvalitné hypoalergénne prípravky, na vaginálnu lubrikáciu by sa

mali používať len preparáty na to určené, používanie detských olejov alebo bežných olejov môže spôsobovať problémy a alergické reakcie.

Vplyv lubrikantu na motilitu a viabilitu spermií je takisto často diskutovanou témou, pričom závery jednotlivých štúdií sa rozchádzajú. Predpokladá sa najmä osmolarita a pH lubrikantov ako príčina možnej zmeny motility a viability spermií, niektorí autori uvádzajú aj vplyv množstva a čas aplikovania lubrikantu. U párov, ktoré sa snažia o tehotnosť, sa veľakrát vyskytuje problém s vaginálnou suchosťou (obdobie ovulácie, lieky, plánovaný pohlavný styk), preto sa odporúčajú lubrikanty. Vyhovujúce sú práve preparáty s vhodným pH a osmolaritou zhodujúcimi sa s prirodzenou seminálnou tekutinou a cervikálnym hlienom v období ovulácie, ktoré nespôsobujú poruchu motility a viability spermií, naopak, podporujú motilitu a šancu otehotnieť⁽¹⁹⁾.

Syndróm strateného penisu je stav, keď objemná pošva nezaistí penisu dostatočnú treciu a stimulačnú plochu, čím partner takmer nič necíti. Tento stav sa môže spolupodieľať na poruchách erekcie muža. So syndrómom strateného penisu sa skôr stretne pri aplikácii spermicídnych gélov, kde je nutné aplikovať omnoho väčšie množstvo ako pri klasických lubrikačných géloch, alebo k podobnému stavu môže dochádzať u žien s nadmernou lubrikáciou^(7,18).

Dostupnosť lubrikantov na Slovensku

Lubrikanty sú na Slovensku voľnopredajné prípravky dostupné v lekárňach, drogériách, supermarketoch, erotických obchodoch alebo v internetových obchodoch.

Najjednoduchší je nákup lubrikantov v drogérii alebo bežnom obchode/supermarkete – v štýle vezmem a idem. V lekárňach už možno dostať aj informáciu o daných produktoch, avšak personál nemusí byť vždy úplne informovaný a hlavne nemusí sa cítiť úplne komfortne pri rozhovore o lubrikantoch, o aktuálnych možnostiach a využití lubrikantov. Aktuálne dostupné lubrikačné gély na www.adc.sk sú v **tabuľke 2**.

Širšie spektrum lubrikantov je dostupné v kamenných alebo internetových erotických obchodoch alebo na rôznych stránkach venovaných ženskému zdraviu, eventuálne spirituálnych/ezoterických internetových stránkach pre ženy. Kúpa lubrikantu v erotickom obchode vyžaduje odvahu, takýto obchod však okrem širokej škály lubrikantov ponúka personál školený v danej problematike, otvorený rozhovoru a je možnosť si daný lubrikant „vyskúšať“ na pokožke vzhľadom na možnú alergickú reakciu, obohatiť a podobne.

Kúpa cez internetový obchod je výhodná najmä pre anonymitu a diskretnosť pri doručení tovaru. Internetové obchody poskytujú veľké množstvo lubrikantov, ale ak nekupujeme overený produkt, musíme sa spoľahnúť a dôverovať opisu (uvedený účinok, zloženie, osmolarita, pH) a recenziám vybraného produktu.

Ako ženy vnímajú použitie lubrikantov

Adekvátna vaginálna lubrikácia počas pohlavného styku výrazne ovplyvňuje vnímanie sexuálneho zážitku nielen u žien samotných, ale aj u ich partnerov. Vo všeobecnosti ženy v každom veku pozitívne vnímajú použitie lubrikantov. Štúdia publikovaná v roku 2013 sa zameriavala na vnímanie používania lubrikantu ženami. Vyše 2 400 žien participovalo na tejto štúdii, pričom priemerný vek žien bol 32,69 (18 – 68). V posledných štyroch týždňoch si kúpilo lubrikant 76,3 % týchto žien, najčastejšie si lubrikanty kupovali v drogérii alebo v klasickom obcho-

Tabuľka 2. Aktuálny zoznam lubrikačných gélov⁽¹⁷⁾

Lubrikant	Charakteristika
Dr. Müller Hyalosan lubrikačný gél®	vodná báza s kyselinou hyalurónovou
Dr. Müller TY&JÁ®	vodná báza, neparfumovaný dostupný aj aromatizovaný – broskyňa/jahoda
Dr. Müller TY&JÁ®	vodná báza s olejom čajovníka
Dr. Müller TY&JÁ silikónový®	silikónová báza
Dr. Max Water-based Personal Lubrikant®	vodná báza s pantenolom
Durex intímny masážny gél 2v1®	vodná báza s Aloe vera
Durex Naturals Pure intímny gél®	vodná báza
Durex Naturals Sensitive intímny gél®	vodná báza
Durex Originals intímny gél®	vodná báza
Durex Original Silicone gel®	silikónová báza
Fytofontana Gyntima®	vodná báza antimikrobiálny s pantenolom
GLIDE 4YOU®	silikónová báza hypoalergénny, pH neutrálny
Lactacyd Caring glide®	vodná báza hypoalergénny s kyselinou mliečnou na zachovanie prírodného pH
Multi-gyn Liquigel®	vodná báza prírodný bez parfumov, chemických a konzervačných látok upokojujúci efekt
Ritex BIO lubrikačný gél®	z prírodných surovín, bez parfumov a farbív vhodný pre vegánov
Ritex Hydro Sensitive®	vodná báza hydratačný účinok
Yarilo Motility NR®	vodná báza podpora fertility
Aliver fertility gel®	podpora fertility obsahuje zmes výťažkov bylín
Durex Intense Orgasmic gel®	stimulačný zvyšuje citlivosť klitorisu
Floragyn zvlhčujúci vaginálny gél®	vodná báza
JANELL vášň®	oleogél visnadín, CBD, myrcén, Ylang ylang
VIRDE Nature lubrikačný gél®	vodná báza s citrusovými extraktmi
Pharmatex®	kapsul/krém spermicídny účinok

de. Lubrikant najčastejšie aplikovala buď žena, alebo jej partner (46,7 %), len partner (32,3 %), len žena (21,1 %). Ženy vo všetkých vekových kategóriách vnímali použitie lubrikantu pozitívne (**tabuľka 3**)⁽²⁷⁾.

Budúcnosť lubrikantov

Ako aj iné medicínske prípravky a pomôcky, aj lubrikanty sa stále vyvíjajú a je snaha, aby zabezpečovali čo najviac pozitívnych vlastností.

Do popredia sa dostávajú najmä preparáty s výrazným antimikrobiálnym účinkom a viacúčelové preventívne preparáty (MTPs – multipurpose prevention technologies), ktoré majú za cieľ okrem kontraceptívneho účinku zamedzenie prenosu niektorých STI (HIV, hepatitída B a C, herpes simplex vírusu 2, HPV alebo vírusu Zika). Molekuly ako astodimér sodný –

Tabuľka 3. Vnímanie lubrikantov ženami⁽²⁷⁾

	Silne nesúhlasím % (n)	Nesúhlasím % (n)	Súhlasím % (n)	Silne súhlasím % (n)
Lubrikant robí sex komfortnejším	1,3 (30)	3,2 (73)	43,4 (996)	52,1 (1195)
Bola by som urazená, ak by partner navrhol použitie lubrikantu	72,3 (1 711)	23,1 (547)	2,6 (61)	2 (47)
Lubrikant robí sex príliš lepkavým	29,4 (676)	45,4 (1 043)	21,6 (497)	3,6 (82)
Používanie lubrikantu vnímam pozitívne	1,5 (36)	3,7 (87)	44,9 (1 045)	49,8 (1 157)
Lubrikant robí sex príliš mokrym	30,5 (703)	52,8 (1 218)	14 (322)	2,8 (64)
Ak žena potrebuje lubrikant, niečo je zlé s jej sexualitou	65,3 (1 541)	29,1 (687)	3,9 (93)	1,7 (39)
Lubrikanty robia sex príjemnejším	1,5 (33)	4,7 (108)	47,4 (1 078)	46,4 (1 056)
Cítim sa komfortne pri použití lubrikantu	1,1 (25)	1,6 (38)	33,3 (784)	64 (1 504)
Lubrikanty sú najmä pre staršie ženy	54 (1 268)	35,5 (835)	7,9 (186)	2,6 (61)
Mladé ženy nepotrebujú lubrikant	52,8 (1 234)	38,7 (905)	6,6 (155)	1,8 (42)
Lubrikanty robia sex lepším	1,1 (25)	1,6 (38)	42,3 (975)	54,9 (1 266)

biopolymér (dendrimér), ktorého význam je najmä v znemožnení ingescie vírusu do bunky deaktiváciou glykoproteínov. Zabraňuje prenosu vírusových infekcií bez podania antivirov, aktuálne sa skúša aj v kombinácii so spermicídnymi lubrikačnými gémi⁽²⁸⁾. Vaginálny krúžok obsahujúci účinnú látku dapavirin sa odporúča u sexuálne aktívnych žien, ktoré majú riziko infekcie HIV. Pri jednotlivých skúšaníach sa u niektorých žien poukázalo aj na podporu vaginálnej lubrikácie^(29,30).

Záver

Lubrikanty už dávno nepatria len do erotických obchodov a k tabuizovaným témam. Lubrikanty vníma pozitívne bežná populácia žien v akejkoľvek veku. Sú jednou z možností, ako zvýšiť sexuálne potešenie, uspokojenie, a tým si udržiavať sexuálne zdravie. Dôležitá je ich úloha pri manažmente vaginálnej atrofie, dyspareunie ako aj u žien po gynekologických operáciách a onkologickej liečbe. Zlepšenie sexuálneho zdravia

a well-beingu je jedným z dôležitých, avšak často zanedbávaných elementov stratégií WHO pre reprodukčné zdravie^(2,3). Zlepšenie povedomia a dostupnosti kvalitných a bezpečných lubrikantov môže prispieť k rešpektovaniu, ochrane a realizácii práv na zdravie a zlepšovanie sexuálneho zdravia a pohody⁽¹⁾.

Vyhlasenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

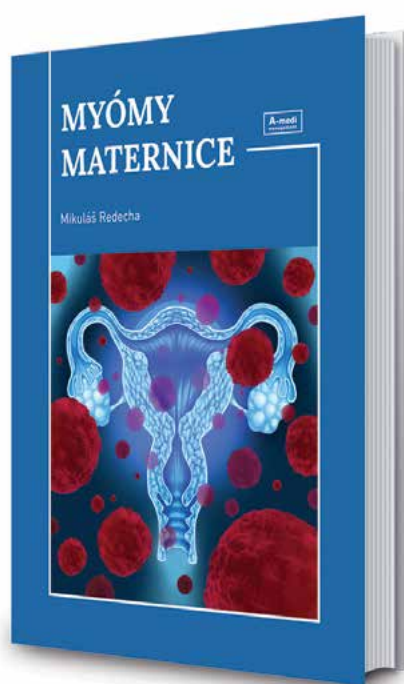
doc. MUDr. Alexandra Krištúfková, PhD.
1. gynekologicko-pôrodná klinika LFUK a UNB
Antolská 11, 85107 Bratislava
a.kristufkova@gmail.com

Mgr. Ladislav Kováč, PhD., MSc., MPH, FESA
GLOSS research group HRP SRH WHO International,
Geneva Switzerland

Literatúra

- Kennedy CE, Yeh PT, Li J et al. Lubricants for the promotion of sexual health and well-being: a systematic review. *Sex Reprod Health Matters* 2021; 29(3): 2044198.
- WHO. Strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets related to reproductive health. *Reprod Health Matters* 2005; 13(25): 11-18.
- World Health Organization. Sexual and reproductive health: defining sexual health. Geneva: WHO; 2006, dostupné na: <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/key-areas-of-work/sexual-health/defining-sexual-health>
- Andelloux M. Products for sexual lubrication: understanding and addressing options with your patients. *Nurs Womens Health*. 2011; 15(3): 253-257.
- World Health Organization. Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms: WHO/UNFPA/FHI360: advisory note. Geneva: WHO; 2012. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/76580> (videné 10.8.2022)
- Dawson SJ, Sawatsky ML, Lalumière ML. Assessment of Introital Lubrication. *Arch Sex Behav*. 2015; 44(6): 1527-1535.
- Chovanec M, Vrzáková P, Turčan P a kol. Poruchy lubrikácie a aké máme liečebné možnosti. *Psychiatr Prax*, 2016; 17(2): 79-82.
- Masters W.H., Johnson V. Human sexual response. Boston: Little, Brown and Co: 1966.
- Krištúfková A: Sexuálny život ženy vo fertilnom veku – túžba a prania. *Gynekol Prax* 2018; 16 (2): 67-73.
- Bitzer J. The female sexual response: Anatomy and Physiology of Sexual Desire, Arousal and Orgasm in women, In: Lipshultz L.I, Pstuszek A.W, Goldstein A.T, Giraldo A., Perelman M.A: Management of Sexual Dysfunction in Men and Women An Interdisciplinary Approach, Springer, 2016, ISBN 978-1-4939-3099-9, s. 199-212.
- Roztočil A. Sexualita ženy, její poruchy, sexuální násilí a znásilnění, In: Roztočil A. a kol.: Moderní Gynekologie, Praha, Grada Publishing a.s., 2011, 1. vydání, ISBN 978-80-247-2832-2, s. 117-126.
- Sutton KS, Boyer SC, Goldfinger C et al. To lube or not to lube: experiences and perceptions of lubricant use in women with and without dyspareunia. *J Sex Med* 2012; 9(1): 240-250.
- Leiblum SR, Hayes RD, Wanser RA et al. Vaginal dryness: a comparison of prevalence and interventions in 11 countries. *J Sex Med* 2009; 6(9): 2425-2433.
- 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.
- <https://www.healthline.com/health/healthy-sex/lube-shopping-guide-types#lube-defined>
- Krištúfková A: Lubrikanty – Kedy? Aké? Prečo? prednáška, podujatie Žena a hormóny 2018, 26. 10. 2018, Štrbské Pleso.
- Zoznam lubrikačných a spermicídnych gélov, www.adc.sk (videné 10. 8. 2022)
- Colonnello E, Limoncin E, Ciocca G et al. The Lost Penis Syndrome: A New Clinical Entity in Sexual Medicine. *Sex Med Rev* 2022; 10(1): 113-129.
- Agarwal A, Deepinder F, Cocuzza M et al. Effect of vaginal lubricants on sperm motility and chromatin integrity: a prospective comparative study. *Fertil Steril* 2008; 89(2): 375-379.
- Stute P. Is vaginal hyaluronic acid as effective as vaginal estril for vaginal dryness relief? *Arch Gynecol Obstet* 2013; 288: 1199-1201.
- Park DW, Jo HT, Lee IH et al. The effects of vaginal lubricants on the human vagina: an in vitro analysis. *Clin Exp Obstet Gynecol* 2019; 46(3): 427-433.
- Wilkinson EM, Łaniewski P, Herbst-Kralovetz MM. Personal and Clinical Vaginal Lubricants: Impact on Local Vaginal Microenvironment and Implications for Epithelial Cell Host Response and Barrier Function. *J Infect Dis* 2019; 220(12): 2009-2018.

23. Hung KJ, Hudson PL, Bergerat A et al. Effect of commercial vaginal products on the growth of uropathogenic and commensal vaginal bacteria. *Sci Rep* 2020; 10: 7625.
24. Gupta K, Hillier SL, Hooton T et al. Effects of contraceptive method on the vaginal microbial flora: a prospective evaluation. *J Infect Dis* 2000; 181: 595-601.
25. Schreiber CA, Meyn LA, Creinin MD et al. Effects of long-term use of nonoxonyl-9 on vaginal flora. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 136-143.
26. Cunha AR, Machado RT, Palmeira-de-Oliveira A et al. Characterization of commercially available vaginal lubricants: a safety perspective. *Pharmaceutics*. 2014; 6(3): 530-542.
27. Jozkowski KN, Herbenick D, Schick V et al. Women's perceptions about lubricant use and vaginal wetness during sexual activities. *J Sex Med*. 2013; 10(2): 484-492.
28. Mendling W, Holzgreve W: Astodimer sodium and bacterial vaginosis: a mini review. *Arch Gynecol Obstet*. 2022; 306(1): 101-108.
29. Shapley-Quinn MK, Laborde N, Luecke E et al. Acceptability of the Dapivirine vaginal ring in postmenopausal US women. *AIDS patient care and STDs*. 2022; 36(3): 97-105.
30. <https://www.who.int/news/item/26-01-2021-who-recommends-the-dapivirine-vaginal-ring-as-a-new-choice-for-hiv-prevention-for-women-at-substantial-risk-of-hiv-infection> (videné 10.8.2022)



MYÓMY MATERNICE

Mikuláš Redecha

Kniha *Myómy maternice* komplexne opisuje aktuálny pohľad na problematiku myómov u žien. Ide síce o benígne, no kvalitu života výrazne zhoršujúce ochorenie, ktoré postihuje takmer 40 % žien. Kniha podáva ucelený prehľad a najnovšie poznatky o epidemiológii, etiopatogenéze, symptómoch týchto benígnych nádorov, ako aj o ich diagnostike. Do detailov sú rozoberané možnosti liečby myómov maternice, od konzervatívnych možností, akými sú farmakologická liečba alebo miniinvazívne uterus zachovávajúce prístupy, ktoré si vyžadujú spoluprácu intervenčného rádiológa. Samostatné kapitoly sú venované chirurgickej liečbe myómov maternice s detailným opisom jednotlivých chirurgických techník. Záverečná kapitola opisuje zriedkavú, no o to závažnejšiu diagnózu leiomyosarkómu a jej možnú zámenu za benígny myóm maternice. Kniha je teoretickým ale aj praktickým návodom pre gynekológov na ambulanciách a v nemocničných zariadeniach. Hlavným mottom celej monografie je pritom individuálny prístup ku každej pacientke aj v prípadoch tak častého ochorenia, ako sú myómy maternice.

14 €

V predaji na www.amedi.sk/e-shop

A-medi management, s. r. o., Jarošova 1, 831 03 Bratislava, amedi@amedi.sk, www.amedi.sk

Trauma incestu

Dana Šedivá

Incest predstavuje jednu z najväčších psychických tráum. Najčastejším typom sexuálneho zneužívania je incest otec – dcéra. Incest má svoju typickú dynamiku, vo väčšine prípadov platí, že nekontaktné aktivity progredujú do penetračných. Následky sexuálneho zneužívania dieťaťa sú dlhodobé, niekedy celoživotné, ak sa obeť nedostane pomoc v pravý čas.

Kľúčové slová: incest, sexuálne zneužívanie, dynamika a odhalenie incestu

The trauma of incest

Incest represents one of the greatest traumas. The most common type of sexual abuse is father-daughter. Incest has its own typical dynamics, in most cases, non-contact activity progresses to penetration. The consequences of child sexual abuse are long-term, sometimes lifelong, unless the victim gets help in time.

