NEWSLETTER #15 · ZAŁĄCZNIK 2

Check-lista HSDD

Narzędzie kliniczne dla lekarza — pacjentka z obniżonym pożądaniem seksualnym

HSDD (hypoactive sexual desire disorder) / w DSM-5 ujęte jako FSIAD — zaburzenie zainteresowania/pobudzenia seksualnego. Rozpoznanie wymaga utrzymywania się objawów ≥ 6 miesięcy i klinicznie istotnego dystresu.

Pacjentka: _____ **Data:** _____ **Lekarz:** _____

1. Leki wpływające na libido — do sprawdzenia w wywiadzie

	Lek / grupa	Uwaga kliniczna
	SSRI i leki serotoninergiczne	Najlepiej udokumentowany sprawca jatrogenny — do 42% kobiet zgłasza zaburzenia orgazmu i obniżenie libido.
	Leki przeciwpsychotyczne	Wpływ na popęd, często przez hiperprolaktynemię.
	Inhibitory MAO	Obniżenie popędu seksualnego.
	Benzodiazepiny / leki uspokajające	Obniżenie popędu.
	Dwuskładnikowa antykoncepcja hormonalna	Obniża testosteron: zwiększa SHBG (wiąże wolną frakcję) + supresja przysadki.
	Beta-blokery	Zmniejszone libido; szczególnie I generacji (nieselektywne).
	Diuretyki tiazydowe	Obniżone libido i suchość pochwy.
	Leki działające ośrodkowo	Klonidyna, alfa-metyldopa, guanetydyna, rezerpina — obniżone libido.
	Amlodypina	Dane TOMHS: częstsza redukcja aktywności seksualnej niż przy innych lekach.
	Liczba i dawka leków kardiologicznych	Efekt addytywny — każdy wzrost dawki wiązał się z ~13% spadkiem aktywności seksualnej.

2. Choroby obniżające libido — do rozważenia

	Schorzenie	Uwaga kliniczna
	Depresja i zaburzenia lękowe	Jeden z najsilniejszych czynników.

	Schorzenie	Uwaga kliniczna
	Nadciśnienie tętnicze	Silny związek z FSD (w badaniu 90% kobiet z NT pierwotnym); mechanizm naczyniowy.
	Stan po udarze / zawale	Spadek libido 17–60%; silnie sprzężony z lękiem i depresją.
	Cukrzyca typu 1 i 2	Neuropatia, niestabilna glikemia, wpływ na obraz ciała.
	PMOS / zaburzenia androgenowe	Rola androgenów w seksualności kobiet złożona i nie w pełni poznana.
	Menopauza / hipoestrogenizm, GSM	Spadek estrogenów i androgenów; suchość, dyspareunia wtórnie obniżające pożądanie.
	Choroby tarczycy	Niedoczynność i nadczynność mają wpływ na libido.
	Hiperprolaktynemia	Odwracalna przyczyna.
	Choroby neurologiczne	SM, ch. Parkinsona, padaczka, urazy rdzenia kręgowego.
	Przewlekłe choroby i ból przewlekły	Gorszy ogólny stan zdrowia wiąże się ze zmniejszoną aktywnością seksualną.

3. Badania laboratoryjne warte rozważenia

Zastrzeżenie epistemiczne: Nie istnieje próg testosteronu definiujący niedobor korelujący z libido u kobiet. Rozpoznanie HSDD jest kliniczne; badania służą głównie wykluczeniu innych przyczyn i bezpiecznemu prowadzeniu ewentualnej terapii.

	Badanie	Wskazanie / interpretacja
	Testosteron całkowity	Preferowana metoda LC-MS/MS. Brak progu definiującego niedobór u kobiet.
	SHBG + testosteron wolny/biodostępny	Wyliczany; interpretacja łącznie z testosteronem całkowitym.
	Estradiol	Ocena statusu estrogenowego; MHT zwiększa SHBG i zmniejsza wolny testosteron.
	FSH, LH	Ocena statusu menopauzalnego.
	Prolaktyna	Wykluczenie hiperprolaktynemii.
	TSH (+ FT4 przy nieprawidłowym TSH)	Wykluczenie dysfunkcji tarczycy.
	DHEA-S	Przy podejrzeniu przyczyny nadnerczowej / PMOS.
	Glukoza / HbA1c	Skrining metaboliczny.
	Lipidogram	Ocena ryzyka naczyniowego.

	Badanie	Wskazanie / interpretacja
	Morfologia + ferrytyna	Wykluczenie niedokrwistości; optymalny poziom ferrytyny > 30 ng/ml.

Źródła merytoryczne

· CVsex / Maturitas 2025 (Armeni i in.)

· ISSWSH Clinical Practice Guideline 2021

· praktyka standardowa endokrynologiczno-seksuologiczna (do weryfikacji)