

GRUDZIŃSKA, Aleksandra, DUDZIŃSKA, Paulina, MILANOWSKA, Małgorzata, JAROSZ, Dominika & TSITKO, Hanna. Sexual activity in terms of cardiac rehabilitation after cardiovascular incidents. *Journal of Education, Health and Sport*. 2023;13(3):98-104. eISSN 2391-8306. DOI <http://dx.doi.org/10.12775/JEHS.2023.13.03.014>  
<https://apcz.umk.pl/JEHS/article/view/41599>  
<https://zenodo.org/record/7555637>

The journal has had 40 points in Ministry of Education and Science of Poland parametric evaluation. Annex to the announcement of the Minister of Education and Science of December 21, 2021. No. 32343. Has a Journal's Unique Identifier: 201159. Scientific disciplines assigned: Physical Culture Sciences (Field of Medical sciences and health sciences); Health Sciences (Field of Medical Sciences and Health Sciences). Punkty Ministerialne z 2019 - aktualny rok 40 punktów. Załącznik do komunikatu Ministra Edukacji i Nauki z dnia 21 grudnia 2021 r. Lp. 32343. Posiada Unikatowy Identyfikator Czasopisma: 201159. Przynależność dyscypliny naukowej: Nauki o kulturze fizycznej (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu); Nauki o zdrowiu (Dziedzina nauk medycznych i nauk o zdrowiu). © The Authors 2023; This article is published with open access at License Open Journal Systems of Nicolaus Copernicus University in Torun, Poland Open Access. This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution Noncommercial License which permits any noncommercial use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author (s) and source are credited. This is an open access article licensed under the terms of the Creative Commons Attribution Non commercial license Share alike. (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>) which permits unrestricted, non commercial use, distribution and reproduction in any medium, provided the work is properly cited. The authors declare that there is no conflict of interests regarding the publication of this paper. Received: 29.12.2022. Revised: 17.01.2023. Accepted: 20.01.2023.

## AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA W ASPEKTCIE REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ PO INCYDENTACH SERCOWO-NACZYNIOWYCH.

### SEXUAL ACTIVITY IN TERMS OF CARDIAC REHABILITATION AFTER CARDIOVASCULAR INCIDENTS.

Aleksandra Grudzińska<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-1024-176X, [aleksandra-gru@o2.pl](mailto:aleksandra-gru@o2.pl)  
Paulina Dudzińska<sup>1</sup> ORCID: 0000-0001-8314-3784, [paulla134@gmail.com](mailto:paulla134@gmail.com),  
Małgorzata Milanowska<sup>1</sup> ORCID 0000-0003-1713-3304, [m.milanowska@yahoo.com](mailto:m.milanowska@yahoo.com)  
Dominika Jarosz<sup>1</sup> ORCID: 0000-0003-1933-0600, [d-jagiello@wp.pl](mailto:d-jagiello@wp.pl)  
Hanna Tsitko<sup>1</sup> ORCID: 0000-0002-2079-7382, [hsitko@gmail.com](mailto:hsitko@gmail.com)  
<sup>1</sup>[Medical University of Lublin](http://Medical University of Lublin)

Key words: cardiovascular diseases; heart attack; myocardial infarction; sexual activity; cardiac rehabilitation; sexual counseling

#### ABSTRACT

Cardiovascular diseases (CVD) are still the leading cause of death. Environmental factors such as smoking, low physical activity and poor diet have the greatest impact on the incidence of the disease. For patients after a cardiovascular incident, cardiac rehabilitation is the key to recovery. One possible path of rehabilitation is sexual activity (SA). Sexual activities are similar to mild/moderate physical activity during a short period. Most patients are recommended to involve in sexual activity after prior comprehensive evaluation of physical condition. Before involving in sexual activity the general condition of the patient needs to be checked. A useful method for this is a stress testing. The patients with stable cardiac symptoms and good functional capacity are at a low risk of recurrent cardiovascular events, and others require treatment or improvement of heart function. The most efficient way to provide SA is a sexual counseling. Evidence suggests that relatively few cardiac patients receive sexual counseling, which can result in negative outcomes ranging from psychological, physical, and quality of life. Sexual problems and concerns are prevalent, including patient and partner fear of causing another heart attack. It is because people still believe that sexual activity is too risky and they cease all of it. Sexual counseling is needed across health care settings to ensure that patients receive information to safely resume SA.