Keywords: incest, sexual abuse, dynamics and disclosure of incest

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 210 – 214

Historický prehľad

Prídavné meno *incestus* (-a, -um) znamená v latinčine nečistý, hanebný, nemravný, necudný. Podstatné meno *incestus* (-ús, -m) vyjadruje krvismilstvo. Ide o sexuálne aktivity medzi osobami s blízkym stupňom príbuzenstva, ktoré nemajú povolené uzavrieť manželstvo. Príčinou vzniku a udržiavania tohto fenoménu v starovekých kultúrach mohlo byť udržanie moci a dedenie majetku. Modulujúcu úlohu zohrávali aj mytologické a náboženské systémy, ktorých bohovia boli pre vtedajší svet príkladom. Incest ako súčasť oficiálneho náboženstva bol prítomný v mýtotoch stvorenia sveta v starom Grécku, Egypte aj Mezopotámii.

V historickom kontexte významných náboženstiev je potvrdené (Talmud, Biblia, Korán), že existovalo detské predajné manželstvo. Podľa Ursuly Wirtzovej to znamená rozlúčiť sa s mýtom rodiny. Autorka pripomína, že pojem „*familia*“ predstavoval vlastníctvo osôb. Dcéra bola vlastníctvom otca a ten ju postúpil manželovi. Za dokonané bolo manželstvo považované až vtedy, keď bolo dievča sexuálne prijaté do vlastníctva. Incestný zákaz bol určený mužom a posudzoval sa ako delikt proti osobnému vlastníctvu⁽¹⁾.

Výhradne biologický pôvod protiincestného inštinktu je sporný. Teórie viažuce sa k incestnému tabu naznačujú význam genetických faktorov, ide však o komplexný sociálny, kultúrny a mentálny jav.

Príčiny tabuizácie incestu možno hľadať vo viacerých rovinách, jedným z nich je prenos genetických ochorení medzi príbuznými. Príkladom je Japonsko, kde boli incestné manželstvá pomerne bežné. Prebudením recesívne prenášaných génov sa rodilo viac postihnutých detí, ktoré sa nedožili dospelosti a nedokázali sa reprodukovať. Chybné gény tak vypadli z populácie. Japonsko v súčasnosti vykazuje nižší výskyt geneticky podmienených ochorení, ako je svetový priemer. Aj keď je genetická teória nesporne pravdivá, nemá absolútnu platnosť⁽²⁾.

Je známe, že v dobe faraónov starého Egypta sa incestnými vzťahmi prenášali gény dobrého zdravia, dlhovekosti a vysokej inteligencie. História príbuzenských sobášov siaha hlboko do minulosti, ale ich najväčšia koncentrácia sa prejavila počas faraónskeho obdobia v 18. – 19. dynastii. Middleton uvádza, že manželstvá faraónov 18. dynastie (1570 – 1397 pr. Kr.) boli

uzavreté medzi príbuznými: Amenhotep I., II., Tutmose I., II., III., IV. A taktiež predstavitelia 19. dynastie: Ramses II. a Merneptah. Neskôr v Ptolemaiovskej monarchii predstavovali doslova pilier, o ktorý sa spoločnosť opierala. Túto helénsku dynastiu založil Ptolemaios I. – veliteľ armády Alexandra Veľkého. Ptolemaios II. si za manželku zobral svoju sestru Arsinoe. V čase sobáša mal on okolo tridsať a ona okolo štyridsať rokov. Od tej chvíle boli obaja známi ako Philadelphos (milujúca brata/milujúci sestru). Tradícia pokrvných sobášov pokračovala až do konca dynastie – posledná kráľovná Egypta Kleopatra VII. bola postupne vydatá za svojich dvoch bratov Ptolemaia XIII. a Ptolemaia XIV.⁽³⁾

Naopak, smutný dôsledok príbuzenských sobášov predstavovala tzv. habsburská čeľusť – vysunutá čeľusť a obrátený zhryz u viacerých členov dynastie Habsburgovcov. Zdá sa, že podstatná je kvalita dedených génov.

Tabuizácia incestu

V drivej väčšine národov je incest zločinom. Prvý doteraz známy dôkaz o inceste nájdeme v Chammurapiho zákonníku (1700 rokov pr. Kr.). Zákon určuje, že muž, ktorý počal dieťa so svojou dcérou, bude vyhodený za mestské brány. Sociálne vyhlásenie ako následok incestu prikazuje i Tretia kniha Mojžišova (1300 rokov pr. Kr.)⁽¹⁾.

Najznámejším incestným biblickým príbehom je príbeh Lóta a jeho dcér: Po úniku zo Sodomy sa Lót s dcérami usadí na neobývanej hore. Pretože bol jediným mužom v šírom okolí, dcéry sa rozhodnú, že ho zvedú a počnú s ním deti (Gen. 19). Príbeh Lóta je symbolizmom obrazu incestného zneužívania dieťaťa v rodine. Lótova žena skamenená s odvrátenou tvárou symbolizuje emočnú neprítomnosť matky v čase incestu, neobývané územie je symbolom sociálnej izolácie, Lótovo opilstvo symbolizuje stratu morálnych zábran a zvedenie Lóta dcérami presun viny na obeť.

Teórie viažuce sa k incestnému tabu naznačujú význam genetických faktorov, ide však o komplexný sociálny, kultúrny a mentálny jav.

Psychoanalytička Ursula Wirtzová sa kriticky vyjadruje ma adresu Freuda. Obviňuje ho zo zastierania skutočností ohľadom sexuálneho zneužívania v detstve, čo môže mať ďalekosiahle

dôsledky dodnes. Uveriť ženám, ktoré boli v detstve sexuálne zneužívané, sa považovalo za profesijnú chybu v pochopení neurozy. Podobný názor má bývalý riaditeľ archívu Sigmunda Freuda Jeffrey Mason, ktorý Freuda obvinil, že čisto z osobných dôvodov odvolal teóriu zvedenia, ktorá predpokladala, že hystéria je následkom sexuálnej traumy v detstve, traumy sexuálneho zvedenia. Teóriu zvedenia Freud nahradil teóriou o *oidipovskom komplexe*, ktorý sa pokladá za stred psychoanalytickej teórie. Tu už incest nepredstavuje reálnu sexuálnu skúsenosť, ale je iba nevedomým prianím voči rodičovi opačného pohlavia⁽¹⁾.

Westermarckov efekt je psychologická teória, ktorá hovorí, že medzi osobami, ktoré sú od útleho veku v úzkom kontakte, sa prirodzene vytvára averzia k sexuálnemu styku. Príkladom je zistenie z izraelských kibucov, že rané emočné puto je spojené so vzájomnou sexuálnou averziou.

Na začiatku deväťdesiatych rokov minulého storočia sa objavili správy o *syndróme falšnej pamäti*. Pacienti si v priebehu psychoterapie vybavovali „spomienky“ na činy, ku ktorým v skutočnosti nikdy nedošlo. V niektorých prípadoch došlo v USA i k trestnému stíhaniu. Bolo by nezodpovedné ignorovať obvinenia zo sexuálneho zneužívania. Podobne nemožno považovať za etické povzbudzovanie pacientov, aby si spomenuli na sexuálne zneužitie v detstve, ak na to neexistuje dôvod⁽⁴⁾.

Incest v mytológii

Každá kultúra má svoje mýty, ktoré nám približujú celkovú perspektívu vtedajšieho sveta. Medzi božstvami bol tento typ správania považovaný za správny, no smrteľníkom povolený nebol. Incest ako súčasť oficiálneho náboženstva bol prítomný v mýtoch stvorenia sveta v starom Grécku, Egypte aj Mezopotámii. Významná egyptská bohyňa Isis bola vydatá za brata Usirisa. Grécka mytológia je taktiež plná incestu bohov a polobohov. Prvým božským incestom je vzťah Gaie (zem) a jej syna Urána. Splodili spolu troch kyklopov, tri obludy a dvanásť Titanov. Zeus, vládca olympských bohov sa oženil so svojou sesternicou a splodili okrem iných Aténu (bohyňu múdrosti). Jeho ďalšou manželkou bola sestra Héra, ktorá mu porodila Área (boha vojny), Hébé (bohyňu mladosti), Eileithyiu (bohyňu pôrodu). Sestra Déméter mu porodila Persefoné. Iný zo zachovaných mýtov hovorí, že Persefoné splodil so svojou matkou Rheiou⁽⁵⁾.

Azda najznámejším gréckym incestom smrteľníka je príbeh tébskeho kráľa Oidipa, ktorý si nevedomky vzal za manželku svoju matku locasté. Z tragického vyústenia príbehu možno vytušiť poučenie z prelomenia incestného tabu (Oidipus si vypichol oči; v inej verzii sa locasté obesila a bohovia zoslali na Téby mor ako trest za otcovraždu a incest)⁽⁶⁾.

Incestné rodiny

Rodiny s výskytom incestu nazývame *incestnými rodinami*. Odhaduje sa, že napriek oznamovacej povinnosti počet nahlásených prípadov predstavuje iba zlomok skutočného výskytu. Priebeh incestu je dlhodobý, dĺžka zneužívania do odhalenia trvá priemerne tri roky, kým v prípade styku s nepríbuznou osobou 1,2 roka. Páchateľmi sú väčšinou otcovia. Maternálny incest je vzácny, spoločensky nenápadný a ťažšie detegovateľný. Matky dieťa stimulujú pri hygieny, obliekaní. Väčšinu maternálnych incestov páchajú mentálne zaostalé, psychotické alebo závislé matky. Svoje špecifiká má maternálny incest pri spolužití s alkoholikom, keď si ženy berú synov do postele ako živý štít, čo časom môže prerásť do sexuálneho zneužívania dieťaťa⁽⁶⁾. Nie-

ktorí autori odhadujú, že prevalencia súrodeneckého incestu je mnohonásobne vyššia ako rodičovského. Väčšina prípadov prebieha ako hra, ktorá zašla príďaleko. No vyskytujú sa aj formy s dynamikou rodičovského incestu, keď dieťa zneužíva starší brat, ktorý sa teší výsadnému postaveniu v rodine (najmä pri absencii otca). Spilková a Vaníčková opísali prípad, keď po prevzatí otcovského incestu s desaťročnou dcérou ju začal zneužívať aj starší brat. Dĺžka následného incestu bola jeden a pol roka. Výnimkou však nie je ani incestné zneužívanie starým rodičom.

Iba časť páchatelov incestu trpí sexuálnou deviáciou v zmysle pedofílie, efebofílie a hebefílie (zameranie na predpubertálne deti, pubescentov a pubescentky). Väčšinou ide o regresívne heterosexuálne osoby s pridruženými poruchami osobnosti. Sexuálne uspokojenie nie je hlavnou motiváciou. Páchateľ v incestom vzťahu zažíva emočne významnejšiu rolu, než akú zažíval v iných vzťahoch s vekovo primeranou partnerkou. Ústrednou ideou je zneužitie moci⁽⁶⁾.

Kazuistika 1

70-ročný dôchodca, ženatý, otec 5 detí a starý otec 11 vnúčat je obvinený z trestného činu sexuálneho zneužívania a prečinu súložie medzi príbuznými, pretože sedem rokov asi 5-6x mesačne vykonával súlož so svojou vnučkou. Ako 12-ročná už bola vyvinutá ako žena. Bola jeho najobľúbenejšia vnučka. Raz v lete prišla za ním do záhradného domčeka, objal ju, začal ju hladkať po celom tele, nebránila sa. Natoľko ho to vzrušilo, že vykonal na nej súlož. Ona bola po celý čas ticho. Poprosil ju, aby o to nikomu nepovedala, že to bude ich tajomstvo. O súložoch nikdy nehovorili, prebiehalo to bez slova, v klasickej polohe. Súložili u nich v záhrade, v byte, v aute. To pokračovalo do 19. roku veku vnučky, keď ho začala odmietať, myslel si, že si našla frajera. Keď nad tým premýšľal, uvedomil si, že už dlhší čas nemala menštruáciu a že by mohla byť s ním tehotná, lebo nepoužívali ochranu. Vnučka uviedla, že dedko s ňou súložil od jej 12 rokov. Vtedy nevedela, čo s ňou robí, nebránila sa. Opakovalo sa to vždy, keď prišiel k nim na návštevu, trvalo to niekoľko minút, bez slov. Vždy vymyslel nejakú historku, že idú nakupovať a pod. Takto to pokračovalo, kým zistila, že je tehotná. Nevedela, čo má robiť, povedala to sestre. Spolu išli k lekárovi, bola v 14. týždni tehotenstva. Nechcela si to dieťa nechať, myslela na samovraždu, hospitalizovali ju na psychiatrii, podstúpila interrupciu.

Sexuologickým vyšetrením páchatel'a nebola zistená sexuálna deviácia ani duševná porucha. Sexuálny vzťah s vnučkou nemožno označiť za pedofilný. Ide o morálne zlyhanie heterosexuálneho muža.

K rizikovým faktorom zneužitia dieťaťa otcom patrí hlavne tradícia dominantnej a silnej úlohy mužov v sexuálnych vzťahoch, tendencia mužov sexualizovať svoje emočné potreby, znížená schopnosť mužov identifikovať sa s potrebami detí a subjektívny pocit postavenia otca v posvätnnej role hlavy rodiny, ktorá ho predurčuje na zvláštne privilégia.

Ďalšou možnosťou prístupu k deťom je spolužitie (sobáš) so ženou, ktorá už deti má. Vtedy hovoríme o nepravom inceste (najčastejšie nevlastný otec – dcéra).

Kazuistika 2

39-ročný muž bol stíhaný za zločin sexuálneho zneužívania, sexuálneho násillia a za zločin znásillnenia. Trestných činov sa vraj dopustil na nevlastných dcérach (v čase obvinenia vo veku 18 r., 16 r., 15 r.). V spoločnej domácnosti bývali 12 rokov. Trest-

né oznámenie podala matka detí, ktorá uviedla, že o zneužívaní nemala žiadnu vedomosť. Obvinený začal nevlastné dcéry postupne sexuálne zneužívať od 7-8 rokov ich veku. Spočiatku si k nim prikladal penis, imitoval súlož, nútil ich k orálnemu sexu a masturbácii rukou. Chodil za nimi do vane a ukájal sa. Najstaršiu prinútil k súložu vo veku 17 rokov. Opakovalo sa to viac ako 10 ráz, musela sa pritom tváriť, že sa jej to páči. Keď sa tvárila zle, tak ju zbil. Podvoľovala sa mu zo strachu. Od siedmich rokov bola nastavená tak, že zakaždým, keď si ju zavolať, vedela, že sa niečo také bude diať. Bol schopný zavolať si ju aj predtým, ako išla do školy, niekoľkokrát do týždňa, aj viackrát po sebe. Pri tomto bola často aj o dva roky mladšia sestra, ktorá zvykla strážiť dvere. Najmladšia sestra uviedla, že keď mala 11 rokov, zavolať ju upratať izbu, kde sa s ňou zavrel, obchytkával ju, zdvihol jej nohu a vošiel do nej pohlavným údom. Od 12 rokov to robil asi dva razy do mesiaca, keď sa bránila, tak ju bil, hodil o posteľ, o zem. Kondóm väčšinou nepoužíval, ejakuloval do nej. Keď jej to robil, plakala, bolelo ju to. Chcel od nej aj análny styk. Bol k nim surový, často ich kopal, stále ich udieral, matku tiež sácal a udieral. Zneužíval ich v dome, na povale, v šope aj na poli, kam s ním museli chodiť.

Sexuologické vyšetrenie u obvineného nepotvrdilo sexuálnu deviáciu in modo (v spôsobe dosahovania sexuálnej slasti) ani sexuálnu deviáciu in objecto (v zameraní na objekt). Nebola zistená forenzně významná duševná porucha – choroba. Nebezpečenstvo pre spoločnosť vyplýva zo psychopatickej osobnostnej výbavy, z egocentizmu a absencie empatie, keď uspokojovanie vlastných sexuálnych potrieb sa kladie nad práva obetí. Konanie obvineného zastavil až koniec vzťahu s družkou a presťahovanie rodiny, keď sa ocitli mimo jeho dosahu.

Dynamika incestného vzťahu

Podľa Poetheho si zneužívajúca osoba sexuálny prístup k dieťaťu postupne pripravuje. Napr. tým, aby si nezatváralo dvere do kúpeľne pri kúpaní, aby sa nehanbilo. Neskôr sa začína pred dieťaťom odhaľovať. Typicky nasleduje vzájomná observácia pohlavných orgánov. Neskôr sa pridávajú autostimulačné aktivity pred dieťaťom, rodič dieťa posmeľuje, aby ho nasledovalo. Nekontaktné zneužívanie progreduje väčšinou ku kontaktným formám – dotýkanie a hladenie celého tela, neskôr pohlavných orgánov, bozkávanie genitálu. Najčastejšou penetračnou aktivitou je felácia, keďže orálny otvor je u dieťaťa najprístupnejší. Ďalšou možnosťou je análny otvor – šetrná postupná dilatácia nemusí zanechať nijaké poranenia. Aj pri penetrácii do vagíny sa páchatelia väčšinou snažia, aby nedošlo k poškodeniu hymenu, ktorý je v tomto vývojovom období elastickejší a umožňuje preniknutie jazykom alebo prstom. Zneužívajúca osoba môže sexuálnu stimuláciu vykonávať trením penisu v genitálnej oblasti. Neskúsené dieťa potom tvrdí, že došlo k penetrácii. Pri neporušenom hymene môže byť potom jeho tvrdenie sponchybné⁽²⁾.

Incestné rodiny

Incestné rodiny vykazujú niektoré spoločné charakteristiky. Často ide o rodiny zámerne sociálne izolované, bez priateľov a známych. Páchatel si vyberá emočne závislú partnerku, ktorá incest toleruje. Typická je absencia empatie, hierarchické usporiadanie a narušenie komunikačných vzorcov (dôležitejšie je to, kto hovorí, ako čo hovorí). Významnú rolu má toxická neverbálna komunikácia – o zneužívaní páchatel s obetou nehovori,

tvári sa, že zneužívanie neexistuje. Ďalšou črtou je potláčanie intergeneračných rolí (napr. obracanie sa o radu k dieťaťu), narušovanie fyzických a emočných hraníc, narušenie intimity pri obliekaní, či kúpaní. V pozícii nezneužívajúceho rodiča sa najčastejšie ocitá matka. Časť matiek k partnerovi zaujíma trvale submisívny postoj, podriaďuje sa jeho vôli, necháva mu voľnú ruku pri výchove detí⁽²⁾.

Pre zneužívajúcu osobu je kľúčové utajenie incestného vzťahu. Využíva na to neverbálnu komunikáciu (o zneužívaní s dieťaťom nikdy nehovorí), vyhrážanie telesným násilím, emočné vydieranie. Najväčšou hrozbou pre dieťa je separačná úzkosť – rodič sa vyhráža rozpadom rodiny (rozvedieme sa... dostaneš ma do väzenia...). Cieľom zneužívajúcej osoby je motivácia dieťaťa k aktívnej spolupráci. Sexuálnou stimuláciou môže dôjsť k pocitovému vyvrcholeniu (mechanizmus nezávislý od vôle), nárastu sexuálneho napätia a potreby sexuálneho vybitia, čím sa páchatelovi podarí vyrobiť „spoluvinníka“ (vidíš ako sa ti to páčilo)⁽²⁾.

