

Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
Wydział Nauk o Zdrowiu  
Wrocław  
Wrocław Medical University  
Faculty of Health Science  
Wrocław

MARIA SZOSTKOWSKA, NATALIA MIKLAS, AGNIESZKA STRAMA

***Problematyka seksualności kobiet  
z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit***

---

**The problem of women's sexuality suffering  
from the inflammatory bowel diseases**

*Słowa kluczowe:* choroby nieswoiste jelit, seksualność kobiet, choroba Leśniowskiego-Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego

*Key words:* inflammatory bowel disease, women's sexuality, Crohn's disease, ulcerative colitis

Choroba przewlekła jest tematem delikatnym, tym bardziej gdy utrudnia codzienne funkcjonowanie już w młodym wieku oraz zaznacza swoje istnienie na różnych płaszczyznach życia. Młodzi ludzie mając plany prokreacyjne oraz dbając o swoją jakość życia zauważają dysfunkcje nawet w tej najbardziej wstydlivej sferze seksualnej.

Nieswoiste choroby zapalne jelit dotyczą najczęściej ludzi młodych między 20.-35. rokiem życia. Do najczęstszych objawów należą: bóle brzucha, biegunki oraz spadek masy ciała. Choroby te należą do grupy chorób o nie do końca poznanej przyczynie. Aktualnie dostępne możliwości leczenia nie pozwalają na całkowite wyleczenie, lecz na okresowe wprowadzenie w dłuższy bądź krótszy okres remisji, kiedy objawy choroby wyciszają się. Leczenie operacyjne pozwala w znacznym stopniu poprawić jakość życia pacjentów. Osoby z IBD (ang. Inflammatory Bowel Diseases) walczą z objawami nieakceptowanymi społecznie, a ich intensywność niekiedy przeraża. Pilne i częste korzystanie z toalety oraz inne sytuacje mające związek z chorobą mogą być kłopotliwe i trudne, a co za tym idzie relacje interpersonalne mogą ulec znacznemu zaburzeniu [21,17].

Seksualność nadal jest tematem tabu, choć na jej temat powstają coraz to nowsze badania. Z pozoru ukryta i niekiedy zaniedbywana sfera jest jednak jednym z wykładników pomiaru jakości życia. To z nią związana jest prokreacja i relacje między partnerami. Dysfunkcje pojawiające się w sferze seksualnej potrafią skutecznie zburzyć ład partnerski i emocjonalny, a nieświadomość przyczyn owych nieprawidłowości może utrudnić drogę do uporządkowania relacji oraz zminimalizowania niepokojących zjawisk tej sfery.

Zajmując się seksualnością kobiet skupia się szczególną uwagę na jej wieloczynnikowość. Na seksualność kobiet nakładają się czynniki biologiczne, psychologiczne, ważną rolę ogrywają obyczaje zakorzenione głęboko w kulturze. Dodatkowym elementem, który w znaczny sposób może wpłynąć na seksualność jest choroba przewlekła i mogące jej towarzyszyć powikłania.

### TERMINOLOGIA SEKSUALNOŚCI

Seksualność jest procesem złożonym. Składa się na nią kilka integralnych elementów, które zostały zebrane przez ekspertów Światowego Towarzystwa Zdrowia Seksualnego (ang. World Association For Sexuology- WAS) w jedną definicję, która mówi, że „seksualność to centralny aspekt bycia człowiekiem przez całe życie, obejmujący seks, płciową identyfikację i rolę, orientację seksualną, erotyzm, pożądanie, intymność i reprodukcję. Seksualność jest doświadczana i wyrażana w myślach, fantazjach, przeżyciach, przekonaniach, wartościach, zachowaniach, rolach i związkach. Seksualność powstaje w interakcji czynników biologicznych, psychologicznych, społecznych, ekonomicznych, politycznych, kulturowych, etycznych, prawnych, historycznych, religijnych i duchowych” [11].

Znajdując się z obszarze seksualności nie sposób nie zdefiniować terminów ściśle z nią związanych:

- Pożądanie (libido), czyli popęd seksualny. Jest pojęciem związanym z teorią psychoanalizy Freuda, która zakładała, że podstawową rolę w psychice człowieka odgrywają instynktowne popędy, a zwłaszcza popęd seksualny. Ta siła życiowa ma na celu podtrzymanie gatunku ludzkiego i silnie oddziałuje na więzi międzyludzkie poprzez wpływ na osobowość i zachowanie człowieka [13,26].
- Podniecenie seksualne w znaczeniu ogólnym jest funkcją pobudzenia seksualnego i sytuacji zewnętrznej. Jest doznaniem psychosomatycznym, na które składają się świadome reakcje psychiczne oraz zmiany somatyczne o charakterze seksualnym. Do biologicznych cech typowych dla przeżycia seksualnego należą przekrwienie łechtaczki i wilgotność pochwy u kobiet, u mężczyzn zaś erekcja prącia. Wbrew powszechnie przyjętym uproszczeniom lubrykacja pochwy oraz obrzmienie łechtaczki nie są równoznaczne z wystąpieniem podniecenia u kobiet. Potrzebna jest integralność reakcji somatycznych oraz psychicznych [8].
- Orgazm (szczytowanie), jest to stan pobudzenia płciowego niemal zawsze połączony z rozkoszą. W drodze badań nad orgazmem opracowano nową definicję, która mówi, że „orgazm to przejściowy szczyt odczuwania intensywnej przyjemności, powodujący zmieniony stan świadomości, połączony z niezależnymi od

woli rytmicznymi skurczami mięśni dna miednicy, z towarzyszącymi skurczami zwieraczy cewki i odbytu, z miotonią prowadzącą do ustępowania przekrwienia związanego z podnieceniem seksualnymi powstania dobrostanu i zadowolenia. Osiąganiu orgazmu sprzyjają atrakcyjność partnera, miłość i relaks” [11,14].

### **REAKCJE SEKSUALNE KOBIETY**

Początek badań nad seksualnością kobiety przypisuje się Williamowi Mastersowi oraz Virginii Johnson, którzy wbrew panującemu tabu oraz negatywnej reakcji ze strony społeczeństwa z uporem dążyli do zakończenia badań. Ich działalność wniosła wiele informacji, do jak dotąd nie do końca poznanej sfery życia ludzkiego [6].

Początkowo określanie i opisywanie zmian cech fizycznych zachodzących podczas reakcji na pobudzenie seksualne oparte było na obserwacji i pomiarze fizycznym. Z czasem zaczęto stosować zapis na kolorowej taśmie filmowej [16].