#### WSTĘP

Choroby układu sercowo-naczyniowego stale dominują w statystykach jako jedna z głównych przyczyn śmiertelności [1]. Starzenie się populacji w wysoko rozwiniętych krajach europejskich, w których współczynnik dzietności spadł poniżej poziomu zastępowalności pokoleń, prowadzi do utrzymującego się wysokiego wskaźnika śmiertelności z powodu chorób układu krążenia [1]. Wydłużenie średniej długości życia także nasila rosnące obciążenie chorobami sercowo-naczyniowymi [1]. Wśród czynników, które mają wpływ na liczbę zachorowań na choroby układu krążenia wymienia się czynniki środowiskowe, zachowania zdrowotne oraz czynniki kliniczne [1]. Czynniki środowiskowymi, które predysponują do zwiększonej liczby zachorowań są przede wszystkim zanieczyszczenie powietrza i hałas [1]. Wśród zachowań zdrowotnych, które sprzyjają zachorowaniu wymienia się palenie papierosów, brak aktywności fizycznej oraz nieodpowiednią dietę obejmującą głównie spożywanie kwasów tłuszczowych trans i cukrów, jak też zmniejszenie spożycia warzyw i owoców [1]. Czynniki kliniczne to podwyższone ciśnienie tętnicze, otyłość oraz wysoki poziom cholesterolu

całkowitego i nie-HDL, które to czynniki wpływają w dalszym etapie na wzrost zachorowań na cukrzycę [1]. Tak samo, jak ważna jest prewencja chorób układu krążenia w celu ich zapobiegania, tak też istotna jest rehabilitacja kardiologiczna (CR) po przebytych już incydencie sercowo-naczyniowym. Składa się ona zazwyczaj z trzech faz: rehabilitacji stacjonarnej w trakcie hospitalizacji, następnie nadzorowanej przez lekarza, monitorowanej ambulatoryjnej aktywności fizycznej w ciągu 4 miesięcy po wypisaniu ze szpitala, a następnie przechodzi do trwałego niemonitorowanego programu ćwiczeń [2]. Programy CR zapewniają również poradnictwo żywieniowe, psychologiczne i dotyczące zaprzestania palenia wyrobów tytoniowych, a także dbanie o gospodarkę lipidową organizmu i monitorowanie ciśnienia krwi [2]. Jedną z dodatkowych form rehabilitacji jest aktywność seksualna (SA) [3]. SA jest porównywalna do łagodnej/umiarkowanej aktywności fizycznej odbywanej w krótkim czasie [3]. Przed podjęciem aktywności seksualnej u pacjentów po incydencie sercowo-naczyniowym konieczna jest szczegółowa ocena ich stanu ogólnego [3]. Najlepszą formą wprowadzenia SA do rehabilitacji pacjentów kardiologicznych jest poradnictwo seksualne (sexual counseling – S.C.) [4].

## **NAGLE SERCOWO-NACZYNIOWE SKUTKI AKTYWNOŚCI SEKSUALNEJ**

Dusznica koitarna („angina d'amour”), która pojawia się w ciągu kilku minut lub godzin po aktywności seksualnej, stanowi <5% wszystkich napadów dusznicy bolesnej [7]. Występuje rzadko u pacjentów, którzy nie mają dusznicy bolesnej podczas dużego wysiłku fizycznego i częściej u osób prowadzących siedzący tryb życia z ciężką chorobą wieńcową (CAD), u których występuje dusznica bolesna przy minimalnej aktywności fizycznej [7]. Jeśli pacjent może osiągnąć wydatek energetyczny  $\geq 3$  do 5 MET bez wykazania niedokrwienia podczas próby wysiłkowej, wówczas ryzyko niedokrwienia podczas aktywności seksualnej jest bardzo niskie [7].

Chociaż aktywność seksualna wiąże się ze zwiększonym ryzykiem zdarzeń sercowo-naczyniowych, bezwzględna częstość zdarzeń jest niewielka, ponieważ ekspozycja na aktywność seksualną jest krótkotrwała i stanowi bardzo mały odsetek całkowitego czasu ryzyka niedokrwienia mięśnia sercowego lub MI [7]. Aktywność seksualna jest przyczyną <1% wszystkich ostrych MI [7]. Osoby z wyższym poziomem aktywności doświadczają mniejszego wzrostu ryzyka niż osoby o niskim poziomie aktywności. W przypadku osoby po przebytych zawale mięśnia sercowego roczne ryzyko ponownego zawału serca lub zgonu szacuje się na 10% (lub 3%, jeśli osoba dobrze toleruje wysiłek fizyczny). U takich osób podejmowanie czynności seksualnych przejściowo zwiększa ryzyko ponownego zawału lub śmierci z 10 szans na 1 milion na godzinę do 20 - 30 szans na 1 milion na godzinę. [7]