K odhaleniu incestu dochádza často náhodne (iná osoba sa stane svedkom incestu), spontánnym prezradením dieťaťa, rodič začne zneužívať ďalšie dieťa v rodine (motiváciou žiarlivosť alebo snaha chrániť súrodencu), tehotenstvo obete, dieťa si začína voľiť svojho sexuálneho partnera a rodič mu v tom bráni, prítomnosť STD u dieťaťa, zmenami v správaní dieťaťa (plačlivosť, úzkosť, sociálna izolácia, záškoláctvo, promiskuita, nepriemerané vedomosti o sexe, kresby so sexuálnou tematikou) alebo keď sa dieťa dostane do bezpečného prostredia (internát, návšteva príbuzných).

Smutnou realitou zostáva, že zveriť sa dospeléj osobe nemusí znamenať ukončenie incestu. Ďalší osud dieťaťa a páchatela závisí od kvality vzťahov v rodine, ochoty uveriť a snahy ochrániť dieťa. Ak sa nezneužívajúci rodič (matka) nepostaví na stranu dieťaťa, jeho pozícia v rodine sa zhoršuje na hranicu zniesiteľnosti. Matka a širšia rodina sa v snahe zamiesť vec pod koberec môžu postaviť na stranu agresora. Dieťa je osočované, že zničilo rodinu a vystavilo páchatela trestnému stíhaniu. Prevalencie incestu pre rodinu predstavuje najmä v menších mestách sociálnu stigmú s doživotným odsúdením. Páchatela mohlo okolie považovať za slušného človeka, používal dôveru komunity. Pozíciu dieťaťa zhoršuje aj fakt, že zneužívajúci rodič má k dieťaťu prístup počas dlhého vyšetřovania⁽⁶⁾.

Reakcia zneužívajúceho rodiča na odhalenie zneužívania je väčšinou popretie činu a útok proti obeti incestu. Zneužívajúci rodič dieťa vyzýva, aby prestalo klamať, popiera jeho výpoveď a snaží sa ho prinútiť, aby svoje tvrdenia odvolalo. Reakcia matky a širšej rodiny závisí od jej inteligencie a formátu osobnosti. Poethe rozdelil typológiu matiek na niekoľko typov:

- matka nereaguje vôbec,
- reaguje otvorene hostilne a nedôverčivo,
- matka sa za dieťa postaví, sľúbi mu ochranu a pomoc, no časom sa tvári, že sa nič nestalo,
- matka reaguje na situáciu adekvátne, poskytne dieťaťu zášermie a ochranu⁽²⁾.

Klinická a forenzná prax naznačujú, že väčšina matiek o sexuálnom zneužívaní tuší alebo vie. Mnohé matky si zneužívanie zracionalizujú, vnímajú ho ako obeť, čo musí dieťa (deti) zniesť, aby bol zachovaný sociálny status rodiny. Niektoré majú k dospievajúcim dcéram rivalitný vzťah, vinu presúvajú na obeť (to ona ho zvedla). Podľa niektorých autorov má časť matiek skúsenosť s vlastným sexuálnym zneužívaním v detstve⁽⁶⁾.

Kazuistika 3

40-ročný muž s vysokoškolským vzdelaním spolu s manželkou vyučovali náboženstvo a matematiku na cirkevnej škole. Otec troch dcér vo veku 16, 14 a 12 rokov a 4-ročného syna bol obvinený, že od 15 rokov sexuálne zneužíval najstaršiu dcéru, vtedy študentku ZŠ. Dcéra uviedla, že asi pred dvomi rokmi sa začal meniť, viac vyhľadával situácie, keď bola sama. Asi po dvoch mesiacoch sa zobudila na to, že si k nej ľahol do postele a začal sa jej dotýkať na prsiach, v rozkroku. Dialo sa to dva-trikrát do týždňa. Vždy prišiel vtedy, keď už ona aj sestry spali. Keď sa zobudila, začala ho kopat', mykala sa, ale nekričala. Vyzliekal ju, vkladal jej prsty do vagíny, bolelo ju to. Nevidela, ale cítila, že aj on mal odhalené prirodzenie. Myslí si, že mama o tom vedela, viackrát jej to naznačovala, myslela si že to nechce riešiť.

Prechodom na cirkevné gymnázium dcéra začala bývať na internáte v krajskom meste. Tu sa zdôverila kňazovi, mala hrôzu z toho, že cez víkend bude musieť ísť domov. Zvažovala spáchanie samovraždy, už viackrát si predtým ubližovala, rezala si zápästie. Kňaz spolu so psychologičkou podali trestné oznámenie. Z výpovede dievčaťa predpokladali, že dieťa sa už v minulosti zdôverilo, asi kňazovi, možno pri spovedi, nebol jej však ochotný pomôcť, len že sa bude za ňu modliť. Pracovníci sociálky okrem toho, že to oznámili rodine, neurobili nič. Dieťa zostalo bývať na internáte. Matka spolu so starou matkou, s birmovnou matkou a pánom z modlitebného spoločenstva poškodenú obvinili, že im rozbila rodinu, že nebudú mať z čoho žiť a súrodenci jej to neodpustia, že sociálka im zoberie deti a že otec skončí určite vo väzení, čo mu nepomôže. Nič sa nestalo, že len podľaťhol v tejto oblasti a treba sa za neho modliť, že sa to spraví samo. Matka obviňovala dcéru, že ona je na vine. Birmovná matka jej zároveň ponúkala premodlenie u viacerých osôb a kňazov, aby ju zbavili toho zla (v zmysle jej zlých a negatívnych myšlienok o údajnom rozbíjaní rodiny). Otec jej posielal modlitby, ktoré má nahlas odriekať, aby mu dokázala odpustiť a oslobodila sa od zlých myšlienok. Dieťa momentálne súd zveril do starostlivosti psychologičky, s ktorou býva v spoločnej domácnosti, po kontakte s príbuznými máva myšlienky na smrť, poškodzuje sa rezaním.

Následky sexuálneho zneužívania v rodine

Samotný incest a jeho odhalenie má devastujúci vplyv na celú rodinu. Súrodenci spravidla o inceste tušia, vedia, resp. sú priamymi očitými svedkami. Niekedy rodič súčasne alebo postupne zneužíva aj viacero detí. Deti z incestných rodín často popri depresiách, úzkostných a psychosomatických poruchách trpia závislosťou od alkoholu a drog, samopoškodzovaním a samovražednými tendenciami. Pociťujú bezmocnú zlosť, túžbu po pomste, utiekajú sa k partiám rovesníkov, rodinu predčasne opúšťajú.

Podľa Weissa môže incestné zneužívanie vyvolať akúkoľvek duševnú poruchu okrem organického psychosyndrómu⁽⁶⁾. Téza homosexuálneho vývoja obetí incestu je predmetom odborného skúmania. Prijímané je zneistenie ohľadne vlastnej sexuálnej orientácie, najmä u chlapcov, ktorí boli zneužití análnou súložou, na ktorú reagovali erekciou⁽¹⁾.

Kazuistika 4

36-ročná žena, ambulantne psychiatricky liečená od 27 rokov, 5x hospitalizovaná s diagnózami neurasténia, disociatívna

porucha osobnosti, histriónska porucha osobnosti, v anamnéze TS medicamentosa (130 tbl Plegomazínu). Pochádza z rodiny železničiara a zdravotnej sestry. Rodičia sa liečili pre alkoholizmus, mladší bratia takisto veľmi pijú. Pri spomienke na detstvo jej vždy prebehne mráz po chrbte. Rodičom chodili kupovať alkohol, pri pití bola spočiatku pohoda, čo sa menilo každým kalíškom. Najskôr si vzájomne nadávali, potom sa pobili, potom nasledoval sex. Toho všetkého boli s bratmi svedkami, pretože mali 1-izbový byt. Matka si zvykla robiť perom krúžky na krk, kde ju mal otec pichnúť nožom. Vychovávali ich bitkou, niekedy boli bití i v spánku, bez príčiny, málokedy vedeli za čo. Starší brat sa pomočoval, no museli na tom spať, ak chceli mať pokoj. Keď mala 12 rokov, otec ju začal sexuálne zneužívať, súložil s ňou. Hovoril jej, že to nič nie je, ale nemá to nikomu povedať. Mala veľký strach, hanbila sa a postupne získala pocit viny, doteraz nevie za čo. V škole sa pohoršila, odvrávala učiteľkám, v druhom ročníku učňovky ju vyhodili z internátu. Otehotnela, zostala slobodná matka, narodil sa jej syn. Otec rozhodol, že pôjde robiť. Znova bývala u rodičov a sexuálne zneužívanie sa začalo odznova. Už nevládala uniesť to bremeno, zdôverila sa matke. Jej odpoveď bola: „Keď suka nedá, pes nevezme“. Vtedy rozmyšľala nad samovraždou. V zamestnaní si našla manžela, narodil sa im syn. Má dobré srdce, i keď je „motaj“, nepripomína jej nemanželského syna. Čo sa týka sexuálneho života, dlho si myslela, že je frigidná. Pred stavom zaľúbenia nemala nikoho (ak nepočíta otca). Po prvom pôrode mala dva roky pauzu, s manželom sa intímne stýka iba vtedy, „keď musí“, má strach, aby si nenašiel milenkú. Má starosti s bratom, pred pár mesiacmi sa vrátil z väzenia, rodičia ho neprijali. Ona sa nad ním zľutovala, zobrala ho k sebe, ale ju okradol, lebo nikde nepracuje. Ona trpí depresiami, večer plače, schúli sa do kľbka, má obavy o svoje zdravie, rodinu. Predtým mávala silné bolesti chrbtice, nechutilo jej jesť. Posledné roky má pocit na odpadnutie, má neistú chôdzu, trpnu jej ruky aj nohy, cíti mravčenie na hlave, pichanie po celom tele. Odpustila otcovi aj matke. Otec je vážne chorý a je to až okaté, aké má výčitky svedomia. Ona sa v sebe nevyzná. Možno ho začína mať rada ako otca a on ju ako dcéru. Je pre ňu ako vychádzajúce slniečko. Má potrebu rodičovskej lásky.

Pozn.: Pac. bola na probatórnej priepustke opätovne zneužívaná otcom (!). Manžel o sexuálnom zneužívaní nevie, obáva sa, že by ju opustil.

Záver

Incestné zneužívanie detí patrí k najťaživejším traumám. Narúša osobnostný vývoj, evokuje vznik závažných duševných porúch. Psychické následky sú dlhodobé, podľa mnohých autorov celoživotné, ak sa obeť nedostane pomoc v pravý čas. Nie je zriedkavosťou, že obeť sa zveria odborníkovi až v dospelosti. Po mnohých rokoch, keď sa nedokázali nikomu otvoriť alebo ich slovám nikto neveril. Trpia depresiami, neurotickými poruchami, hraničnou poruchou osobnosti, majú problémy v partnerskom a sexuálnom spoložití, zlyhávajú v rodičovskej role, trpia sexuálnymi dysfunkciami, v anamnéze možno nájsť suicidálne pokusy, sebapoškodzovanie, promiskuitu. Ursula Wirtzová považuje incest za vraždu duše⁽¹⁾.

Vyhlasenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. Dana Šedivá
 Psychiatrická a sexuologická ambulancia
 PSYCH-MED, s. r. o.
 Business Centrum Aquapolis
 Piešťanská 3, 917 01 Trnava
 e-mail: sediva.ambulancia@gmail.com

Literatúra

1. Wirtz U. Vražda duše. Portál, Praha 2005, 232 s.
2. Pothe P. Sexuální zneužívání dětí v rodině, in: Weiss, P., a kol., Sexuální zneužívání dětí, Grada, Praha 2005, 95-125.
3. Middleton R. Brother-Sister and Father-Daughter Marriage in ancient Egypt, Amer Social Review 1962; 27(5): 603-611.
4. Mollon P. Freud a syndrom falešné paměti. Triton, Praha 2000, 86 s.
5. Kerényi K. Mytologie Řeků. Oikymen, Praha 1996, 249 s.
6. Weiss P. Sexuální zneužívání dětí. Grada Publishing, Praha 2005, 264 s.

OBJEDNÁVKA PŘEDPLATNÉHO 2023



Moderní gynekologie a porodnictví



GARANTOVANÝ
AUTODIDAKTICKÝ
TEST – 2 KREDITY



PŘÍSTUP DO
ARCHIVU
ČASOPISU



RECENZOVANÉ ČLÁNKY
NA ZAJÍMAVÉ TĚMATA

PŘEDPLATNÉ
CZ

PŘEDPLATNÉ
SK

WWW.SEND.CZ

WWW.AMEDI.SK

EDIČNÍ PLÁN 2023



ONKOGYNEKOLOGICKÁ
DIAGNOSTIKA



GYNEKOLOGICKÁ SEXUOLOGIE



KARCINOM PRSU



PORODNICKÉ SOUDNÉ
ZNALECKÉ KAZUISTIKY

Kontakt: Ing. Martina Karvayová • karvayova@amedisk.sk • +421 911 117 949

A-medi management, s.r.o., Jarošova 1, 831 03 Bratislava

Pseudogravida ako forenzná kauza

Robert Máthé, Jana Štefániková

Príspevok predstavuje 4 prípadové štúdie pseudogravidity, ktoré boli predmetom súdnoznaleckej expertízy. Zaoberáme sa príčinami, priebehom a dôsledkami alternatívnej liečby neplodnosti. Interpretácia použitých psychodiagnostických metód naznačuje, že u skúmaných probandiek išlo o nedostatočné vyrovnanie sa so ženskou rolou, resp. o jej konfliktné prežívanie.

Kľúčové slová: pseudogravida, psychodiagnostika, ROR, MMPI-2, liečiteľstvo

Pseudopregnancy as a forensic case study

The paper presents 4 case studies of pseudopregnancy that were the subject of forensic expertise. We deal with the causes, course and consequences of alternative infertility treatment. The interpretation of the psychodiagnostic methods used indicates that the investigated probands were insufficiently coping with the female role or its conflict experience.

Keywords: pseudopregnancy, psychodiagnostic, ROR, MMPI-2, 'folk' medicine

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 216 – 220

Pseudogravida (pseudocyesis, pseudokyeza, falošná gravida) je charakterizovaná presvedčením netehotnej ženy, že je tehotná, a prejavmi príznakov a prežívania tehotenstva⁽¹⁾. Údaje o takomto stave siahajú už do čias Hippokrata (460 p. n. l. – 380 p. n. l.), ktorý pravdepodobne ako prvý opísal 12 prípadov pseudogravidity.

Prevládajú názory, že pseudogravida je spôsobená psychogénne⁽²⁻⁴⁾ v pozadí nielen so silnou túžbou ženy otehotnieť, ale aj s hrozbou straty partnera, so žiarlivosťou a či snahou upútať pozornosť. Pseudogravídne ženy sú spravidla bezdetné a prejavujú mimoriadne intenzívnu túžbu po dieťati. Podľa Cristodouloua sú to „zúfalé ženy, ktorých sny sa tragicky rozpadli a nie sú uspokojené“⁽²⁾.

V etiopatogenéze takýchto porúch sa podľa viacerých autorov uplatňujú mechanizmy známe z nozografie neuróz a psychosomatických ochorení^(1,3,5).

Druhým variantom je *psychotická forma pseudogravidity* s bludom gravidity, ktorý sa môže vyskytnúť nielen u žien, ale aj u mužov. Hranice medzi nepsychotickou a psychotickou pseudogravídou sú často málo zreteľné^(3,6). Krafft-Ebing, autor priekopníckej publikácie *Psychopathia sexualis*, razil v súvislosti s prípadmi pseudogravidity, ktoré opísal v roku 1890, termín *metamorphosis sexualis paranoica*. Opísal 3 prípady psychotických pacientov, z dnešného pohľadu pravdepodobne schizofrenikov či parafrenikov, ktorí sa pokladali za osoby ženského pohlavia, a u dvoch z nich bol prítomný aj blud gravidity.

Zaujímavý je prístup dánskeho psychiatra Hansena, ktorý presadzoval pojem *panaia hypochondriac* so špeciálnou formou tejto poruchy, tzv. *pseudocyesis paranoides*⁽²⁾. Paranoická a hypochondrická zložka poruchy sa podľa neho prejavuje tým, že tieto ženy, tak ako v prípade nepsychotickej pseudocýzy, chodia od lekára k lekárovi, až kým nenájdu takého, ktorý identifikuje ich domnelé tehotenstvo ako skutočné.

Keďže pri súčasných možnostiach diagnostiky gravidity takéhoto lekára pravdepodobne nenájdu, ich útočiskom sa stávajú tí, ktorí sa pasujú za takmer všemohúcich ľudových liečiteľov, či v terminológii liečiteľa, ktorého sa naša práca týka, „poradcov“.

Probandky forenznnej kauzy – poškodené

Išlo o štyri ženy, ktoré boli vyšetrené v rámci znaleckej psychologickéj expertízy vyžadovanej vyšetrovateľom polície asi 1,5 – 2 roky po stanovenom termíne pôrodu. Vytvárali časť skupiny žien, ktoré sa dlhší čas usilovali o dosiahnutie gravidity, pričom vyčerpali azda všetky dostupné medicínske možnosti, avšak túžobne očakávanej gravidity sa ani po rokoch úsilia nedočkali. V nádeji o možný zvrat tak navštívili vyhľadávaného populárneho liečiteľa, ktorý pôsobil a zrejme ešte naďalej pôsobí, v Košútoch, v obci neďaleko Galanty. Ide o bohato medializovaný prípad okrem iných pod názvom Neviditeľné bábätká.

Predstavíme ich prostredníctvom ich kresieb ľudskej postavy (test kresba ľudskej postavy – FDT – je projektívna technika na vyšetrenie osobnosti založená na kresbe – vyšetrovaná osoba má nakresliť ľudskú postavu bez bližšieho určenia a následne postavu opačného pohlavia).

38-ročná ST, absolventka SOU, rozvedená, s jedným dieťaťom z prvého manželstva, aktuálne žije 13. rok s druhom, je zamestnaná v reštaurácii vo vlastníctve rodiny. Jej kresby (**obrázok 1**) a sprievodný komentár k nim naznačujú snahu po domi-

Obrázok 1. Kresba ľudskej postavy 1. probandky



nancii a frustrovanú potrebu uznania a obdivu v pozadí s pocitmi insuficiencie, resp. „nepripravenosti“: I. „Ježiš, ja neviem kresliť, keby som to bola vedela, tak sa pripravím! Nemôže to byť len také, že krúžok, krúžok, čiaračka? Nuž, to je také jedno dievča... Taká princeznička, koruna jej chýba...“ II. „Nuž, to je jeden muž.“

Jeden známy ju tam odporučil... Nič jej nebolo, ale len tak išla, veď tam toľko ľudí chodí, všeličo o ňom počula, tak tam išla so svojím priateľom, sadli si tam, čakali v takej miestnosti, v takej hale, a v kuchyni liečil... Tak si ich pozrel, povedal, že všetko je dobré, dobré... Jej povedal, že má nejaké cysty, že ju otvorí na 48 hodín... Povedal jej, že ju niečo trápi, že nemajú deti a tak... Povedal jej, že sa na ňu pozrie, že ju otvorí na 48 hodín, že majú znovu prísť, že jej už vytekli cysty a že už môže otehotnieť...