Masters i Johnson w przebiegu reakcji seksualnej wyodrębnili cztery fazy: I- faza podniecenia (ekscytacji), II- faza ustalonego poziomu (plateau), III- faza szczytowania (orgazmu), IV- faza ustępowanie podniecenia (odprężenia). Ten model funkcjonował przez około 10 lat od swojego powstania. W rezultacie prowadzenia dalszych postępowych badań, Helen Singel Kaplan stworzyła model poszerzony o fazę pożądania poprzedzającą fazę podniecenia. Ten model reakcji seksualnej funkcjonuje pod nazwą Masters-Johnson-Kaplan (schemat przedstawiony poniżej) [7, 16].

#### **POŻĄDANIE - PODNIECENIE - PLATEAU - ORGAZM - ODPREŻENIE**

W fazie pierwszej współdziałają zmysły (węch, wzrok, dotyk, słuch oraz fantazje), które dostarczają bodźców wywołując pobudzenie seksualne. Ujawnia się tutaj potrzeba intymności oraz gratyfikacji. Jeśli jakiś czynnik psychiczny bądź fizyczny zakłóci na tym etapie stymulację, faza ta może zostać wydłużona, a nawet przerwana [7, 16].

W następnej fazie- podniecenia, następuje lubrykacja pochwy, obrzęk warg sromowych oraz łechtaczki. Obserwuje się również zmiany poza narządami płciowymi: powiększenie piersi i brodawek, zwiększenie częstości oddechu, przyspieszenie akcji serca, wzrost ciśnienia tętniczego krwi, wzrost napięcia mięśniowego. Następuje przekrwienie narządów płciowych, które może już nastąpić po ok.10-30 sekundach od pobudzenia. U niektórych kobiet występuje rumień seksualny, którego nasilenie może być uważane za wskaźnik napięcia seksualnego u kobiety [7, 12].

Faza plateau cechuje się stałym poziomem podniecenia, w rezultacie działania dalszych, efektywnych bodźców faza ta prowadzi do fazy orgazmu.

Orgazm charakteryzuje się wzrostem podniecenia, wzrostem napięcia mięśniowego całego ciała oraz rytmicznymi, mimowolnymi skurczami w obrębie macicy, pochwy, odbytu oraz mięśni dna miednicy. Towarzyszy temu wzrost przekrwienia zewnętrznych narządów płciowych, kulminacja częstości oddechu, akcji serca, ciśnienia tętniczego oraz zawężenie pola świadomości. U części kobiet obserwuje się orgazm wielokrotny przeżywany podczas jednego stosunku seksualnego [16,27].

Po orgazmie następuje faza odprężenia, czyli ustępowania zmian, które wystąpiły od początku cyklu pobudzenia seksualnego: częstość oddechów, akcji serca, ciśnienie

tętnicze krwi normalizują się, mięśnie ulegają relaksacji, przekrwienie narządów powoli ustępuje [7].

W gronie kobiet można wyróżnić dwa typy przeżywanych orgazmów: całościowy oraz częściowy. Całościowy orgazm obejmuje całe ciało i występuje, gdy kobieta jest związana uczuciowo z partnerem seksualnym. Orgazm częściowy ograniczony jest tylko to narządów płciowych [26].

Powstały w 2001 roku współczesny model reakcji seksualnej wg Rosemary Basson zakłada, że reakcje seksualne u kobiet są ściśle związane z poczuciem własnej wartości i atrakcyjności, zadowolenia z obecnego związku oraz z przeszłością seksualną i ewentualnymi negatywnymi doznaniem w tej sferze [20].

### CZYNNIKI WPLYWAJĄCE NA SEKSUALNOŚĆ KOBIET

Seksualność jest zagadnieniem bardzo złożonym i mimo prowadzonych badań do końca jeszcze nie poznanym. Za reakcje seksualne odpowiada działanie wielu układów w tym nerwowego oraz hormonalnego. Podczas pobudzenia seksualnego istotną rolę odgrywają nerwy: sromowy, trzewne miedniczne, podbrzuszny oraz błędny. Nieobojętne pozostają neuroprzekazniki m.in.: serotonina, wazopresyna, oksycytocyna, endorfiny czy dopamina. W gospodarce hormonalnej istotne jest działanie estrogenów, które powodują zwiększenie unaczynienia i poprawiają przepływ krwi, progesteronu oddziałującego na podwzgórze i nerwy biorące udział w pobudzeniu, oraz testosteronu mającego wpływ na wzrost libido [27].

Duży wpływ mają czynniki biologiczne: choroby (szczególnie te związane z układem nerwowym- stwardnienie rozsiane, urazy rdzenia kręgowego), przyjmowane leki, uzależnienia oraz zmęczenie mogą wpływać negatywnie na seksualność- podobnie jak zaburzenia obrazu ciała, depresje, nerwice i lęki będące czynnikami psychicznymi.

Niekorzystnie wpływają również zaburzone relacje z partnerem, zaburzenia seksualne z jego strony oraz brak intymności. Wpływ mają również czynniki społeczno-kulturowe. Negatywne nastawienie do seksu, rygorizm, niska pozycja kobiety w społeczeństwie czy błędna edukacja w zakresie seksualności zaburzają reakcje seksualne [5, 8, 27].

Wcześniejsze doświadczenia w sferze seksualnej, w tym również przemoc w tym zakresie wyraźnie zaburzają funkcjonowanie seksualne. Istotną rolę odgrywają również przebyte zabiegi chirurgiczne, choroby układu sercowo-naczyniowe, pochwica, dyspareunia, zaburzenia ze strony układu moczowego oraz zaburzenia hormonalne [8].

### **LEKI WPŁYWAJĄCE NA SEKSUALNOŚĆ**

Przyjmowane leki w znaczny sposób wpływają na seksualność człowieka.

Leki neuroleptyczne stosowane, jako leki przeciwpsychotyczne, u kobiet powodują obniżoną jakość orgazmu, trudności w jego osiągnięciu oraz ból podczas szczytowania. Zaobserwowano również zaburzenia miesiączkowania lub całkowite jego zahamowanie [10].

Kolejną grupą leków wpływającą na życie seksualne są leki przeciwdepresyjne. W tej grupie obserwuje się zaburzenia pożądania oraz orgazmu (w tym lubrykacji pochwy), zmniejszenie czucia w obrębie narządów płciowych, tzw. genitalna anestezja [9].

Działania niepożądane w sferze seksualnej wykazują również leki stosowane w leczeniu chorób serca i układu krążenia. Powodują one dysfunkcje podobne jak leki przeciwdepresyjne, głównie w sferze pożądania oraz orgazmu [13].

Wśród wielu leków wpływających na seksualność znajdują się również doustne tabletki antykoncepcyjne, które często powodują obniżenie pożądania u kobiet [13].