## **REHABILITACJA KARDIOLOGICZNA**

W ostatnich latach rola rehabilitacji kardiologicznej (CR) znacząco wzrasta. Podejście do CR ewoluowało – zaczęto ją postrzegać nie tylko jako same ćwiczenia, lecz jako kompleksowy program, który uwzględnia również inne czynniki ryzyka chorób sercowo-naczyniowych oraz zapewnia edukację i wsparcie społeczne [2]. Zalecane ćwiczenia optymalnie rozpoczynają się od przedtreningowego testu tolerancji wysiłku, z uwzględnieniem ograniczeń wynikających z objawów choroby podstawowej [2]. Następnie treningi zwykle składają się z krótkiej rozgrzewki, po której następują nadzorowane, zindywidualizowane ćwiczenia aerobowe (20-60 min.), a po nich krótka faza zwolnienia i odpoczynku [2]. Ćwiczenia aerobowe powinny być wykonywane 3-5 dni w tygodniu na 50-80% maksymalnej wydolności wysiłkowej [5]. Stosunkowo najnowsze dane sugerują, że trening interwałowy o wysokiej intensywności (HIIT) powoduje większy i szybszy wzrost wydolności wysiłkowej [6]. Wskazuje na to badanie obejmujące 27 pacjentów ze stabilną pozawałową niewydolnością serca, przydzielonych losowo do grupy o umiarkowanym ciągłym treningu przy 70% maksymalnego przewidywanego tętna lub do aerobowego treningu interwałowego (95% szczytowego tętna) 3 razy w tygodniu przez 12 tygodni lub do grupy kontrolnej, która otrzymała standardowe porady dotyczące aktywności fizycznej [6]. Podczas aerobowego treningu interwałowego wartość  $VO_{2peak}$  wzrosła i wiązała się z odwróconą przebudową lewej komory, zmniejszyły się objętości końcoworozkurczowe i końcowoskurczowe LV, LVEF wzrosła o 35%, a pro-BNP zmniejszył się o 40%. Zanotowano także poprawę funkcji śródbłonna oraz mitochondriów w mięśniu obszernym bocznym [6].

## **AKTYWNOŚĆ SEKSUALNA JAKO FORMA AKTYWNOŚCI FIZYCZNEJ W REHABILITACJI KARDIOLOGICZNEJ**

Przy tak znaczącej roli wysiłku fizycznego w rehabilitacji kardiologicznej należy zadać pytanie dotyczące aspektu aktywności seksualnej jako jednej z jego form. Aktywność seksualna jest podobna do łagodnej/umiarkowanej aktywności fizycznej odbywanej w krótkim czasie (wchodzenie na 2 piętra po schodach lub szybki marsz) [3]. Podczas gry wstępnej i podniecenia seksualnego wartości ciśnienia krwi (BP) i tętna (HR) rosną i osiągają maksimum podczas orgazmu (HR i skurczowe BP są zwykle poniżej odpowiednio 130 uderzeń na minutę i 170 mm Hg)[3]. Potem szybko spadają do normalnych wartości [3]. Wstępna ocena kliniczna u pacjentów z chorobami układu krążenia (CVD) jest konieczna przed rozpoczęciem lub wznowieniem SA, co jest dopuszczalne w grupie osób bez lub z minimalnymi objawami podczas rutynowych czynności i niskim ryzykiem

powikłań sercowo-naczyniowych [3]. Ta grupa składa się z pacjentów z dławicą piersiową CCS I lub II klasy, z niewydolnością serca NYHA klasy I lub II, z łagodną/umiarkowaną chorobą zastawek, przebyłym dawnym zawałem mięśnia sercowego, udaną rewaskularyzacją wieńcową, z większością rodzajów wrodzonych wad serca oraz zdolnością do osiągnięcia  $\geq 3-5$  MET podczas próby wysiłkowej bez dławicy piersiowej, z niedokrwiennymi zmianami elektrokardiograficznymi, niedociśnieniem, sinicą, arytmia lub nadmierną dusznością [3]. Osoby ze stabilnymi objawami sercowymi i dobrą wydolnością są w grupie niskiego ryzyka wystąpienia niepożądanych incydentów sercowo-naczyniowych [3]. Do drugiej grupy pacjentów należą ci z niestabilną lub niewyrównaną chorobą serca (tj. niestabilną dusznicą bolesną, niewyrównaną niewydolnością serca (HF), niekontrolowaną arytmia lub istotnie objawową i/lub ciężką wadą zastawkową) [3]. W tej grupie SA należy odroczyć do czasu ustabilizowania się stanu pacjenta i wdrożenia optymalnego leczenia [3]. Przydatnymi do oceny bezpieczeństwa aktywności seksualnej u pacjentów z nieznanym ryzykiem sercowo-naczyniowym jest próba wysiłkowa. Wykonuje się ją w celu oceny wydolności wysiłkowej i rozwoju objawów, niedokrwienia lub arytmii. W związku z tym SA jest dopuszczalne u pacjentów, którzy mogą osiągnąć  $\geq 3-5$  MET bez dławicy piersiowej, nadmiernej duszności, niedokrwiennych zmian odcinka ST, sinicy, niedociśnienia lub zaburzeń rytmu [3]. Z drugiej strony patrząc rehabilitacja kardiologiczna i regularne ćwiczenia u pacjentów z CVD są uzasadnione i mogą być przydatne w zmniejszaniu ryzyka powikłań podczas SA poprzez zwiększenie maksymalnej wydolności wysiłkowej, a tym samym mogą prowadzić do obniżenia maksymalnego BP i HR podczas współżycia [3].

### **SA W STABILNEJ CHOROBI NIEDOKRWIENNEJ SERCA**

U pacjentów ze stabilną chorobą niedokrwinną serca ocena ryzyka sercowo-naczyniowego przed podjęciem lub wznowieniem aktywności seksualnej jest uzasadniona. Uważa się, że pacjenci z łagodną, stabilną dusznicą bolesną należą do grupy niskiego ryzyka incydentów sercowo-naczyniowych, podczas gdy pacjenci z niestabilną lub oporną na leczenie dusznicą bolesną są uważani za grupę wysokiego ryzyka. Dotyczy to pacjentów, u których objawy są pośrednie lub których ryzyka nie można określić podczas wstępnej oceny. Próba wysiłkowa może (1) zapewnić obiektywną ocenę tolerancji wysiłku i wydolności; (2) określić, czy dławica piersiowa występuje przy wysiłku (i przy jakim poziomie wysiłku); oraz (3) ocenić nasilenie niedokrwienia podczas aktywności fizycznej. [7]

### **SA PO PRZEBYTYM ZAWALE SERCA**

Po przebytym zawale serca pacjenci bezobjawowi, pacjenci którzy pozostają bez objawów niedokrwienia podczas próby wysiłkowej oraz osoby po wykonanej pełnej rewaskularyzacji wieńcowej są w grupie niskiego ryzyka sercowo-naczyniowego podczas SA. Aktualne wytyczne sugerują jak najszybsze rozpoczęcie rehabilitacji kardiologicznej, a SA  $\geq 1$  tyg. od zawału serca [7].

### **SA PO PRZEZSKÓRNEJ INTERWENCJI WIEŃCOWEJ**

Ryzyko sercowo-naczyniowe związane z aktywnością seksualną po PCI jest związane z rozległością zabiegu rewaskularyzacji wieńcowej. Pacjenci po całkowitej rewaskularyzacji powinni być w stanie wznowić aktywność seksualną w ciągu kilku dni po PCI, pod warunkiem, że nie występują powikłania związane z dostępem naczyniowym z tętnicy udowej [7]. Pacjenci, u których istnieje uzasadnione podejrzenie powikłań naczyniowych, powinni zostać poddani odpowiedniej ocenie przed wznowieniem aktywności seksualnej [7]. Pacjenci poddawani PCI z dostępu promieniowego powinni mieć możliwość wznowienia aktywności seksualnej równie wcześnie, jeśli nie wcześniej, niż pacjenci poddawani PCI z dostępu udowego [7]. U pacjentów z niepełną rewaskularyzacją wieńcową próba wysiłkowa może być korzystna w ocenie rozległości i ciężkości resztkowego niedokrwienia. [7]

### **SA PO OPERACJACH KARDIOCHIRURGICZNYCH**

CABG i większość innych operacji serca (np. naprawa/wymiana zastawki) jest zwykle wykonywana przez środkową sternotomię, z wygojeniem mostka zwykle prawie całkowicie do 8 tygodni po operacji. Ponieważ aktywność seksualna może wiązać się ze znacznym obciążeniem klatki piersiowej i torów oddechowych, które generują wysokie ciśnienie wewnątrz klatki piersiowej, które to może upośledzać gojenie się rany mostka, ogólnie zaleca się opóźnienie aktywności seksualnej o 6 do 8 tygodni po CABG i innych zabiegach kardiologicznych niezwiązanych z chorobą wieńcową [7][8]. Pacjentom, którzy przeszli operację należy doradzić, aby unikali pozycji, które powodują dyskomfort lub nadmiernie obciążają miejsce operowane, szczególnie we wczesnych miesiącach pooperacyjnych. Wigor fizyczny u takich pacjentów najlepiej przywracać stopniowo. Po pomyślnym wyzdrowieniu po CABG aktywność seksualna jest zwykle wznowiana. [7] Operacja kardiologiczna z minimalnym dostępem, która nie obejmuje sternotomii lub jest ograniczona, może pozwolić na wcześniejsze wznowienie aktywności seksualnej [7]. Chirurgia wspomagana przez robota pozwala uniknąć nacięcia mostka i jest powtórzeniem mniej inwazyjnej procedury chirurgicznej; pacjenci leczeni tą

procedurą mogą być w stanie wznowić aktywność seksualną wcześniej niż pacjenci poddawani środkowej sternotomii. [7] CABG zwykle prowadzi do całkowitej lub prawie całkowitej rewaskularyzacji. U osób, u których istnieją powody, by sądzić, że doszło do istotnej niepełnej rewaskularyzacji (lub niepowodzenia przeszczepu), próby wysiłkowe mogą być korzystne w ocenie rozległości i ciężkości resztkowego niedokrwienia. [7]

### **SA W NIEWYDOLNOŚCI SERCA**

Zaburzenia hemodynamiczne, naczyniowe, hormonalne i neurohormonalne mogą przyczyniać się do dysfunkcji seksualnych, które często występują u pacjentów z niewydolnością serca. Około 60–87% pacjentów z niewydolnością serca zgłasza problemy seksualne, w tym znaczny spadek zainteresowania SA, a nawet 1/4 z nich donosi o całkowitym zaprzestaniu aktywności seksualnej. Funkcje seksualne korelują ze stanem objawowym (tj. klasą czynnościową NYHA i testem 6-minutowego marszu), ale nie z frakcją wyrzutową. Co ciekawe, wielu pacjentów z niewydolnością serca przywiązuje większą wagę do poprawy jakości życia (w tym aktywności seksualnej) niż do wydłużenia jego długości [7]. Optymalne leczenie pacjentów z niewydolnością serca zwiększa prawdopodobieństwo bezpiecznej i satysfakcjonującej SA. Pacjentom z niewydolnością serca, u których podczas stosunku występuje duszność lub uczucie zmęczenia, można zalecić przyjmowanie pozycji półleżącej lub leżącej podczas stosunku, co zmniejsza poziom wysiłku fizycznego i pozwala odpocząć w przypadku wystąpienia duszności [7]. Bezpieczeństwo SA zależy od ciężkości objawów niewydolności serca (tj. klasy NYHA) oraz od tego, czy pacjent jest zdekompensowany (np. przeciążenie objętościowe). Badania z udziałem pacjentów ze stabilną niewydolnością serca wykazały, że podejmowanie aktywności seksualnej przez takich pacjentów jest bezpieczne. [7]

### **SA W ZASTAWKOWYCH CHOROBAH SERCA**

Ponieważ pacjenci z łagodną lub umiarkowaną wadą zastawkową mogą bezpiecznie uczestniczyć w aktywności fizycznej wymagającej lekkiego lub umiarkowanego wysiłku, uzasadnione jest również podejmowanie przez takich pacjentów aktywności seksualnej, zakładając, że taka aktywność nie powoduje istotnych objawów sercowo-naczyniowych. U pacjentów z ciężką wadą zastawkową z istotnymi objawami (lub nawet łagodnymi objawami z ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej) rozsądne jest odroczenie aktywności seksualnej do czasu leczenia zachowawczego lub chirurgicznego [7]. Nie ma powodu, aby wykluczać aktywność seksualną u pacjentów z prawidłowo funkcjonującymi sztucznymi zastawkami [7]. Czas powrotu do aktywności seksualnej po chirurgicznej naprawie lub wymianie zastawki jest taki, jak w przypadku CABG czy innych operacji kardiologicznych.[7] U pacjentów, u których objawy lub ciężkość choroby zastawkowej są nieokreślone, oraz u pacjentów z bezobjawową ciężką wadą zastawkową, próba wysiłkowa może zapewnić ocenę objawowej i hemodynamicznej odpowiedzi na aktywność fizyczną, jak również możliwego pojawiania się zaburzeń rytmu [7]. Może być szczególnie pomocna w ocenie osób z bezobjawowym umiarkowanym lub ciężkim zwężeniem zastawki aortalnej oraz bezobjawowych pacjentów z ciężką dysfunkcją zastawek innych typów [7]. Echokardiografia wysiłkowa może dostarczyć dodatkowych informacji na temat reakcji fizjologicznej na wysiłek, w tym funkcji komór, indukowanego wzrostu gradientu zastawek i indukowanego nadciśnienia płucnego.[7]

### **SA W ARYTMIAH, PRZY ROZRUSZNIKACH SERCA I KARDIOWERTERACH-DEFIBRYLATORACH**

Jak omówiono powyżej, nagła śmierć jest niezwykle rzadkim zjawiskiem podczas aktywności seksualnej w populacji ogólnej. Istnieją ograniczone dane dotyczące częstości występowania arytmii wywołanych aktywnością seksualną u pacjentów ze stwierdzoną arytmia w wywiadzie. Ryzyko komorowych zaburzeń rytmu podczas aktywności seksualnej u pacjentów z CVD, w tym z ICD, nie wydaje się być większe niż podczas porównywalnego wysiłku fizycznego lub próby wysiłkowej [7]. Dlatego uzasadnione jest zalecenie, aby pacjenci z arytmiami, u których uważa się za bezpieczne uczestniczenie w zajęciach rekreacyjnych (lub bardziej aktywnych) sportowych, byli w stanie uczestniczyć w aktywności seksualnej. Obejmuje to pacjentów z (1) migotaniem lub trzepotaniem przedsionków i dobrze kontrolowaną odpowiedzią komorową; (2) przebyłym częstoskurczem węzłowym przedsionkowo-komorowym, częstoskurczem przedsionkowo-komorowym lub częstoskurczem przedsionkowym z kontrolowanymi zaburzeniami rytmu; (3) rozrusznikiem serca; (4) ICD wszczepionym w prewencji pierwotnej, którzy nie otrzymali wielokrotnych wyładowań adekwatnych do arytmii pacjenta; oraz (5) ICD wszczepionym w profilaktyce wtórnej, u których porównywalny poziom aktywności fizycznej nie powoduje częstoskurczu komorowego lub migotania komór i którzy nie otrzymują częstych adekwatnych wyładowań [7]. U pacjentów, którzy otrzymali wielokrotne wyładowania ICD, rozsądnie jest najpierw ustabilizować i optymalnie kontrolować arytmie (i przyczynę leżącą u jej podstaw), zanim pacjent zaangażuje się w aktywność seksualną. Historia wielokrotnych wstrząsów sama w sobie niekoniecznie jest przeciwwskazaniem do podejmowania przez pacjenta aktywności seksualnej [7]. Jak wspomniano powyżej,

obecność ICD nie jest przeciwwskazaniem do aktywności seksualnej i dla większości pacjentów z ICD rozsądne jest kontynuowanie aktywności seksualnej [7]. U pacjenta z ICD nadopiekuńczość partnera i obawa przed wstrząsem podczas aktywności seksualnej są ważnymi obawami. W związku z tym aktywność seksualna często spada po wszczepieniu ICD [7]. Testy wysiłkowe mogą zapewnić pacjenta i partnera, że jest mało prawdopodobne, aby aktywność seksualna przyspieszyła lub nasiliła arytmie. [7]

## **SA W KARDIOMIOPATII PRZEROSTOWEJ**

HCM to heterogenna choroba serca o podłożu genetycznym i najczęstsza przyczyna nagłej śmierci sercowej związanej z arytmia u młodych osób, w tym sportowców wyczynowych. Około 70% pacjentów z HCM może mieć niedrożność odpływu z lewej komory w spoczynku lub w wyniku prowokacji fizjologicznej, niezależnie od tego, czy występują objawy ograniczające [7]. Podłoże arytmogenne leżące u podstaw HCM jest nieprzewidywalne, ale związek między aktywnością fizyczną a nagłymi zgonami związanymi z częstoskurczem komorowym/migotaniem komór budzi obawy, że intensywna aktywność seksualna może zwiększać ryzyko u pacjentów z tą chorobą. Nie ma jednak udokumentowanych przypadków zatrzymania krążenia związanych z aktywnością seksualną u pacjentów z HCM [7]. Jest to zgodne z zaleceniami dotyczącymi aktywności fizycznej dla pacjentów z HCM, które zabraniają jedynie udziału w intensywnych sportach wyczynowych lub zajęciach naśladowujących takie formy ćwiczeń. [7]

## **PORADNICTWO SEKSUALNE**

Poradnictwo seksualne (sexual counseling) (S.C.) jest uznawane przez Światową Organizację Zdrowia za ważny aspekt opieki i trwają starania mające na celu lepsze zrozumienie elementów wdrażania i wyników poradnictwa seksualnego zapewnianego przez pracowników ochrony zdrowia [4]. Zdefiniowano je jako „interakcja z pacjentem, która obejmuje informacje dotyczące problemów seksualnych i bezpiecznego powrotu do aktywności seksualnej, a także ocenę, wsparcie i konkretne porady związane z problemami psychologicznymi i seksualnymi, określane również jako poradnictwo psychoseksualne” [9]. Definicja ta podkreśla znaczenie odgrywania przez pracowników ochrony zdrowia aktywnej roli w ocenie i dalszych zaleceniach dla pacjentów i ich partnerów. Ponadto pomoc taka nie jest jednorazowa, a ocena seksualna i poradnictwo powinny być ciągłe i odbywać się na różnych płaszczyznach. Zastosowanie multidyscyplinarnego podejścia może zapewnić pełną integrację poradnictwa seksualnego z opieką. S.C. jest to temat wart szerszych rozważań wśród pracowników ochrony zdrowia. Istnieje wiele badań, które mówią o tym, że pacjenci i ich partnerzy potrzebują poradnictwa seksualnego i oczekują, że medycy zarówno zainicjują ten temat, jak i udzielą porad dotyczących aktywności seksualnej i chorób układu krążenia. Odpowiedzialność za poradnictwo obejmuje lekarzy, pielęgniarki, fizjoterapeutów, personel rehabilitacyjny i innych, w związku z tym podmioty świadczące opiekę zdrowotną muszą być informowane o sposobach rozwiązywania problemów seksualnych oraz o treściach, które mają być omawiane [4]. Przed rozpoczęciem leczenia i poradnictwa konieczna jest ocena aktywności i satysfakcji seksualnej pacjentów [4]. W przypadku oceny seksualnej pacjentów kardiologicznych ważne jest, aby uzyskać pełny opis natury problemu, jego przyczyn i spostrzeżeń, takich jak myśli, przekonania i błędne wyobrażenia, które pacjenci i partnerzy mają na ten temat [4]. Poza przyczynami kardiologicznymi i możliwymi działaniami niepożądanymi leków nasercowych należy ocenić inne podstawowe schorzenia, które przyczyniają się do dysfunkcji seksualnych [4]. Można zadać inne pytania, aby uzyskać wgląd w podstawowe przyczyny lub konsekwencje problemów seksualnych, takie jak wszelkie choroby współistniejące, które mogą przyczyniać się do dysfunkcji seksualnych, czynniki komplikujące jak trwające niedokrwienie lub aktywne stosowanie azotanów, ocena czy pacjent jest kandydatem do leczenia zaburzeń erekcji (ED) i czy w związku z tym należy skierować tego pacjenta do specjalisty [4]. Warto jest zadawać pytania w sposób otwarty, umożliwi to bowiem lepsze otwarcie się na dyskusję oraz zorientowanie się pracownika medycznego w jakim stopniu rozmówca jest świadomy poruszanego tematu. Ważnym jest, aby w ocenie wziąć pod uwagę obydwie osoby – zarówno pacjenta, jak i jego partnera. Często zdarza się, że to partnerzy mogą mieć zwiększone obawy o ponowne wywołanie epizodu sercowego poprzez aktywność seksualną [4]. Ponadto zapotrzebowanie na wsparcie i informacje może się różnić w zależności od pacjenta i partnera, być może wymagając różnych podejść do rozwiązywania problemów seksualnych [9]. Ważne jest dostosowanie charakteru rozmowy do potrzeb i obaw pacjenta w oparciu o wstępną ocenę. Na przykład niektórzy pacjenci, którzy zastanawiają się, czy aktywność seksualna jest bezpieczna, często doceniają bardziej bezpośrednie podejście, aby uzyskać odpowiedzi na swoje pytania, podczas gdy takie podejście może być zbyt konfrontacyjne dla innych pacjentów [10]. Jednocześnie należy zdawać sobie sprawę, że podczas omawiania seksu z pacjentami i ich partnerami należy brać pod uwagę różnice kulturowe i osobiste. Często ludzie mogą uważać seks za coś prywatnego, a mówienie o nim może być postrzegane w niektórych kulturach jako tabu czy kwestia zbędna [11].

## PODSUMOWANIE

Otwarcie się na temat aktywności seksualnej wśród pacjentów kardiologicznych może być dobrym sposobem na zachęcenie ich do poszukiwania nowych form rehabilitacji w każdym aspekcie życia. Choroby sercowo-naczyniowe nie są przeciwwskazaniem do kontynuacji pożycia seksualnego. SA może być bez przeszkód wprowadzana u pacjentów w stanie stabilnym, bez konieczności wykonywania dalszych testów. W przypadku wątpliwości co do stanu pacjenta po nagłym incydencie sercowym zalecane jest wykonanie u niego próby wysiłkowej. Po większych operacjach kardiologicznych z przeprowadzoną sternotomią wskazany jest dłuższy czas rekonwalescencji przed podjęciem SA. Rozmowa o tym typie rehabilitacji kardiologicznej powinna być podejmowana przez różnych specjalistów z zakresu ochrony zdrowia. Istotnym jest zaangażowanie do tematu zarówno pacjenta, jak i jego partnera, aby rozwikłać wszelkie wątpliwości opiewające temat seksu po zaistniałej chorobie serca. Podejście do każdego pacjenta powinno być zindywidualizowane, zarówno od strony oszacowania jego fizycznych możliwości pod względem medycznym, jak i gotowości psychicznej do rozmowy o aktywności seksualnej.

## BIBLIOGRAFIA

1. Timmis A, Vardas P, Townsend N, Torbica A, Katus H, De Smedt D, Gale CP, Maggioni AP, Petersen SE, Huculeci R, Kazakiewicz D, de Benito Rubio V, Ignatiuk B, Raisi-Estabragh Z, Pawlak A, Karagiannidis E, Treskes R, Gaita D, Beltrame JF, McConnachie A, Bardinet I, Graham I, Flather M, Elliott P, Mossialos EA, Weidinger F, Achenbach S; Atlas Writing Group, European Society of Cardiology. European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2021. *Eur Heart J.* 2022 Feb 22;43(8):716-799. doi: 10.1093/eurheartj/ehab892. Erratum in: *Eur Heart J.* 2022 Feb 04;: PMID: 35016208.
2. McMahon SR, Ades PA, Thompson PD. The role of cardiac rehabilitation in patients with heart disease. *Trends Cardiovasc Med.* 2017 Aug;27(6):420-425. doi: 10.1016/j.tcm.2017.02.005. Epub 2017 Feb 15. PMID: 28318815; PMCID: PMC5643011.
3. Mornar Jelavić M, Krstačić G, Perenčević A, Pintarić H. Sexual Activity in Patients with Cardiac Diseases. *Acta Clin Croat.* 2018 Mar;57(1):141-148. doi: 10.20471/acc.2018.57.01.18. PMID: 30256023; PMCID: PMC6400344.
4. Steinke EE, Jaarsma T. Sexual counseling and cardiovascular disease: practical approaches. *Asian J Androl.* 2015 Jan-Feb;17(1):32-9. doi: 10.4103/1008-682X.135982. PMID: 25219908; PMCID: PMC4291873.
5. Balady GJ, Williams MA, Ades PA, Bittner V, Comoss P, Foody JA, Franklin B, Sanderson B, Southard D; American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee; Council on Clinical Cardiology; Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. Core components of cardiac rehabilitation/secondary prevention programs: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Exercise, Cardiac Rehabilitation, and Prevention Committee, the Council on Clinical Cardiology; the Councils on Cardiovascular Nursing, Epidemiology and Prevention, and Nutrition, Physical Activity, and Metabolism; and the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation. *J Cardiopulm Rehabil Prev.* 2007 May-Jun;27(3):121-9. doi: 10.1097/01.HCR.0000270696.01635.aa. PMID: 17558191.
6. Wisløff U, Støylen A, Loennechen JP, Bruvold M, Rognum Ø, Haram PM, Tjønnå AE, Helgerud J, Slørdahl SA, Lee SJ, Videm V, Bye A, Smith GL, Najjar SM, Ellingsen Ø, Skjaerpe T. Superior cardiovascular effect of aerobic interval training versus moderate continuous training in heart failure patients: a randomized study. *Circulation.* 2007 Jun 19;115(24):3086-94. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.106.675041. Epub 2007 Jun 4. PMID: 17548726.
7. Levine GN, Steinke EE, Bakaeen FG, Bozkurt B, Cheitlin MD, Conti JB, Foster E, Jaarsma T, Kloner RA, Lange RA, Lindau ST, Maron BJ, Moser DK, Ohman EM, Seftel AD, Stewart WJ; American Heart Association Council on Clinical Cardiology; Council on Cardiovascular Nursing; Council on Cardiovascular Surgery and Anesthesia; Council on Quality of Care and Outcomes Research. Sexual activity and cardiovascular disease: a scientific statement from the American Heart Association. *Circulation.* 2012 Feb 28;125(8):1058-72. doi: 10.1161/CIR.0b013e3182447787. Epub 2012 Jan 19. PMID: 22267844.
8. Papadopoulos C, Shelley SI, Piccolo M, Beaumont C, Barnett L. Sexual activity after coronary bypass surgery. *Chest.* 1986 Nov;90(5):681-5. doi: 10.1378/chest.90.5.681. PMID: 3490356.

9. Steinke EE, Jaarsma T, Barnason SA, Byrne M, Doherty S, Dougherty CM, Fridlund B, Kautz DD, Mårtensson J, Mosack V, Moser DK; Council on Cardiovascular and Stroke Nursing of the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). Sexual counseling for individuals with cardiovascular disease and their partners: a consensus document from the American Heart Association and the ESC Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions (CCNAP). *Circulation*. 2013 Oct 29;128(18):2075-96. doi: 10.1161/CIR.0b013e31829c2e53. Epub 2013 Jul 29. PMID: 23897867.
10. Jaarsma T. Sexual problems in heart failure patients. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2002 Feb;1(1):61-7. doi: 10.1016/S1474-5151(01)00009-3. PMID: 14622869.
11. Nicolai MP, van Bavel J, Somsen GA, de Grooth GJ, Tulevski II, Lorscheid A, Putter H, Schalij MJ, Pelger RC, Elzevier HW. Erectile dysfunction in the cardiology practice-a patients' perspective. *Am Heart J*. 2014 Feb;167(2):178-85. doi: 10.1016/j.ahj.2013.10.021. Epub 2013 Nov 6. PMID: 24439978.