Potom sa sám od seba ponúkol, že on už ten baby program ovláda, že zhora čosi dostal, a či do toho chcú ísť alebo nie, že je už veľmi veľa tehotných žien, a keď dostane menzes v novembri, že majú prísť. Povedal im, že 10. novembra o 10. majú počať dieťa. Hneď jej ukázal na brucho, že už tam je dieťa. Ona tomu ani neverila, ale on ju ubezpečoval, že áno... Aj tam už sedeli ženy, ktoré mali bruško... Všetci, čo tam chodili, sa vyliečili... Chodili aj každý druhý deň...

K lekárovi aby nešli, až po troch mesiacoch... Lekár tam napokon nič nevidel, ale povedal im, len nech chodia, že však môže sa stať, že otehotnie... Chodili, chodili... V januári jej povedal, že bude mať dvojčiky...

Po treťom mesiaci lekár stále nič nevidel, ale povedal jej, že nech predsa čakajú, že z toho možno niečo bude... Brucho jej narástlo, vracala ráno a dokonca aj pohyby cítila... Ani v 6. mesiaci však nič lekár nevidel, on zas, že nejaká clona ich chráni – akože tie deti, že sú neviditeľné... Všetko mu uverili.

32-ročná JM, absolventka bakalárskeho štúdia s technickým zameraním, 9 rokov vydatá, bezdetná, živnostníčka so zameraním na marketingové akcie.

Predstavila sa jednoduchými paličkovými postavami (**obrázok 2**), ktoré naznačujú, že jej sebaaprezentácia je veľmi opatrná, so snahou odhaliť zo svojej podstaty čo najmenej. Súčasne dáva najavo potrebu zážitku šťastia: Komentár ku kresbám: I. „Nejakú ženu“ II. „Muž. Mladí šťastní ľudia.“ Obe postavy sú veľké, s rozpaženými rukami, spredu nakreslené.

Chceli mať dieťa, nedarilo sa im... Ona má cysty na vaječníku, manžel má trošku spomalené spermie. Absolvovali všelijaké vyšetrenia aj v Prahe, aj u genetikov... Povedali im, že mô-

žu aj normálne splodiť dieťa... Absolvovali aj umelé oplodnenie – trikrát – nešlo to.

Sesternica jej povedala, že nejaká jej kamarátka ide k nejakému liečiteľovi, že nech sa tam idú pozrieť. Ona na také veci nikdy neverila. Tá sesternica, keď tam bola s kamarátkou, tak sa opýtala na ňu, či by jej s tým vedel pomôcť, akože otehotnieť. Dal jej termín, ona tam išla so švagrom, lebo manželovi zrušili dovolenku, lebo niečo mali v práci.

Prišla tam, chvíľu čakala, asi pol hodiny, a prišla na rad, on ordinoval vtedy v kuchyni s jedálňou... Sedel na takom gaučíku, oproti mal stoličku a na kozube mal zapálenú sviečku. Že čo ju trápi... Ona povedala, on na to, že so štítnou žľazou má nejaké problémy... *Ona aj chodila už predtým k lekárovi s tým, brala na to aj nejaké hormóny...* On, že tú štítnu žľazu má zablokovanú, že ju musí odblokovať, že jej funguje len na 50 %. Nedotýkal sa jej, len lúskal prstami, že tým sa to odblokuje. Ona k tomu, že jedným uchom dnu, druhým von, no že skúsi.

Tak k nemu išla znova, povedala mu, aké to tam má, on že to je dobré, že tá štítna žľaza začala fungovať... Ale že on jej to vyberie von. Zase lúskal prstami a ona cítila, ako jej tá bolesť ide von, akoby jej to vyšlo. Vtedy si povedala, že asi má nejaké schopnosti, keď toto cítila. Presne jej povedal, kedy dostane menštruáciu, tak ju aj dostala. Ešte si hovorila, že je to čudné, že takto...

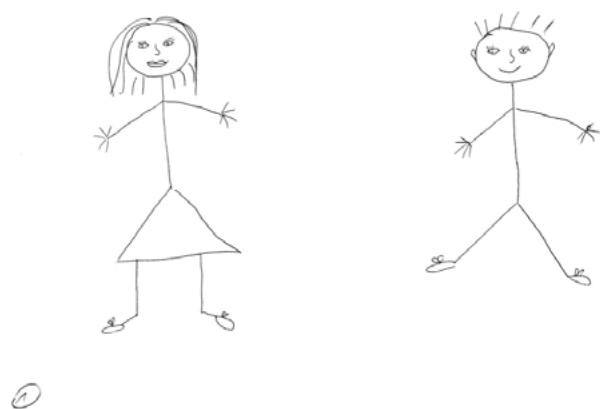
No a tie manželove spermie, to len dvakrát luskol a že to môže aj na diaľku... Potom, ako dostala menštruáciu, tam prišla, povedal jej, kedy bude mať ovuláciu a že vtedy majú počať to dieťa a že potom majú zase prísť, či to vyšlo, či sa to chytilo, mali ísť aj na dovolenku, ale nešli, keby sa náhodou niečo stalo, aby boli doma. Keď k nemu prišli, povedal, že sa to chytilo a že tam dokonca budú mať dve, že dvojčiky – to povedal už 4-5 dní po styku, že sa to proste chytilo a že to budú dievčatá. Ona namietala, že ako to on môže vidieť... Potom to však aj s manželom pripustili...

Po troch mesiacoch tehotenstva jej už dovolil ísť k lekárovi... *Ona si doma robila tehotenské testy a nič... Ale začala mať také návaly žravosti, mala také chute, že zjedla pol kila parížskeho šalátu. Po obede bola neskutočne unavená. Ráno mala akože kyselinu. Pes ju začal poslúchať, bol k nej úplne iný. Ona to tak brala, že buď, alebo. Ona o svojom tehotenstve nemala nikomu hovoriť ani rodine, ani známym, len manžel to mohol vedieť... Lebo tí ľudia sú všelijakí zlí a môže potrať... Ona sa chcela pochváliť aj namietala, ako by jej mama alebo svokra mohli uškodiť.*

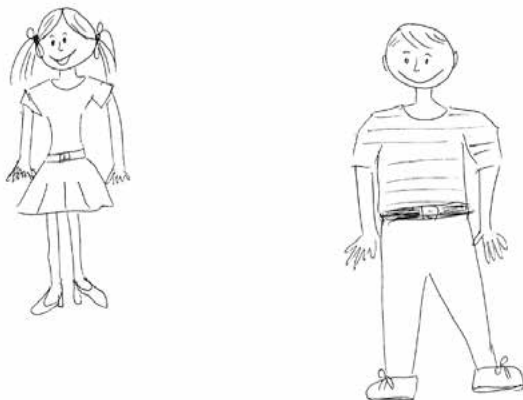
Keď potom po troch mesiacoch navštívili lekára, ten jej pichol injekciu, že tehotná nie je, aby dostala menštruáciu. Išla k tomu Popluhárovi, že lekár povedal, že nie je tehotná... On že to si nemala dať robiť a že má prísť k nemu... Povedal, že tie deti ešte nie sú pripravené na to, aby ich lekár videl, že tam je nejaká astrálna clona... Jej aj brucho rástlo, ale pohyby dieťaťa necítila... Vedela od kamošiek, čo by mala cítiť. On, že preto to necíti, lebo to nechce vnímať. Potom jej povedal, nech si chytí brucho a on bude tými deťmi hýbať – vtedy tam aj niečo cítila...

Už keď mala pomaly rodiť, jej sa zdalo, že má malé brucho na dvojčiky... On, že sú uložené vzadu... Že sa nemá rozprávať s tými dievčatami na internete, lebo to nerobí dobre. Povedal jej, kde budú mať deti materské znamienka – povedal presne tie miesta, kde ich má ona aj muž, hoci to nemohol vedieť. To ju zas presvedčilo o jeho schopnostiach. Tak si naplánovala nejakú mini výbavičku...

Obrázok 2. Kresba ľudskej postavy 2. probandky



Obrázok 3. Kresba ľudskej postavy 3. probandky



33-ročná GM, absolventka strednej priemyselnej školy s maturitou, 5 rokov vydatá, obchodná riaditeľka jednej firmy.

Kresby tejto panej boli do značnej miery infantilné (**obrázok 3**), prezrádzali jej nezrelosť a submisívne postavenie s evidentným vnímaním osôb mužského pohlavia ako sociálne dominantného: I. „Môžem ako deťom kreslíť...? No, dievčatko... (rozpráva si pritom)“ II. „Chlapec bude troška väčší...“

Nemohla otehotnieť, všetko sa to začalo tak... Veľmi chceli dieťa, stále na nič neprišli, dávali jej lieky. Po niekoľkoročných tortúrach hľadala aj iné alternatívy – skúsili homeopatiu... Umelé oplodnenie nechcela veľmi, tak chcela ešte niečo skúsiť.

Zhodou okolností vedela, že v tom čase bývalá kolegyňa mala podobné problémy... Dozvedela sa, že je tehotná, že chodí k nejakému liečiteľovi. Hneď si zistovala, kto to je... Zdalo sa jej reálne, že by to mohlo byť... Vie, že je veľa bylinkárov a ľudí, čo naprávajú...

Prišli tam, bolo tam strašné množstvo ľudí, čakali tam dosť dlho... Išli dnu všetci štyria... Pán P... (liečiteľ) sedel na takom gauči... chodil prstami okolo tela človeka, nedotýkal sa, občas luskol... Martine rozprával, čo robí jej bábätko, potom začal kvázi vyšetrovať manžela aj ju. *Povedal, že má endometriózu a že má problém so štítnou žľazou...* Ona oponovala, on zas, že lekári si nič nevšimnú, *osočoval lekárov*, čo sa jej nepáčilo... Zdalo sa jej to také divné... *Ale povedal, že manžel je v poriadku, potom povedal, že jej musí vyčistiť organizmus, že potom uvidia... Išla do toho...*

Potom jej povedal, že organizmus má čistý, povedal im, kedy majú mať pohlavný styk a že vtedy otehotnie. Urobili ako povedal, potom prišli, on povedal, že sa to podarilo. Verila mu úplne, dôverovala mu, ale nehovorila to nikomu, bola opatrná. Potom však zrazu dostala menzes. Divila sa, ako je to možné, keď je tehotná. Pýtala sa ho na to, on že prvý raz sa to môže stať... Ešte sa jej to zdalo také... On však stále chcel, aby tam chodili, že on musí to tehotenstvo na začiatku udržiavať. Nuž, keď bolo treba, tak tam chodila.

Bývalá kolegyňa bola asi o dva mesiace dlhšie tehotná, ale nemala pozitívny tehotenský test. Pýtali sa ho, prečo nie, on nato, že **to dieťa je chránené nejakou clonou – astrálnou clonou – a že lekári ho nevidia**.

Iná žena – Erika mala už v tom čase rodiť – vo februári. Povedala si, že za to nič nedá, že počká do toho februára. Chodi-

la tam, dostala druhý menzes, on ich strašil, že keď tam nebudú chodiť, prídu o deti – inak dvojčky mala mať ako všetky... Len čo dostala tretí menzes, už tam nešla a odhovárala aj druhé baby, aby tam nechodili, dopyčula sa, že ani Erika neporodila...

Ale predsa v kútiku duše si mysleli, že to môže viesť... A prečo to vlastne ten človek robí... No nechávali tam peniaze, on si ich nepýtal priamo, len tak ukázal na taký stolík, kde už nejaké peniaze boli... 10-20 € tam nechávali.

Liečiteľ jej povedal, že keď k nemu nebude chodiť, potratí... Ona sa spýtala, či to bude aj vidieť, on povedal, že áno... Samozrejme, nič nebolo vidieť...

Ony hľadali o ňom niečo na sociálnych sieťach... Nikdy tam nič nepísala, ale rozhodla sa, že to urobí, aby nemohol ďalším ženám ubližovať...

31-ročná MP, absolventka VŠ s ekonomickým zameraním, po 7 rokoch bezdetného manželstva v rozvodovom konaní, pracuje ako produktová manažérka.

K svojim kresbám (**obrázok 4**) uviedla: I. „Ježišmaria, ja vôbec neviem kresliť... To je hanba, takéto kresliť... (?) Čo ja viem, chlapec...“ II. „Dievča? Tiež jej spravím nohavice? Dobré?“ (Smeje sa.) Jej kresby prezrádzajú nezrelosť osobnosti, ako aj problematickú identifikáciu s pohlavnou rolou.

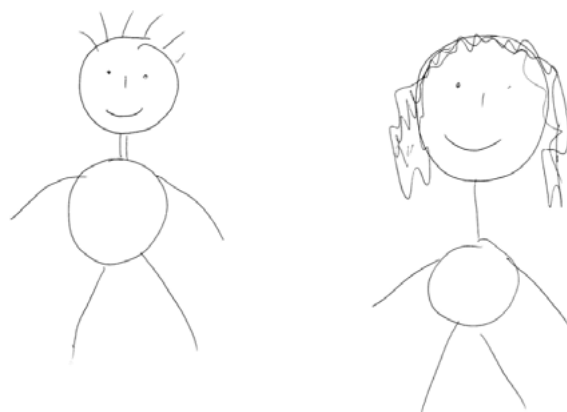
Uviedla, že známi jej odporučili, že v okolí je jeden liečiteľ, ktorý viacerým pomohol, a možno by vedel pomôcť aj jej manželovi, ktorý bol psychiatricky liečený... Bola tam aj s manželom – hneď na prvej návšteve – bolo to pre ňu dosť šokujúce...

Pán P... mu pomáhal zlikvidovať tých démonov – že ich vidí, či vidí, ako ich zlikvidoval... A že aj on to tak má robiť... A že má anjelov, ktorí mu budú pomáhať... A že Mária Magdaléna stojí vedľa neho a Ježiš mu pomáha a či ich jej manžel vidí, že stoja pri ňom... Musela zavolať svoju matku dnu, lebo to nezvládala...

Bila sa v nej jej racionálna stránka a toto, s čím nevedela, ako sa má vyrovnáť... Videla manžela, ktorý je šťastný, že má niekoho, s kým sa vie porozprávať... Cítil sa lepšie, ale tabletky mu nedovolila vysadiť... Po čase ich predsa vysadil, lebo pán P. mu povedal, že mu to ničí mozog a že môže dostať rakovinu.

Na druhom sedení, keď tam bola s manželom, sa pán P. spýtal jej manžela, či tam vidí tú bodku, že to je jeho dieťa a že tiež

Obrázok 4. Kresba ľudskej postavy 4. probandky



bude výnimočné. Potom ukázala vedľa seba, že takto bude vyzerať dospelý – že to bude chlapec.

Manžel to videl.

Ona si hneď spravila tehotenský test, ktorý vyšiel negatívny... U neho bolo to zvláštne, že o ničom nepochyboval... Na všetko mal odpoveď. Ona síce bola dosť ťažký oriešok, dávala mu vždy všelijaké otázky, ale on hneď vychrlil jednoznačnú odpoveď. Vyvracal všetky odborné tvrdenia – to dieťa vraj nepotrebuje žiadnu výživu, lebo ho chráni on.

Chodila pravidelne ku gynekológovi... Prvému gynekológovi nepovedala, že je tehotná... Čakala, kedy to príde, že Popluhár nebude musieť dieťa chrániť žiadnou clonou a že potom ho aj doktori budú vidieť... Termín stále odďaľoval... *Prestala mať menzes, bruško jej narástlo...* Povedala si, že bude, čo bude... V zamestnaní však mala problémy, keďže to tehotenstvo nemala lekárske potvrdené... Zamestnávateľ to bral dosť ľudsky, hoci šéf sem-tam mal nejakú ironickú poznámku...

Z výsledkov znaleckého psychologického vyšetrenia

Všetky ženy boli vyšetrené obvyklými klinickými metódami a viacerými testovými metódami (Bentonov vizuálno-retenčný test, Meiliho test vizuálnej pamäti, MMPI 2, ROR, FDT a Szondiho test).

Naším cieľom je prezentovať popri teste kresby ľudskej postavy (FDT) len výsledky dvoch nosných diagnostických metód – Rorschachov test (projektívna technika na vyšetrenie osobnosti, ktorá pozostáva z desiatich atramentových škvŕn, ku ktorým má vyšetrovaná osoba povedať, čo na nich vidí) a MMPI 2 (osobnostné inventórium).

Intelektová úroveň všetkých menovaných vyšetrených poškodených žien bola vo vyššom pásme priemeru. Všetky poškodené boli extrovertné, emocionálne menej vyvážené, vo zvýšenej miere sugestibilné, ovplyvniteľné, s nižšou toleranciou voči sklamaniu a neúspechom, ako aj s ľahkým, nekritickým podliehaním lákavým možnostiam sľubujúcim dosiahnutie ich cieľov.

Za zvlášť významné považujeme problematické, neadekvátne riešenie **VII. tab. ROR**, ktorá je považovaná aj za **materskú tabuľku**, resp. za **tabuľku femininity**. U žien interpretujeme reakcie na ňu v zmysle prijatia či neprijatia ženskosti – materskosti⁽⁷⁾ (Mérei, 1979, 2001 in Ženatý, Máthé, 2009). Feminita je v tejto interpretácii predovšetkým rola s biologickým významom (rodenie) a k tejto role sa vzťahuje všetko to, čo kultúra, z ktorej žena pochádza, pripisuje žene (nežnosť, jemnosť, submisivnosť, výchova detí, domáce práce atď.).

V prípade našich štyroch probandiek ani jedna z nich nereagovala na VII. tab. adekvátne.

Reakcie probandiek pri VII. tab. ROR:

- *Vnútná biela plocha tab.: „Veľké nič v strede!“*
- *Žiadna prvoradá obvyklá odpoveď*
- *Žiadny človek, len (M) – človeku podobná bytosť, namiesto obvyklej ľudskej odpovede – „Socha“ – zneživenie, rozprávková reminiscencia, chýbanie Fb (neustále nároky na prejav vy emócií).*
- *„Skala“ ako obsah – projekcia pocitu ohrozenia;*
- *Sex-kolízia – neschopnosť uviesť odpoveď na detail, ktorý pripomína ženské genitálie.*

Uvedené reakcie znamenajú problematické stotožňovanie so ženskou rolou, okrem iných aj s rolou matky.

Paradoxne, v **MMPI 2** mali všetky vyšetrené ženy **zvýšené skóre v škále GF** (T hodnota v rozpätí od 60 do 77), čo svedčí o vystupňovaných, zvýraznených feminných záujmoch a aktivitách, odmietaní antisociálneho správania a o nadmernej senzitivite (Nichols, 2011)⁽⁸⁾.