### **SEKSUALNOŚĆ W CHOROBYCH PRZEWLEKŁYCH**

Choroby przewlekłe wymagają stałego leczenia farmakologicznego. Niekiedy jednak takie leczenie obciążone jest działaniami niepożądanymi, co również może dać swój wyraz z życiu intymnym. Z uwagi na upośledzenie funkcji seksualnych w wyniku stosowanych leków, pacjenci sami zaprzestają ich przyjmowania kosztem pogorszenia stanu zdrowia oraz przedłużenia terapii. Zaburzenia w sferze seksualnej wynikają także z rodzaju schorzenia i jego przebiegu. Choroby, w których występują niedowłady lub neuropatie w sposób szczególnie wpływają niekorzystnie na życie seksualne. Badania nad seksualnością kobiet w stwardnieniu rozsianym oraz cukrzycy wykazały, że zaburzenia w tej jakże istotnej sferze życia dotyczą spory odsetek chorych. Prowokuje to do podjęcia swego rodzaju rehabilitacji seksualnej u chorych dotkniętych między innymi tymi schorzeniami.

Pojawienie się choroby przewlekłej może spowodować zaburzenia w postrzeganiu własnego ciała, poczucie mniejszej atrakcyjności, co może skutkować pogorszeniem relacji między partnerami. To z kolei rzutując na życie intymne dodatkowo obniży jakość życia tych kobiet.

Wraz ze wzrostem świadomości o występujących zaburzeniach seksualnych obserwuje się większe zainteresowanie ze strony środowiska lekarskiego tematem dysfunkcji seksualnych u pacjentów leczonych przewlekłe. Szeroki asortyment wyrobów farmaceutycznych pozwala na zamianę niekorzystnie działających na seksualność leków na środki minimalizujące to zjawisko.

Jak potwierdzają źródła piśmiennicze, zagadnienia związane z seksualnością mają charakter prywatny. Problemy z pozyskaniem grupy badanej oraz utrudnienia związane z pozyskaniem stosownych informacji do celów badawczych, skutkuje dość okrojonym zasobem literatury naukowej na ten temat [24].

Z dostępnego piśmiennictwa wynika, że NChZJ w znacznym stopniu zaburzają relacje oraz obraz własnego ciała. Pacjentki po zabiegach chirurgicznych są bardziej

świadome blizn będących ich skutkiem. Zmiany mogące wystąpić podczas steroidoterapii oraz zbyt niska bądź wysoka masa ciała w sposób negatywny wpływa na atrakcyjność oraz postrzeganie własnego ciała [2, 17].

W 2005 r. przedstawił Dubinsky M. w pracy pt.: „Sexuality Issues in IBD” stwierdził, że postrzeganie własnego ciała jest znacznie zaburzone poprzez czynniki bezpośrednie (m.in. objawy choroby) oraz pośrednie (m.in. skutki uboczne przyjmowanych leków). Stosowanie sterydoterapii w leczeniu IBD wpływa na przyrost masy ciała oraz powstanie trądziku. Blizny powstałe w wyniku interwencji chirurgicznych również negatywnie wpływają na obraz własnego ciała [2, 24].

Dubinsky M. zauważył, że sterydy mogą również odpowiadać za zaburzenie nastroju, które obserwuje się u pacjentów leczonych w ten sposób. Zmęczenie i ogólne obniżenie nastroju mogą być związane ze stosowaniem glikokortykosteroidów, ale mogą również stanowić podłoże depresji [2].

Koncentrując uwagę się na obniżeniu nastroju w przebiegu IBD Timmer A., Kemptner D., Bauer A. (i wsp.) w pracy: „Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis” stwierdzili, że obniżenie nastroju stanowi główny czynnik ryzyka dla ograniczenia aktywności i zmniejszenia funkcji seksualnych. Autorzy wykazali także, że tylko 20% kobiet chorujących na NChZJ, bez względu na aktualny stan choroby cieszyły się wysokim lub średnim poziomem aktywności seksualnej. Ogólny odsetek kobiet nieaktywnych seksualnie wynosił 17%. Najczęściej zgłaszanym problemem było niedostateczne nawilżenie pochwy (30%), w następnej kolejności ból podczas stosunków (25%) [23].

Dolegliwości związane z chorobą, objawy oraz powikłania mogące powstać w przebiegu NZJ ze względu na dość prywatny charakter wpływają niekorzystnie na komunikację między partnerami. Tak w 2002 roku przedstawili to w swoich badaniach Trachter A., Rogers A., Leiblum S. [24] uznając, że relacje interpersonalne mogą ulec pogorszeniu. Autorzy zaznaczyli, że otwartość wobec partnera w chorobie może te relacje poprawić, nawet wobec istniejących dolegliwości i powikłań związanych z chorobą.

W pracy „Inflammatory bowel disease in women: impact on relationship and sexual health” Trachter A. (i wsp.) opisali niekorzystny wpływ zabiegów operacyjnych związanych z NZJ na funkcjonowanie seksualne. Autorzy wykazali, że u kobiet po zabiegach resekcyjnych wystąpiły zaburzenia seksualne, choć część przypadków ze względu na poprawę stanu zdrowia po operacji doświadczyło poprawy jakości życia seksualnego [24].

Niepokojące okazują się wyniki dotyczące otwartości na macierzyństwo. W swojej pracy pt.: „Sexuality Issues in IBD” powstałej w 2005 r. Dubinsky M. [2] zauważył, że u kobiet z NZJ częściej w porównaniu z populacją ogólną obserwuje się dobrowolną decyzję o nieposiadaniu potomstwa.

## **NIESWOISTE CHOROBY ZAPALNE JELIT**

Nieswoiste zapalenie jelita (NZJ; ang. inflammatory bowel disease- IBD) to idiopatyczne schorzenia, mające charakter przewlekłego procesu zapalnego błony śluzowej jelita z przebiegiem okresowych zaostrzeń i remisji. Wyróżniamy dwie, najczęściej występujące jednostki kliniczne: chorobę Leśniowskiego- Crohna oraz wrzodziejące zapalenie jelita grubego. W przypadku, gdy choroba nie rozwinię się z kierunku żadnej ze wspomnianych wyżej chorób używa się określenia nieswoistego niesklasyfikowanego zapalenia jelita [21].

Choroba Leśniowskiego- Crohna (ang. Crohn disease- CD) jest chorobą zapalną przewodu pokarmowego, mogącą pojawić na dowolnym odcinku przewodu pokarmowego. Najczęstszą lokalizacją zmian chorobowych jest okolica krętniczko- kątnicza, co ze względu na miejsce występowania dolegliwości, często jest mylnie diagnozowane, jako zapalenie wyrostka robaczkowego. Charakterystykę lokalizacji zmian chorobowych w chorobie Leśniowskiego- Crohna przedstawia tabela I. W chorobie Leśniowskiego- Crohna najczęściej obserwuje się odcinkowe występowanie zmian, tzn. prawidłowe jelito znajduje się między odcinkami zmienionymi zapalnie. W odróżnieniu od infekcji bakteryjnych przebiegających z zapaleniem błony śluzowej jelita, zapaleniem występującym w chorobie Leśniowskiego- Crohna objęte są wszystkie warstwy jelita. W wyniku stanu zapalnego i procesu włóknienia mogą powstać zwężenia światła jelita prowadzące do ograniczenia drożności. Dla choroby Leśniowskiego- Crohna typowa jest obecność ropni i przetok. Choroba Leśniowskiego- Crohna ma przebieg przewlekły, obserwuje się okresy remisji i zaostrzeń, jednak bardzo często objawy występują w sposób ciągły, powodując obniżenie jakości życia, poważne powikłania oraz znaczne inwalidztwo [1, 15, 21, 25].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego (łac. colitis ulcerosa- CU), w odróżnieniu do choroby Leśniowskiego- Crohna ograniczone jest tylko do jelita grubego i jedynie komórek powierzchniowych błony śluzowej. W tej jednostce chorobowej, proces zapalny rozpoczyna się zwykle w odbytnicy i może pozostać tylko w tej lokalizacji albo szerzyć się w kierunku proksymalnych partii jelita grubego. W niektórych przypadkach dochodzi do zajęcia końcowego odcinka jelita cienkiego w sąsiedztwie zastawki Bauchina. Nie obserwuje się odcinkowego zajęcia jelita grubego przez proces chorobowy [15,21].

Nieswoiste niesklasyfikowane zapalenie jelita jest to jednostka, która w naturze morfologicznej nie odpowiada, ani chorobie Leśniowskiego- Crohna, ani wrzodziejącemu zapaleniu jelita grubego. Niekiedy, z dłuższym czasem trwania choroby udaje się określić, czy to colitis ulcerosa, czy też choroba Leśniowskiego- Crohna ograniczona tylko do jelita grubego [15].

## **EPIDEMIOLOGIA**

Z dotychczasowych obserwacji wynika, że na nieswoiste choroby zapalne jelit zapadają najczęściej osoby młode, a szczyt zachorowalności określa się między 20. a 35. rokiem życia. W ostatnich latach pediatri w krajach rozwiniętych zaobserwowali wzrost zachorowań wśród dzieci i niemowląt. Według badań przeprowadzonych w

Polisce w latach 2003- 2004, co roku rozpoznaje się ponad 250 nowych przypadków zachorowań wśród populacji dziecięcej [18].

Dla choroby Leśniowskiego- Crohna charakterystyczne jest różnicowanie geograficzne. Najwyższą liczbę zachorowań obserwuje się z krajach wysoko rozwiniętych Europy Zachodniej i Ameryki Północnej. Rzadziej występuje na terenach Europy Środkowo- Wschodniej, Azji, Ameryki Południowej, Afryki i regionie Pacyfiku. Aktualnie odnotowuje się wzrost zapadalności w miejscach, gdzie zachorowania były rzadsze, przy jednocześnie stałym poziomie bądź tendencją wzrostową w przypadku krajów z dotychczas wysoką zachorowalnością na chorobę Leśniowskiego- Crohna. Na chorobę tę częściej zapadają osoby rasy białej, a grupą etniczną, charakteryzującą się wyższym czynnikiem zachorowalności są Żydzi aszkenazyjscy. Występowanie choroby u ludności rasy czarnej lub żółtej jest rzadsze [25].

W Polsce, od sierpnia 2005 roku prowadzony jest Krajowy Rejestr Choroby Leśniowskiego- Crohna, w którym zarejestrowanych jest ponad 5 tys. chorych. Krajowy Konsultant w dziedzinie gastroenterologii szacuje, że w Polsce cierpiących na chorobę Leśniowskiego- Crohna może być nawet 15 000, z czego ¼ mogą stanowić dzieci i młodzież. Choroba ta częściej występuje na terenach zurbanizowanych, u osób ze średnim bądź wyższym wykształceniem, a częstość występowania u obu płci jest porównywalna [18,25].

Wrzodziejące zapalenie jelita grubego występuje znacznie częściej u rasy białej krajów wysoko rozwiniętych Europy i Ameryki Północnej. Zauważa się względną przewagę ludności żydowskiej zapadającej na tę chorobę na terenie Stanów Zjednoczonych. Zachorowalność na wrzodziejące zapalenie jelita grubego ma mniej więcej wartości stałe i w Europie jest to ok. 10 nowych zachorowań na 100.000 ludności w skali roku. W Polsce nie ma dokładnych danych epidemiologicznych dotyczących tej jednostki chorobowej, lecz wg Krajowego Konsultanta w dziedzinie gastroenterologii liczba chorych na wrzodziejące zapalenie jelita grubego może przekraczać 30 000 osób [1,18].

## **ETIOLOGIA**

Obecnie nie ma określonej jednoznacznej przyczyny powstawania nieswoistych chorób zapalnych jelit. Aktualnie przyjmuje się, że rozwój tych chorób powodują 3 współdziałające ze sobą czynniki: genetyczne, immunologiczne oraz środowiskowe [1, 19].

Do czynnika genetycznego zaliczamy rodzinne występowanie choroby (ok. 10% pacjentów podaje NZJ u krewnych pierwszego stopnia), obecność chorób autoimmunizacyjnych w rodzinie chorego (np. łuszczyca, toczeń, stwardnienie rozsiane, RZS), częstsze występowanie mutacji w pewnych genach, które predysponują do zachorowania (nie jest to jednoznaczne z tym, że choroba jest dziedziczna, lecz wystąpienie tych chorób, u rodzeństwa i dzieci osoby chorej jest wyższe) [18, 25].

Czynnik immunologiczny jest odpowiedzialny za nadmierną odpowiedź układu odpornościowego, która wyzwała niekontrolowaną reakcję zapalną, bez możliwości ograniczenia jej przez organizm [18].



Trzecim czynnikiem jest wpływ środowiska zewnętrznego (dieta, palenie papierosów) oraz wewnętrznego, szczególnie mikroflory jelitowej. W pożywieniu mogą być obecne antygeny, które wywołują stan zapalny w obrębie przewodu pokarmowego. Zaznacza się niekorzystny wpływ palenia papierosów. Zauważono, że sprzyja ono występowaniu zaostrzeń w chorobie Leśniowskiego-Crohna. Do czynników środowiskowych zaliczamy również bakterie, które zasiedlają jelita w warunkach prawidłowych. Wszelkie zaburzenia równowagi tej mikroflory, np. w skutek antybiotykoterapii, mogą nasilić objawy nieswoistych zapaleń jelita. Pośród różnych bakterii i antygenów nie znaleziono jak dotąd, czynnika mającego wywołać nieswoiste choroby zapalne jelit [1,18].

### **OBJAWY KLINICZNE I POWIKŁANIA**

W literaturze opisywane są dwa typy objawów nieswoistego zapalenia jelita: specyficzne oraz niespecyficzne (tab. II). Objawy specyficzne są to objawy typowe dla nieswoistych zapaleń jelita. Objawy te są zależne od lokalizacji choroby oraz ciężkości jej przebiegu. Objawy niespecyficzne są objawami nietypowymi, pochodzącymi spoza układu pokarmowego, tzw. manifestacje pozajelitowe. Zazwyczaj utrudniają one postawienie szybkiej diagnozy. Te symptomy, często wyprzedzają pojawienie się objawów typowych, nawet o kilka lat [15, 18].

Występowanie niektórych objawów, jest charakterystyczne dla danych jednostek chorobowych (tab. III), jednak wystąpienie tylko jednego objawu nie może potwierdzić, jak i wykluczyć NZJ, dlatego potrzebne jest wdrożenie specjalistycznej diagnostyki. Objawy dla wszystkich nieswoistych chorób zapalnych jelit są podobne, ale występują z różną częstością i nasileniem [15].

Dla choroby Leśniowskiego-Crohna ważnym i charakterystycznym objawem jest obecność guza, wyczuwalnego w miejscu, gdzie zlokalizowane są zmiany patologiczne. Najczęściej stwierdza się go w okolicy prawego dołu biodrowego. Manifestacje pozajelitowe mogą wyprzedzać objawy nieswoistych chorób zapalnych jelit, mogą pojawić się okresie remisji lub w okresie, gdy choroba podstawowa jest mało aktywna. Objawy pozajelitowe występują częściej w przypadku zajęcia procesem chorobowym jelita grubego, niż choroby ograniczonej tylko do jelita cienkiego. Niekiedy manifestacje pozajelitowe są większym problemem dla chorego, aniżeli sama choroba jelit [25].

Powikłania występujące w przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit można podzielić ze względu na miejsce ich występowania: miejscowe (jelitowe) i pozajelitowe (tab. IV) [1].

### **DIAGNOSTYKA**

Diagnostyka nieswoistych chorób zapalnych jelit ma na celu postawienie rozpoznania, określenie lokalizacji zmian w przewodzie pokarmowym, ocenę ciężkości przebiegu choroby oraz wystąpienia powikłań miejscowych i pozajelitowych. Rozpoznanie nie może opierać się na ocenie wybiórczych wyników badań, ale na kompleksowej ocenie badań endoskopowych, histopatologicznych, radiologicznych i biochemicznych [15].

W przypadku podejrzenia nieswoistej choroby zapalnej jelita najważniejszą metodą diagnostyczną jest endoskopia, czyli wżernikowanie narządów od wewnątrz. Takie badania dają możliwość bezpośredniego obejrzenia błony śluzowej przewodu pokarmowego, oceny makroskopowej rozległości zmian, a dodatkowo pozwalają na pobranie wycinków do badania histopatologicznego. Bezpośrednie badanie i ocena próbek pod mikroskopem umożliwia w większości przypadków ustalenie rozpoznania pod względem obecności stanu zapalnego, stopnia jego nasilenia i rodzaju zmian [15].

Metodą pierwszego wyboru w przypadku podejrzenia NZJ jest kolonoskopia.. Polega na wprowadzeniu endoskopu przez odbyt do światła jelita. Jest badaniem nieprzyjemnym dla pacjenta, wymagającym dodatkowego przygotowania specjalnym środkiem przeczyszczającym. Kolejnym, pożądanym badaniem diagnostycznym jest gastroskopia. W całym procesie diagnostycznym powinna być wykonana przynajmniej raz, aby wykluczyć zmiany zapalne w górnym odcinku przewodu pokarmowego. Pozostałymi badaniami wykorzystywanymi w diagnostyce i kontroli przebiegu NZJ jest rektoskopia, sigmoidoskopia oraz endoskopia kapsułkowa [15, 25].

Najczęściej stosowanymi technikami radiologicznymi są badania z wykorzystaniem tomografii komputerowej (TK) oraz rezonansu magnetycznego (ang. magnetic resonance imaging- MRI). Najbardziej dostępną metodą do oceny jelita cienkiego jest pasaż jelitowy z użyciem barytu. Badanie to wykonywane jest z wykorzystaniem promieniowania RTG i ma najmniejszą czułość w kierunku oceny zmian śluzówkowych [15].

Powszechnie znane badanie ultrasonograficzne (USG) jamy brzusznej może być wstępnym badaniem stanowiącym podstawę do rozszerzenia diagnostyki [15].

W badaniach laboratoryjnych poszukuje się cech stanu zapalnego i niedokrwistości, ocenia się stopień niedoborów, odwodnienia i niedożywienia. W obrazie badań laboratoryjnych krwi można zaobserwować zaburzenia białkowe, elektrolitowe oraz gospodarki żelazowej. W przypadku wystąpienia powikłań ze strony wątroby i dróg żółciowych mogą być nieprawidłowości dotyczących aktywności amionotransferaz, fosfatazy alkalicznej czy bilirubiny [25].

W celu wykluczenia podłoża infekcyjnego, bądź pasożytniczego zgłaszanych objawów zalecane jest wykonanie badań mikrobiologicznych stolca [25].

W ostatnim czasie przydatnym okazało się oznaczanie stężenia kalprotektyny w stolcu. Kalprotektyna należy do grupy białek produkowanych podczas procesów zapalnych, jej podwyższone stężenie oznacza obecność stanu zapalnego w jelicie [17].

Pomocne w różnicowaniu nieswoistych chorób zapalnych jelit są testy serologiczne, które pozwalają określić obecność przeciwciał ASCA w klasie IgA i IgG oraz pANCA. Przeciwciała ASCA obecne jednocześnie w obu klasach są wysoce swoiste dla choroby Leśniowskiego- Crohna. Za tą chorobą przemawia układ ASCA (+), pANCA (-), a za wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego układ ASCA (-), pANCA [25].

## **LECZENIE**

Jak dotąd nie znaleziono sposobu wyleczenia nieswoistych chorób zapalnych jelit. Przewlekły, długotrwały charakter schorzenia, nawrotowość, powikłania stanowią poważny problem kliniczny. Z uwagi na brak jasno określonego czynnika etiologicznego nie jest możliwe leczenie przyczynowe. Celem dostępnego leczenia jest minimalizowanie stanu zapalnego, leczenie niedożywienia oraz leczenie podtrzymujące, polegające na zapobieganiu nawrotom choroby [25].

### **LECZENIE FARMAKOLOGICZNE**

Podstawowymi środkami farmakologicznymi stosowanymi w terapii NZJ są 5-aminosalicylany, glikokortykosteroidy, leki immunosupresyjne oraz biologiczne. Niektóre postacie choroby oraz powikłania infekcyjne leczy się podając antybiotyki. Dość istotną rolę w leczeniu nieswoistych chorób zapalnych jelit odgrywają probiotyki, które są dobrze tolerowane przez pacjenta i nie mają skutków ubocznych [25].

W leczeniu farmakologicznym nieswoistych chorób zapalnych jelit, stosuje się zasadę stopniowego włączania leków o silniejszym działaniu [25].

5-ASA i ich pochodne są podstawową grupą leków stosowanych w leczeniu zaostrzeń choroby, jak i w leczenie podtrzymującym. Stosowane są w lekkich rzutach choroby, w celu zapobiegania nawrotom choroby oraz jako chemoprewencję raka jelita grubego. Leki te wykazują działanie przeciwzapalne, lecz w leczeniu ostrych rzutów choroby okazują się być zbyt słabe. W zależności od umiejscowienia stanu zapalnego podawane są doustnie lub doodbytniczo (czopki, wlewki). Najczęściej stosowanym preparatem z tej grupy leków jest sulfasalazyna, która wykazuje działanie lecznicze na jelito grube oraz ma korzystny wpływ na zmiany stawowe w przebiegu NZJ [18,25].

Kolejną grupą leków, lecz o silniejszym działaniu są glikokortykosteroidy (GSK). Wykazują silne działanie przeciwzapalne oraz wpływają niekorzystnie na system odpornościowy. Leki z tej grupy są stosunkowo bezpieczne, jeśli stosowane są zgodnie ze zleceniem lekarza oraz przez krótki czas, co pozwala zmniejszyć prawdopodobieństwo wystąpienia skutków ubocznych. W leczeniu choroby Leśniowskiego-Crohna ograniczonym do jelita krętego i początkowego odcinka jelita grubego stosuje się nową generację leków sterydowych o działaniu miejscowym- budesonid. Ze względu na szybki metabolizm, stopniowe uwalnianie substancji w jelicie, lek ten charakteryzuje się mniejszą liczbą działań niepożądanych w stosunku do tzw. konwencjonalnych GSK. Kortykosteroidy, podobnie jak 5-aminosalicylany stosowane są w wielu postaciach. Niekorzystnym aspektem stosowania tych leków jest możliwość wystąpienia steroidooporności (brak efektu działania) oraz steroidozależności (szybki nawrót objawów po odstawieniu lub zmniejszeniu dawki leku) [18,25].

Wykorzystywane w terapii NZJ leki immunosupresyjne mają na celu opanowanie nasilonego stanu zapalnego (często w przypadku sterydooporności), umożliwienie odstawienia glikokortykosteroidów (przy wystąpieniu sterydozależności, pozwala na zmniejszanie dawki sterydów). Skuteczne są również w podtrzymaniu remisji. Leki te działają na system odpornościowy hamując mechanizmy obronne organizmu, przez co zmniejszają proces zapalny. Do najczęściej stosowanych leków z tej grupy należą

azatiopryna (AZA) oraz 6-merkaptopuryna (6-MP). Podczas stosowania tych leków niezbędny jest ścisły nadzór- szczególnie w pierwszych tygodniach ich stosowania z uwagi na możliwość wystąpienia wczesnych objawów niepożądanych, m.in. zapalenia trzustki [1, 18, 25].

Leki biologiczne hamują etapy złożonych reakcji immunologicznych, które prowadzą do stanu zapalnego. Najbardziej popularnymi i znajdującymi najczęstsze zastosowanie są przeciwciała monoklonalne skierowane przeciwko czynnikowi martwicy nowotworów  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ ). Czynnikiem ten jest mediatorem procesu zapalnego w przebiegu choroby Leśniowskiego-Crohna. Przeciwciała monoklonalne stosowane w terapii biologicznej są rekombinowanymi białkami, które blokują działanie mediatorów zapalenia lub wykazują działanie przeciwzapalne. Leczenie biologiczne znajduje zastosowanie w cięższych przypadkach NZJ, u chorych nie reagujących na dotychczasowe leczenie farmakologiczne oraz, gdy inne leki nie mogą być stosowane z uwagi na złą tolerancję. Do leków biologicznych zarejestrowanych w Polsce należą: infliksimab oraz adalimumab. Z uwagi na wysokie koszty i restrykcyjne kryteria przyjęcia do programu leczniczego dostęp do terapii jest ograniczony [1, 18, 25].

Mimo, że antybiotykoterapia ma niekorzystny wpływ na florę jelitową, antybiotyki znalazły swoje zastosowanie w terapii nieswoistych chorób zapalnych jelit. Stosuje się je w przypadku infekcji, powstania przetok i ropni oraz po zabiegach operacyjnych. Najczęściej stosowanymi antybiotykami są ciprofloksacyna, metronidazol oraz praktycznie niewchłanialna z przewodu pokarmowego-rifaksymina [25].

Uważa się, że mikroflora obecna z jelitach odgrywa istotną rolę w rozwoju i przebiegu nieswoistych chorób zapalnych jelit. Dotychczasowe badania i obserwacje dowodzą o pozytywnym wpływie probiotyków na organizm człowieka. Mikroorganizmy probiotyczne wytwarzają krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe, w tym bakterie kwasu mlekowego i drożdże. W wyniku fermentacji, niestrawionych przez enzymy trawienne człowieka cukrów, produkowane są krótkołańcuchowe kwasy tłuszczowe (m.in. masłowy). Kwasy te są potrzebne m.in. do utrzymania niskiego pH treści jelitowej oraz odżywiania komórek nabłonka [18, 25].

### LECZENIE ŻYWIENIOWE I DIETETYCZNE

W procesie leczenia NZJ obowiązują zasady żywienia, które mogą z korzyścią wpłynąć na niektóre fazy choroby. Z diety chorego należy wykluczyć produkty źle tolerowane, które wywołują bądź nasilają dolegliwości. Do pokarmów najczęściej nasilających obawy należą: mleko i jego przetwory, drożdże, kukurydza, banany, pomidory, jaja oraz wino. Mimo wykluczenia z diety niesprzyjających produktów, dieta chorych na NZJ powinna zawierać wszystkie niezbędne składniki odżywcze, a w szczególności żelazo, kwas foliowy oraz cynk, gdyż chory jest najbardziej narażony na ich niedobory. Przy biegunce zaleca się dietę ubogoresztkową i ubogobłonnikową. W okresie zaostrzenia, przy dużym nasileniu objawów wskazana jest prawidłowo zbilansowana dieta płynna, a w przypadku braku poprawy bądź nietolerancji rozważa się zastosowanie leczenia enteralnego lub parenteralnego. Leczenie żywieniowe ma szczególne znaczenie w zapewnieniu prawidłowego rozwoju u pacjentów pediatrycz-

nych. Większość chorych w remisji nie musi przestrzegać żadnych zaleceń dietetycznych. Wyjątkiem jest sytuacja, gdy występuje nietolerancja danego produktu spożywczego [1, 25].

### **LECZENIE OPERACYJNE**

U niektórych pacjentów ze względu na brak odpowiedzi na leczenie farmakologiczne bądź wyniki powikłania, konieczne jest zastosowanie leczenia chirurgicznego. Z uwagi na fakt, że zmiany w chorobie Leśniowskiego-Crohna mogą dotyczyć całej długości przewodu pokarmowego, usunięcie całego lub zmienionego zapalnie odcinka jelita nie daje gwarancji, że stan zapalny nie powróci. Przeciwnie jest w przypadku, gdy resekcji poddaje się jelito grube zajęte przez CU. Z racji, że to schorzenie ograniczone jest tylko do jelita grubego, daje to możliwość wyleczenia pacjenta [15].

We wrzodziejącym zapaleniu jelita grubego leczenie operacyjne polega na resekcji całego jelita grubego, dąży się jednak do zachowania zwieracza odbytu i uniknięcia zakładania na dłuższy czas stomii. Współczesna medycyna proponuje rozwiązania, które pozwalają pacjentowi na możliwie normalne funkcjonowanie bez jelita grubego. Jednym z takich rozwiązań jest wytworzenie zbiornika kałowego (j-pouch). Zbiornik ten pełni funkcję odbytnicy ze względu na możliwość przechowywania dużych objętości mas kałowych niż samo jelito cienkie. Takiej możliwości nie daje bezpośrednie zespolenie jelita cienkiego z zewnętrznym zwieraczem odbytu. Niekiedy jednak konieczne jest wyłonienie stomii jelitowej. Wytwarza się stomie czasowe w przypadku, których po kilku miesiącach możliwe jest odtworzenie ciągłości przewodu pokarmowego oraz stałe, gdzie z różnych przyczyn nie można przywrócić owej ciągłości [15].

W chorobie Leśniowskiego-Crohna zabieg operacyjny nie daje pełnego efektu leczniczego, lecz w znacznym stopniu poprawia jakość życia chorego. Zabiegi chirurgiczne w tej jednostce chorobowej dotyczą głównie jelita cienkiego i grubego [15].

### **NIESWOISTE ZAPALENIE JELITA W ŻYCIU KOBIET**

Nieswoiste choroby zapalne jelit, podobnie jak inne choroby przewlekłe, w znaczny sposób upośledzają życie codzienne osób chorych oraz pośrednio, ich najbliższego otoczenia. Ograniczenia wynikające z choroby przewlekłej dotyczą niemal każdej sfery życia. NZJ dotyczą najczęściej osoby młode, które chcą być aktywne zawodowo, chcą studiować, spotykać się ze znajomymi oraz pragną założyć rodzinę. Przebieg choroby często to utrudnia lub nawet uniemożliwia. Dla kobiety, która chce być atrakcyjna, choroba może w sposób negatywny wpłynąć na postrzeganie przez nią własnego ciała. Pod wpływem choroby może ulec zmianie sylwetka. Stosowana sterydoterapia może skutkować dodatkowymi mankamentami w budowie ciała, zabiegi operacyjne związane z chorobą przysparzają mniej bądź bardziej szpecących blizn. Kobieta w obliczu choroby i ich powikłań może stracić pewność siebie, radość i szeroko pojętą atrakcyjność, która zostaje znacznie obniżona. Taki stan może rzutować na relacje towarzyskie, a w cięższych przypadkach można mieć negatywny odźwięk w psychice kobiety.

Wiele kobiet stawia sobie za cel macierzyństwo, które z różnych względów chorobowych musi być odkładane. Decyzja o posiadaniu potomstwa bywa również

trudna m.in. z powodu obawy o dziedziczenie schorzenia czy przebieg ciąży w związku ze współistniejącą chorobą jelit.

### PODSUMOWANIE

Podsumowując można zauważyć, że kolejne lata nie przyniosły wielkich zmian w funkcjonowaniu seksualnym kobiet chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit. Przebieg nieswoistych chorób zapalnych jelit nie jest w pełni przewidywalny, więc nie do końca można całkowicie wykluczyć powikłania bądź konieczność przeprowadzenia interwencji chirurgicznych. Nie każdy chory chce dzielić się przeżywaniem swojej choroby oraz własnej seksualności. Poddając analizie problem NChZJ nie należy ignorować lub traktować pobieżnie zaburzenia funkcji seksualnych, które istotnie wpływają na QoL samych pacjentów oraz ich partnerów seksualnych.

### PIŚMIENNICTWO

1. Bartnik W.: Wrzodziejące zapalenie jelita grubego i choroba Leśniowskiego-Crohna. Przewodnik dla pacjentów i lekarzy. Wyd. BMA Studio, Warszawa 2011.
2. Dubinsky M.: Sexuality Issues in IBD. *Practical Gastroenterology* 2005, 9: 55-66
3. Gałecki P. i wsp.: Orgazm człowieka z perspektywy fizjologicznej – część I, dok. elektr., PDF, 2012. <http://pml.strefa.pl/ePUBLI/193/09.pdf>, 20.01.2013.
4. Imieliński K.: Kobieta i seks. Krajowa Agencja Wydawnicza, Warszawa 1989.
5. Imieliński K.: Seksiatria. Wyd. PWN, Warszawa 1990.
6. Imieliński K.: Zarys seksuologii i ksiatrii. Wyd. PZWL, Warszawa 1896
7. Kosiara M. Paradowski L.: Kalprotektyna. *Gastroenterologia Polska* 2008, 5: 333-335.
8. Kucia K., Delkowski R.: Dysfunkcje seksualne wywołane przez leki przeciwdepresyjne. *Wiadomości lekarskie* 2005, 11-12: 660-664.
9. Kuczyński K. i wsp.: Wpływ leków przeciwpsychotycznych na funkcje seksualne. *Seksuologia Polska* 2003, 1: 23-29.
10. Lew- Starowicz Z.: Nowe kierunki rozwoju badań nad seksualnością kobiet i mężczyzn. *Przewodnik lekarza* 2008, 1: 37-39.
11. Lew- Starowicz Z., Robacha A. (red.): *Seksuologia człowieka*. Wyd. Elsevier Urban&Partner, Wrocław 2011.
12. Lew- Starowicz Z., Skrzypulec V.: *Podstawy seksuologii*. Wyd. PZWL, Warszawa 2010.
13. Lew- Starowicz Z. i wsp.: *Leksykon seksuologiczny*. Wyd. Continuo, Wrocław 2002.
14. Małecka- Panas E., Słomka M. (red.): *Przewlekłe nieswoiste choroby zapalne jelit: choroba Leśniowskiego- Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego*. Wyd. MedPharm Polska, Wrocław 2012.

15. Masters W., Johnson V.: Współżycie seksualne człowieka. Wyd. PZWL, Warszawa 1975.
16. Mossakowska M.: Poradnik dla młodzieży i rodziców dzieci chorych na wrzodzące zapalenie jelita grubego lub chorobę Leśniowskiego- Crohna. Wyd. Towarzystwo J-elita, Warszawa 2012.
17. Muller KR. i wsp.: Female gender and surgery impair relationships, body image, and sexuality in inflammatory bowel disease: patient perceptions. *Inflammatory Bowel Diseases* 2010, 16(4):657-663.
18. Nowosielski K., Skrzypulec V.: Cykl reakcji seksualnej u kobiety. *Ginekologia Polska* 2009, 80: 440- 444.
19. Opala T. (red.) *Ginekologia. Podręcznik dla położnych, pielęgniarek i fizjoterapeutów*. Wyd. PZWL, Warszawa 2003: 182-189.
20. Rampton D.S., Shanahan F.: *Nieswoiste zapalenia jelit*. Wyd. Via Medica, Gdańsk 2002.
21. Rydzewska G., Małecka- Panas E. (red.): *Choroba Leśniowskiego- Crohna 100lat diagnostyki i terapii*. Wyd. Termedia, Poznań 2008.
22. Steciwko A. (red.) *Wybrane zagadnienia z praktyki lekarza rodzinnego. Tom 7*. Wyd. Continuo, Wrocław, 2006: 110-116.
23. Timmer A. i wsp.: Determinants of female sexual function in inflammatory bowel disease: a survey based cross-sectional analysis. *BMC Gastroenterology* 2008, 8:45
24. Trachter A. i wsp.: Inflammatory bowel disease in women: impact on relationship and sexual health. *Inflammatory Bowel Diseases* 2002, 8(6):413-421.
25. Wejman J., Bartnik W. (red.): *Atlas kliniczno- patologiczny nieswoistych chorób zapalnych jelit*. Wyd. Termedia, Poznań 2011.
26. Winfried Häuser: *Choroba Leśniowskiego-Crohna i inne nieswoiste zapalenia jelit: praca zbiorowa*. Wyd. PZWL, Warszawa 2007.
27. Zdrojewicz Z. (red.): *Tajemniczy świat kobiecego orgazmu*; Wyd. Continuo, Wrocław 2009.

**Tabela I. Lokalizacja zmian chorobowych w chorobie Leśniowskiego-Crohna [21]**

Umiejscowienie	Częstość (%)
• Okolice krętniczno- kątnicza	45
• Wyłącznie okrężnica	25
• Wyłącznie końcowy odc. jelita krętego	20
• Rozległe zajęcie jelita cienkiego	5
• Inne (odbytnica, żołądek i dwunastnica, jama ustna)	5

**Tabela II. Objawy specyficzne i niespecyficzne występujące w NZJ [15, 18]**

Objawy specyficzne (typowe)	Objawy niespecyficzne (nietytowe)
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bóle brzucha</li> <li>• luźne bądź wodniste stolce, niekiedy z obecnością krwi, śluzu lub ropy</li> <li>• utrata apetytu</li> <li>• spadek masy ciała</li> <li>• zmiany okołodbytowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• zahamowanie wzrostu i/lub dojrzewania płciowego</li> <li>• gorączka lub stany podgorączkowe</li> <li>• rumień guzowaty</li> <li>• bóle i/lub zapalenie stawów</li> <li>• schorzenia narządu wzroku</li> <li>• występowanie aft (głównie w jamie ustnej)</li> </ul>

**Tabela III. Objawy charakterystyczne dla poszczególnych jednostek chorobowych [15]**

choroba Leśniowskiego- Crohna	wrzodziejące zapalenie jelita grubego
<ul style="list-style-type: none"> <li>• bóle brzucha</li> <li>• guz wyczuwalny w miejscu odpowiadającym lokalizacji zmian</li> <li>• biegunki i utrata masy ciała</li> <li>• gorączka</li> <li>• bladość powłok skórnych</li> <li>• tworzenie przetok</li> <li>• manifestacje pozajelitowe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• krwiste biegunki</li> <li>• bóle brzucha</li> <li>• gorączka</li> <li>• manifestacje pozajelitowe</li> </ul>

**Tabela IV. Powikłania jelitowe i pozajelitowe występujące w danych chorobach [1]**

	ch. Leśniowskiego- Crohna	colitis ulcerosa
Powikłania jelitowe	<ul style="list-style-type: none"> <li>- przetoki</li> <li>- ropnie międzypętlowe</li> <li>- zwężenie światła jelita (niepełna niedrożność)</li> <li>- ostra niedrożność</li> <li>- krwotok</li> <li>- perforacja jelita z zapaleniem otrzewnej</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- megacolon toxicum w j. polskim</li> <li>- perforacja okrężnicy</li> <li>- krwotok</li> <li>- zmiany okołodbytowe (szczeliny, ropnie, przetoki)</li> <li>- polipowatość zapalna</li> <li>- zwężenie</li> <li>- rak</li> </ul>
Powikłania pozajelitowe	<p><u>Układ kostno- stawowy:</u> osteopenia i osteoporoza, zapalenie stawów obwodowych, zapalenie stawów krzyżowo- biodrowych, ZZSK.</p> <p><u>Skóra:</u> rumień guzowaty, zgorzelinowe zapalenie skóry</p> <p><u>Wątroba i drogi żółciowe:</u> PSC, autoimmunologiczne zapalenie wątroby, kamica żółciowa.</p> <p><u>Oczy:</u> zapalenie spojówek, zapalenie tęczówki, zapalenie błony naczyniowej.</p> <p><u>Układ naczyniowy:</u> zakrzepica żylna, zakrzepica tętnicza.</p> <p><u>Układ moczowy:</u> kamica nerkowa, skrobawica.</p>	



### **STRESZCZENIE**

W pracy dokonano przeglądu aktualnej wiedzy medycznej dotyczącej nieswoistych chorób zapalnych jelit w zakresie etiologii, diagnostyki i leczenia. Szczególną uwagę zwrócono na aspekt problemów seksualnych osób chorujących na nieswoiste choroby zapalne jelit.

### **ABSTRACT**

The paper comprises a thorough overview of the current medical knowledge concerning the inflammatory bowel diseases, its etiology, diagnostics and treatment. The particular emphasis is put on the aspect of the sexual problems of patients' suffering from the inflammatory bowel disease.

*Artykuł zawiera 44169 znaków ze spacjami*