Tento rozpor medzi projikovaným problematickým prijímaním ženskej roly a proklamovaným zvýrazneným stotožnením s ňou naznačuje nedostatočné vyrovnanie so ženskou rolou, resp. jej konfliktové prežívanie.

I keď v súvislosti s prejavovanou prepiatou túžbou po gravidite je otázna priorita tohto problematického prežívania – môže byť príčinou, ale aj dôsledkom infertility vyšetrených poškodených žien – predsa sa však vo väčšej miere prikláňame k názoru, že v *etiológii* pseudocyézy sa uplatňuje želanie otehotnieť, ale aj obava z otehotnenia, resp. že pseudocyéza rieši konflikt medzi spoločenskou požiadavkou a nevedomým odmietaním materstva, ako na to poukazuje aj Jandová 2007)⁽¹⁾.

Záver a konzekvencie

Možno konštatovať, že ženy vyšetrené po ukončení pseudogravidity sa svojím spôsobom vyznačovali určitou dispozíciou k nekritickému prijatiu možností riešenia svojej dlhodobu prežívanej problematickej situácie. Sugestívne pôsobenie autoritatívne vystupujúcej osoby v role liečiteľa či „pomáhajúceho experta“ padlo na úrodnú pôdu a vo významnej miere sa pričínilo o dosiahnutie stavu pseudogravidity.

V rámci hľadania spoločných charakteristík dotknutých žien sme zistili najmä rozporuplnú identifikáciu so ženskou rolou v jej klasickom chápaní, zvýšenú sugestibilitu, nižšiu toleranciu voči sklamaniam a neúspechom, ako aj sklon k nekritickému podliehaniu lákavým možnostiam sľubujúcim dosiahnutie vytýčených cieľov.

V súlade s prof. Dobrotkom⁽⁹⁾ dospievame k názoru, že ľudia náchylní na prijímanie mystických, iracionálnych konceptov sa nevyznačujú identickými osobnostnými štruktúrami, v ich parciálnych vlastnostiach však predsa existujú určité zhodné tendencie.

V neposlednom rade vyzdvihujeme nepriaznivé, zraňujúce dôsledky faktu absolvovanej pseudogravidity žien, ktoré sa prejavili najmä zvýrazneným prežívaním nielen hlbokého sklamania, ale aj hanby, utiahnutím sa a vzťahovačným, podozrievavým postojom voči okoliu. Nazdávame sa, že právom ich možno nazvať ako poškodené.

V záujme prevencie analogických subjektívne mimoriadne nepríjemných a psychicky zraňujúcich stavov pri manažovaní žien s poruchami reprodukcie pokladáme za žiaducu konštruktívnu úzku spoluprácu gynekológov a psychológov.

Na záver si dovoľíme citovať z Dobrotkovho doslovu k nevšednej publikácii autorov Nagai, Dobrotka, Prokop⁽⁹⁾ **O mysticizme krvi a iných poverách** s podtitulom *Ľudové poverky – rozprávky – náboženstvo – ľudové liečiteľstvo – veda s možnosťou parafrázovania aj vo vzťahu k našej téme:*

„Mysticizmus krvi (pseudograviditu) vo svetle nových, prirodovedeckých, najmä medicínskych poznatkov volili autori ako veľmi aktuálny príklad, odkiaľ pochádza a kam vedie nekritická viera v ‚nadprirodzené sily‘, kam vedie mystifikácia a komerčne motivovaný podvod, na škodu ľahkoverného a naivne veriaceho človeka...“

Vyhlasenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

PhDr. Robert Máthé, PhD.
Katedra psychológie, FF UK Bratislava
Gondová 2, 811 06 Bratislava
e-mail: psychoprof@psychoprof.sk

Mgr. Jana Štefániková, PhD.
Ambulancia klinickej psychológie Epika, s. r. o.
Mýtna 5, 811 07 Bratislava
e-mail: stefanikova.jana@gmail.com

Literatúra

- Jandová K. Psychosomatika v gynekológii a pôrodnictve. In: Heretik A, a kol.: Klinická psychológia. 2007, Nové Zámky, Psychoprof, 912 s.
- Hanzlíček L. Psychiatrická encyklopédie, díl V. 1982, Praha. Účelová publikácia výskumného ústavu psychiatrického „Zprávy VÚPs“, č. 28.
- Yadav T, Balhara Y, Kataria D. Pseudocyesis vs. Delusion of Pregnancy: Differential Diagnoses to be Kept in Mind. Indian J Psychol Med 2012; 34(1): 82-84 Doi: 10.4103/0235-7176.96167
- Gaskin I. Has Pseudocyesis Become an Outmoded Diagnosis? 2012; 39(1): 77-99. Doi: 10.1111/j.1523-536X.2011.00521.x
- Persinger MA. Subjective pseudocyesis in normal women who exhibit enhanced imaginings and elevated indicators of electrical lability within the temporal lobes: implications for the "missing embryo syndrome". Social Behavior and Personality: An International Journal 1996; 24(2): 101-111. Doi: <https://doi.org/10.2224/sbp.1996.24.2.101>
- Pirtovsek AA, Derganc MM, Licina MM. P-1477 – Pseudocyesis followed by delusions of maternity. Eur Psych 2012; 27(suppl.1): 271. doi:10.1016/S0924-9338(12)75644-4
- Ženatý J, Máthé R. Projektivní významy Rorschachových tabulí. Praha, Česká společnost pro Rorschacha a projektivní metody, Psychoprof, 2009.
- Nichols DS. Essentials of MMPI-2 Assessment. John Wiley and Sons 2011, 396 s. 1118037391101.
- Nagai T, Dobrotka G, Prokop O. O mysticisme krvi a iných poverách. Nové Zámky Psychoprof, 1995. 130 s.



PUBLIKÁCIE NÁJDETE NA NAŠOM E-SHOPE
WWW.AMEDI.SK

Konzumácia pornografie v kovidovej dobe

Zuzana Navrátilová, Martin Petrenko

V príspevku sa venujeme diskusii o vzoroch používania pornografie v čase pandémie COVID-19. Tieto vzory používania sa vplyvom pandémie výrazne zmenili a mali vplyv na konzumáciu pornografie. K zmenám vo vzoroch používania pornografie počas pandémie prispela sociálna a fyzická izolácia, stres, frustrácia, osamelosť, poskytovanie obsahu pornografických stránok zadarmo krajinám v karanténe, obmedzenie mnohých kontaktov (fyzických, emočných aj intímnych) na virtuálny online priestor. Realizované štúdie poukazujú na vzťah sociálnej izolácie, nárastu denných nových prípadov COVID-19 a zvýšenej konzumácie pornografie. Za motiváciou zvýšenej konzumácie pornografie môžu stáť viaceré psycho-sexuologické, vzťahové a osobnostné faktory.

Kľúčové slová: sexuálne správanie, pornografia, pandémia,

Patterns of pornography use during the COVID-19 pandemic

This paper discusses the patterns of pornography use during the COVID-19 pandemic worldwide. These use patterns have changed significantly due to the pandemic and have impacted problematic pornography use. Social and physical isolation, stress, frustration, loneliness, providing the content of pornographic sites for free to quarantined countries, and limited contact (physical, emotional and intimate) in the virtual online space have contributed to the changes in the patterns of pornography use. The studies pointed out the relationship between social isolation, an increase in daily new cases of COVID-19 and increased consumption of pornography. Several psycho-sexual, relational and personality factors standing behind the motivation for increased consumption of pornography are discussed.

Keywords: sexual behaviour, pornography, pandemic

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 221 – 224

Pandémia korónového vírusu (COVID-19) viedla k radikálnym zmenám v povedomí o sociálnom odstupe a ovplyvnila sociálne vzťahy. Vzhľadom na rozsiahle lockdowny, domácu karanténu a sociálny odstup sa očakávalo, že sexuálne aktivity budú vážne ovplyvnené celosvetovo. Retrospektívne self-report a databázové štúdie však ukázali, že užívanie pornografie a autoerotizmus sa počas pandémie výrazne zvýšili.

Predpokladalo sa, že pandémia COVID-19 ovplyvní sexuálne správanie širokej verejnosti. Štúdie uskutočnené v rôznych krajinách uvádzajú zníženie frekvencie sexuálnych interakcií a rizikového sexuálneho správania medzi heterosexuálnymi a homosexuálnymi dospelými^(1,2,3). Viaceré štúdie ďalej predložili niekoľko jednoznačných zistení o zvýšenom používaní pornografie počas pandémie. Pornhub.com, jeden z najväčších poskytovateľov bezplatných online pornografických videí, ohlásil po vypuknutí pandémie zvýšenú návštevnosť v porovnaní s priemernou návštevnosťou v roku 2019⁽⁴⁾. Štúdia, ktorá používala Google Trends, nástroj, ktorý ukazuje záujem verejnosti o konkrétny hľadaný výraz, uviedla, že relatívny objem vyhľadávania (relative search volume – RSV) Pornhubu sa po začiatku pandémie zvýšil. Počas tohto obdobia Pornhub vykazoval najvyšší celosvetový nárast záujmu v porovnaní s inými populárnymi webovými pornostránkami ako Porn, NXX, xVideos a xHamster⁽⁵⁾. Tá istá štúdia dospela k záveru, že Pornhub bol počas pandémie najobľúbenejšou webovou pornostránkou⁽⁵⁾, vzhľadom na to je ideálnym ukazovateľom konzumácie pornografie. Bolo tiež zistené, že sa zvýšila frekvencia autoerotizmu, konzumácie pornografie a používania sexu po telefóne⁽⁶⁾.

Už spomenutá veľká štúdia publikovaná v r. 2021⁽⁷⁾ použila databázy veľkých dát dostupné na internete na preskúmanie faktorov, ktoré ovplyvňovali používanie pornografie počas pandémie. Boli extrahované údaje denného relatívneho objemu vyhľadávania (RSV) z Trendov Google za obdobie od 24. februára 2020 do 13. júla 2020. Údaje o návštevnosti Pornhub boli extrahované z webovej stránky Pornhub Insights za obdobie od 24. februára 2020 do 13. júla 2020. Parameter bol definovaný ako „percentuálna zmena návštevnosti v porovnaní s priemerným dňom v roku 2019“. Počet denných nových prípadov COVID-19 bol extrahovaný z databázy Our World in Data. Podľa Google Trends sa RSV pre „pornografiu“ zvýšilo koncom marca 2020, čo je blízko dátumu, keď Svetová zdravotnícka organizácia WHO vyhlásila COVID-19 za globálnu pandémiu. Počet denných nových prípadov COVID-19 pozitívne koreloval s návštevnosťou Pornhub, populárnej pornografickej webovej stránky, a s RSV pre „pornografiu“. Analýza moderovania preukázala významný hlavný účinok denných nových prípadov COVID-19 a RSV pre „sociálny odstup“ pri predpovedaní návštevnosti Pornhub/RSV pre „pornografiu“. Okrem toho RSV pre „sociálne distancovanie“ výrazne zmiernil vzťah medzi dennými novými prípadmi a návštevnosťou Pornhub/RSV pre „pornografiu“. Zistil sa silnejší súvis medzi užívaním pornografie počas COVID-19 so zvýšeným sociálnym odstupom.

Zaujímavým zistením bola pozitívna súvislosť medzi denným počtom nových prípadov COVID-19 a návštevnosťou Pornhub. Celkovo sa od 24. februára do 13. júla 2020 zozbieralo 141 údajových bodov prostredníctvom opísaných zdrojov. Výrazný nárast RSV pre „COVID“ a „sociálny odstup“ bol zaznamenaný

začiatkom marca a pre „pornografiu“ koncom marca. Silná pozitívna korelácia medzi počtom denných nových prípadov a mierou návštevnosti Pornhub bola pozorovaná v počiatočnej fáze pandémie, keď počet nových prípadov bol na celom svete približne 50 000. Bezplatné propagačné obdobie Pornhub (od 25. do 27. marca 2020) malo tiež pozitívny vplyv na mieru návštevnosti stránky. Podľa Pornhub Insights bol nárast návštevnosti na Pornhub.com pozorovaný od začiatku marca 2020. Tento nárast návštevnosti vyvrcholil (+24,4 % v porovnaní s priemernou dennou návštevnosťou v roku 2019) 25. marca 2020 a udržal sa na úrovni od +9,8 % až +22,8 % do júna 2020⁽⁸⁾. Výsledky štúdie ukázali, že nárast návštevnosti Pornhub bol významne spojený s dennými novými prípadmi COVID-19 a návštevnosť sa dala predpovedať podľa denných nových prípadov. Tieto zistenia naznačujú, že trend používania pornografie môže byť v súlade s vývojom pandémie. Zistenia súhlasia s predchádzajúcimi štúdiami, v ktorých sa uvádzalo, že frekvencia užívania autoerotizmu a pornografie sa počas pandémie zvýšila^(6,9).

Preto sa ponúka hypotéza, že zavedenie sociálneho odstupku by mohlo byť kľúčovým faktorom ovplyvňujúcim záujem o pornografiu a jej používanie.

Konzumácia pornografie ako zvládací mechanizmus alebo problematické používanie

Nárast konzumácie pornografie by mohol predstavovať maladaptívnu stratégiu zvládania pandemického stresu, t. j. strachu a pocitov bezmocnosti vyvolaných pandemiou. Masaeli a Farhadi vyslovili hypotézu, že dlhodobá zvýšená konzumácia pornografie by mohla viesť k „závislosti“ od internetu, čo môže negatívne ovplyvniť psychosociálnu a/alebo fyzickú pohodu jednotlivca⁽¹⁰⁾. V súlade s touto myšlienkou Marchi a kolegovia navrhli, že problematická konzumácia pornografie, t. j. vysokofrekvenčná konzumácia, ktorá môže negatívne pôsobiť na právne aspekty, psychické a fyzické zdravie jednotlivca, by sa mohla považovať za typ závislosti vyžadujúci klinickú pozornosť⁽¹¹⁾.

Awan a kolegovia ďalej skúmali pravdepodobné neuropsychologické mechanizmy zvyšujúcej sa frekvencie sledovania pornografie, ktoré zahŕňajú inhibičný systém a systém odmeňovania na vysvetlenie tohto javu⁽¹²⁾. Napríklad častejšia konzumácia pornografického obsahu bola spojená s menším objemom pravého kaudátu, čo naznačuje neustálu stimuláciu systému odmeňovania alebo neuroplastickú zmenu, ktorá ešte viac zvyšuje príjemný pocit z konzumácie pornografického obsahu⁽¹³⁾. Okrem toho sa zistilo, že problematické internetové správanie pozitívne koreluje s mozgovými aktivitami v sieti predvoleného režimu a inhibičnej kontrolnej sieti, podobne ako iné látkové a behaviorálne závislosti⁽¹⁴⁾. Zistenia naznačujú potenciálnu úlohu sociálneho odstupku ako pozitívneho moderátora vzťahu medzi každodennými novými prípadmi COVID-19 a užívaním pornografie, čo podporuje názor, že pandémia môže viesť k rozvoju „závislosti“ od pornografie, presnejšie k rozvoju problematického užívania pornografie.

Viac ako 40 % respondentov v prieskume uskutočnenom v Taliansku uviedlo nárast sexuálnej túžby počas karantény⁽⁶⁾. Podobne ďalšia štúdia realizovaná v krajinách juhovýchodnej Ázie zaznamenala zvýšené libido⁽¹⁵⁾. Nárast sexuálnej túžby však nevedel k zvýšeniu frekvencie pohlavných stykov⁽⁶⁾. Namiesto toho autoerotizmus a pornografia nahradili skutočný pohlavný styk na uspokojenie sexuálnych potrieb. Tieto zistenia podporujú myšlienku, že pornografia je príkladom supranormálnych stimulov⁽¹⁶⁾.

Nadnormálny stimul v kontexte pornografie označuje väčšiu stimuláciu systému odmeňovania pornografickými materiálmi, t. j. pornografickými videami alebo fotografiami, než skutočným sexuálnym stykom⁽¹⁷⁾. Nadmerná konzumácia pornografie môže spôsobiť stratu záujmu o skutočný pohlavný styk, pretože jednotlivci nedokážu dosiahnuť v reálnom živote rovnaké reakcie, aké dosahujú pri pornografii⁽¹⁸⁾, ktorá však môže negatívne ovplyvniť ich psychickú pohodu. Na preskúmanie tejto oblasti sú potrebné ďalšie empirické štúdie.

Faktory nárastu konzumácie pornografie počas pandémie

Viacerí autori sa snažili identifikovať faktory, ktoré môžu spôsobovať nárast konzumácie pornografie počas obdobia pandémie a lockdownov. Podľa hypotézy trojfaktorového modelu, „Triple A Engine“, ktorú navrhol Cooper⁽¹⁹⁾, je pornografia:

1. prístupná (accessible),
2. cenovo dostupná (affordable),
3. anonymná (anonymous),

čo pomerne uľahčuje jej online konzumáciu. Kľúčovými charakteristikami sú ľahká dostupnosť, poskytovanie bezplatných pornografických služieb a súkromie identity jednotlivca. Tieto charakteristiky internetu umožňujú jednotlivcom jednoducho vyjadriť svoju sexualitu online a poskytnúť im sexuálne podnety na uspokojenie ich sexuálnych potrieb a znížiť osamelosť počas izolácie. Stresory súvisiace s pandemiou a so zvýšenou sexuálnou túžbou môžu ľudí povzbudiť ku konzumácii pornografie. Medzi najvýznamnejšími stresormi sú pocity hnevu, bezmocnosti, úzkosti a depresie spôsobené karanténou, strachom z infekcie, nudou a nedostatočnou sociálnou podporou. Ďalším možným dôvodom zvýšeného užívania pornografie môže byť „nútená abstinencia“. Uvádza sa⁽²⁰⁾, že keď servery pre populárne videohry zlyhajú, návštevnosť Pornhub sa zvýši a zvýši sa aj vyhľadávanie kľúčových slov pre pornografické videá s názvom hry až o 60 %. Toto pozorovanie naznačuje, že hráči videohier môžu v situácii nútenej abstinencie, keď nemajú prístup k videohrám, vyvinúť kompenzačné správanie sledovaním pornografie. V pandemickej situácii preto možno zvýšenú konzumáciu pornografie považovať za kompenzačné správanie, ktoré kompenzuje sexuálne potreby v situácii „abstinencie“ od skutočných párových sexuálnych aktivít. Zvýšená konzumácia pornografie počas pandémie je aj v súlade s očakávaniami a odporúčaniami odborníkov. Počas obdobia sociálnej izolácie sa pobyt doma a používanie pornografie považovali za menej problematické a rizikové a za žiaduce správanie na zabránenie prenosu COVID-19. Pornografia a masturbácia sa považovali za nízko-rizikové sexuálne aktivity zabezpečujúce podmienky sociálneho odstupku.

Počas obdobia pandémie bolo tiež pozorované významné zníženie sexuálneho fungovania a kvality sexuálneho života žien. Bolo u nich pozorované, že vnímanie rizika nákazy a z toho vyplývajúca úzkosť boli negatívne spojené s frekvenciou pohlavného styku. Psychická pohoda sa vo všeobecnosti považuje za pozitívne spojenú s frekvenciou pohlavného styku. Zníženie frekvencie pohlavného styku tak môže naznačovať zníženie duševnej pohody, aj keď sa autoerotizmus a pornografia používajú ako náhrada za pohlavný styk.

Viacerí autori potvrdzujú, že konzumácia pornografie sa používa ako mechanizmus zvládania afektívnej deprívácie⁽²¹⁾. Jej dlhodobý vplyv na duševné zdravie je však stále kontroverzný.

ný. Zistilo sa, že konzumácia pornografie nepriamo súvisí so vzťahovou spokojnosťou a blízkosťou a pozitívne súvisí s osamelosťou a depresiou. Toto zistenie podporuje už uvedené, že sociálna izolácia pozitívne koreluje so zvýšeným používaním pornografie. Existujú však hypotézy o zníženej sexuálnej spokojnosti v dôsledku nerealistických očakávaní na sexuálnych partnerov a ich výkon, spôsobených dlhodobým užívaním pornografie. Pravdepodobne tu zohráva úlohu zmenený okruh odmeňovania v mozgu účinkom sledovania pornografie, keďže situácia v reálnom živote nemusí byť taká ideálna, nová a atraktívna ako situácia vo videu⁽²²⁾. Sklamanie vyplývajúce z porovnania skutočného života s online virtuálnou realitou môže spôsobiť nespokojnosť v reálnom sexuálnom živote.

Zvýšená konzumácia pornografie bola tiež spojená s nižším záväzkom voči stálemu partnerovi⁽²³⁾ a častejším flirtovaním a nadväzovaním kontaktu s extradyadickým partnerom. Keďže však spojenie neznamena príčinnú súvislosť, spojenie medzi konzumáciou pornografie a neverou nemusí byť dôsledkom dlhohodobej konzumácie pornografie. Podobne sa predpokladalo, že pornografia môže potenciálne spôsobiť sexuálnu dysfunkciu, ale zistila sa iba slabá asociácia medzi konzumáciou pornografie a sexuálnou dysfunkciou. Zdá sa, že konzumácia pornografie nie je hlavným rizikovým faktorom sexuálnej dysfunkcie⁽²⁴⁾.

Na zníženie sexuálnej aktivity medzi partnermi, ktorí spolu nežijú, malo, samozrejme, vplyv aj vedomie toho, že COVID-19 sa môže prenášať aj pohlavným stykom. Avšak sexuálna aktivita medzi partnermi, ktorí spolu nežijú, mohla byť znížená aj z dôvodu karantény. Na druhej strane sa sexuálna aktivita medzi neinfikovanými partnermi v spoločnej domácnosti považovala za bezpečnú, aj keď frekvenciu pohlavného styku mohli potláčať faktory prítomnosti detí doma (problém ochrany súkromia) a negatívnych psychologických faktorov a nálady. So zvýšeným uvedomovaním si sociálneho odstupu a izolácie je pochopiteľné, že pohlavnému styku sa mohli ľudia vyhýbať a nahrádzať ho autoerotizmom.

Na pandemické opatrenia reagovali aj rôzne národné asociácie mentálneho a sexuálneho zdravia svojimi vlastnými odporúčaniami smerom k sexuálnym aktivitám, ktoré samy odporúčajú autoerotizmus, pornografiu a používanie sexuálnych hračiek. Napr. Talianska andrologická spoločnosť (ISA) poskytla usmernenia o sexuálnych praktikách na minimalizáciu rizika infekcie⁽²⁵⁾. Navrhovali možné bezpečné sexuálne praktiky vrátane pohlavného styku medzi neinfikovanými partnermi, používanie sexuálnej hračky a masturbáciu. Neodporúčali však praktiky ako bozkávanie, anilingus a sexuálny kontakt s partnermi mimo spoločnej domácnosti. Ďalej napr. Španielska asociácia sexuálneho a duševného zdravia poskytla odporúčania podobné odporúčaniam ISA s ďalšími návrhmi na vyhýbanie sa sexuálnym aktivitám počas karantény a nahradenie pohlavného styku masturbáciou alebo virtuálnou sexuálnou aktivitou⁽²⁶⁾. Tieto

usmernenia priamo viedli k zvýšeniu konzumácie pornografie ako náhradnej a nízkorizikovej aktivity počas pandémie.

V budúcnosti by bolo vhodné doplniť výskumné dáta ohľadom dôvodov zvýšenej sexuálnej túžby počas pandémie. Napríklad osamelosť a negatívne emócie môžu zvýšiť túžbu po intímnych vzťahoch, znížiť stres a zlepšiť fyzické zdravie. Zvýšenú spotrebu pornografie možno navyše pripísať zvýšenému používaniu internetu počas sociálnej izolácie. Štúdia uskutočnená na respondentoch vo veku 60 rokov a viac zaznamenala výrazný nárast používania internetu. Používanie internetu a online komunikácie vzrástlo o 64,1 %, resp. 41,7 %, čo viedlo k predpokladu o zvýšení spotreby online pornografie⁽²⁷⁾. Podľa zistení Awana et al.⁽¹²⁾ vrchol vzostupu návštevnosti Pornhub sa často zhoduje so začiatkom nariadenej izolácie a lockdownu alebo sa objaví krátko po ňom. Z údajov dostupných na Pornhub Insights bolo možné tento jav pozorovať v krajinách, ako je Taliansko, Francúzsko, Španielsko, USA, Brazília, Spojené kráľovstvo a India.

Hoci pornografia alebo autoerotizmus môžu uspokojiť sexuálne túžby osamelých ľudí alebo ľudí v izolácii, nedostatok intímnych vzťahov a nenaplnenie dyadickej erotickej túžby nemožno uspokojiť týmto spôsobom, a teda sexuálne potešenie a uspokojenie sa často nemusí dosiahnuť ani zvýšenou konzumáciou pornografie⁽⁶⁾. Okrem toho existujú už spomenuté riziká ohrozenia duševného zdravia v dôsledku zvýšenej konzumácie pornografie⁽¹²⁾.

Keďže pandémia pokračuje, prípadne aktuálne ustupuje, jej plný vplyv na sexualitu sa ešte len prejaví. V našom príspevku sme poukázali na zistenia, že každodenné nové prípady COVID-19 na celom svete a informovanosť o sociálnom odstupe a izolácii sú spojené so zvýšenou konzumáciou pornografie počas pandémie. Pokúsili sme sa predstaviť globálny obraz o súvislostiach medzi novými prípadmi COVID-19, sociálnym odstupom a konzumáciou pornografie. Tieto súvislosti sa môžu v jednotlivých krajinách líšiť s ohľadom na časovú os prepuknutia pandémie, počet nových prípadov a národné politiky lockdownov, ktoré sa v jednotlivých krajinách líšili. Sú potrebné ďalšie štúdie, ktoré by ozrejmili vplyv sexuálneho správania na sexuálne a duševné zdravie ako sekundárny dôsledok pandémie COVID-19.

Vyhlasenie o bezkonfliktnosti: Nemám potenciálny konflikt záujmov.

Adresa pre korešpondenciu:

Mgr. Zuzana Navrátilová, PhD.
Univerzitná nemocnica Bratislava,
Novorodenecká klinika M. Rusnaka SZU
Antolská 11, 851 04 Bratislava
e-mail: navratil.zuzana@gmail.com

MUDr. Martin Petrenko, CSc., MBA
Univerzitná nemocnica Bratislava,
I. gynekologicko-pôrodná klinika

Literatúra

1. Hammoud MA, Maher L, Holt M, et al. Physical Distancing Due to COVID-19 Disrupts Sexual Behaviors Among Gay and Bisexual Men in Australia: Implications for Trends in HIV and Other Sexually Transmissible Infections. *Journal of Acquir Immune Defic Syndr* 2020; 85(3): 309-315.
2. Wang Y, Yang S. Challenges in the Practice of Sexual Medicine in the Time of COVID-19 in China. *J Sex Med* 2020; 17(7): 1225-1228.

3. Suen YT, Chan RCH, Wong EMY. To Have or Not to Have Sex? COVID-19 and Sexual Activity Among Chinese-Speaking Gay and Bisexual Men in Hong Kong. *J Sex Med* 2020; 2021; 18 (1): 29-34.
4. Mestre-Bach G, Blycker GR, Potenza MN. Pornography use in the setting of the COVID-19 pandemic. *J Behav Addict* 2020; 9(2): 181-183.

5. Zattoni F, Gu'li M, Soligo M, et al. The impact of COVID-19 pandemic on pornography habits: a global analysis of Google Trends. *Int J Impot Res* 2021; 33: 824-831.
6. Cocci A, Giunti D, Tonioni C, et al. Love at the time of the COVID-19 pandemic: preliminary results of an online survey conducted during the quarantine in Italy. *Int J Impot Res* 2020; 32(5): 556-557.
7. Lau WK-W, Ngan LH-M, Chan RC-H, et al. Impact of COVID-19 on pornography use: Evidence from big data analyses. *PLoS ONE* 16(12), <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260386>
8. Coronavirus Update – June 18 – Pornhub Insights. Retrieved December 23, 2020, from <https://www.pornhub.com/insights/coronavirus-update-june-18>.
9. Shilo G, Mor Z. COVID-19 and the Changes in the Sexual Behavior of Men Who Have Sex With Men: Results of an Online Survey. *J Sex Med* 2020; 17(10): 1827-1834.
10. Nassim Masa'eli NM, Farhadi H. Prevalence of Internet-based addictive behaviors during COVID-19 pandemic: a systematic review. *J Addict Dis* 2021; 39(4): 421-429. <https://doi.org/10.1080/10550887.2021.1895962>
11. Marchi NC, Fara L, Gross L, et al. Problematic consumption of online pornography during the COVID-19 pandemic: clinical recommendations. *Trends Psychiatry Psychother*. 2021; 43(3): 421-426. <https://doi.org/10.47626/2237-6089-2020-0090>
12. Awan HA, Aamir A, Diwan MN, et al. Internet and Pornography Use During the COVID-19 Pandemic: Presumed Impact and What Can Be Done. *Psychiatry* 2021; 12: 623-628.
13. Kuhn S, Gallinat J. Brain structure and functional connectivity associated with pornography consumption: the brain on porn. *JAMA Psychiatry* 2014; 71(7): 827-834.
14. Darnai G, Perlaki G, Zsido AN, et al. Internet addiction and functional brain networks: task-related fMRI study. *Sci Rep* 2019; 9(1): 157-177.
15. Arafat SMY, Alradie-Mohamed A, Kar SK, et al. Does COVID-19 pandemic affect sexual behaviour? A cross-sectional, cross-national online survey. *Psychiatry Res*. 2020; 289: 113-115.
16. Barrett D. *Supernormal Stimuli: How Primal Urges Over ran Their Evolutionary Purpose*. W. W. Norton & Company; 2010. 224 p.
17. Tinbergen N. *The study of instinct*. New York, NY, US: Clarendon Press/Oxford University Press, 1951. 237 p.
18. Park BY, Wilson G, Berger J, et al. Is Internet Pornography Causing Sexual Dysfunctions? A Review with Clinical Reports. *Behav Sci (Basel)*. 2016; 6(3): 17.
19. Cooper A. Sexuality and the Internet: Surfing into the New Millennium | *CyberPsychology & Behavior* 2021; 1(2): 187-193.
20. Castro-Calvo J, Ballester-Arnal R, Potenza MN, et al. Does "forced abstinence" from gaming lead to pornography use? Insight from the April 2018 crash of Fortnite's servers. *J Behav Addict* 2018; 7(3): 501-502.
21. Hesse C, Floyd K. Affection substitution: The effect of pornography consumption on close relationships. *J Social Person Relationships* 2019; 36(11-12): 3887-3907.
22. Dwulit AD, Rzymiski P. The Potential Associations of Pornography Use with Sexual Dysfunctions: An Integrative Literature Review of Observational Studies. *J Clin Med* 2019; 8(7): 914.
23. Lambert NM, Negash S, Stillman TF, et al. A Love That Doesn't Last: Pornography Consumption and Weakened Commitment to One's Romantic Partner. *J Soc Clin Psychol* 2012; 31(4): 410-438.
24. Landripet I, Štulhofer A. Is Pornography Use Associated with Sexual Difficulties and Dysfunctions among Younger Heterosexual Men? *J Sex Med* 2015; 12(5): 1136-1139.
25. Maretti C, Privitera S, Arcaniolo D, et al. COVID-19 pandemic and its implications on sexual life: Recommendations from the Italian Society of Andrology. *Arch Ital Urol Androl* 2020; 92(2). <https://doi.org/10.4081/aiua.2020.2.73>
26. Cabello F, Sánchez F, Farré JM, et al. Consensus on Recommendations for Safe Sexual Activity during the COVID-19 Coronavirus Pandemic. *J Clin Med* 2020; 9(7): 2297.
27. Koyuncu T, Unsal A, Arslantas D. Assessment of internet addiction and loneliness in secondary and high school students. *J Pak Med Assoc* 2014; 64(9): 998-1002.

Získaná hemofília A

Erika Čellárová

Získaná hemofília je zriedkavé získané ochorenie na autoimúnnom podklade. V dôsledku tvorby autoprotílátok namierených proti zrážaciemu faktoru VIII (FVIII) klesá jeho aktivita, čo vedie ku krvávacým prejavom rôzneho stupňa, od miernych až po život ohrozujúce, malá časť pacientov môže byť asymptomatická. Ochorenie sa asi v polovici prípadov asocjuje s iným ochorením, ako je malignita, reumatické ochorenie, gravidita. Časť prípadov ostáva etiologicky neobjasnených. Vyskytuje sa prevažne v staršom veku. Časť prípadov sa objavuje v mladšom veku, najmä u žien v súvislosti s graviditou. V základných koagulačných testoch sa prejavuje izolovaným predĺžením aPTT (aktivovaný tromboplastínový čas), na presnú diagnostiku sa vyžaduje stanovenie aktivity FVIII a dôkaz protilátky. Liečba spočíva v zastavení krvácania a v potlačení protilátky.

V článku je poskytnutý všeobecný prehľad o získanej hemofilii A so zameraním na peripartálnu získanú hemofiliu vrátane jedného kauzistického prípadu riešeného na našom pracovisku.

Kľúčové slová: získaná hemofília, peripartálna získaná hemofília, inhibitor, liečba krvácania, eradikačná liečba inhibítora

Acquired haemophilia A

Acquired haemophilia is a rare, acquired disease on an autoimmune basis. As a result of the formation of autoantibodies directed against clotting factor VIII (FVIII), its activity decreases, leading to bleeding manifestations of varying degrees, from mild to life-threatening, and a small proportion of patients may be asymptomatic. In about half of the cases, the disease is associated with another disease, such as malignancy, rheumatic disease, or pregnancy. Part of the cases remains etiologically unexplained. It occurs predominantly at an older age. Some cases appear at a younger age, especially in women-related pregnancies. In basic coagulation tests, it is manifested by isolated prolongation of aPTT (activated thromboplastin time), for accurate diagnosis requires determination of FVIII activity and evidence of antibody. Treatment consists in stopping bleeding and suppressing the antibody.

The article provides a general overview of acquired haemophilia A, focusing on peripartum acquired haemophilia, including one causal case dealt with in our workplace.

Keywords: acquired haemophilia, peripartum acquired haemophilia, inhibitor, treatment of bleeding, eradication treatment of the inhibitor

Gynekol. prax 2022; 20 (4): 225 – 231

Úvod

Získaná hemofília A je vzácne, autoimúnne získané krvácavé ochorenie. Podstatou ochorenia je vznik neutralizačnej protilátky proti koagulačnému faktoru VIII, čo vedie k jeho zníženej aktivite. Tento typ protilátky nazývame inhibitor a ide zvyčajne o protilátku z triedy IgG.

Incidenca ochorenia sa udáva 1-1,5 prípadu na milión obyvateľov ročne⁽¹⁾.

Výskyt ochorenia má v súvislosti s vekom 2 vrcholy. Incidenca ochorenia stúpa s vekom, typicky sa vyskytuje po 60. roku života⁽¹⁾. Ide o starších ľudí s pridruženými ochoreniami, často s bohatou farmakoterapiou vrátane antitrombotickej liečby, ktorá môže v úvode komplikovať diagnostický proces. Druhá, menej početná veková skupina sú mladší jedinci medzi 20. až 40. rokom života. V rámci výskytu u mladších dominuje skupina žien v súvislosti s gestáciou. Podľa Európskeho registra pre získanú hemofiliu (EACH2) predstavuje skupina žien v spojení s graviditou 8,5 % všetkých hlásených prípadov získanej hemofilie⁽⁶⁾, výstupy z britského registra udávajú incidenciu získanej peripartálnej hemofilie A 1 prípad na 350 000 pôrodov⁽³⁾. Práve vzácnosť tohto ochorenia môže byť príčinou oddialenej diagnostiky a správnej liečby.

Okrem gravidity sa s vývojom získanej hemofilie môže asociovat' malígne ochorenie, systémové ochorenie, užívanie nie-

ktorých liekov. Asi polovica prípadov ostáva kauzálnne neobjasnená.

Vzhľadom na vzácnosť ochorenia je vhodné edukovať lekárov, ktorí majú najväčší predpoklad prvej konfrontácie s týmto ochorením a jeho včasným rozpoznaním. Sú to hlavne lekári starajúci sa o staršiu populáciu pacientov, reumatológovia a gynekológovia. Diagnostika a liečba patrí do rúk hematológa.

Diagnostika a klinické prejavy

Pacienti so získanou hemofieliou majú zvyčajne krvácavé prejavy. Najtypickejšie sú spontánne kožné, podkožné a svalové hemotómy. Krvácania môžu byť mierne, ale môže ísť aj o rozsiahle hematómy so stratou viac ako 1 liter krvi, s následným rizikom rozvoja stavu ohrozujúceho život.

Asi 10 %⁽¹⁾ pacientov nemá spontánne krvácavé prejavy. V tejto skupine pacientov sa krvácanie manifestuje v súvisi s traumou, resp. pri nepoznanej diagnóze v spojení s invazívnym výkonom.

U tehotných žien sa ochorenie manifestuje obyčajne postpartálne, s mediánom 60 dní po pôrode (0 – 308 dní)⁽²⁾. Opísané sú aj menej časté prípady, keď sa ochorenie manifestovalo pred pôrodom^(2,6).

Najčastejším prejavom krvácania u žien so získanou hemofieliou A v súvisi s gestáciou v retrospektívne analyzovaných dá-

tach švajčiarskych autorov (176 prípadov od roku 1946 do 2019) bolo pôrodné krvácanie (43,4 %), kožné krvácanie (41,3 %) a svalové krvácanie (36,7 %). Raritne sa vyskytla makroskopická hematória, hemotorax, hemateméza⁽²⁾. EACH2 register udáva na 1. mieste spontánne kožné a svalové krvácania. Okrem už spomenutých opisuje retroperitoneálne krvácania⁽⁶⁾. V oboch publikovaných prácach sa krvácanie do centrálneho nervového systému nevyskytlo^(1,2,6).

Najčastejšie sa získaná hemofília A manifestovala v 1. gravidite^(2,6). Ak sa manifestovala v 2. a nasledujúcej gravidite, v predchádzajúcich tehotenstvách sa žiadna krvácajúca porucha nevyskytla.

Pravdepodobnosť opakovaného výskytu získanej hemofílie v nasledujúcej gravidite je nízka, ale bola dokumentovaná. Ide však o údaje vyplývajúce z malých čísiel^(9,10). Najväčší retrospektívne zdokumentovaný súbor udáva opakovanú graviditu len u 13 % žien, z nich 22 % malo v ďalšej gravidite relaps získanej hemofílie A⁽²⁾. V prípade, že pacientka s anamnézou získanej hemofílie je opakovane gravidná, vyžaduje z tohto pohľadu pravidelný monitoring počas gravidity aj po pôrode.

Podľa dát z EACH2 registra medzi pacientkami so získanou peripartálnou hemofíliou A mala len jedna žena pridružené autoimunitné ochorenie, ostatné boli bez iných ochorení.

Laboratórne sa ochorenie prejavuje izolovane, predĺženým koagulačným testom aPTT (aktivovaný parciálny tromboplastínový čas). Diferenciálne diagnosticky je pri izolovane predĺženom aPTT potrebné vylúčiť vplyv medikácie (nefrakcionované aj frakcionované heparíny, priame orálne antikoagulanty (DOAK), ako je napr. dabigatran, rivaroxaban a iné, aj keď pri DOAK-och je zvyčajne súčasne predĺžený aj PT – protrombínový čas). Vykonaním zmesových (korekčných) testov vylúčime deficit faktorov zrážania FVIII, IX, XI, XII. Pri zmesových testoch zmiešame plazmu pacienta s plazmou zdravého darcu a zmeriame aPTT hneď a po inkubácii pri 37 °C o 2 hodiny. Ak ide o deficit niektorého koagulačného faktora, pridaním zdravej plazmy sa aPTT koriguje. Ak ide o prítomnosť neutralizačnej protilátky proti FVIII, zmesovým testom sa aPTT neupraví, resp. len málo a na krátky čas. Pôsobením v čase sa protilátka uplatní a neutralizuje aj FVIII dodaný zdravou plazmou a to vedie k ďalšiemu predĺžovaniu aPTT. Uvedené zmesové testy nevyžadujú žiadne špeciálne diagnostiká či osobitné prístrojové vybavenie, tieto testy môže vykonať každé laboratórium, ktoré vyšetruje aPTT.

Ak má pacient izolovane predĺžené aPTT a zmesovým testom sa aPTT nekoriguje, vyjadrujeme podozrenie na inhibítor a ďalšia diagnostika už zvyčajne prebieha v špecializovanom laboratóriu. V ďalšej diferenciálnej diagnostike je potrebné odlíšiť prítomnosť nešpecifického inhibítora – lupus antikoagulant. Ten však klinicky nespôsobuje krvácanie, ale, naopak, spája sa s trombogénnym rizikom. Raritne sa môže vyskytnúť špecifický inhibítor voči inému faktoru, ako je FVIII. Mierne predĺženie aPTT a zníženie aktivity FVIII sa vyskytuje aj pri von Willebrandovej chorobe/syndróme, ktoré je potrebné vylúčiť.

Ak pri zmesových testoch vyjadříme podozrenie na prítomnosť špecifickej protilátky, stanovujeme aktivitu FVIII, ktorá je pri získanej hemofílii A znížená. Súčasne musíme stanoviť prítomnosť inhibítora voči FVIII Bethesda metódou a určiť titer inhibítora (kvantifikovať inhibítor – výsledok určujeme v BU, t. j. Bethesda jednotky)^(12,13).

Liečba

Liečba získanej hemofílie stojí na 2 pilieroch. Prvým je zastavenie krvácania a druhým je eradikácia inhibítora. Liečba získanej hemofílie prebieha v špecializovaných hematologických pracoviskách/centrách, s dostupnou laboratórnou diagnostikou, laboratórnym monitoringom liečby, so zabezpečením osobitných liečiv na zastavenie krvácania. Liečba si vyžaduje potrebné znalosti a skúsenosti špecialistu v odbore hematológia.

Liečba krvácania

Podľa EACH2 registra vyžadovalo liečbu krvácania 70 % pacientov⁽¹⁾. Súbor gravidných žien so získanou hemofíliou A⁽²⁾ udáva liečbu krvácania u 58 % pacientok. Je známe, že hladina FVIII ani titer inhibítora nekorelujú s klinickou manifestáciou krvácania.

Na liečbu krvácania sa používajú lieky s takzvanou bypassovou aktivitou^(1,13), teda liečba, ktorá premostňuje chýbajúcu funkciu FVIII. Medzi ne patrí rekombinantný aktivovaný faktor VII (rFVIIa) a aktivovaný koncentrát protrombínového komplexu (aPCC). V prípade neprítomnosti protilátok proti prasaciemu FVIII možno použiť rekombinantný prasací faktor VIII (rpFVIII)^(1,13). Uvedené lieky možno použiť v 1. línii liečby krvácania pri získanej hemofílii A, nie sú medzi nimi porovnávacie štúdie, ktoré by vyhodnotili superioritu niektorého z nich. Typ lieku sa volí podľa ich dostupnosti a preferencie na základe skúsenosti v jednotlivých centrách. V Slovenskej republike máme k dispozícii prvé dva spomenuté, teda rFVIIa a aPCC. Oba majú udávanú viac ako 90 % účinnosť pri zastavení krvácania. S podaním oboch bypassových liekov sa spája riziko trombotických komplikácií, podľa EACH2 registra pri rFVIIa 2,9 %, pri aPCC 4,8 %⁽¹⁾. Trombotické riziko v súvislosti s bypassovou liečbou krvácania narastá s vekom a komorbiditami pacienta. Odporúča sa zvýšená opatrnosť pred kombináciou antifibrinolytickej liečby s bypassovou terapiou⁽¹⁾, britské odporúčenia varujú pred kombináciou aPCC a kyseliny tranexámovej⁽¹³⁾. Kyselina tranexámová je vhodná pri menších slizničných krvácaniach a možno ju použiť aj lokálne pri krvácaní z ústnej dutiny či zo slizníc nosa^(1,13).

V liečbe krvácania možno použiť aj humánnu FVIII alebo dez-mopresín, ktoré sa používali hlavne v čase nedostupnosti bypassových liekov a u pacientov s nízkym titrom inhibítora. V porovnaní s bypassovými liekmi majú nižšiu účinnosť a dez-mopresín sa spája s vyšším rizikom špecifických nežiaducich účinkov^(1,13).

U žien so získanou peripartálnou hemofíliou A liečba krvácania a príprava na invazívny výkon vyplýva zo všeobecných odporúčaní, preferované je použitie bypassových prípravkov (rFVIIa, aPCC)⁽¹⁻³⁾.

Ak je možné, odporúča sa invazívne výkony odložiť. Kanyláciu centrálnej žily prísne zvážiť. Bežné venepunkcie vykonávať s vyškoleným a edukovaným personálom. Podanie liekov vnútrošalovo je kontraindikované^(1,13).

Ako už bolo spomenuté, krvácania pri získanej hemofílii môžu byť rozsiahle, až život ohrožujúce. Pri ich manažovaní sa zvyčajne nevyhneme transfúznej liečbe. Na predstavu, aké intenzívne môže byť krvácanie pri tejto diagnóze, uvádzam spotrebu transfúzií erytrocytov z retrospektívne analyzovaného súboru žien s peripartálnou hemofíliou A. Medián podaných transfúzií bol 14 transfúzií jednotiek pre jednu pacientku (rozsah 5 – 51)⁽²⁾.

S podaním bypassových liekov sa spája aj riziko trombotických príhod (6 – 7 %), ako je žilová trombóza, srdcový infarkt, ischemická cievna mozgová príhoda. Preto po normalizácii FVIII eradikačnou liečbou sa odporúča tromboprofylaxia s ohľadom na riziká vyplývajúce z ďalších zdravotných okolností pacienta⁽¹⁾.

Imunosupresívna liečba

Úlohou imunosupresívnej liečby je eradikovať inhibítora a upraviť aktivitu FVIII, ktorý je kľúčovým faktorom v procese zrážania krvi a vo výslednej tvorbe trombínu. Aktivovaný FVIIIa sa viaže spolu s aktivovaným FIXa a spoločne vedú k aktivácii FX na FXa a ten následne generuje trombín (aktivácia FII na FIIa).

Pokým liečba krvácania je indikovaná len u pacientov s prejavmi významného krvácania, imunosupresívna liečba je indikovaná u každého pacienta so získanou hemofiliou A, aby sme rozvoju či recidíve krvácania zabránili. Hoci časť pacientov so získanou hemofiliou nekrváca, až do eradikácie inhibítora ostávajú v riziku aj fatálneho krvácania⁽¹³⁾. Treba však zdôrazniť, že mortalita pacientov so získanou hemofiliou A je podľa GTH registra 33 %, ale častejšou príčinou úmrtia je infekčná komplikácia navodená imunosupresívnou liečbou (16 %) než úmrtie spôsobené krvácaním (3 %)⁽⁵⁾. Pacienti s výkonnostným stavom klasifikovaným podľa WHO viac ako 2, majú riziko mortality 4-násobne vyššie. Preto je v tejto populácii vždy potrebné prehodnotiť riziká a benefit imunosupresívnej liečby.

Z pohľadu jednoročného prežívania sa za nepriaznivé prognostické faktory považujú tieto vstupné dáta: aktivita FVIII menej ako 1 %, výkonnostný stav pacienta podľa WHO viac ako 2 a malignita⁽⁵⁾.

Podľa českej analýzy bolo vyhodnotené, že včasné riziko úmrtia súvisí hlavne s aktivitou FVIII < 1 % a so závažným krvácaním v čase diagnózy⁽¹⁴⁾.

V skupine žien s peripartálnou získanou hemofiliou A je mortalita významne nižšia, čo súvisí hlavne s nižším vekom a so stavom bez pridružených komorbidít. Publikovaná mortalita je 0 – 1,7 %^(2,6), pričom mortalita bola spôsobená hlavne krvácaním.

Na základe výsledkov z GTH registra⁽⁵⁾ boli v r. 2020 vypracované nové odporúčenia⁽¹⁾, zohľadňujúce vstupnú aktivitu FVIII a titer inhibítora voči FVIII, ktoré vykazujú prognostický význam v dosahovaní liečebnej odpovede. Pacienti s aktivitou FVIII menej ako 1 % a titrom inhibítora nad 20 BU majú nízku pravdepodobnosť dosiahnutia skorej (21 dní) a aspoň parciálnej odpovede.

Táto skupina pacientov by mala dostávať kombinovanú imunosupresívnu liečbu, a to kortikoidy (prednizón 1 mg/kg/deň) v kombinácii s cyklofosfamidom (1,5 – 2 mg/kg/deň) alebo kortikoidy v kombinácii s rituximabom (375 mg/m² á týždeň, 4 podania). Ak je aktivita FVIII 1 % a viac a titer inhibítora 20 BU a menej, je odporúčané začať liečbu sólo kortikoidmi počas 3-4 týždňov a v prípade nedosiahnutia odpovede pridať do liečby cyklofosfamid alebo rituximab.

U žien so získanou peripartálnou hemofiliou A vychádza liečba zo všeobecných odporúčaní. Odporúča sa dávať väčší dôraz na cytotoxický vplyv farmakoterapie na plod^(1,3).

Kortikoidy sú liekom prvej voľby v gravidite aj v šiestonedeľi s potrebou monitorovať krvný tlak, glykémie, sledovať retenciu tekutín^(1,2). Alkylacným látkam ako cyklofosfamid je potrebné sa v gravidite vyhnúť, po pôrode ich môžeme indikovať s ohľadom na možnosť ovplyvnenia ďalšej reprodukcie, v tomto smere je potrebné pacientku informovať^(1-3,13).

Monoklonálnu protilátku s anti-CD20 účinkom, rituximab, môžeme použiť po pôrode. Počas gravidity prechádza placentou a vedie k lymfopénii plodu, sú varovné údaje o imunosupresívnom vplyve na plod s následným rizikom perinatálnych a neonatálnych infekčných komplikácií, rovnako aj obmedzenia spojené s vakcináciou dieťaťa^(2,3,11).

Podanie rituximabu bolo opakovane zdokumentované pri hematologických diagnózach a autoimunitných ochoreniach u tehotných žien a boli podávané aj v súvisi so získanou hemofiliou, jednoznačný konsenzus však na liečbu v gravidite nie je, aj vzhľadom na vzácnosť ochorenia, do popredia sa kladie opatrnosť.

Z odporúčaní Americkej spoločnosti pre reumatológiu a manažment systémových ochorení v gravidite sa udáva použitie rituximabu počas gravidity ako odporúčané v situáciách, keď ochorenie vedie k ohrozeniu života či strate orgánu. Počas dojčenia je možné rituximab aplikovať⁽⁸⁾.

Známa je bezpečnosť azatioprinu a cyklosporínu, používaných v gravidite u žien po orgánových transplantáciách či v liečbe systémových autoimunitných ochorení. Uvedené lieky možno použiť v liečbe získanej hemofílie, aktuálne ako lieky 2. línie všeobecne^(2,4,8), možno ich použiť aj v gravidite.

Ako imunosupresívna liečba sa môže na eradikáciu inhibítora použiť mykofenolát mofetyl^(1,4), gravidite je však odporúčané vzhľadom na embryotoxickosť sa mu vyhnúť.

V literatúre sa často opisuje podanie intravenózných imunoglobulínov ako súčasť liečby pri eradikovaní inhibítora. Keď-

Tabuľka 1. Analyzované dáta so získanou peripartálnou hemofiliou A – prehľad z literatúry⁽²⁾

	EACH2	Retrospektívny prehľad literatúry*
Počet pacientok	42	174
Vek (medián)	34 (30 – 37)	29,9 (17 – 41)
Deň stanovenia diagnózy po pôrode (medián)	89 (25 – 180)	60 (0 – 308)
Aktivita FVIII	Medián 2,5 (0 – 25 %)	> 90 % žien malo FVIII < 1 % (0 – 8 %)
Titer inhibítora (medián)	7,8 BU/ml (0,7 – 348)	20 BU/ml (1 – 621)
Liečba krvácania	87 %	57 %
Použitie kortikoidov	31 pacientok	85 %
Použitie inej imunosupresie	6 pacientov (KT + iná imunosupresia)	27 % (CF, AZA, CyA v kombinácii s KT)
Použitie rituximabu	2 pacientky v 1. línii (rituximab + KT)	2. línia, 6,7 % pacientok

*Acquired haemophilia A in the postpartum and risk of relapse in subsequent pregnancies: A systematic literature review, N. Dewarrat a kolektív, Haemophilia 2021

EACH2 – Európsky register pre získanú hemofíliu; AZA – azatioprin, CF – cyklofosfamid, CyA – cyklosporín A, KT – kortikoidy

Tabuľka 2. Liečebné odpovede p. EACH2 u žien s peripartálnou hemofiliou A⁽⁷⁾

Liečebný režim	KR n (%)	NR n(%)	Inhibitor < 0,4 (dni od začatia liečby)	FVIII > 70 (dni od začatia liečby)
Sólo kortikoidy n = 31	22 (71)	8 (3)	47 (29 – 112)	40 (25 – 160)
Kortikoidy + iná imunosupresia n = 6	5 (83)	1	9, 35, 175, 261	12, 60, 175, 261
Kortikoidy + rituximab n = 2	2 (100)	0	11, 76	11, 138

KR – kompletná remisia; NR – nekompletná remisia

Tabuľka 3. Liečebné odpovede na eradikačnú liečbu inhibítora voči FVIII u žien s peripartálnou získanou hemofiliou p. retrospektívneho prehľadu literatúry⁽²⁾

KR	PR	Bez odpovede	Spontánna remisia
85,3 %	13,2 %	5,8 %	6 pacientiek (zo 174 prípadov)

Acquired haemophilia A in the postpartum and risk of relapse in subsequent pregnancies: A systematic literature review, N. Dewarrit a kolektív, Haemophilia 2021

KR – kompletná remisia; PR – parciálna remisia

že dáta na efektivitu tejto liečby chýbajú, vo všeobecnosti sa ich použitie na eradikáciu inhibítora neodporúča^(1,2). Je však opísaný literárny údaj o skoršom nástupe liečebnej odpovede imunosupresívnej liečby, ak boli súčasne podané intravenózne imunoglobulíny⁽²⁾. Britské odporúčenia⁽¹³⁾ udávajú možnosť pridať intravenózne imunoglobulíny k štandardnej hemostatickej liečbe, ak na ňu krvácanie nedostatočne odpovedá a vedie k rozvoju krvácania ohrozujúceho život. Ako imunosupresívna liečba na eradikáciu inhibítora sa nejavia intravenózne imunoglobulíny ako účinné⁽¹³⁾.

U gravidných žien so získanou hemofiliou je potrebné si uvedomiť, že protilátky typu inhibítora (najčastejšie v triede IgG) prechádzajú placentou^(1,2,4,13) a ak sa získaná hemofília diagnostikuje pred pôrodom, je potrebné po pôrode vyšetriť aj novorodenca, klinicky a laboratórne, a počítať s možnosťou krvácaných prejavov aj u dieťaťa v dôsledku pôsobenia inhibítora (autoprotilátky) od matky na FVIII plodu/novorodenca. Retrospektívnym analyzovaním dát bolo štatisticky vyhodnotené krvácanie takmer u 16 % novorodencov narodených matkám so získanou hemofiliou. Krvácania boli kožné, epistaxy, po odbere krvi, ale aj intrakraniálne. Opísaný bol aj asymptomatický novorodenec s nemerateľnou aktivitou FVIII⁽²⁾.

Riziko relapsu získanej hemofílie A udáva britský register 20 %, s mediánom 7,5 mesiaca, podľa EACH2 je riziko relapsu 12 – 18 % s mediánom 4 mesiace^(1,13). Vyššia pravdepodobnosť relapsu je v českom súbore opisovaná u pacientov s autoimunitným ochorením⁽¹⁴⁾. Pacientov je potrebné po liečbe pravidelne kontrolovať (základné koagulačné testy, FVIII, CI-FVIII).

Kazuistika

36-ročná pacientka, bez pridružených ochorení, prijatá na naše oddelenie 43. deň po 2. pôrode, ktorý bol vedený per secio caesarea pre nepostupujúci pôrod. Samotný pôrod bol bez komplikácií, bez potreby krvnej transfúzie.

1. pôrod bol pred 5 rokmi, tiež per secio caesarea, bez krvácaných komplikácií pri pôrode a v šestonedelí.

Pacientka bola prijatá na naše oddelenie s podozrením na získanú hemofiliu. Pár dní pred prijatím sa začali tvoriť hematómy po tele, bolestivo opuchla ľavá dolná končatina na stehne a gluteálna oblasť vľavo. Pri kontrole u gynekológa zistený nový hematóm v oblasti uterotómie. Laboratórne zistené výrazne predĺžené aPTT.

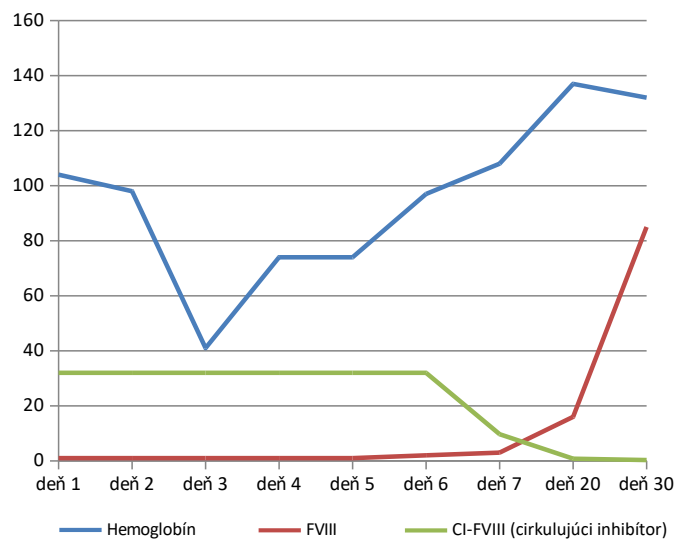
Vstupné vyšetrenia pri prijatí na naše pracovisko: Hemoglobín 104 g/l, aPTT 71,6 s (norma 27 – 41 sekúnd), aPTT-R 2,24, FVIII 1 % (norma 50 – 150 %), cirkulujúci inhibítor voči FVIII 32 BU.

Klinicky dominovali podkožné hematómy generalizovane, dominoval však tuhý, bolestivý opuch stehna ľavej dolnej končatiny a gluteálnej oblasti vľavo, kde sa postupne vyvinul rozsiahly hematóm (**obrázok 1**). Klinicky sme suponovali svalové krvácanie v tejto lokalite. Masívny opuch znemožňoval flexiu v ľavom kolene, čiastočne aj v ľavom bedre, pacientka nemohla na ľavú dolnú končatinu dostať. Obvod stehna vľavo bol o 10 cm väčší ako obvod stehna vpravo. Pacientka nemala v čase prijatia vaginálne krvácanie.

CT vyšetrenie potvrdilo rozsiahle intra- a intermuskulárne krvácanie v oblasti musculus iliacus vľavo, musculus rectus abdominis vľavo, v gluteálnej oblasti vľavo a vo všetkých svaloch stehna ľavej dolnej končatiny s presahovaním až na oblasť lýtky. Bez voľnej tekutiny v brušnej dutine.

Stav sme uzavreli ako postpartálna získaná hemofília A s dominujúcim svalovým krvácaním. U pacientky sme začali liečbu krvácania aj eradikačnú liečbu. V liečbe krvácania sme v úvode použili rFVIIa (rekombinantný aktivovaný FVII od spoločnosti NovoNordisk s názvom Novoseven) v štandardnom dávkovaní 90 ug/kg hmotnosti a podávali sme ho á 2 hodiny prvých 24 hodín, následne sme interval aplikácie rFVIIa predĺžili na 3 hodiny. Po predĺžení aplikačného intervalu hemostatickej liečby dochádza po prechodnej úľave bolesti v stehne ľavej dolnej končatiny znova k prudkému zhoršeniu bolesti aj opuchu v tejto lokalite, k vývoju prešokového stavu a významnému poklesu hemoglobínu na 41 g/l. Pacientke podávané transfúzie erytrocytov, potre-

Graf 1. Vývoj hemoglobínu (modrá), aktivita FVIII (červená), CI-FVIII (zelená) počas liečby získanej hemofílie A.



bovala 6 transfúzií jednotiek za 24 hodín. Interval aplikácie rFVIIa vraciame znova na 2 hodiny. Hoci podanie intravenózných imunoglobulínov sa v liečebných odporúčaní udáva ako neopodstatnené pre nedostatok dôkazov o efektívnosti tejto liečby, sú publikované jeho časté podania a tiež údaj o rýchlejšom nástupe účinku eradikačnej liečby. Vzhľadom na dramatický krvácajúci stav sme sa priklonili k ich podaniu v dávke 0,4 g/kg/deň počas 5 dní. Eradikačná liečba inhibítora bola začatá od dňa prijatia, a to prednizón 1 mg/kg/deň v kombinácii s cyklofosfamidom 1,5 mg/kg/deň.

Po stabilizácii stavu a zastavení krvácania postupne interval podávania rFVIIa predlžujeme na 3 hodiny, 4 hodiny, 6 hodín a neskôr prechádzame na aplikáciu koncentráту aktivovaného protrombínového komplexu (aPCC, spoločnosť Takeda, názov produktu FEIBA) v dávke 50 – 100 IU/kg á 12 hodín. Liečba krvácania bola 17 dní s celkovou spotrebou 456 mg rFVIIa a 33 000 IU aPCC. Eradikačná liečba pokračovala s postupným nárastom aktivity FVIII, kompletnú remisiu sme zaznamenali 30. deň liečby (FVIII > 50 %, CI-FVIII < 0,4 BU). Monitorovanie laboratórnych nálezov a zmeny hemoglobínu, FVIII a cirkulujúceho inhibítora FVIII ukazuje graf 1. Imunosupresívna liečba postupne deeskalovaná, úplne ukončená 4 mesiace od manifestácie získanej hemofílie. Pacientka je 5. rok sledovaná v našej ambulancii, relaps ochorenia sme nezaznamenali, má normálnu ak-

Obrázok 1. Rozsiahly hematóm



tivitu FVIII, inhibítor sme pravidelnými kontrolnými vyšetreniami nezaznamenali. Následne už nebola gravidná.

Záver

Získaná hemofília A je veľmi vzácné získané ochorenie. Na našom pracovisku sme za 12 rokov riešili 6 pacientov so získanou hemofíliou typu A. Z toho jednu pacientku v súvislosti s graviditou, dvoch pacientov s reumatologickým ochorením a 3 idiopatické získané hemofílie A. Liečili sme aj jednu získanú hemofíliu voči FV, pravdepodobne poliekovú. Vzácnosť tohto ochorenia môže byť nevýhodou pri jeho včasnom rozpoznaní. Keďže môže ísť o potenciálne život ohrozujúce ochorenie, je skorá a správna diagnostika kľúčová pre ďalší priebeh ochorenia. Manažment ochorenia je enormne náročný na dostatok koagulačných faktorov s bypassovou aktivitou. Pri poskytovaní tejto liečby je nevyhnutná kooperácia viacerých hematologických pracovísk zastrešených Národným hemofilickým centrom v Bratislave.

Adresa pre korešpondenciu:

MUDr. Erika Čellárová
Hematologické oddelenie FNŠP FDR Banská Bystrica
Námestie L. Svobodu 1, 975 17 Banská Bystrica
e-mail: erika.cellarova@gmail.com

Literatúra:

1. Tiede A, Collins P, Knoebel P, et al. International recommendations on the diagnosis and treatment of acquired hemophilia A. *Haematol* 2020; 105(7): 1791-1801.
2. Dewarrrat N, Gavillet M, Angelillo-Scherrer A, et al. Acquired haemophilia A in the postpartum and risk of relapse in subsequent pregnancies: A systematic literature review. *Haematol* 2021; 27: 199-210.
3. Collins P, Percy Ch Advances in the understanding of acquired haemophilia A: implications for clinical practice. *Br J Haematol* 2009; 148: 183-194.
4. Pishko AM, Doshi BS Acquired Hemophilia A: Current Guidance and Experience from Clinical Practice. *Journal of Blood Medicine* 2022; 13: 255-265.
5. Tiede A, Klamroth R, Scharf RE, et al. Prognostic factors for remission of and survival in acquired hemophilia A (AHA): results from the GTH-AH 01/2010 study. *Blood* 2015; 125(7): 1091-1010.
6. Tengborn L, Baudo F, Huth-Kühne A, et al. Pregnancy-associated acquired haemophilia A: results from the European Acquired Haemophilia (EACH2) registry. *BJOC* 2012; 119: 1529-1537.
7. Nemes L, Baudo F, Huth-Kühne A, et al. Acquired Haemophilia A and Pregnancy/Postpartum – a Report From a European Registry. *Blood* 2010; 116(21): 717.
8. Sammaritano LR, Bermas BL, Chakravarty E, et al. 2020 American College of Rheumatology Guideline for the Management of Reproductive Health in Rheumatic and Musculoskeletal Diseases, *Arthritis Rheumatol* 2020; 72: 529-556.
9. Solymoss S. Postpartum acquired factor VIII inhibitors: results of a survey. *Am J Hematol* 1998; 59: 1-4.

10. Italian Association of Haemophilia Centres (AICE). Acquired factor VIII inhibitors in pregnancy: data from the Italian Haemophilia Registry relevant to clinical practice. *Inter J Obstet Gyn* 110: 311-314.
11. Chakravarty EF, Murray ER, Kelman A, et al. Pregnancy outcomes after maternal exposure to rituximab. *Blood* 2011; 117.
12. Tiede A, Werwitzke S, Scharf RE. Laboratory diagnosis of acquired haemophilia A: limitations, consequences, and challenges. *Semin Thromb Hemost*. 2014; 40(7): 803-811.

13. Collins P, Chalmers E, Hart D, et al. Diagnosis and management of acquired coagulation inhibitors: a guideline from UKHCDO. *Br J Haematol*. 2013; 162(6): 758-773.
14. Salaj P, Geierová V, Ivanová E, et al. Identifying risk factors and optimizing standard of care for patients with acquired haemophilia A: Results from a Czech patient cohort. *Haemophilia* 2020; 26: 643-651.

Publikácia tohto článku bola podporená spoločnosťou NovoNordisk Slovakia, s.r.o.

A-medi
management

PLÁN PODUJATÍ na rok 2023



**ZAÚJÍMAVÉ
PREDNÁŠKY**



**REGISTRÁCIA
ONLINE**



**PROFESIONÁLNI
SPEAKRI**

3. KAZUISTIKY V GYNEKOLÓGII A PÔRODNÍCTVE

14. – 15. 4. 2023, Demänovská Dolina
doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.

XXXIII. PONŤUCHOV DEŇ

28. 4. 2023, Bratislava
MUDr. Mikuláš Redecha, PhD.

KONFERENCIA GYNEKOLÓGOV, UROLÓGOV A SEXUOLÓGOV

6. – 7. 10. 2023, Demänovská Dolina
doc. MUDr. Martin Redecha, PhD., MUDr. Igor Bartl, doc. MUDr. Ivan Minčík, PhD.

ORGANIZAČNE ZABEZPEČUJE

Ing. Martina Novosedlíková
mobil: 0904 948 664
e-mail: novosedlikova@amedisk



**INFORMÁCIE
A REGISTRÁCIA**
www.amedisk

A-medi management, s.r.o., Jarošova 1, Bratislava 831 03
amedisk@amedisk | www.amedisk

Autodidaktický test 4/2022

Garantovaný autodidaktický test skontroloval a jeho uverejnenie povolil doc. MUDr. Martin Redecha, PhD.

- Vaginálna laserová rádiová frekvencia je procedúra na:**
 - liečbu prekancerózy maternicového krčka
 - obnovenie pošvovej mikroflóry
 - ošetrenie ektópie maternicového krčka
 - spevnenie sliznice a kontúr pošvy
- Augmentácia bodu G sa vykonáva na:**
 - zlepšenie sexuálneho uspokojenia
 - zníženie vaginálnej citlivosti
 - elimináciu dysmenorey
 - podporu uretrovezikálnej funkcie
- Výskyt komplikácií pri gynekologickej estetickej chirurgii sa opisuje:**
 - 1 – 2 %
 - menej ako 1 %
 - 3 – 30 %
 - viac ako 32 %
- Odbor genitálna estetická chirurgia (genitoplastika) je zameraný na:**
 - zlepšenie kvality života a sexuálnej spokojnosti
 - elimináciu inkontinenčných ťažkostí
 - zavŕšenie medicínskych intervencií na zmenu pohlavia
 - odstránenie vulvy z náboženských dôvodov
- Ako flashbacky označujeme:**
 - pocity nauzey pri nepríjemných spomienkach
 - opakované záchvaty somnambulizmu
 - opakované prežívanie desivých scén v zábleskoch spomienok
 - záchvaty enurézy
- V sexuálnych aktivitách do 6 mesiacov od pôrodu pokračuje približne:**
 - 89 % žien
 - 15 – 35 % žien
 - 40 – 50 % žien
 - menej ako 25 % žien
- Signifikantné rizikové faktory postpartálnych sexuálnych porúch sú:**
 - epiziotómia
 - pôrod cisárskym rezom
 - závažné pôrodné poranenia, najmä ruptúra perinea 3. a 4. stupňa
 - konflikt s pôrodným personálom
- Ako OASI syndrómom označujeme:**
 - popôrodnú močovú inkontinenciu
 - komplex osobitého sociálneho, emocionálneho a psychosexuálneho utrpenia prejavujúci sa vysokou mierou negatívneho body imidžu, vysokou mierou sexuálnych dysfunkcií a zvýšenou hladinou anxiety a depresie, ktorý obvykle nasleduje po závažnom pôrodnom poranení
 - poranenie análneho sfinktera pri pôrode s použitím forcepsu
 - ťažkosti spojené s vyprázdňovaním v dôsledku pôrodného poranenia
- Lubrikačná tekutina počas sexuálneho dráždenia má oproti pokojovému stavu**
 - mierne vyššie pH
 - nižšie pH
 - väčší obsah pyridínu a močoviny
 - väčší obsah kyseliny octovej
- Syndróm strateného penisu:**
 - je erektilná disfunkcia
 - môže vzniknúť pri použití prezervatívu
 - môže vzniknúť pri nadmernej aplikácii spermicídneho alebo lubrikačného gélu
 - vzniká v dôsledku príliš úzkej pošvy a zvýšeného trenia počas pohlavného styku
- MKCH-10 definuje klinickú neplodnosť ako nedosiahnutie klinického tehotenstva pri pravidelných nechránených pohlavných stykoch po:**
 - 6 mesiacoch
 - 10 mesiacoch
 - 12 mesiacoch
 - 24 mesiacoch

Správne odpovede testu z Gynekológie pre prax 3/2022:

- | | |
|-------|-------|
| 1. c | 11. a |
| 2. b | 12. b |
| 3. d | 13. d |
| 4. c | 14. d |
| 5. a | 15. a |
| 6. d | 16. b |
| 7. c | 17. a |
| 8. d | 18. d |
| 9. b | 19. b |
| 10. b | 20. a |

Hodnotenie testov CME kreditmi:

91 % – 100 % úspešnosť riešenia
2 kredity
80 % – 90 % úspešnosť riešenia
1 kredit
menej ako 80 % úspešnosť
0 kreditov

Návratku s odpoveďami z 4. čísla Gynekológie pre prax treba zaslať do redakcie najneskôr do 20. 2. 2023. Kópia návratky nebude akceptovaná.

Autodidaktický test je akreditovaný Slovenskou lekárskou komorou (SLK) ako garantovaná celoročná vzdelávacia aktivita. Autodidaktický test pozostáva z minimálne 20 otázok, pričom na každú otázku je jedna správna odpoveď.

Akceptované budú len kompletne vyplnené návratky zaslané do stanoveného termínu (rozhoduje dátum poštovej pečiatky uvedený na obálke). Riešiť možno ľubovoľný počet testov v rámci aktuálneho roku. Na konci roku bude ohodnotená úspešnosť riešenia testov, podľa ktorej prideli SLK príslušný počet kreditov.

V aktuálnom roku možno získať 8 kreditov.

12. U neplodných žien je oproti ostatnej populácii vyššia prevalencia:
 a. schizofrenií
 b. panických porúch
 c. depresie a úzkosti
 d. závislostí

13. Najčastejšie sexuálne dysfunkcie u mužov spojené s reprodukčnými ťažkosťami sú:
 a. poruchy orgazmu
 b. erektilná dysfunkcia
 c. chýbajúci sexuálny záujem
 d. odpor k sexualite

14. Príčiny idiopatickej sterility sú:
 a. endokrinné
 b. somatické
 c. imunologické
 d. žiadne rozpoznateľné organické príčiny

15. Najčastejším typom incestu je pohlavný styk:
 a. matka – syn
 b. brat – sestra
 c. otec – dcéra
 d. otec – syn

16. Prvý odkaz na incest v histórii nájdeme v:
 a. Chamurapiho zákoníku
 b. Biblii
 c. Koráne
 d. Ústave SR

17. Westermarckov efekt znamená, že:
 a. medzi osobami vyrastajúcimi spolu v útlom detstve sa vytvára sexuálna averzia
 b. incest je nevedomým priáním dieťaťa voči rodičovi opačného pohlavia
 c. dynamika incestu je predvídateľná
 d. matky zodpovednosť za incest presúvajú na dcéry

18. Priemerná dĺžka pretrvávania incestu je:
 a. 1 rok
 b. 2 roky
 c. 3 roky
 d. 4 roky

19. Negatívne účinky lubrikačných gélov na pošvovú sliznicu najčastejšie spôsobuje:
 a. pridávanie rôznych kozmetických prímiesí (arómy, výťažky z Aloe vera alebo z čajovníka)
 b. prídavky kyseliny hyalurónovej
 c. nízka osmolarita lubrikačného gélu
 d. vysoká osmolarita lubrikačného gélu

20. Lubrikanty a vaginálne zvlhčovačlá:
 a. sú rovnaké preparáty a majú rovnaké zloženie a využívajú sa pri manažmente dyspareunie
 b. lubrikanty majú krátkodobý účinok a zlepšujú vaginálnu suchosť pri pohlavnom styku
 c. vaginálne zvlhčovače sa využívajú len pri pohlavnom styku
 d. lubrikanty sa aplikujú každý deň a majú dlhodobý účinok na zlepšenie vaginálnej suchosti

Návratku zašlite
na ADRESU

Kópiu návratky nie je možné zaslať. Akceptujeme iba originál.

NÁVRATKA AUTODIDAKTICKÝ TEST GYNEKOLÓGIA PRE PRAX 4/2022

Zakrúžkujte v každej otázke jednu správnu odpoveď. Akceptované budú len kompletne vyplnené návratky s odpoveďami zaslané do stanoveného termínu (rozhoduje dátum poštovej pečiatky uvedený na obálke). Odpovede nie je možné opravovať. Návratku odošlite najneskôr do 20. 2. 2023 v obálke na adresu: A-medi management, s.r.o., Jarošova 1, 831 03 Bratislava.

1. a b c d

2. a b c d

3. a b c d

4. a b c d

5. a b c d

6. a b c d

7. a b c d

8. a b c d

9. a b c d

10. a b c d

11. a b c d

12. a b c d

13. a b c d

14. a b c d

15. a b c d

16. a b c d

17. a b c d

18. a b c d

19. a b c d

20. a b c d

TEST
ONLINE NA
WWW.AMEDI.SK

Meno a priezvisko:

Adresa pracoviska:

Doručovacia adresa: (ak je iná ako adresa pracoviska)

Tel.:

e-mail:

Registračné číslo v SLK:

Dátum:

Pečiatka lekára a podpis: