

dr Alain Tamborini
kobieta intymna

1. Wstęp Niegdyś zadaniem medycyny było leczenie chorób, przede wszystkim tych groźnych. Dziś jej ambicje są większe. Nie tylko leczy i często uzdrawia ludzi mniej lub bardziej chorych, lecz odgrywa także rolę edukacyjną i prewencyjną oraz podnosi jakość naszego codziennego życia. W tym kierunku zmierza też nowoczesna ginekologia i tylko od ciebie zależy, czy z tego skorzystasz. Ginekologia współczesna pozwala ci w pełni i bez obaw przeżywać swoją kobiecość, korzystać z niej. Leczy bóle miesiączkowe, łagodzi fizyczne i psychiczne dolegliwości przedmiesiączkowe, reguluje płodność i pozwala planować ciążę. Uwalnia od uderzeń gorąca i suchości pochwy, które związane są z menopauzą. Znieczulenie dożylnie i nadoponowe pozwala na poród bez bólu, zapłodnienie in vitro daje szansę zajścia w ciążę kobietom jeszcze niedawno skazanym na trwałą niepłodność. Jednak tym, co najbardziej zmieniło się w medycynie, są sami chorzy oraz stosunki pacjent - lekarz. Dziś obie strony są bardziej otwarte, gotowe do dialogu. Ginekologia pomaga w zrozumieniu i pokonaniu trudności stojących na drodze każdej kobiety, może też uczynić twoje życie wygodniejszym i przyjemniejszym. Możesz dzięki niej zyskać pewność siebie, nie tracąc jednocześnie kobiecości. W tej książce wiele miejsca poświęcono zapobieganiu i badaniom. Niestety, wiele kobiet nie chodzi do lekarza i nie może w ogóle z tych osiągnąć korzystać. Jeśli po lekturze tej książki choć jedna z nich podda się badaniom, uznam, że moja praca nie była daremna. Książkę tę dedykuję moim nauczycielom z Wydziału Medycyny, którzy przekazali mi swą cenną wiedzę. Dedykuję ją także tym licznym kobietom, które mi zaufały i nadały mej wiedzy wymiar ludzki. Ta książka - podróż do wnętrza kobiecości, prowadzi cię na spotkanie z twoim ciałem, pozwala je odkrywać. Wszystkie sprawy są w niej potraktowane szczerze i bez fałszywego wstydu. Mam nadzieję, że książka ta pozwoli ci lepiej zrozumieć własne ciało i korzystać z jego intymnych właściwości, które są zarazem atutem kobiety.

II. Rytmy intymne Poznać własne ciało Jesteś kobietą, masz kobiece ciało, ale czy jesteś pewna, że znasz je dobrze? Czy umiałabyś opisać i dokładnie umiejscowić wszystkie organy? Większość mężczyzn i część kobiet słabo zna anatomię i fizjologię kobiety. Niewiedza może powodować niepokój, lęki czy nieporozumienia. Ciągłe jeszcze zbyt wiele kobiet uważa własne narządy płciowe za coś brzydkiego, odstręczającego i niechętnie podejmuje próby ich poznawania. Rozdział ten jest poświęcony lepszemu poznaniu twojego ciała i jego ważnych funkcji intymnych. Wyjaśnia, w jaki sposób przebiega badanie ginekologiczne. Kobiety często powodowane wstydem lub zażenowaniem nienawidzą wizyt u ginekologa i starają się ich za wszelką cenę unikać. Dla niektórych konsultacja ginekologiczna stanowi ciężką próbę, którą odsuwają od siebie tak długo, jak się da. W rezultacie chodzą do ginekologa niezwykle rzadko i tylko z wyraźnej konieczności i pozbawiają się same skutecznych metod prewencyjnych lub sposobów wykrywania chorób, które dzisiejsza medycyna oddaje do ich dyspozycji.

Anatomia i fizjologia Intymna anatomia kobiety Przyjrzyj się własnemu ciału. Twoje kształty różnią się zdecydowanie od męskich: masz rozwinięte piersi, twoje biodra są szersze niż ramiona, mięśnie masz słabsze, kończyny dłuższe i krótszy tułów, tłuszcz rozkłada się inaczej, schodzi w dolne partie ciała, w okolice bioder, pośladków i ud, owłosienie jest mniej obfite i inaczej rozmieszczone. Może ono być bardzo różnorodne, w zależności od mniejszej lub większej wrażliwości na hormony płciowe, określone przez pochodzenie etniczne i dziedzictwo genetyczne. Chęć poznania własnego ciała, a w szczególności własnej intymnej anatomii nie jest niczym wstydlivym. Obejrzyj zewnętrzną część swoich narządów płciowych. Srom Termin ten obejmuje wszystkie zewnętrzne narządy płciowe. Umieszczony pomiędzy udami, jest ograniczony z jednej strony łonem, z drugiej zaś krocem, niewielką strefą oddzielającą odbyt od szpary sromowej. Łono Zwane ładniej wzgórkiem łonowym lub wzgórkiem Wenus, jest niewielką "poduszczyką" pokrytą włosami, po bokach ograniczoną

fałdami pachwinowymi. Owłosienie łonowe u kobiety ma kształt trójkąta o podstawie skierowanej ku górze. U mężczyzny jest ono przedłużone w stronę pępka i ma kształt rombu. Szpara sromowa Jest to szpara otoczona z obu stron wargami sromowymi większymi, dwoma fałdami skóry, zazwyczaj zbliżonymi do siebie, pokrytymi z zewnątrz włosami łonowymi. Rozchylając je, można zauważyć dwie inne fałdy bardziej delikatnej skóry, w kolorze różowym lub brunatnym, nie pokryte włosami: są to wargi sromowe mniejsze. Łączą się one w części przedniej, na wysokości łechtaczki i zawierają dużą ilość gruczołów łojowych, których wydzielina zwilża skórę. Wydzielina ta, wraz z wydzieliną pochwy i gruczołów warg sromowych większych, tworzy środowisko ochronne dla narządów płciowych i nadaje im charakterystyczny zapach. Wielkość warg sromowych mniejszych jest u każdej kobiety inna; czasami są ukryte za większymi wargami sromowymi, czasami, wbrew nazwie, mogą być od nich nawet większe. Łechtaczka (clitoris) Jej łacińska nazwa pochodzi od słowa "klucz". Jest to niewielki, 2-3 centymetrowy cylinder, zakończony niewielkim zgrubieniem, żołądźką łechtaczki. Jej liczne zakończenia nerwowe powodują, że stanowi ona podstawowy i niczym niezastąpiony element na drodze do przyjemności seksualnej kobiety. Złączenie mniejszych warg sromowych, tuż nad żołądźką łechtaczki, tworzy rodzaj kapturka. Ujście cewki moczowej Po rozchyleniu mniejszych warg sromowych widać przedsionek, w którym jest ujście cewki moczowej. Znajduje się ono około trzy centymetry za łechtaczką: cewka moczowa, którą wydostaje się mocz z pęcherza moczowego, jest u kobiety bardzo krótka, mierzy około trzy centymetry. Błona dziewicza (hymen) Jest to niewielka, bardzo elastyczna błona, otaczająca ujście pochwy, z otworem, przez który wydostaje się krew miesiączkowa. U dziewczycy, nawet jeśli błona dziewicza jest nietknięta, istnieje możliwość stosowania tamponów niewielkich rozmiarów. W czasie pierwszego, całkowitego stosunku seksualnego cienka błona ulega rozerwaniu. Ale zdarza się, że nawet po porodzie wokół ujścia pochwy pozostają strzępki błony dziewiczej. Po obu stronach przedsionka, przy wejściu do pochwy, znajdują się gruczoły Bartholina (nie możesz ich zauważyć), wytwarzające wydzielinę, która nawilża pochwę w trakcie stosunku seksualnego. Pochwa Chociaż widoczne jest tylko ujście pochwy, można zbadać przy pomocy palca także jej wnętrze. Jest to umięśniony przewód o długości 10 centymetrów, który łączy przedsionek z macicą. Pochwa znajduje się w podbrzuszu, między cewką moczową i odbytnicą. Jest wąska przy wejściu, następnie rozszerza się, by zakończyć się sklepieniem pochwy na wysokości szyjki macicy. Jest bardzo elastyczna, co jest szczególnie przydatne w trakcie stosunków seksualnych i porodu. Wydzieliny błony śluzowej pochwy tworzą tu środowisko ochronne i stale wilgotne. Szyjka macicy Jest to najniższej leżąca część macicy, umieszczona w głębi pochwy; jest zaokrąglona i przypomina nieco czubek nosa. Na jej końcu znajduje się ujście szyjki, przez które przedostaje się zarówno krew miesiączkowa, jak i plemniki podążające na spotkanie jajeczka. W czasie porodu szyjka bardzo się rozciąga. Trzon macicy Macica jest narządem mięśniowym w kształcie gruszki. Znajduje się w podbrzuszu, między pęcherzem moczowym i odbytnicą. Zazwyczaj ma około 8 centymetrów długości, 5 centymetrów szerokości i 2-3 centymetry grubości, waży zaś nie więcej niż 50 gramów. Można by było zmieścić ją w dłoni. Jej oś podłużna jest w większości wypadków skierowana ku przodowi. W jednym przypadku na pięć może być skierowana do tyłu. Może tak być od urodzenia, choć czasami macica zmienia ułożenie po porodzie. Macica jest bardzo elastycznym i rozciągliwym mięśniem. W czasie ciąży zwiększa swoją wagę i objętość aż stukrotnie. Jest organem-receptorem dla wszystkich hormonów jajnikowych, jej jama pokryta jest śluzówką, błoną śluzową, która przechodzi liczne zmiany w trakcie cyklu miesiączkowego i przygotowuje się do zagnieżdżenia jajeczka. Jeśli nie dochodzi do zapłodnienia, złuszczenie się śluzówki powoduje miesiączkę. Jajowody Po obu stronach dna macicy znajdują się jajowody. Są to cienkie przewody mięśniowe długości około 12 centymetrów, które łączą jamę macicy z jajnikami. Zakończone są rozszerzoną i strzępiastą częścią, lejkiem jajowodu (tak zwane

trąbki Fallopa), przeznaczonym do przyjmowania jajeczka po owulacji. Wewnątrz są one pokryte małymi rzeszkami, które, dzięki wykonywanym ruchom, pomagają przemieszczaniu się jajeczka w stronę macicy. Jajowód jest też miejscem, gdzie plemnik zapładnia jajeczko. Jajniki Umiejscowione w podbrzuszu, po obu stronach macicy, w pobliżu lejków jajowodu, jajniki są żeńskimi gruczołami płciowymi. Swoim kształtem przypominają spore migdały. Co miesiąc wytwarzają jedno jajeczko oraz żeńskie hormony płciowe: estrogeny i progesteron.

Intymna anatomia mężczyzny Narządy płciowe u mężczyzny są dobrze widoczne. Kość łonowa jest pokryta owłosieniem, którego powierzchnia w kształcie rombu sięga aż do pępka. Penis (członek) Miękki i zwisający w stanie spoczynku, szybko przechodzi w stan erekcji podczas pobudzenia seksualnego. Zakończony zgrubieniem, tak zwaną żołądźką, członek składa się z ciała jamistych i ciała gąbczastego, które napełniając się krwią powodują erekcję. Członek jest powleczony cienką, ruchomą skórą koloru brązowego, łatwo się przesuwną i pozwalającą na odsłonięcie żołądźki w czasie erekcji. Fałd skóry znajdujący się na wysokości żołądźki zwany jest napletkiem. Na szczycie żołądźki znajduje się zakończenie cewki moczowej, kanałiku, przez który wydostaje się mocz, a w czasie wytrysku - sperma. Moszna To osłona jąder. Skóra, która je pokrywa, jest cienka, elastyczna, rozciągliwa i słabo owłosiona. Jądra Są to męskie gruczoły płciowe; wytwarzają plemniki i męski hormon płciowy - testosteron. Są organem parzystym i znajdują się wewnątrz worka mosznowego. Mają kształt owalny i mierzą około 5 centymetrów długości i 3 centymetry szerokości. Są bardzo wrażliwe na dotyk. Zawierają kanałiki nasienne, produkujące plemniki. Kanałiki nasienne związają się w kształt hełmów (najądrze), nakrywających jądro i przechodzących w nasieniowody, które kierują się w stronę cewki moczowej. Po drodze nasieniowody napotykają wydzieliny z pęcherzyków nasiennych. Prostata Znajduje się pod pęcherzem moczowym, przed odbytnicą. Jest zwarta, otacza cewkę moczową i bierze udział, poprzez swoje wydzieliny, tak jak pęcherzyki nasienne, w produkcji spermy.

Intymna fizjologia kobiety Cykl miesięczkowy można nazwać "symfonią hormonalną". Wymaga on doskonałego współdziałania trzech "poziomów": - "poziomu zarządzania": podwzgórze i przysadka - "poziomu przenoszenia": jajniki - "poziomu wykonania": narządy-receptory: macica, pochwa i piersi.

1. "Poziom zarządzania": podwzgórze Jest to niewielki twór znajdujący się u podstawy mózgu. Tu właśnie rodzą się wszystkie nasze zachowania. Działa on jak bardzo dokładny zegarek i wydziela hormon LH-RH zwany gonadoliberyną, przekazujący wszelkie rozkazy przysadce, niewielkiemu gruczołowi, z którym jest połączony. Przysadka wydziela hormony przysadkowe zwane gonadotropinami, które rządzą funkcją jajników. Są dwa rodzaje gonadotropin: - FSH - folitropina, która stymuluje rozwój pęcherzyków jajnikowych i przygotowuje jajniki do działania LH; - LH - hormon luteinizujący, który wpływa na owulację i kontroluje czynność hormonalną ciała żółtego. Ponadto przysadka wytwarza prolaktynę, hormon, który oddziałuje na wzrost gruczołów sutkowych i pobudza wydzielanie mleka. Na podwzgórze oddziałują hormony płciowe, które, w zależności od ich ilości, stymulują lub hamują wytwarzanie LH-RH. Jest ono także poddane działaniu środowiska, sposobu odżywiania i ogólnego stanu zdrowia poprzez niewielkie cząsteczki, przenoszące informacje do mózgu - neuroprzekaźniki.

2. "Poziom przenoszenia": jajniki Jajniki spełniają dwie funkcje: wydzielają hormony płciowe (estrogeny i progesteron) i wydają co miesiąc jedno jajeczko. Zawierają dużą ilość małych pęcherzyków, a w każdym z nich znajduje się jajeczko. Od momentu osiągnięcia dojrzałości płciowej, pod wpływem układu podwzgórze - przysadka, tylko jeden z pęcherzyków jednego z dwóch jajników będzie się co miesiąc rozwijał w trakcie cyklu miesięczkowego. W trakcie wzrostu i dojrzewania, trwającego przez całą pierwszą połowę cyklu, zwaną też fazą pęcherzykową, pęcherzyk pęka i uwalnia jedno jajeczko: jest to wydalenie jajeczka, czyli owulacja (jajeczkowanie). Rozwijając się, pęcherzyk wytwarza hormony, estrogeny, czyli folikulinę, które uwolnione do krwiobiegu, będą oddziaływały z odległości na narządy-

receptory (macicę, pochwę i piersi). Po owulacji pęknięty pęcherzyk przekształca się i tworzy rodzaj małego gruczołu, zwanego ciałkiem żółtym. Ta część cyklu nazywana jest fazą lutealną (ciałka żółtego). Oprócz estrogenów ciało żółte wydziela wówczas progesteron, hormon macierzyństwa, którego podstawowym zadaniem jest przygotowanie błony śluzowej macicy do przyjęcia jajeczka. W przypadku zapłodnienia ciało żółte w dalszym ciągu wydziela hormony i pomaga w podtrzymywaniu ciąży przez pierwsze trzy miesiące. Jeśli do zapłodnienia nie dochodzi, żywot ciałka żółtego trwa 12 dni, po upływie których zanika. Poziom hormonów opada, występuje miesiączka. Nowy pęcherzyk zaczyna rosnąć, rozpoczyna się nowy cykl.

3. "Poziom wykonywania": narządy-receptory

Wytwarzane, a następnie uwalniane do organizmu hormony jajnikowe działają z odległości na specyficzny rodzaj receptorów, znajdujących się w niektórych narządach-receptorach. Koncentracja receptorów w tych narządach może być inna u każdej kobiety. Tak jak jajniki, narządy-receptory przechodzą przez określony cykl, są bowiem lustrzanym odbiciem działania estrogenów i progesteronu.

Pochwa

W pochwie estrogeny stymulują działalność komórek powierzchniowych, natomiast progesteron ułatwia pojawienie się komórek przejściowych, które można zauważyć w wymazie z pochwy. Elastyczność, wilgotność i odżywienie pochwy zależą od jej nasycenia estrogenami. W okresie menopauzy, kiedy wydzielanie estrogenów zmniejsza się, błona śluzowa pochwy ma tendencję do wysychania i stopniowego zaniku.

Macica

W pierwszej części cyklu, pod wpływem estrogenów, błona śluzowa macicy rozrasta się, a gruczoły szyjki macicy wytwarzają przejrzysty i lepki śluz, niezbędny dla poruszania się plemników. W drugiej części, pod wpływem progesteronu, błona śluzowa macicy ulega przemianom i jest gotowa przyjąć zapłodnione jajeczko, śluz gęstnieje i staje się dla plemników nieprzenikalny. Jeśli nie nastąpiło zapłodnienie, stopniowe złuszczenie się błony śluzowej macicy w ciągu kilku dni powoduje pojawienie się miesiączki.

Piersi

Estrogeny ułatwiają rozwój przewodów mlecznych, zaś progesteron pozwala na rozwój gruczołów mlecznych. Oprócz podstawowego oddziaływania na te główne narządy-receptory, hormony jajnikowe mogą także wywierać wpływ na zatrzymanie wody w organizmie, na stan skóry, a także na centralny układ nerwowy. Estrogeny mogą działać podniecająco, co tłumaczy pewne podrażnienie w okresie przedmiesiączkowym, podczas gdy progesteron ma działanie uspokajające, łagodzące. Poprzez swoje działanie podnoszące temperaturę ciała progesteron jest odpowiedzialny za skok temperatury, który można zauważyć na wykresie temperatury w momencie owulacji. Estrogeny i progesteron działają więc w niektórych dziedzinach wspólnie, w innych zaś wzajemnie się sobie przeciwstawiają. W trakcie normalnego cyklu między działaniami obu typów hormonów zachowana jest równowaga. Na tej równowadze opiera się twoje ogólne dobre samopoczucie. Istnieje możliwość zmierzenia poziomu hormonów przysadkowych i jajnikowych we krwi w trakcie całego cyklu miesięczkowego. Trzeba zdać sobie sprawę, że między tymi trzema poziomami istnieje stała łączność.

Delikatny zegar hormonalny bezustannie otrzymuje informacje pochodzące z innych układów wydzielania wewnętrznego i z otoczenia, a także sam je przesyła. Fizjologia pochwy i higiena intymna

Pochwa jest narządem-receptorem, zależnym od działania hormonów, który podczas każdego cyklu miesięczkowego znajduje się pod wpływem hormonów jajnikowych - estrogenów i progesteronu, a jeśli stosujesz antykoncepcję doustną, hormonów syntetycznych, które zawiera twoja pigułka. Powiedzieliśmy już, że pod wpływem estrogenów komórki gruczołowe szyjki macicy wydzielają śluz, którego ilość i płynność zwiększa się w trakcie pierwszej części cyklu, jest maksymalna w chwili owulacji, czyli w połowie cyklu, a następnie dąży do zaniku. Śluz ten można najlepiej porównać do białka kurzego jajka. Niektóre kobiety nie zauważają go prawie wcale, niektóre zaś odnoszą się do niego z lękiem, ponieważ jego obfitość sprawia, że w czasie owulacji muszą czasem stosować wkładki higieniczne dla ochrony bielizny. To zjawisko przesiąkania, jakby pocenia się pochwy jest regulowane cyklicznym przenikaniem hormonów (maksymalne w okolicach owulacji), a

także podnieceniem seksualnym, które gwałtownie zwiększa ilość śluzu. W pochwie istnieje prawie stale pochwowa flora bakteryjna o zmiennym składzie. Składa się ona z wielu różnych bakterii, z których najważniejsze zwane są pałeczkami Döderleina (można spotkać się z tą nazwą na wynikach niektórych analiz laboratoryjnych). Żywią się one glikogenem, cukrem znajdującym się w komórkach przejściowych i przekształcają go w kwas mlekowy, odpowiadający za naturalną kwasowość pochwy. Ta stała kwasowość powoduje, że pochwa jest odporna na niektóre bakterie z zewnątrz. Co widzi ginekolog badając cię przy pomocy wziernika? Na początku cyklu - śluz z szyjki macicy, który stopniowo staje się bardziej ciągliwy. Po owulacji rodzaj białych upławów, bardziej gęstych, białawych, o zmiennej ilości, które nie są lepkie, nie wydzielają nieprzyjemnego zapachu i nie są podrażniające. Jakie wydzieliny są uznawane za normalne i nie powinny nikogo niepokoić. Wilgotna pochwa nie jest objawem choroby, tak jak usta, w których jest ślina. Podobnie jak wewnątrz ust, pochwa nie powinna być przedmiotem nieodpowiedniej toalety. Jest to zresztą organ "samooczyszczający się" i tak powinien być traktowany. Problem polega na tym, że jest bardziej dostępny niż inny naturalny przewód (gardło, nos, odbył) dla fanatyków higieny intymnej. Płukania pochwy, czasami wykonywane przy użyciu zbyt silnych środków, mogą zniszczyć fizjologiczną florę bakteryjną pochwy, w tym jej kwasowość i w ten sposób dać szansę groźnym bakteriom. Codzienna toaleta przy użyciu wody i mydła, z wyjątkiem szczególnych okoliczności wystarczy, by pochwa była czysta. Niektóre kobiety skarżą się na "specyficzny zapach": jest rzeczą normalną, że pochwa i srom mają własny, szczególny zapach. Nie jest on jednak zauważalny dla otoczenia i nie usprawiedliwia używania środków myjących, zawierających detergenty, których używają i nadużywają niektóre kobiety. Jeśli ginekolog nie zaleci ci specjalnego środka, zwykle mydło, nie perfumowane, nie powodujące alergii, jest wystarczającym środkiem do zachowania higieny. Kobiety, które chciałyby mimo to traktować tę część ciała ze szczególną atencją, mogą używać mydła przefuszonego.

Ginekolog i ty: wizyta u lekarza Nie bój się wizyty u lekarza. Samo badanie nie jest bolesne i stanowi tylko niewielką część wizyty. Wiele kobiet, obawiając się badania, odkłada przez wiele miesięcy pierwszą wizytę u ginekologa, a potem wraca do niego już spokojniej i z pełnym zaufaniem. Ginekolodzy zauważają zresztą, że często zdarzają się pacjentki, które odkładają wielokrotnie lub nie przychodzą w ogóle na zamówioną wcześniej pierwszą wizytę. Sytuacja zmienia się radykalnie po tej pierwszej wizycie, kiedy poznają ginekologa i dowiadują się, na czym polega badanie.

Rak u kobiety: skóra (4,9%); usta i krtań (1,3%); płuca (2,9%); piersi (27,5%); żołądek (4,5%); przewód pokarmowy (16,5%); drogi moczowe (5%); narządy płciowe (23,2%); krew (5,7%); Piersi oraz narządy płciowe stanowią ponad 50 procent przypadków lokalizacji raka u kobiet; inne miejsca (8,5%)

Twój ginekolog Tak jak w innych specjalnościach, w ciągu ostatnich lat znacznie zwiększyła się liczba ginekologów. Choć lekarze mieszkają w większości wypadków w dużych miastach, każda kobieta ma możliwość odwiedzenia ginekologa w pobliżu swojego miejsca zamieszkania. Niektórzy zajmują się ginekologią i położnictwem, inni tylko ginekologią. Każdy ginekolog potrafi rozwiązać codzienne problemy kobiety, uciążliwe dla jej życia płciowego. Jeśli okaże się, że twoje kłopoty zdrowotne są poważniejsze, możesz skonsultować się ze specjalistą w danej dziedzinie ginekologii. Ginekolog jest przede wszystkim lekarzem, ale jest także kobietą lub mężczyzną, któremu powierzysz pewne szczegóły swojego życia intymnego i seksualnego, ponieważ nierzadko musi o nie zapytać. Ważne jest więc, byś była z nim w dobrych stosunkach. Dobry ginekolog to ten, który poświęci ci uwagę, u którego będziesz się czuła swobodnie i w stosunku do którego będziesz miała to nieokreślone, magiczne uczucie - zaufanie. Musisz móc powiedzieć swojemu ginekologowi wszystko bez obawy. Jak każdy lekarz, ginekolog jest zobowiązany do zachowania tajemnicy lekarskiej i musi dać dowody, że jest dyskretny i potrafi zatrzymać dla siebie wszystkie własne spostrzeżenia oraz informacje, które otrzyma od ciebie. Musi, na przykład, lecząc matkę i córkę, nie ujawnić

matce, co wie o pierwszych doświadczeniach seksualnych córki. W przypadku choroby wenerycznej będzie czasami musiał leczyć kobietę, jej kochankę i męża, nie powodując małżeńskiego trzęsienia ziemi. Nigdy nie powinnaś traktować ginekologa jak sędziego, ale jako sprzymierzeńca, bez względu na to, jak wygląda twoje życie prywatne. Ginekolog musi pozostać neutralny i powstrzymać się od moralizatorskich uwag. Mam tu na myśli zwłaszcza sytuację młodych kobiet, które przychodzą w sprawie przerwania ciąży i często są w bardzo złym stanie psychicznym. Czasem jednak lekarz może, a nawet musi przestrzec pacjentkę przed zagrożeniem chorobą, gdy ma ona licznych partnerów lub przed niebezpieczeństwami wynikającymi z wielokrotnych przerwania ciąży, ale może to zrobić tylko z medycznego punktu widzenia. Oprócz kompetencji lekarskiej, ginekolog musi posiadać kilka podstawowych zalet czysto ludzkich. Musi umieć podnieść na duchu i wyjaśnić wszystko młodej dziewczynie, której wydaje się, że jest nienormalna, ponieważ nic nie czuła w czasie pierwszego stosunku, kobiecie, która zauważyła niespodziewane krwawienie między miesiączkami, chociaż bierze pigułkę, czy też dziewczynie, która odkryła, że w piersi ma guz. Jak wybrać ginekologa? Możesz poradzić się swojego lekarza internisty lub farmaceuty, koleżanek czy przyjaciółki, która już znalazła odpowiedniego lekarza. Jestem pewien, że znajdziesz niedaleko dobrego lekarza, swojego ginekologa. Przed wizytą Aby jak najlepiej wykorzystać wizytę u lekarza, należy się do niej przygotować. Zanotuj więc sobie wszystko to, co cię niepokoi i pytania, jakie zamierzasz zadać ginekologowi. Zapisz datę ostatniej miesiączki i daty ewentualnych krwawień, które wystąpiły między miesiączkami. Jeśli przechodziłaś jakieś kuracje ginekologiczne, przypomnij sobie, jakie brałaś lekarstwa, kiedy to było, czas trwania kuracji, jej skuteczność i czy dobrze tolerowałaś przepisane lekarstwa. Jeśli brałaś już pigułkę, podaj lekarzowi jej nazwę i okres, w jakim ją przyjmowałaś. Jeśli zmieniłaś rodzaj pigułki, zapisz także, dlaczego ją zmieniłaś. Nie zapomnij też o wynikach analiz laboratoryjnych (wymazy, biopsje, badania krwi, cytologie) oraz zdjęć rentgenowskich macicy czy piersi, nawet jeśli nie są najnowsze. Jeśli lekarz zauważy jakąś anomalię, na przykład mikrozwapnienie przy badaniu mammograficznym (radiografia sutka), dobrze jest, jeśli będzie mógł obejrzeć zdjęcia nawet sprzed 5-6 lat, aby ocenić, czy anomalia istniała już wtedy, czy też pojawiła się między dwoma badaniami. Najlepiej byłoby, gdybyś założyła sobie w domu specjalną teczkę, w której będziesz przechowywać wszystkie wyniki badań ginekologicznych, w kolejności chronologicznej. Nie wyrzucaj niczego, nawet starych wyników. Jeśli przechodziłaś inne kuracje, zanotuj je także - niektóre z nich mogą mieć uboczny wpływ na sferę intymną. Zamów wizytę nieco wcześniej, zwłaszcza jeśli twój ginekolog cieszy się dużą popularnością. Pozwoli ci to wybrać dzień i godzinę, która najbardziej ci odpowiada. Unikaj okresu zbliżającej się miesiączki, który tym łatwiej jest ci określić, jeśli bierzesz pigułkę antykoncepcyjną. W przypadku poważnej lub nagłej dolegliwości zadzwoń do swojego ginekologa. Wysłucha cię i udzieli rady lub przyjmie jeszcze tego samego dnia, jeśli okaże się to konieczne. U ginekologa Nadszedł dzień zamówionej wizyty i czekasz przed gabinetem lekarza. Jeśli przysłaś trochę wcześniej i masz chwilę czasu, wybierz się do toalety, ponieważ badanie ginekologiczne powinno być przeprowadzone przy pustym pęcherzu (z wyjątkiem badania ultrasonograficznego). Oto twoja kolej. Ginekolog na początku pyta, co cię do niego sprowadza. Zaufaj mu od razu i powiedz o wszystkim bez obaw. Wizyta u ginekologa zawsze zaczyna się od rozmowy, w trakcie której lekarz zada ci serię pytań. Niektóre mogą cię zdziwić, inne zdenerwować, ponieważ może ci się wydać, że nie mają związku ze sprawą, która cię tu przywiodła. Musisz jednak zrozumieć, że lekarz traktuje twój organizm jako całość i nie może zajmować się narządami płciowymi, nie mając pojęcia o podstawowych dolegliwościach fizycznych i psychicznych. Zakłócenie równowagi umysłowej lub uczuciowej może spowodować problemy natury ginekologicznej. Na przykład stres psychiczny często powoduje okresowe zatrzymanie miesiączki. Ginekolog zada ci najpierw kilka pytań o choroby w twojej rodzinie,

ponieważ niektóre z nich, jak cukrzyca, anomalie lipidowe czy choroby wieńcowe, mogą być dziedziczne. Ponadto, jeśli u kobiet w twojej rodzinie zdarza się mastopatia lub rak piersi, zagrożenie wystąpieniem tej samej choroby u ciebie jest statystycznie wyższe niż u innych. Lepiej więc, byś zachowała większą ostrożność. Wiek, w którym u twojej matki lub siostr nastąpiła menopauza, jest dla ciebie wskaźnikiem, kiedy w twoim wypadku dojdzie do zatrzymania miesiączki, ponieważ są rodziny, w których menopauza występuje wcześniej, w innych zaś później. Twoja medyczna przeszłość ma także duże znaczenie. Opowiedz lekarzowi o przebytych chorobach, na które byłaś leczona. Na przykład nadciśnienie tętnicze jest przeciwwskazaniem do przyjmowania pigułki antykoncepcyjnej. Nie zapomnij też powiedzieć ginekologowi, jeśli byłaś leczona przez psychiatrę z powodu depresji nerwowej. Jeśli przechodziłaś zabiegi czy operacje chirurgiczne, zwłaszcza jeśli były to zabiegi ginekologiczne, byłoby dobrze, gdybyś przyniosła lekarzowi kartę informacyjną ze szpitala, jeśli masz ją w domu. Czy już rodziłaś i jakie były okoliczności porodów. Wiadomo bowiem, że trudne porody (duże dzieci, porody kleszczowe, pęknięcie krocza) mogą odegrać ważną rolę w późniejszych przypadkach opuszczania się narządów lub nietrzymania moczu przy wysiłku. Z jaką regularnością występują i jakie są twoje miesiączki (obfite, długotrwałe, bolesne, poprzedzone objawami przedmiesiączkowymi)? Czy zdarzają się krwawienia między miesiączkami? Jaką metodę antykoncepcyjną stosujesz, jakie stosowałaś poprzednio? Czy były one dobrze tolerowane? Czy masz regularne stosunki seksualne? Jeśli chcesz, możesz powiedzieć swojemu ginekologowi o ewentualnych problemach seksualnych: suchość pochwy, bolesność w czasie stosunków, brak pożądania, nieporozumienia małżeńskie. Jeśli nie masz ochoty opowiadać o prywatnej stronie twojego życia, a problemy seksualne nie są głównym powodem twojej wizyty, ginekolog nie powinien naruszać twojej intymności. Również twój styl życia jest istotną informacją dla lekarza: otoczenie rodzinne, towarzyskie, zawodowe oraz np. trudny, stresujący charakter twojej pracy. Higiena życia i sposób odżywiania są również ważne dla ginekologa (czy palisz, uprawiasz sporty, gimnastykę).

Badanie ginekologiczne Powtórzmy raz jeszcze: samo badanie nie jest bolesne i nie trwa dłużej niż kilka minut. Odbywa się zazwyczaj w osobnym pomieszczeniu lub miejscu oddzielnym parawanem lub ścianką działową. Lekarz zaczyna od ogólnego badania, pyta o twój wzrost, wagę, ciśnienie tętnicze, choroby żył. Następnie musisz ułożyć się na specjalnym fotelu ginekologicznym, z rozszerzonymi nogami, wkładając stopy w uchwyty przypominające strzemiona. Ginekolog bada najpierw okolice sromu. Szybkie badanie wystarcza czasem, by rozpoznać grzybicę sromu, schorzenie występujące bardzo często, kiedy łatwo zauważyć, że srom jest zaczerwieniony, podrażniony. Potem lekarz bierze do ręki wziernik. Jest to metalowy przyrząd, przypominający kształtem kaczki dziób, składający się z dwóch zaokrąglonych elementów. Wziernik występuje w kilku rozmiarach, można go więc dostosować do twojej anatomii (istnieją też specjalne wzierniki dla dziewczyc). Lekarz wprowadza delikatnie wziernik do pochwy, rozsuwając większe i mniejsze wargi sromowe, tak aby nie uczynić ci krzywdy. Wziernik wprowadzany jest w formie zamkniętej, a otwierany jest dopiero w pochwie, dzięki specjalnej wewnętrznej śrubie. Rozwiera on ścianki pochwy i pozwala zobaczyć wnętrze pochwy i szyjkę macicy. Lekarz może teraz zbadać stan szyjki macicy, zauważyć ewentualny stan zapalny, upławy. Lekarz dokonuje wówczas pobrania niezbędnych próbek: wymazu wydzieliny z szyjki macicy i pochwy przy pomocy wąskiej drewnianej szpatułki, zaś upławów - niewielkim wacikiem. Niektóre kobiety chcą obejrzeć swoją szyjkę macicy (jest to popularne w Stanach Zjednoczonych). Wielu ginekologów ma więc odpowiednie lusterko, które pozwoli ci ją obejrzeć. Zazwyczaj wszelkie pobieranie próbek z szyjki macicy i pochwy jest bezbolesne, choć czasami bywa odczuwane jako nieprzyjemne. Po tych badaniach wziernik jest delikatnie usuwany. Następnie ginekolog przystępuje do ręcznego badania pochwy: wsuwa do końca pochwy jeden lub dwa palce w cieniutkiej gumowej lub plastikowej rękawiczce. Badanie to,

uzupełnione obmacywaniem drugą ręką podbrzusza, pozwala mu na określenie wymiarów macicy, jej pozycji, wrażliwości, ruchomości, a także zbadanie jajników. Badanie kończy się obmacywaniem piersi. Całość badania nie trwa dłużej niż pięć minut. Higiena w gabinecie ginekologicznym jest bardzo ściśle przestrzegana. Rękawiczki i wszystkie instrumenty służące do pobierania próbek są jednorazowego użytku. Wziernik, po każdym badaniu jest myty i sterylizowany (dlatego lekarz ma bardzo wiele wzierników). Papierowy ręcznik czy lignina przykrywająca fotel jest zmieniana dla każdej pacjentki. Ginekolog myje ręce wodą z mydłem, a następnie dezynfekuje spirytusem po każdym badaniu. Kiedy się ubierasz, lekarz wraca do swojego biurka, wypisuje recepty i skierowania na ewentualne dodatkowe badania. Mówi ci też o swoich spostrzeżeniach, stawia diagnozę i przedstawia propozycje leczenia. Do lekarza należy także prewencja, edukacja oraz informowanie pacjentek. Jeśli czegoś nie rozumiesz lub coś cię martwi, możesz zapytać o wszystko. Twój ginekolog udzieli ci wszelkich niezbędnych wyjaśnień. Wtedy dopiero rozmowa stanie się prawdziwym dialogiem, a nie będzie tylko wykładem ze strony lekarza. Wychodząc z gabinetu powinnaś mieć poczucie, że otrzymałaś wszelkie informacje, musisz też być uspokojona i zadowolona. Jest to ważne, bo chodzi o twoje ciało i o twoje zdrowie. Technika w służbie twojego zdrowia

Nowoczesna ginekologia oddaje do twojej dyspozycji całą gamę dodatkowych badań, które mają rozmaite cele: prewencja, wykrywanie chorób, obserwacja, rozpoznanie, a czasem nawet rozpoznanie i terapia jednocześnie. Wymaz w celu wykrycia choroby Jak robi się wymaz? Wymaz - badanie cytologiczne (zwany też testem Papanicolaou, od nazwiska greckiego naukowca, który tę metodę opracował), może zostać pobrany podczas zwyczajnego badania ginekologicznego. Przy pomocy drewnianej szpatułki lub małego wacika lekarz, delikatnie zeskrobując, pobiera próbkę komórek ze ścianki pochwy i różnych części szyjki macicy. Komórki te zostają następnie umieszczone na szklanych płytkach i natychmiast utrwalone specjalnym spray'em, przypominającym lakier. Szklane płytki są następnie przesyłane do specjalistycznego laboratorium, gdzie zostaną odczytane i przeanalizowane przez lekarza anatomopatologa, który później przekazuje wyniki swoich obserwacji ginekologowi. Wszyscy ginekolodzy robią wymazy. Można też udać się bezpośrednio do laboratorium analitycznego ze skierowaniem od lekarza. Można też poddać się tym badaniom w szpitalnym laboratorium analitycznym. Czemu służą wymazy? Wymazy z pochwy służą badaniu nasycenia hormonalnego (badania cytohormonalne), ponieważ pochwa jest receptorem hormonów jajnikowych i wspomaga ich produkcję. Wymazy mogą także pomagać w wykrywaniu grzybicy lub pasożytów, np. rzesistka. Najważniejsze są wymazy z szyjki macicy (błony śluzowej szyjki macicy). Są podstawowym badaniem służącym wczesnemu wykrywaniu, a nawet zapobieganiu rakowi szyjki macicy. Trzeba wiedzieć, że całkowicie zdrowa szyjka nigdy nie przechodzi gwałtownie w stadium raka. Jeśli regularnie przeprowadza się wymazy, pomagają one w wykryciu nieprawidłowych komórek i zmian chorobowych, które nie są jeszcze rakiem, ale jeśli pozostawi się je nieleczone, mogą się nim stać. Zmiany chorobowe to zazwyczaj dysplazje (nadżerki, wadliwie rozwijające się komórki) i niektóre kłykciny, będące efektem zarażenia specyficznym wirusem. Wymazy cytologiczne dzielone są na pięć grup, od I do V. Grupa I to idealny stan szyjki, grupa II zawiera kilka komórek odmiennych od komórek normalnych, ale jeszcze nie określanych jako podejrzone (najczęściej spowodowane jest to lekkim stanem zapalnym szyjki macicy). Grupa II jest najczęściej spotykana i nie powinna cię niepokoić. Od momentu, gdy kobieta zaczyna mieć stosunki seksualne, bierze pigułkę lub rodziła, ma II grupę i jest to najzupełniej normalne. Wymazy III grupy traktowane są jako wymazy podejrzone. Występują w nich komórki dysplastyczne, które poprzedzają występowanie komórek rakowych. Grupa IV i V świadczy o występowaniu komórek nowotworowych. Podczas krwawienia nie można pobierać wymazu. Jeśli pojawiają się białe upławy, lepiej jest przed pobraniem wymazu je wyleczyć, ponieważ mogą zafałszować wyniki. Także, jeśli pierwszy wymaz świadczy o poważnym stanie

zapalnym szyjki macicy, ginekolog przepisze ci kurację miejscową przy pomocy globulek dopochwowych, a następnie zaleci powtórne zrobienie wymazu dla kontroli. Wymaz jest badaniem, które ma pomóc wykryć chorobę - swoistym sygnałem alarmowym dla dalszych poszukiwań przyczyn choroby. Precyzyjna i ostateczna diagnoza wymaga dokładniejszej analizy tkanek, po biopsji. Jak często i od jakiego wieku należy przeprowadzać wymazy? Badanie to należy przeprowadzać co roku. Jeśli wszystko jest w porządku, nie ma powodu zwiększać częstotliwości. Dawniej radzono przeprowadzać pierwszy wymaz dopiero w wieku trzydziestu lat. Dziś radzi się, by przeprowadzać wymaz w pierwszym roku, w którym rozpoczęło się życie seksualne. Tym bardziej, że z powodu coraz wcześniejszego zaczynania życia seksualnego i częstych zmian partnerów zwiększa się zagrożenie chorobami wenerycznymi. Coraz częściej spotyka się zmiany chorobowe u bardzo młodych kobiet.

Kolposkopia Kolposkopia to badanie szyjki macicy, które przeprowadza się w przypadku wykrycia anomalii wymazu, przy pomocy dużej, dziesięciokrotnie powiększającej lupy, która pozwala na dokładniejszą niż gołym okiem analizę szyjki. Aby lepiej widzieć fragmenty, które wydają mu się podejrzane, ginekolog pokrywa je uwidaczniającym barwnikiem. Może także przeprowadzić biopsję, czyli przy pomocy miniaturowych szczypczyków, których końce mierzą kilka milimetrów, pobrać małe fragmenty szyjki macicy. Kolposkopia i ewentualne pobranie tkanki mogą zostać przeprowadzone w gabinecie ginekologicznym.

Biopsja szyjki jest prawie bezbolesna. Wycinek jest umieszczany w specjalnym płynie i kierowany do laboratorium. Lekarz może dzięki temu postawić bardziej szczegółową diagnozę, pomocną w prowadzeniu odpowiedniego leczenia.

Biopsja błony śluzowej macicy Przeprowadzana w gabinecie lekarskim, polega na pobraniu fragmentu błony śluzowej przy pomocy niewielkiej łyżeczki lub rurki wprowadzanej do jamy macicy. Wprowadzenie łyżeczki może być bolesne, szczególnie u kobiet, które jeszcze nie rodziły i u których szyjka macicy jest bardzo wąska. Powinno używać się wówczas niewielkiego plastikowego instrumentu, dzięki któremu dokonuje się pobrania wycinka przez odsysanie. Zabieg biopsji błony śluzowej macicy trwa kilka sekund. Przeprowadza się ją w znieczuleniu, zazwyczaj wtedy, gdy poza miesiączką pojawiają się poważniejsze krwawienia.

Radiografia macicy - histerosalpingografia Jest to badanie radiograficzne macicy i jajowodów przeprowadzane u radiologa. Zaczyna się od zaciemnienia jamy macicy i obu jajowodów przy pomocy środka nie przepuszczającego promieni Roentgena, wstrzykiwanego przez otwór szyjki macicy. W ciągu kilku minut radiolog wykonuje kilka zdjęć, w trakcie napełniania i przepływania płynu przez narządy. Jeśli radiolog jest miły i uda mu się wzbudzić twoje zaufanie, a także spowodować, byś się odprężyła, zniesiesz to badanie dobrze, mimo iż jest ono raczej nieprzyjemne, chociaż prawie bezbolesne. Tym bardziej, że coraz częściej stosuje się rurki, które przysysają się do szyjki macicy jak bańki, dzięki systemowi pneumatycznych uchwytów, unikając w ten sposób dawniej używanych szczypczyków. Możesz jednak godzinę przed badaniem zastosować czopek przeciwbólowy.

Radiografię macicy przeprowadza się przede wszystkim dla szczegółowego zbadania jamy macicy, w poszukiwaniu polipów czy mięśniaków podśluzówkowych lub też w ramach badania bezpłodności, aby upewnić się co do przepuszczalności jajowodów i ich ogólnego stanu.

Wziernikowanie macicy - histeroskopia Po wprowadzeniu do jamy macicy specjalnego gazu, który rozpycha jej ścianki, wziernikowanie macicy polega na wprowadzeniu do jamy macicy bardzo delikatnego instrumentu optycznego, dzięki któremu lekarz otrzyma panoramiczny obraz wnętrza. Jeśli lekarz jest wprawny, badanie nie potrwa dłużej niż kilka minut i może zostać przeprowadzone w jego gabinecie. Założony na godzinę przed badaniem czopek przeciwbólowy może także okazać się użyteczny, szczególnie jeśli szyjka macicy jest niewielka i jeszcze nie rodziłaś.

Wziernikowanie macicy pozwala bezpośrednio i naocznie zbadać całą jamę macicy, zauważyć zmiany chorobowe i ewentualnie pobrać wycinki z bardzo precyzyjnie wyznaczonych miejsc, jeśli lekarz uzna je za podejrzane. Wziernikowanie diagnostyczne

może też być zabiegiem, gdyż dzięki niemu można wykonać niektóre czynności chirurgiczne (wyłyżeczkowanie dla celów biopsji, usunięcie polipów, mięśniaków podśluzówkowych). W takich wypadkach wziernikowanie odbywa się pod narkozą, w szpitalu lub klinice.

Ultrasonografia. Na czym polega ultrasonografia? Aparat ultrasonograficzny zawiera sondę emitującą ultradźwięki, które po napotkaniu tkanki powracają do sondy. Odesłane sygnały odbierane są przez aparat, który rekonstruuje dźwięki w formie obrazu na monitorze. W ciągu ostatnich dziesięciu lat nastąpił ogromny postęp w dziedzinie badań ultrasonograficznych. Aby przeprowadzić ginekologiczne badanie ultrasonograficzne, należy wypić przedtem 3–8¼ litra płynów na 45 minut przed badaniem, pęcherz bowiem musi być pełny i przykrywać badane organy (mocz bardzo dobrze przewodzi ultradźwięki). Ultradźwięki lepiej rozchodzą się w wodzie, a zatrzymywane są przez powietrze. Dlatego też lekarz pokrywa sondę i twój brzuch specjalnym, dobrze przepuszczającym i przewodzącym żelem, unikając wprowadzenia między sondę a twoją skórę powietrza. Do czego służy ultrasonografia w ginekologii? Pozwala zobaczyć narządy płciowe: macicę, jej rozmiary, kształt, ewentualną obecność mięśniaków, których wielkość także można zmierzyć. Ultrasonografia może też upewnić lekarza, że spirala antykoncepcyjna, której nitki przestały być widoczne, rzeczywiście znajduje się w jamie macicy. Jeśli chodzi o jajniki, można zobaczyć torbiele, zwłaszcza te wypełnione płynem, które pojawiają się na ekranie jako okrągłe, czarne kształty, nie oddające echa. W przypadkach leczenia niepłodności ultrasonografia pozwala obserwować rezultaty stymulowania owulacji. Ultrasonografia i radiografia macicy nie są badaniami zwykle wykonywanymi, lecz dodatkowymi. Ultrasonografia pokazuje przede wszystkim kontury i strukturę macicy, radiografia zaś - wewnątrz jamy macicy. Ultrasonografia u kobiety ciężarnej Ultrasonografia ujawnia pełnię swoich możliwości dopiero przy okazji śledzenia przebiegu ciąży. Dziś stała się nieodzowna. Przyszłe matki są zachwycone tym spektakularnym badaniem, szczególnie na początku ciąży, kiedy przemieszczający się i gestykujący zarodek pojawia się na ekranie. W początkach ciąży ultrasonografia pomaga ustalić datę zapłodnienia z dokładnością do 3-4 dni. Pokazuje pęcherzyk płodowy i jego umiejscowienie wewnątrz macicy począwszy od piątego tygodnia zatrzymania miesiączki, a czynność serca od siódmego tygodnia, kiedy zarodek mierzy zaledwie jeden centymetr. Pozwala także bardzo wcześnie rozpoznać ciążę bliźniaczą. W połowie drugiego kwartału przeprowadza się zazwyczaj ultrasonografię położniczą wraz z kompletnym badaniem płodu, w celu wykrycia ewentualnych wad wewnętrznych lub rozwojowych. Można także w tym czasie określić z dużą pewnością płeć dziecka, pod warunkiem, że maluch będzie chciał się odpowiednio zaprezentować na ekranie. W przypadku jakichkolwiek problemów ultrasonografia może być powtarzana wielokrotnie, bez przeciwwskazań dla dziecka. Gdzie należy przeprowadzać ultrasonografię ginekologiczną lub położniczą? Niektórzy ginekolodzy posiadają już w swoich gabinetach sprzęt do przeprowadzania ultrasonografii, który przydaje im się w codziennej praktyce. W ten sposób, gdy na przykład w początkach ciąży kobieta krwawi, ginekolog może, dzięki ultrasonografowi, sprawdzić żywotność zarodka i uspokoić swoją pacjentkę. Może także porównać wyniki zwykłego badania z rezultatami ultrasonografii. Jeśli lekarz nie ma aparatu ultrasonograficznego, skieruje cię do gabinetu specjalizującego się w ginekologiczno-położniczych badaniach ultrasonograficznych. Ponadto lekarze dysponują czasem magnetowidami, podłączonymi do aparatów ultrasonograficznych, co pozwala na zarejestrowanie wyników badania. Podczas ultrasonografii ciąży, szczególnie w czasie trzech pierwszych miesięcy, kiedy dziecko widoczne jest w całości, można nagrać kasetę wideo i oglądać ją później w domu. Niektórzy uważają, że jest to tylko zabawa, ale jakże wspaniała jest możliwość pokazania kiedyś swojemu dziecku filmu, który został nakręcony siedem miesięcy przed jego przyjściem na świat. **Laparoskopia** Jest to badanie przeprowadzane w szpitalu lub klinice, pod narkozą, które wymaga 2-4-dniowego pobytu w szpitalu. Po wprowadzeniu do jamy brzucha specjalnego gazu, aby dobrze rozszerzyć jego ścianki, lekarz

dokonyje niewielkiego, dwucentymetrowego nacięcia w fałdzie pępka, aby wprowadzić tam przyrząd optyczny, pozwalający obejrzeć całą jamę miednicy. Laparoskopię stosuje się w przypadku niewyjaśnionych i uporczywych bólów miednicy, w przypadku zapalenia jajowodu, przy występowaniu guzów miednicy małej niewiadomego pochodzenia, w ramach przeprowadzania badań bezpłodności lub kiedy lekarz podejrzewa ciążę pozamaciczną. Laparoscopia diagnostyczna może też być zabiegiem, ponieważ możliwe jest przeprowadzenie przy tej okazji pewnych działań chirurgicznych (szczególnie w przypadku ciąży pozamaciczej), przy pomocy dodatkowych instrumentów, wprowadzanych w drugie nacięcie, na poziomie wzgórka łonowego. Kolpocystogram Jest to badanie radiologiczne, którego celem jest zbadanie zachowania kinematycznego, czyli przemieszczania się narządów miednicy małej podczas wysiłku. Elementy, które zamierza się badać: pęcherz, macicę, pochwę, odbytnicę należy zaciemnić. Stosowane jest w przypadku opuszczenia narządów lub nietrzymania moczu przy wysiłku, choć w tym ostatnim przypadku jest już raczej wypierane przez badanie urodynamiczne. Badanie urodynamiczne Jest to kompleksowe badanie wymagające bardzo nowoczesnego sprzętu, przeprowadzane w gabinecie specjalistycznym lub podczas pobytu w szpitalu czy klinice. Trwa ono około pół godziny, jest nieprzyjemne, chociaż raczej bezbolesne. Badanie to ma na celu sprawdzenie rozmaitych wariantów nacisku na cewkę moczową i pęcherz podczas napełniania go. Wykonywane jest w przypadku problemów z trzymaniem moczu (moczenie przy wysiłku, przy kasłaniu, częsta potrzeba oddawania moczu, niemożność powstrzymania się). Badanie to określa mechanizmy powodujące takie zachowania organizmu i pozwala na zastosowanie odpowiedniego leczenia. Podobnie jak kolpocystogram, badanie urodynamiczne wykonywane jest przeważnie w okresie występowania menopauzy. Wykrywanie poziomu hormonów Wykrywanie poziomu hormonów na podstawie badania plazmy prawie zastąpiło stosowane wcześniej badanie moczu. Dzięki jednemu tylko pobraniu krwi można zmierzyć różne parametry, najczęściej hormony wydzielane przez jajniki i przysadkę, także w czasie ciąży. Pobranie krwi może zostać przeprowadzone bezpośrednio w laboratorium wyspecjalizowanym w diagnostyce endokrynologicznej (jest ich stosunkowo mało) lub w laboratorium, w którym zazwyczaj wykonujesz swoje analizy, a które zajmie się przekazaniem próbki do odpowiedniego laboratorium, dzięki czemu unikniesz niepotrzebnego jeżdżenia w poszukiwaniu kompetentnego ośrodka. Badanie upławów Jeśli zauważysz nieprawidłowe, uciążliwe, białe upławy lub też wystąpi zagrożenie zarażeniem chorobą weneryczną, ginekolog skieruje cię do laboratorium, gdzie pobrane zostaną próbki upławów z szyjki macicy i pochwy. Próbki te zostaną poddane różnym badaniom bakteriologicznym. Wyniki badań otrzymasz po kilku dniach. Przed udaniem się do laboratorium nie podmywaj się, gdyż może to zafałszować wyniki badań. Dodatkowe badania piersi Będzie o nich mowa w rozdziale poświęconym piersiom i ich patologiom. Miesiączka Cykl miesięczkowy był zawsze otoczony przesadami i licznymi tabu, mimo iż jest zupełnie naturalnym wydarzeniem fizjologicznym. Niestety wiele kobiet ciągle jeszcze traktuje miesiączkę jako mniej lub bardziej wstydlawy przejaw nieczystości, a nie jako świadectwo własnej kobiecości i cudownej możliwości rozmnażania. Rozdział ten wyjaśnia, czym jest miesiączka i stara się rozwiązać wszystkie przesady, przekazywane wśród kobiet z pokolenia na pokolenie. Traktuje o wszystkich problemach pojawiających się wraz z miesiączką i jej cyklem, mechanizmami intymnymi, badaniami i metodami leczenia. Mówi też o syndromie przedmiesiączkowym, nieprzyjemnej dolegliwości, która zatruwa każdy miesiąc życia dużej grupy kobiet oraz par. Dni poprzedzające miesiączkę stanowią często okres nadwrażliwości, drażliwości i złego samopoczucia. Mity i wyobrażenia Nieczystość kobiety w czasie miesiączki to temat pojawiający się w różnych kulturach. "Kobieta będzie krwawić, krew będzie płynęła z jej ciała i przez siedem dni będzie nieczysta. Łoże, w którym będzie spoczywać w okresie nieczystości, będzie nieczyste, a każdy przedmiot, na którym usiądzie, będzie nieczysty.

Ktokolwiek dotknie jej łoża, musi oczyścić swoje ubranie, obmyć się w wodzie, a do wieczora pozostanie nieczysty". Tak mówi Pan, za pośrednictwem Mojżesza w Iii Księdze Mojżeszowej 15, 19-21. W średniowieczu kobiety miesiączkujące nie mogły przystępować do komunii. Ten obyczaj istnieje w dalszym ciągu w greckim kościele prawosławnym. Na wyspie Bali wejście do wielu świątyń jest zabronione kobietom miesiączkującym. Ciągłe jeszcze przed każdym miejscem świętym znajduje się tablica z napisem w języku angielskim, przypominająca o tym zakazie. Zwyczaje hinduskie zabraniają kobiecie spoglądać na kogokolwiek w czasie miesiączki, nawet na własne dzieci czy słońce. Po zakończeniu miesiączki, zanim wróci do rodziny, kobieta musi wziąć kąpiel. W religii muzułmańskiej kobiety w czasie miesiączki nie mogą wchodzić do meczetu. Podczas Ramadanu są zwolnione od postu. W religii żydowskiej, tak jak w większości religii, stosunki seksualne w czasie miesiączki są zakazane. Pod koniec miesiączki kobiety muszą odbyć rytualną kąpiel. Do tego celu służą specjalne budowle *mikveh*. W świętych księgach starożytnych Persów zapisano, że kobiety, u których krwawienie miesięczne trwa dłużej niż 9 dni, są uważane za ofiary złych duchów. Aby wygnać demona, należy taką kobietę bić. W Europie przesady dotyczące miesiączki sięgają greckorzzymskiej przeszłości. Arystoteles (348-322 p.n.e.) pisał: "Spojrzenie kobiety miesiączkującej matowi lustra, a ten, kto się w nich przejrzy, zostaje zaczarowany". Pliniusz (23-79 n.e.) pisze w swojej "Historii naturalnej": "Nie ma nic bardziej niezwykłego niż krwawienie miesięczne. W kontakcie z nim kwaśnieją wina, nasiona stają się sterylne, szczepy drzew umierają, owoce spadają z drzew, lustra matowieją, błysk stali i kości słoniowej ciemnieją, umierają pszczoły, nawet brąz i żelazo rdzewieją, straszny odór wypełnia powietrze, a psy, które krwi tej spróbują, dostają wścieklizny". W średniowieczu krwi miesięczkowej używano w wielu przepisach czarnej magii. Paracelsus, szwajcarski lekarz (1493-1541D), myślał, że diabeł zamienia miesiączkę w pająki, pchły, gąsienice lub skorpiony. We wspólnotach prymitywnych najczęściej wierzono, że krew miesięczkowa może być niebezpieczna dla mężczyzn. Podczas miesiączki kobiety były wyłączone ze wspólnych zajęć i izolowane. Czasami musiały zamieszkiwać w specjalnych szałasach i nie wolno im było przygotowywać posiłków. Do jedzenia używały oddzielnych misek. Kobiety miesiączkujące oskarżano o kwaszenie mleka, zamienianie wina w ocet, powodowanie poronień u kłaczy, zatrzymywanie zegarów... Zjawisko pozornie nienaturalne, ponieważ dochodzi do utraty krwi bez rany; miesiączka mogła zapowiadać chorobę lub inne nieszczęście. Wszelkie tabu, zakazy i przesady, powszechnie spotykane, przyczyniły się do nadania miesiączce aspektu negatywnego. Istnieją jednak sytuacje odwrotne. W komunistycznych Chinach, przy wejściu do każdej fabryki znajduje się tablica, na której kobiety zapisują daty swoich miesiączek. Metoda ta została przyjęta w celu zapobiegania nadmiernemu rozmnażaniu. Oficer do spraw zdrowia regularnie spisuje te informacje i gdy tylko spostrzeże opóźnienie u którejś z robotnic, wzywa ją do siebie. Jeśli jest w ciąży, proponuje, by ją przerwała. Wbrew przesadom i wyobrażeniom, sprzeciwiającym się wiedzy medycznej - bez względu na poziom społeczno-kulturalny - podczas miesiączki wszystko jest dozwolone. Można się kąpać, kochać, a nawet poddawać badaniom ginekologicznym, chociaż większość kobiet nie lubi tego robić w czasie miesiączki. Z następnego rozdziału dowiesz się, że miesiączkowanie nie jest utratą "złej krwi". Opinia, że brak miesiączki powoduje przybieranie na wadze, jest niesłuszna. Nierzadko są za to odpowiedzialne zjawiska hormonalne, które powodują nieregularne cykle lub zatrzymanie miesiączki. Niektóre kobiety sądzą, że w czasie menopauzy miesiączka objawia się w postaci uderzeń gorąca. Jest to stara legenda nie oparta na żadnych podstawach naukowych. Co to jest miesiączka? Pojawienie się miesiączki oznacza równocześnie koniec jednego i początek drugiego cyklu miesięczkowego. W trakcie trwania całego cyklu jajniki wydzielają hormony (estrogeny i progesteron), które oddziałują na macicę, szczególnie zaś na wewnętrzną śluzówkę macicy. Pod wpływem hormonów jajnikowych śluzówka ta grubieje, a następnie nabiera szczególnych właściwości,

dzięki którym możliwe staje się zagnieżdzenie jajeczka w przypadku zapłodnienia. Jeśli dochodzi do zapłodnienia, jajniki w dalszym ciągu wydzielają hormony i ciąża zaczyna się rozwijać. Miesiączka przestaje występować. Jeśli do zapłodnienia nie dochodzi, poziom hormonów gwałtownie opada, co powoduje złuszczenie się, a następnie odpadanie śluzówki macicy, rozrastającej się pod wpływem stymulacji hormonalnej i obumierającej, gdy stymulacji tej zabraknie. Miesiączka to połączenie krwi i szczątków błony śluzowej macicy. Nie wszystkie fragmenty tej błony śluzowej złuszcza się równocześnie i z tego właśnie powodu miesiączka trwa kilka dni (zazwyczaj od 3 do 6 dni). U niektórych kobiet miesiączka trwa tylko 2 dni, u innych do 6-7 dni. Nie można uważać tego za niewłaściwe, zwłaszcza jeśli zawsze tak było. Ilość krwi traconej podczas miesiączki jest stosunkowo duża: od 50 do 150 centymetrów sześciennych. Jest ona w większości wydalana w ciągu dwóch pierwszych dni. Jeśli miesiączka jest długotrwała i obfita, może powodować zmęczenie lub nawet anemię, co jednak zdarza się rzadko. W czasie miesiączki możesz czuć się bardzo zmęczona, nawet jeśli ilość utraconej krwi jest niewielka. Daje się to wytłumaczyć zjawiskami hormonalnymi, które towarzyszą miesiączce i będzie o tym mowa w rozdziale dotyczącym syndromu przedmiesiączkowego. Pod wpływem enzymów obecnych w błonie śluzowej macicy krew miesiączkowa staje się bardziej płynna, nie krzepliwa. Aby pojawiły się skrzepy, miesiączka musi być bardzo obfita, krwotoczna. Zazwyczaj miesiączka pojawia się co 28 dni. Jednak większość kobiet nie miesiączkuje regularnie i dwudniowe różnice nie mogą być traktowane jako nieprawidłowe. Ponadto niektóre kobiety mają zawsze krótkie cykle (25-26 dniowe) lub przeciwnie, cykle dłuższe (30-32 dni). Sterylna w momencie wypływania z kanału szyjki, krew miesiączkowa nabiera specyficznego zapachu, słabszego lub silniejszego, w zależności od kobiety, podczas wędrówki przez pochwę, gdzie wchodzi w kontakt z florą bakteryjną. Ten specyficzny zapach niektórym kobietom przeszkadza. Można temu zapobiec często zmieniając podpaski. Higiena w czasie miesiączki Możesz wybierać między ochroną zewnętrzną (podpaski) i wewnętrzną (tampony). Wszystko zależy od twojego poczucia komfortu, zwyczajów, ale też od przesądów i wykształcenia. Tampony są skuteczniejsze między 20 a 30 rokiem życia niż po 40-tce. Są też znacznie częściej używane w Stanach Zjednoczonych niż np. we Francji. |Podpaski mają dużą powierzchnię wchłaniania i są pewniejsze przy silnych krwawieniach. Istnieją podpaski o różnych grubościach i rozmiarach. Niektóre z nich są nawet perfumowane w celu zamaskowania zapachu miesiączki. Podpaskom zarzuca się, że sprzyjają "komunikacji" między pochwą, cewką moczową i odbytem, przyczyniając się do zakażenia sąsiadujących okolic. Należy więc zmieniać podpaskę dość często, aby uniknąć psucia się krwi. Ponadto ten rodzaj ochrony bywa widoczny pod obcisłymi ubraniami |Tampon stanowi ochronę wewnętrzną, wprowadzaną do pochwy. Jego podstawową zaletą jest dyskrecja. Ani bielizna, nawet bardzo skromna i dopasowana, ani nawet nagość nie pozwalają odgadnąć twojego stanu. Tampony istnieją w wielu rozmiarach, przystosowanych do twojej anatomii i obfitości miesiączki. Tampon może być zmieniany rzadziej niż podpaska. Na początku miesiączki używasz przynajmniej 3-4 tamponów dziennie. Jeśli któregoś dnia zapomnisz o wyjęciu tamponu (zdarza się to nie tak rzadko), przypomni ci o tym dość szybko nieprzyjemny, intensywny zapach. Należy tampon jak najszybciej usunąć i skontaktować się z ginekologiem, który przepisze ci prawdopodobnie globulki antyseptyczne. Nie używaj tamponów przy upławach: nie są one przewidziane do tego celu i mogą wchłonąć także wydzieliny fizjologiczne, które chronią pochwę. Wiele kobiet łączy obie te metody w zależności od obfitości miesiączki, wykonywanych zajęć lub też używają tamponów w dzień, a podpasek w nocy. Dziewica może także używać tamponów, wprowadzając je przez otwór w błonie dziewiczej. Większość producentów bardzo małe tampony oznacza napisem "mini". Miesiączka bolesna Większość kobiet odczuwa pewien dyskomfort podczas miesiączki, wiele uskarża się na bóle, a niektóre kobiety są nawet zmuszone położyć się na 1-2 dni do łóżka. U młodych dziewcząt bolesne miesiączki

stanowią główną przyczynę nieobecności w szkole. Bolesność miesiączki Pojawia się zazwyczaj pierwszego dnia i nie trwa dłużej niż kilka godzin (czasem 24 godziny, rzadko dłużej). Ból jest typowo skurczowy. Objawia się skurczami i kolkami w dole brzucha i miednicy (w języku angielskim istnieje nawet pojęcie |menstrual |cramps - skurcze miesiączkowe), które mogą promieniować w kierunku nerek i ud. Intensywność bólu jest bardzo zmienna: czasem są bardzo intensywne, nie do zniesienia, zmuszające do położenia się do łóżka, czasem zaś jest to tylko uczucie przejściowego pobolewania w podbrzuszu. Kiedy pojawia się krwawienie, ból zmniejsza się. Połowa kobiet odczuwa wyłącznie bóle skurczowe, natomiast u innych miesiączka łączy się z bólami głowy, mdłościami, wymiotami i ogólnym zmęczeniem. Złe samopoczucie lub nawet omdlenia nie są rzadkie, szczególnie jeśli bóle są intensywne. Pojawiają się także zaburzenia pracy jelit, zatwardzenie przedmiesiączkowe, które wraz z początkiem miesiączki zmienia się w rozwolnienie. Przyczyny bolesności miesiączki W grę wchodzi wiele czynników, wśród których najważniejszą rolę odgrywa prostaglandyna. Mniejszą rolę od czynników fizycznych odgrywają przyczyny natury psychologicznej. Pojawienie się doustnej antykoncepcji, które pociągnęło za sobą niemal całkowity zanik bolesnych miesiączek, przekonało zwolenników psychologicznego wyjaśniania tej dolegliwości, że nie wszystko "bierze się z głowy". Jednak niektóre czynniki psychologiczne wciąż mają wpływ: odrzucanie własnej kobiecości, poczucie utraty kontroli nad własnym ciałem, potrzeba przyciągnięcia uwagi innych. Duże znaczenie ma także edukacja. Wiadomo, że córki matek cierpiących na bolesne miesiączki są bardziej podatne na bolesność. Szyjka macicy odgrywa rolę bramy, na którą napiera macica, aby pozbyć się krwi miesiączkowej. Kiedy szyjka się rozwiera, krew wypływa i ból ustępuje. Z tego powodu bolesne miesiączki kończą się często po porodzie, w czasie którego szyjka ulega rozciągnięciu. Wiadomo także, że kobiety, u których występuje szyjka ziejąca (szyjka stale pozostaje rozwarta), praktycznie nie cierpią na bolesne miesiączki. Owulacja przyczynia się do bolesności u młodej dziewczyny. W czasie pierwszych cykli, nieregularnych i bez owulacji, miesiączki rzadko bywają bolesne. Prostaglandyny to substancje wytwarzane przez wszystkie komórki organizmu i działające miejscowo. Istnieje wiele rodzin prostaglandyn i niektóre z nich (PG F₂, PG E₂) wydają się być odpowiedzialne za bolesne miesiączki, a także za syndrom przedmiesiączkowy. W przypadku bolesnych miesiączek koncentracja prostaglandyn we krwi miesiączkowej jest zdecydowanie większa niż zazwyczaj i wiemy, że przyczyniają się do kurczenia macicy. Właśnie ze względu na właściwości obkurczające używa się prostaglandyn dla wywołania niektórych porodów (niewczesnych i przedwczesnych). Z medycznego punktu widzenia rozróżnia się bolesność miesiączek pierwotną, pojawiającą się już w wieku nastoletnim i bolesność wtórną, pojawiającą się później, której głównymi przyczynami są: endometrioza (choroba dość często spotykana, polegająca na występowaniu błony śluzowej macicy w nieodpowiednich miejscach, zazwyczaj w okolicach miednicy małej), infekcje narządów płciowych, polipy i mięśniaki macicy. Leczenie bolesności miesiączek Od dawna już na bolesne miesiączki istnieją sposoby, wśród których najważniejszą rolę odgrywa ciepło. W starożytności Hipokrates zalecał okadzanie parami z wywaru ze słodkiego wina, kopru włoskiego i róż. Amerykański lekarz, żyjący w ubiegłym stuleciu doradzał swoim pacjentkom nasiadówki z parującego wywaru z traw, chmielu i bylicy. Dziś jeszcze najprostszy sposób naszych babek - butelka z gorącą wodą - ma swoje zwolenniczki. Bardzo skuteczne są także leki przeciwbólowe w postaci pigułek lub czopków. Każda kobieta znajduje dla siebie odpowiednią metodę. Lekarstwa rozkurczowe zwalczają skutecznie skurcze macicy, odpowiedzialne za bolesność miesiączek. Niektóre lekarstwa będące połączeniem leku przeciwbólowego i rozkurczowego są w tym wypadku bardzo skuteczne. Antyprostaglandyny mają za zadanie walczyć z przyczynami bolesnych miesiączek (nadmiar prostaglandyny), podczas gdy inne metody leczenia polegają tylko na leczeniu skutków. Antyprostaglandyny, stosowane w postaci

czopków, są środkami przeciwzapalnymi, używanymi zazwyczaj do leczenia schorzeń reumatycznych. Zmniejszają one lub całkowicie likwidują ból w 2–8/3 przypadków. Lekarstwo takie należy brać w momencie pojawienia się bólu, przez 1-2 dni. Także aspiryna ma pewne działanie antyprostaglandynowe, ale ma też wadę - zwiększa krwawienie. Pigułka antykoncepcyjna likwiduje bolesność miesiączki we wszystkich prawie przypadkach i przynosi cierpiącej co miesiąc kobiecie poczucie komfortu i bezpieczeństwa. Niektóre kobiety biorą pigułkę, nawet jeśli na kilka miesięcy zaprzestają stosunków seksualnych, tylko dla dobrego samopoczucia. Pigułka ma jednak pewne przeciwwskazania, czasami niepożądane efekty uboczne i wymaga konsultacji z lekarzem oraz regularnych kontroli lekarskich.

Dysponujemy już dziś środkami, pozwalającymi na zmniejszenie lub całkowite zlikwidowanie bólów miesiączkowych. Musisz porozmawiać o tym ze swoim ginekologiem, który znajdzie sposoby rozwiązania twojego problemu. Miesiączka obfita Niektóre kobiety mają przez całe życie obfite miesiączki, inne zaś - miesiączki zupełnie minimalne. Kiedy miesiączka staje się dłuższa, a krwawienie silniejsze, albo, jak zdarza się najczęściej, zarówno dłuższa, jak i z silniejszym krwawieniem, mówimy o miesiączce obfitej. Taka krew miesiączkowa zawiera często skrzepy i od pierwszego dnia jest prawdziwym krwotokiem. Niektóre kobiety zmuszone są pozostać w domu, zanim nie nastąpi faza schyłkowa miesiączki. Kobiety pracujące nie czują się bezpieczne i kiedy zbliża się miesiączka, oczekują jej jak nadchodzącego koszmaru. Istnieją dwie duże grupy przyczyn obfitych miesiączek: czynnościowe przyczyny hormonalne i przyczyny organiczne, do których można dodać obecność spirali. Nieprawidłowości funkcjonowania hormonalnego polegają przede wszystkim na nadmiarze estrogenów i niedoborze lub zupełnym braku progesteronu, co zdarza się w przypadku nieprawidłowej owulacji lub braku owulacji. Takie zaburzenia funkcjonowania organicznego powodują nadmierny przyrost śluzówki macicy i zaburzenia w jej złuszczeniu się, prowadzące do krwotoków miesiączkowych. Leczenie polega na przyjmowaniu lekarstwa, w którego skład wchodzi progestagen (produkt syntetyczny, naśladujący działanie progesteronu i zwalczający estrogeny) przez 10 dni w miesiącu, od 16 do 25 dnia cyklu, w celu uzupełnienia niedoboru progesteronu. Zaburzenia czynnościowe mogą pojawić się w każdym wieku, zarówno u młodej dziewczyny, jak i u kobiety przed menopauzą. Przyczyny organiczne obfitych miesiączek pojawiają się najczęściej po czterdziestce: powodem są mięśniaki różnych typów. Te, które są powodem krwotoków, znajdują się w pobliżu jamy macicy, a nawet wewnątrz. Są to polipy (wewnątrzmaciczne) i włókniaki podśluzówkowe, zwane tak, ponieważ znajdują się pod śluzówką macicy. Można je zobaczyć w trakcie badania histerograficznego. W okresie występowania menopauzy, kiedy często równocześnie pojawiają się obie przyczyny - organiczna i czynnościowa, krwotoki bywają częste i pojawiają się dość niespodziewanie, ponieważ cykle są nieregularne. W większości przypadków obecność spirali zwiększa obfitość i długość trwania miesiączki. Przed i po miesiączkach pojawiają się wówczas plamienia, które zmuszają do prawie stałego noszenia podpaski. Jeśli masz długotrwałe i obfite miesiączki, ta metoda antykoncepcji nie jest dla Ciebie odpowiednia. Niektóre lekarstwa o działaniu naczyniowym są stosowane dla ograniczenia obfitości miesiączki u kobiet stosujących spiralę, ale ich skuteczność nie jest stała. Im bliżej menopauzy, tym większa staje się możliwość, że spirala, nawet od dawna dobrze tolerowana, będzie powodowała coraz obfitsze miesiączki. Po usunięciu spirali wszystko wraca do normy już od następnego cyklu. Miesiączka skąpa Niektóre kobiety mają zawsze krótkie i skąpe miesiączki i nigdy nie konsultują tego z lekarzem, ponieważ uważają, że tak jest dobrze. Do ginekologa wybierają się dopiero wtedy, gdy miesiączka stopniowo zanika, aż do krótkotrwałego, jednodniowego plamienia. "Nie ma już prawie śladu", "praktycznie nie muszę już stosować podpasek", mówią zaniepokojone, ponieważ wiele kobiet uważa, że brak miesiączki powoduje przybieranie na wadze lub że miesiączka to "zła krew", której trzeba się pozbyć. Podstawową przyczyną skąpych miesiączek jest cienka

śluzówka macicy, której złuszczenie się nie może być obfite. Bardzo często zauważamy ten objaw podczas przyjmowania pigułek antykoncepcyjnych. Większość kobiet stosujących antykoncepcję doustną wie, że pigułki zmniejszają obfitość miesiączki. Czasami, zwłaszcza w przypadku pigułek o klimacie progestagennym lub po wielu miesiącach stosowania pigułek, miesiączka stopniowo zmniejsza się lub całkowicie zanika. Jeśli miesiączka jest bardzo skąpa, możesz się nie obawiać. Nie ma to wpływu na stan twojego zdrowia ani na twoją wagę. Jeśli miesiączka zanika, skonsultuj się z ginekologiem. Zmieni on rodzaj pigułek lub przepisze ci na okres jednego do trzech miesięcy pigułki sekwencyjne o klimacie estrogenowym, których zadaniem będzie odnowienie śluzówki macicy. Ten problem jest często spotykany w codziennej praktyce medycznej. Inne przyczyny skąpych miesiączek, rzadziej spotykane, to niektóre problemy hormonalne, pogorszenie ogólnego stanu zdrowia, jak np. duża utrata wagi lub kłopoty natury psychicznej. Kiedy skąpe miesiączki pojawiają się po zabiegu łyżeczkowania, należy podejrzewać zrost, czyli zlepienie się brzegów śluzówki macicy, spowodowane zbyt dużym starciem śluzówki, które ogranicza powierzchnię krwawienia. Zrosty zdarzają się jednak dość rzadko, tym bardziej, że zabieg usuwania ciąży przeprowadza się coraz częściej metodą odsysania, a nie wylżeczkowania. Świeże zrosty leczy się łatwo w czasie histeroskopii. Miesiączka nieregularna Jak już powiedzieliśmy, kilkudniowe różnice długości cyklu mogą być uważane za odbiegające od normy. Niektóre kobiety mają bardzo nieregularne cykle, długie (35-40 lub nawet 45-dniowe), a może też się zdarzyć, że przez jeden lub dwa cykle miesiączka w ogóle się nie pojawi. W większości przypadków kobiety, u których występują długie i nieregularne cykle, mają niewłaściwe, rzadkie owulacje lub nawet wcale ich nie mają, trzeba przy tym wiedzieć, że możesz mieć normalne, regularne miesiączki bez owulacji. Zaburzenia lub brak owulacji i powodują stan prawie stałej nierównowagi hormonalnej. Badania poziomu hormonów pokazują, że jajniki wytwarzają stale estrogeny i niewiele lub wcale progesteronów. A przecież dobre samopoczucie, zarówno fizyczne, jak i psychiczne oparte jest na równowadze tych hormonów. Na początku lub pod koniec czynnego życia jajników, w momencie dojrzewania i w chwili zbliżania się menopauzy (tzn. kiedy oś podwzgórze - przysadka - jajniki zaczyna funkcjonować i gdy zaczyna się rozregulowywać), normalne jest, że cykle są nieregularne. Jeśli jednak występują też problemy fizyczne i psychiczne, jak to się często zdarza przy menopauzie (obrzmiwanie, napięcie piersi, zmiany nastroju, nerwowość, agresywność), dobrze jest zastosować progestagenową kurację przywracania równowagi hormonalnej, która poprawi komfort i jakość twojego życia. Psychiczne przyczyny nieregularności miesiączek są często spotykane: wszelkie formy agresywności i przemęczenia, problemy osobiste i zawodowe mogą istotnie zaburzać wrażliwy mechanizm osi podwzgórze - przysadka - jajniki. Do nieregularności cykli może przyczyniać się duża utrata wagi. Dziewczeta chorujące na anoreksję cierpią też na zanik miesiączki. Nieprawidłowe wydzielanie hormonu zwanego prolaktyną, który odgrywa szczególną rolę w trakcie karmienia piersią, może także powodować zaburzenia owulacji. U kobiety, która nigdy nie miała bardzo regularnych miesiączek i nieregularność ta, często występująca w momencie dojrzewania, utrzymuje się także w późniejszym okresie, najczęściej spotykaną przyczyną jest dystrofia jajników - zaburzenie źle funkcjonujących jajników. Dystroficzne jajniki są zazwyczaj duże i wrażliwe, czasem nawet bolesne i mające na sobie liczne torbiele, widoczne w trakcie ultrasonografii. Problem ten pojawia się zazwyczaj u kobiet niespokojnych, lękliwych, ponieważ powodowane przez dystrofię jajników zaburzenia równowagi hormonalnej przyczyniają się do nerwowości. Równowagę hormonalną można przywrócić poprzez regularne przyjmowanie przez 10 dni w miesiącu progestagenu uzupełniającego braki progesteronu i przywracającego regularność cykli. Jeśli cierpisz na dystrofię jajników, nie obawiaj się niepłodności. Prawdopodobnie wystarczy tylko zastosowanie stymulatorów owulacji. Krwawienia między miesiączkami Są to nieprawidłowe krwawienia, o zmiennej obfiteści, często bardzo niewielkie (plamienia), czasem jednak

przypominające miesiączkę i pojawiające się w niewłaściwym momencie cyklu. W takiej sytuacji musisz skonsultować się ze swoim ginekologiem, który może cię zbadać nawet w trakcie krwawienia, aby upewnić się, że krew wydobywa się z pochwy, a nie z pękniętego hemoroidu lub cewki moczowej, co może się zdarzyć w przypadku ostrego zapalenia pęcherza moczowego. Trzeba też stwierdzić, czy krwawienie jest samorzutne czy też zostało spowodowane na przykład stosunkiem seksualnym. Jeśli utrata krwi została czymś sprowokowana, przyczyna może znajdować się w okolicach szyjki macicy. Często kontakt między członkiem a szyjką macicy powoduje krwawienie, jeśli szyjka jest zaczerwieniona, doszło do stanu zapalnego. Czasem zwykle, ręczne badanie pochwy lub pobieranie próbki do badania cytologicznego może spowodować lekkie krwawienie szyjki macicy. Lekarz może ci przepisać globulki przeciwzapalne. Ale musisz też wiedzieć, że w wyniku stosunków seksualnych, przyjmowania pigułki antykoncepcyjnej lub po przebytych porodzie stan zapalny szyjki może pojawiać się dość często. Sprowokowane krwawienia leczone są miejscowo, a badanie cytologiczne upewni cię, czy nie pojawiły się nieprawidłowe komórki. Jeśli krwawienia są niespodziewane, przyczyny mogą mieć rozmaity charakter. Zaburzenia hormonalne mogą spowodować, że jeden lub kilka kolejnych cykli będzie nieprawidłowych, krótkich i przedwcześnie pojawiająca się miesiączka może zostać potraktowana jako nieprawidłowe krwawienie. Czasami trudno ci jest się zorientować. Powinnaś więc notować w kalendarzyku daty i obfitość miesiączki oraz krwawień, a także daty i rodzaj ewentualnych kuracji hormonalnych, aby ułatwić zadanie ginekologowi. Niewielkie plamienia w środku cyklu, w momencie owulacji, trwające zazwyczaj kilka godzin lub jeden dzień, są dość często spotykane i nie mogą być traktowane jako nieprawidłowe. Krwawienia podczas przyjmowania pigułki antykoncepcyjnej również stanowią często spotykany problem, a twój lekarz może bardzo łatwo sobie z nimi poradzić. Może to być spowodowane wieloma przyczynami: - zapomniałaś wziąć pigułkę, zwłaszcza jeśli jest to minipigułka; - niewielkie krwawienia w trakcie przyjmowania pigułek zdarzają się dość często i po tym okresie wszystko wraca do normy. Jeśli objawy występują nadal, oznacza to, że pigułki są prawdopodobnie zbyt słabo dawkowane. Krwawienia między miesiączkami, często coraz słabsze, pojawiające się po wielu miesiącach, a nawet latach bezproblemowego przyjmowania pigułek świadczą o atrofii śluzówki macicy i wymagają okresowego przyjmowania pigułek sekwencyjnych, zdolnych do regeneracji błony śluzowej; - jeśli przyjmujesz minipigułki progestagenne, bardzo często pojawiają się niewielkie krwawienia. Bez względu na przyczyny (hormonalne, organiczne, psychiczne, okres owulacji) kobiety stosujące spiralę są bardziej podatne na krwawienia między miesiączkami. W przypadku każdego nieprawidłowego krwawienia pojawiającego się między miesiączkami należy zasięgnąć rady ginekologa. Brak miesiączki Brak miesiączki zwany pierwotnym wiąże się zazwyczaj z późnym dojrzewaniem i został opisany w rozdziale "Dojrzewanie i wiek młodzieńczy". Częściej spotykane są braki miesiączki zwane wtórnymi. Tym mianem określa się brak miesiączki trwający przynajmniej sześć miesięcy u kobiety, która miała już miesiączkę. Pierwszą przyczyną, o której myśli lekarz spotykając przypadek zatrzymania miesiączki, jest ciąża. Tę ewentualność należy zawsze brać pod uwagę, aby nie narażać się na silne przeżycia. Każdy ginekolog spotkał już w życiu przypadek, kiedy matka przeżyła głęboki szok, gdy okazało się, że nastoletnia córka jest w trzecim czy czwartym miesiącu ciąży. Drugą przyczyną jest przedwczesne pojawianie się menopauzy, czasami przed czterdziestym rokiem życia. Zazwyczaj jednak ustanie miesiączki poprzedzone jest krótszym lub dłuższym okresem nieregularnych cykli, którym towarzyszy uczucie uderzeń gorąca. Czasami brak miesiączki mogą spowodować schorzenia jajników (niektóre rodzaje dystrofii jajników lub anomalie genetyczne). Nadmierne wydzielanie hormonu przysadki, prolaktyny, bardzo szybko powoduje zaburzenie owulacji, a następnie zatrzymanie miesiączki połączone z mlekotokiem (wydzielaniem mleka), ponieważ prolaktyna jest hormonem laktacji.

Nadmierne wydzielanie prolaktyny może być spowodowane gruczolakiem (niewielkim, niezłośliwym guzem znajdującym się w przysadce) lub - u kobiet ze skłonnością do depresji - przyjmowaniem niektórych leków, używanych w neuropsychiatrii. Najczęściej spotykane zatrzymania miesiączki są spowodowane rozregulowaniem lub blokadą podwzgórza. Po długotrwałym stosowaniu pigułek hormon podwzgorzowy może reagować z pewnym opóźnieniem i spotykamy czasem kilkumiesięczną przerwę w miesiączce. Ten rodzaj wypadków zdarza się zwłaszcza u kobiet, które przed rozpoczęciem stosowania doustnych środków antykoncepcyjnych miały nieregularne cykle i u których pigułka przez wiele lat blokowała mechanizm, który już od początku nie działał zbyt dobrze. "Popigułkowy" brak miesiączki leczy się obecnie dość łatwo. Najczęściej spotykana forma wtórnego braku miesiączki to psychogeny brak miesiączki, inaczej mówiąc brak miesiączki po wstrząsie psychicznym lub innej formie stresu. W przypadku poważnego wstrząsu psychicznego (wypadek, śmierć osoby bliskiej, gwałt) lub kłopoty osobiste (mażeńskie, rodzinne, zawodowe) zatrzymanie miesiączki może trwać wiele miesięcy lub nawet lat, tym bardziej, jeśli te wydarzenia dotyczą kobiety o wrażliwej psychice. Wszelkie zaburzenia ogólnego stanu zdrowia, każda poważna choroba, wszelkie dolegliwości o charakterze endokrynologicznym (na przykład niewydolność tarczycy) lub duża utrata wagi (na przykład przy anoreksji) może spowodować zatrzymanie miesiączki. Jeśli zauważysz zatrzymanie miesiączki, skonsultuj się z ginekologiem. Po rozmowie i badaniu skieruje cię na dodatkowe badania, na przykład na badanie poziomu hormonów i zaproponuje ci odpowiednią formę leczenia. Przede wszystkim jednak nie przejmuj się: większość przypadków wtórnego zatrzymania miesiączki można wyleczyć, a czasami są one odwracalne w sposób samorzutny.

Syndrom przedmiesiączkowy W pewnych okresach miesiąca czujesz się zmęczona, smutna, skłonna do depresji lub odwrotnie, jesteś agresywna, masz okropny humor. Najmniejszy nawet problem przybiera olbrzymie rozmiary i czasami dajesz wszystkim w kość, choć sama przy tym cierpisz. Ponadto czujesz się opuchnięta, wszystkie ubrania cię cisną, piersi są wrażliwe i bolesne. Ten rodzaj napięcia nerwowego, emocjonalnego i fizycznego pogłębia się, aż do momentu pojawienia się miesiączki, która uwalnia cię od tych problemów - znowu stajesz się sobą. Jeśli w tym opisie zauważyłaś objawy, które cię męczą, oznacza to, że cierpisz na syndrom przedmiesiączkowy, męczącą dolegliwość, która co miesiąc zatruwa życie wielu kobiet, a także par. Co to jest syndrom przedmiesiączkowy? Jest to zespół objawów psychicznych i fizycznych, które pojawiają się regularnie w okresie poprzedzającym miesiączkę i zanikających wraz z jej pojawieniem się. Syndrom przedmiesiączkowy może trwać od jednego dnia do dwóch tygodni. Objawów tego syndromu może zaś być nawet około stu! Oczywiście żadna kobieta nie cierpi na wszystkie te dolegliwości równocześnie. Zazwyczaj jest ich od jednej do kilkunastu. Syndrom przedmiesiączkowy charakteryzuje się dużą różnorodnością objawów. Każda kobieta cierpi na swój własny syndrom przedmiesiączkowy. Często u tej samej kobiety objawy zmieniają się całkowicie z cyklu na cykl i zmienia się zarówno ich rodzaj, intensywność, jak i czas trwania. Syndrom przedmiesiączkowy jest często spotykany i stosunkowo mało poznany, ponieważ wiele kobiet przyzwyczaja się do swoich problemów i nie chce o nich mówić. W ankiecie przeprowadzanej przez "International Health Foundation" wśród 2500 kobiet, 77 procent przyznało, że cierpi na dolegliwości przedmiesiączkowe, w tym 38 procent co miesiąc. 5-10 procent kobiet miewa nawet bardzo poważne dolegliwości, zakłócające życie codzienne i kontakty z ludźmi. Czy cierpisz na syndrom przedmiesiączkowy? Aby się o tym przekonać, należy zdać sobie sprawę z regularnego, cyklicznego charakteru zaburzeń pojawiających się w dniach poprzedzających miesiączkę. Udziel sobie odpowiedzi na następujące pytania: Czy zdarzają ci się następujące dolegliwości: - czy czujesz się czasami zdenerwowana, poirytowana, w depresji, zmęczona, nie masz na nic ochoty, nie chcesz się z nikim spotykać, łatwo tracisz cierpliwość, jesteś zaleźniona - czy masz czasami obrzmiałe, bolesne piersi,

wzdęty brzuch, bóle głowy, obrzmiałe powieki, spuchnięte nogi, masz trudności ze zdjęciem pierścionków z palców, wydaje ci się, że tyjesz? - czy te dolegliwości pojawiają się równocześnie? - czy te dolegliwości pojawiają się po każdym cyklu, przez okres przedmiesiączkowy (to znaczy w czasie dni poprzedzających miesiączkę)? - jeśli dolegliwości te zdarzają się w dowolnym momencie cyklu, to czy stan pogarsza się zawsze przed miesiączką? - czy nadejście miesiączki przynosi ci ulgę? Jeśli odpowiedziałaś "tak" na wszystkie te pytania, najprawdopodobniej cierpisz na syndrom przedmiesiączkowy. Jeśli odpowiedziałaś "nie", twoje ewentualne problemy nie mają związku z syndromem przedmiesiączkowym. Jeśli odpowiedziałaś "nie wiem", możesz mieć syndrom przedmiesiączkowy, ale nie zauważyłaś jeszcze, że objawy te mają charakter cykliczny.

Główne fizyczne objawy syndromu przedmiesiączkowego Najczęściej spotykane są zaburzenia o charakterze zastoinowym. Masz wrażenie, że puchniesz, że zatrzymuje ci się woda w organizmie. W rzeczywistości waga twojego ciała zwiększa się mniej niż sądzisz, ale woda rozmaicie rozmieszcza się w różnych partiach ciała, co zniekształca sylwetkę. Objawy zastoinowe syndromu przedmiesiączkowego są dla kobiety uciążliwe i nieprzyjemne. Piersi stają się bolesne, napięte, obrzmiałe i zmieniają wymiary. Niektóre kobiety są czasem zmuszone do noszenia większego stanika przed miesiączką lub też nie mogą znieść obecności stanika. Gruczoły sutkowe, przekrwione i twarde, szczególnie po bokach i na czubku, sprawiają wrażenie, że mają inną konsystencję. Mogą pojawić się guzy, które wzbudzą twój niepokój. Dlatego lepiej jest kontrolować piersi po miesiączce, kiedy bolesne przekrwienia nie fałszują obrazu. Zazwyczaj guzy te samorzutnie znikają. Brzuch i podbrzusze są wzdęte, często bolesne, spódnica zaczyna się opinać i cisnąć. Twarz staje się obrzmiała, nieestetyczna, z obrzękiem powiek, co szczególnie przeszkadza kobietom wykonującym pracę wymagającą kontaktu z ludźmi. Palce nabrzmiewają i przez kilka dni w miesiącu trudno ci będzie założyć i zdjąć pierścionki. Nogi zaczynają boleć, podeszwy stóp puchną. Wiele kobiet cierpi w czasie miesiączki na migreny. Intymne mechanizmy migren nie są jeszcze poznane do końca, ale wiadomo, że czynnik hormonalny odgrywa istotną, a czasami dominującą rolę. Migreny nigdy nie pojawiają się przed okresem dojrzewania, a sytuacja poprawia się po menopauzie. Z drugiej strony okres ciąży stanowi dla kobiet ze skłonnością do migreny czas specjalnego uprzywilejowania. Jeśli zaś chodzi o migreny miesiączkowe, wszystko wskazuje na to, że pewną rolę w ich pojawianiu się może odgrywać spadek poziomu hormonów estrogenowych. Przyjmowanie w tym momencie cyklu niewielkich ilości estrogenów może czasem pozwolić na uniknięcie migren lub istotne osłabienie ich objawów

Dolegliwości skórne o charakterze alergicznym są częściej spotykane w okresie przedmiesiączkowym. Pojawia się trądzik, egzema, opryszczka w okolicach ust. Zmienia się także sposób odżywiania. Pojawiają się napady łakomstwa, bulimia, ze szczególną ochotą na słodczy: ciastka, cukierki, czekoladę. Ponieważ masz czarny humor, masz również często chęć na czekoladę w tym samym kolorze.

Syndrom przedmiesiączkowy (źródło: "International Health Foundation") Dolegliwości najczęściej spotykane, w kolejności występowania: Zmiany nastroju, nerwowość, agresywność 47% Bolesność, napięcie, opuchnięcie piersi 42% Ból w plecach, w krzyżu 39% Ból brzucha 39% Ból jajników 33% Zmęczenie 32% Przybieranie na wadze, opuchnięcie, wzdęcie 30% Ból, puchnięcie nóg 24% Napady płaczu, depresja 23% Niepokój, nerwowość 23% Bóle głowy 22%

Główne psychiczne objawy syndromu przedmiesiączkowego Częstość objawem są zmiany nastroju. Zmienność ta może wyrażać się w różny sposób. Najczęściej jest to poirytowanie czy nawet skłonność do agresji, co stanowi bezpośrednie źródło konfliktów z otoczeniem. Pierwszą ofiarą staje się mąż lub towarzysz życia, potem dzieci, których ruchliwość zaczyna nagle drażnić, następnie - koledzy z pracy. Może też być odwrotnie: zmęczenie, depresja, desperacja, chęć zamknięcia się w swoim kącie, w spokoju i we własnym tylko towarzystwie. Nierzadko pojawiają się czarne, a nawet samobójcze myśli. Często zdarza się też nadwrażliwość na wydarzenia zewnętrzne, napady płaczu, czasem bez

powodu. Nie należy się ich wstydzić, przeciwnie, trzeba ja traktować jako sposób na złagodzenie napięcia nerwowego. Większość kobiet radzi sobie dobrze z opanowaniem tych cyklicznych problemów. Jednak kiedy syndrom przedmiesiączkowy występuje u kobiet o wrażliwej, delikatnej psychice i osobowości, może powodować problemy psychiczne i poważne kłopoty z zachowaniem. Wiadomo też, jak wynika to z licznych ankiet i badań, że okres przedmiesiączkowy, łączący kilka dni poprzedzających miesiączkę i pierwsze dni miesiączki, stanowi czas szczególnej wrażliwości, kiedy dochodzi do ponad połowy prób samobójczych. Badania ujawniły też wzrost przestępczości wśród kobiet w tym właśnie momencie cyklu. Nie obawiaj się jednak: zaburzenia równowagi hormonalnej nie popchną cię do samobójstwa ani nie zamienią cię w kryminalistkę! Poważne zaburzenia psychiczne dotyczą tylko niewielkiej, szczególnej grupy kobiet. Przyczyny syndromu przedmiesiączkowego Mechanizmy syndromu przedmiesiączkowego nie są jeszcze całkowicie wyjaśnione, ale wiemy, że zjawiska hormonalne biorą w nim istotny udział. W grę wchodzi wiele złożonych czynników. Czynniki kulturowe, społeczne i psychologiczne odgrywają oczywistą rolę i muszą być zawsze brane pod uwagę. Intensywność i rozwój syndromu przedmiesiączkowego mogą być modyfikowane przez stresy i zakręty życia seksualnego i prywatnego każdej kobiety. Pośpieszny tryb życia, nowy styl funkcjonowania w społeczeństwie znajdują się u podstaw wielu stresów, natomiast często w okresie wakacyjnym dolegliwości psychiczne i fizyczne ustępują. Wszelkie konflikty osobiste, szczególnie małżeńskie lub zawodowe przyczyniają się zaś do pogłębiania dolegliwości. Brak równowagi hormonalnej między estrogenami i progesteronem, zwany potocznie nadmiarem folikulin, jest obecnie hipotezą najlepiej podbudowaną, szczególnie dla wyjaśnienia dolegliwości zastoinowych, rzadziej wywoływanych zmianami w otoczeniu niż zmianami nastroju. Istotnie nadmiar estrogenów i niedobór lub brak progesteronu prowadzą do zaburzenia równowagi wody i soli w organizmie. Pod koniec cyklu poziom hormonów spada, pojawia się miesiączka i dolegliwości zastoinowe znikają. Mówi się także o roli innych czynników w genezie syndromu przedmiesiączkowego: prolaktyny, prostaglandyny, dolegliwości alergicznych, zmian rozmieszczenia wody w organizmie, hipoglikemii (niedocukrzenie krwi), niedoborze witamin (B6) i soli mineralnych (magnez). Klucz do przedmiesiączkowej zagadki zostanie prawdopodobnie odnaleziony dzięki badaniom neuroprzebieżników, to znaczy tych cząsteczek, które przemieszczają się w mózgu i rządzą wszystkimi naszymi uczuciami i zachowaniami. Jak przeciwdziałać syndromowi przedmiesiączkowemu? - Co możesz zrobić sama? Oto kilka rad, które pomogą ci opanować te cykliczne zmiany - Poznaj lepiej samą siebie. Przyjrzyj się swoim dolegliwościom. Najlepszą metodą jest prowadzenie kalendarzyka objawów przez okres 2-3 cykli. Notuj wszystkie sygnały i ich intensywność. Zdasz sobie wówczas sprawę z ich przejściowego charakteru i znajdziesz potwierdzenie ich cyklicznej natury, odmierzanej miesiączkami. Porozmawiaj o tym ze swoim lekarzem. Dowiedz się od niego wszystkiego, co cię interesuje. Łatwiej jest panować nad tym, co się rozumie; - Rozmawiaj o swoich problemach z otaczającymi cię ludźmi, z mężem czy partnerem (najbardziej zainteresowanym), aby zdał sobie także z nich sprawę. Najlepsza rada, jakiej można udzielić mężczyźnie towarzyszącemu kobiecie cierpiącej na syndrom przedmiesiączkowy, to aby respektował w tym czasie potrzebę spokoju, odosobnienia i aby unikał zaogniania konfliktów. W czasie przedmiesiączkowych burz powinien zachować spokój i pogodę ducha; Ograniczaj stresy. Choć nie jest to zawsze łatwe do wykonania, możesz jednak starać się układać swoje życie w zależności od cyklu i unikać trudnych psychicznie i fizycznie wydarzeń przed miesiączką: dużego sprzątania, trudnych przedsięwzięć, zbędnych wyjazdów lub wyjazdów. Rozładuj napięcie nerwowe za pomocą relaksu, ćwiczeń jogi lub po prostu przeznaczając w ciągu tych dni chwilę na odpoczynek w spokoju, ciszy i samotności. Niezbyt intensywne i regularne ćwiczenia gimnastyczne mogą przynieść dobre skutki; - Uporządkuj sposób odżywiania się. Dzienna racja żywnościowa

powinna być dobrze rozplanowana na cały dzień, należy unikać spożywania szybko eliminowanych cukrów: cukierków, ciastek, czekolady. Ograniczaj sól i używki (kawa, nikotyna, alkohol). - Co może zrobić lekarz? Jeśli powyższe rady nie wystarczają, skonsultuj się ze swoim ginekologiem. Dysponuje on pełną gamą lekarstw mogących złagodzić twoje dolegliwości. Progestageny są środkami naśladującymi działanie progesteronu i przeznaczonymi do walki ze skutkami działania estrogenów, winnych zaburzeniom zastoinowym. Ich skuteczność przy problemach natury fizycznej, jak np. obrzmiewaniu piersi jest dobra, a bywa nawet znakomita. Przyjmuje się je w postaci pigułek, od 16 do 25 dnia cyklu, a czasem od 11-tego. Twój ginekolog wybierze dla ciebie odpowiednio dawkowany lek. Czasem trzeba będzie zmieniać rodzaj przyjmowanego lekarstwa kilkakrotnie, zanim znajdzie się odpowiednie, ponieważ każda kobieta cierpi na inny syndrom przedmiesiączkowy i reaguje w tylko dla siebie charakterystyczny sposób na przepisaną kurację. Moim zdaniem progestageny są obecnie najlepszą metodą na dolegliwości zastoinowe syndromu przedmiesiączkowego, tym bardziej, że poprawa sytuacji fizycznej przynosi często równoczesną ulgę w dolegliwościach psychicznych. Pigułka nie jest sposobem na leczenie syndromu przedmiesiączkowego, ale może pomóc, a czasem nawet likwiduje ten problem, szczególnie jeśli jest to pigułka o klimacie progestagennym. Natomiast jeśli syndrom przedmiesiączkowy pojawia się w momencie przyjmowania pigułki, należy ją zmienić. Leki przeciwwyłakowe poprawiają krążenie w nogach, działają na hemoroidy oraz na mające podłoże żyłne bóle miednicy oraz piersi. Mogą więc okazać się bardzo użyteczne. Lekarze proponują także inne metody leczenia syndromu przedmiesiączkowego: bromokrzyptynę (antagonistę prolaktyny), danazol i antyprostaglandyny. Również medycyna naturalna, którą traktuję jako uzupełniającą, proponuje dość skuteczne metody leczenia dolegliwości przedmiesiączkowych. Pomocne mogą także okazać się tabletki z witaminami i solami mineralnymi. W krajach anglosaskich dużym powodzeniem cieszy się dostępny w wolnej sprzedaży olej z wiesiołka. Jest on skuteczny przy kłopotach psychicznych i fizycznych, a zasługuje na zainteresowanie choćby ze względu na nieszkodliwość. Jak widzisz, istnieje wiele metod leczenia syndromu przedmiesiączkowego. Należy więc znaleźć najwłaściwsze rozwiązanie dostosowane do, twoich dolegliwości. O radę poproś ginekologa.

Dojrzewanie i wiek młodzieńczy Przejście od dzieciństwa do wieku młodzieńczego nie jest rzeczą łatwą, a wydarzenie najbardziej przełomowe dla okresu dojrzewania, pierwsza miesiączka, jest etapem bardzo delikatnym. W momencie dojrzewania młoda dziewczyna opuszcza, chcąc nie chcąc, świat swojego dzieciństwa i zyskuje nową osobowość psychologiczną i seksualną. W tym okresie słabości i wrażliwości okazuje się często nerwowa, nieśmiała, "trudna", jak mówią jej rodzice. Jest to wyraz jej intymnych przemian, wewnętrznych konfliktów i frustracji. Pierwsze doświadczenia seksualne często pojawiają się bardzo szybko i nastolatka, tak jak każda kobieta, musi wiedzieć wszystko o swojej intymnej fizjologii, antykoncepcji i chorobach przenoszonych drogą płciową. Dojrzewanie i fizjologia intymna Kiedy zbliża się okres dojrzewania, podwzgórze uaktywnia przysadkę, która zaczyna wydzielać coraz więcej hormonów; fala hormonów zalewa i nasycy cały organizm. Hormon wzrostu przyspiesza wzrost. W okolicach 12-13 roku życia hormon podwzgórzowy (LH-RH), rytmicznie wydzielany powoduje, że przysadka zaczyna wytwarzać dwie gonadotropiny FSH i LH, które następnie "wydają rozkaz" wydzielania hormonów jajnikowych. Pod wpływem estrogenów rozwijają się przewody gruczołów mlekowych w piersiach, poszerzają się ścianki pochwy, staje się ona wilgotna. W miarę zwiększającego się wytwarzania estrogenów rośnie macica, a jej błona śluzowa ulega zgrubieniu. Wydzielanie hormonów staje się cykliczne, choć początkowo bardzo nieregularne. Pewnego dnia, przy okazji spadku ilości hormonów, błona śluzowa macicy złuszcza się, odkleja od macicy: to pierwsza miesiączka. Jest ona podstawowym sygnałem nadchodzącego dojrzewania. Pierwsza miesiączka pojawia się około 13 roku życia. Czasami występuje dużo wcześniej (około 10-11 roku życia), czasami później

(14-15 lat). Istnieje rodzaj rodzinnej predyspozycji do wczesnego lub późnego dojrzewania. Do 15 roku życia nie należy się niczym przejmować. Jeśli jednak miesiączka nadal się nie pojawia, mówi się o opóźnionym dojrzewaniu i należy skonsultować się z lekarzem. W rzeczywistości jednak dojrzewanie zaczyna się dużo wcześniej, sygnalizowane zmianami, które poprzedzają miesiączkę: następuje rozwój piersi i owłosienia łonowego. Wreszcie pojawia się owłosienie pod pachami, zapowiadające zbliżającą się miesiączkę. Dawniej wiele dziewcząt nie było uświadamianych o zbliżającej się miesiączce i wydarzenie to było przeżyciem wstydlwym i stresującym. Matki, które przeżyły podobne doświadczenie, powinny bezwzględnie uchronić od niego swoje córki. W tym trudnym okresie przemian matka może stać się dla córki rozmówcą z wyboru. Poprzez niczym nie skrepowany i bardzo osobisty dialog z córką powinna równocześnie informować i przygotowywać dziewczynę do nadejścia pierwszej miesiączki, które to wydarzenie powinno zostać odebrane jako coś pozytywnego. Istotną pomocą może okazać się lektura podręczników i poradników dla nastolatek. Przez miesiące, a czasem nawet lata dojrzewania cykle są zazwyczaj nieregularne, czasami krótkie, ale najczęściej długie, nierzadko z miesiącem lub dwoma przerwy. Nie jest to niczym nienormalnym i nie ma powodu do obaw. Mimo to dobrze jest poradzić nastolatce, by notowała w kalendarzyku daty swoich miesiączek. Jest to pożyteczny i przydatny zwyczaj. Nastolatka może używać tamponów. Fakt, że stosunkowo rzadko posługują się nimi, wynika z niewystarczającej znajomości własnego ciała: pierwsza próba nie powiodła się lub wprowadzenie tamponu okazało się bolesne. Jest to więc tylko kwestia edukacji. Zmiany fizyczne u dziewcząt w okresie dojrzewania i w wieku młodzieńczym 9-10 lat: kości miednicy powiększają się i nabierają kobiecych kształtów, brodawki sutków powiększają się 10-11 lat: brodawki i sutki rozwijają się, pojawia się owłosienie łonowe 11-13 lat: powiększają się piersi, rozwijają się zewnętrzne i wewnętrzne narządy płciowe, zwiększa się ilość wydzielin pochwowych, pojawia się owłosienie pachowe, pojawia się pierwsza miesiączka 13-15 lat: następuje dalszy rozwój piersi, brodawki i sutki ciemnieją, miesiączki są nieregularne, często występuje trądzik 15-17 lat: miesiączki stają się regularniejsze, na biodrach odkłada się tkanka tłuszczowa 17-18 lat: zatrzymuje się wzrost Zachowanie nastolatki Nastolatka przechodzi okres przemian i musi przyzwycząić się do nowej osobowości: psychicznej, fizycznej i seksualnej. Nie jest to łatwe. W tym delikatnym momencie życia nastolatka "poszukuje siebie" i wszyscy, którzy ją otaczają (rodzice, rodzina, nauczyciele, koledzy), a także rozmaite źródła informacji (gazety, radio, telewizja) mogą mieć wpływ na jej zachowanie. Nastolatki bardzo często odrzucają autorytet rodziców, nie przyjmują ich krytyki ani rad. Rodzice skarżą się na brak szacunku, agresję nastoletnich potomków, nie biorąc pod uwagę głębokich zmian fizycznych i psychicznych, które w nich następują. Nastolatka potrzebuje zrozumienia i miłości. Odczuwa potrzebę zwierzenia się, rozmawiania z bliską osobą. Czasami może tę rolę spełnić matka, ale przeważnie przegaduje długie godziny z ukochaną przyjaciółką. Jest to także wiek, kiedy prowadzi pamiętnik, w którym spisuje wszystkie radości, kłopoty, wzruszenia. Wiek młodzieńczy jest także okresem odkryć, prób, wyznań. W tym wieku, niestety, wiele dziewcząt zaczyna palić papierosy. Zarysowuje się zainteresowanie mężczyznami. Dziewczyna zakochuje się łatwo w piosenkarzu, aktorze, nauczycielu... Pojawia się chęć oczarowania - zaczyna się malować, kupować biżuterię, przywiązywać dużo większą wagę do ubrań... Preludium do prawdziwych stosunków seksualnych, masturbacja, budzi ciało do przyjemności seksu. Dziewczyna staje się wstydlwa i bardzo rzadko jest zadowolona z własnego wyglądu. Kompleksy koncentrują się zazwyczaj na jakiejś części ciała i postanawia zwrócić się do chirurga plastycznego, by, na przykład, zmniejszyć wielkość piersi. Z wyjątkiem ewidentnych wad rozwojowych należy cierpliwie i ostrożnie odnosić się do podobnych pomysłów, ponieważ są one tylko dowodem na to, że "źle się czuje we własnej skórze", a to uczucie z upływem czasu mija. Pod wpływem mody, reklam, czasopism wszystkie młode kobiety chcą być, pozostać i stać się szczupłe i

przez cały rok lub choćby przed wakacjami stosują rozmaite diety. W skrajnym przypadku dziewczyna przestaje zupełnie jeść, chudnie gwałtownie, przestaje miesiączkować. Jest to anoreksja, wymagająca pomocy lekarskiej i psychoterapii. Stosunki z chorą na anoreksję dziewczyną są trudne i nie należy nigdy lekko traktować tej choroby. Niechęć do właściwego odżywiania się występuje u 15-20 procent nastolatków w Stanach Zjednoczonych, z których 1 procent jest chorych na anoreksję. Przeciwnością anoreksji jest bulimia, gwałtowna chęć i pochłanianie olbrzymich ilości słodczy. Przyczynia się ona do tycia. Zbędne kilogramy deformują ciało i stają się przyczyną konfliktów psychologicznych, które już same w sobie są generatorami bulimii. Pomoc lekarza, specjalisty od żywienia, któremu uda się nawiązać dobry kontakt z nastolatką najczęściej pomaga w przywróceniu jej równowagi psychicznej. Ten pierwszy raz Odkrywszy przy okazji różnych doświadczeń i drobnych flirtów własne ciało, seksowność, moc uwodzenia, zakochana nastolatka ustępuje partnerowi, który jej pożąda. Tak to się zazwyczaj odbywa, nawet jeśli niektóre dziewczęta "ustępują" chętniej i łatwiej niż inne... Dla młodego chłopca stosunek seksualny jest źródłem intensywnej przyjemności fizycznej, która pozwala mu potwierdzić własną męskość. Zakochana dziewczyna traktuje pierwsze stosunki seksualne raczej jako sposób na wzbogacenie związku uczuciowego z ukochanym partnerem, którego nie chce zawieść lub stracić odmawiając. Pierwszy stosunek dla młodej dziewczyny rzadko jest satysfakcjonujący. Sprzeciwia się temu zbyt wiele czynników: strach przed nieznanym ("będzie bolało i krwawiło", mówi dziewczyna), wychowanie, które bardzo ostro potępia masturbację i przyjemność płynącą z seksu, niewiedza na temat przebiegu stosunku, nieznanostwo anatomii nagiego mężczyzny. Przebieg pierwszego kontaktu seksualnego zależy w dużym stopniu od partnera. Jeśli oboje partnerzy są nowicjuszami w tej dziedzinie, będą musieli wszystko odkrywać razem. Jeśli partner jest doświadczony, cierpliwy, delikatny i dbały o przeżycia dziewczyny, "pierwszy raz" może być przyjemny, nawet jeśli nie dochodzi do orgazmu (co bardzo często się zdarza). Młoda dziewczyna nie powinna martwić się czy też czuć zawiedziona, jeśli pierwsze stosunki seksualne nie dostarczą jej przyjemności. Droga do rozkoszy seksualnej może być długa, ale dziewczyna osiągnie ją dzięki lepszemu poznaniu własnego ciała i ciała partnera oraz dzięki wzbogaceniu wzajemnych stosunków uczuciowych. Wszystko to wymaga czasu.

Antykoncepcja dla nastolatki Rodzice powinni zdawać sobie sprawę (ginekolodzy to wiedzą), że skoro dziewczyna jest zakochana, wszystko może się zdarzyć... Jej zachowanie jest wówczas trudne do przewidzenia. Trzeba ją więc chronić. Wszelkie przestrogi i przemowy moralizatorskie są metodą złudną. Kiedy dziewczyna postanawia rozpocząć życie seksualne, nikt i nic nie zmieni jej postanowienia. Należy więc "pokierować sytuacją", zdając sobie z powyższego sprawę. Kiedy nastolatka zaczyna mówić o pigułce, koniecznie trzeba z nią o tym podyskutować! Widziałem tak wiele 15-letnich, a nierzadko młodszych dziewcząt, które przychodziły na zabieg przerwania ciąży, że chciałbym oszczędzić im rozpoczynania życia seksualnego od tego rodzaju przeżycia. Wiadomo jednak, że ponad połowa nastolatków miała swój pierwszy stosunek bez zastosowania jakiegokolwiek metody antykoncepcyjnej! Młoda dziewczyna potrzebuje antykoncepcji niezawodnej. Spirala jest zupełnie nieodpowiednia z powodu zagrożenia infekcją. Miejscowe środki antykoncepcyjne, wymagające manipulacji, bardzo odpoetyzowują stosunek, co zdecydowanie kłóci się z psychiką często romantycznych nastolatków. Pigułka jest, moim zdaniem, idealnym rozwiązaniem, a przynajmniej najmniejszym złem, przy założeniu, że największym złem jest zabieg przerwania ciąży. Ponieważ większość nastolatków pali, ginekolog zaleca rzucenie papierosów, zanim zaczną się przyjmować pigułkę: jest to pobożne życzenie, rzadko niestety poparte konkretnymi rezultatami. Powszechnie wiadomo, że połączenie nikotyna +pigułka zwiększa ryzyko chorób naczyniowych. Ale jakież znaczenie ma zagrożenie chorobami naczyniowymi dla szesnasto-, siedemnastolatki? Ze względu na rolę prewencyjną przed chorobami przenoszonymi drogą płciową, globulki plemnikobójcze i prezerwatywy (jeśli chłopak się na to zgodzi...) mogą

okazać się przydatne w niektórych okolicznościach: stosunkach bardzo rzadkich, z mało znanym partnerem lub takim, którego wierności dziewczyna nie jest pewna. Nastolatka i wizyta u ginekologa Czy nastolatka powinna wybrać się do ginekologa po pierwszej miesiączce? Nie, i zazwyczaj nie ma ona na to najmniejszej ochoty! Jeśli wszystko jest w porządku, trzeba dać jej spokój. Jeśli natomiast nieregularność cykli zaczyna być uciążliwa, jeśli miesiączki są bardzo obfite, długotrwałe lub bardzo bolesne, należy udać się do lekarza. Trzeba przy tym zaznaczyć, że jeśli nie jest to konieczne, lekarz nie będzie badał pacjentki, która bardzo się temu sprzeciwia. Najważniejsze jest nawiązanie z nią dobrych stosunków. W ten sposób lekarz będzie miał okazję udzielić informacji na temat jej anatomii, a przede wszystkim zyskać zaufanie. Wybór ginekologa, mężczyzny czy kobiety, musi być akceptowany przez nastolatkę. Ma ona swój charakter, pomysły, temperament i nie można jej niczego narzucać! Rodzice dobrze o tym wiedzą. Dobrym rozwiązaniem jest zaproponowanie ginekologa, do którego chodzi matka. Można też zaproponować nastolatce, by towarzyszyła matce przy okazji jej wizyty u lekarza. Dziewczyna zobaczy wtedy gabinet, pozna lekarza. Kiedy nadejdzie moment wizyty, nie będzie szła do nieznanego miejsca. Matki zazwyczaj towarzyszą córkom w trakcie pierwszej wizyty u ginekologa. Gdy chodzi o poważniejszy problem, obecność matki w czasie wizyty jest regułą. Jeśli jest to wizyta w sprawie wyboru metody antykoncepcji, sprawa jest bardziej złożona i matka powinna wcześniej porozmawiać z córką. Matka nie powinna narzucać ani, z drugiej strony, odmawiać córce swojej obecności. Obecność matki dodaje córce pewności siebie i czasami córka stanowczo się tego domaga, przynajmniej w czasie pierwszej wizyty u ginekologa. Natomiast obecność matki podczas całej wizyty i badania może przeszkodzić w szczerzej rozmowie z lekarzem. Najlepszym rozwiązaniem jest więc przyprowadzenie dziewczyny na wizytę i wejście do gabinetu po zakończeniu badania, kiedy ginekolog udziela wyjaśnień i przedstawia swoje uwagi. Matki muszą wiedzieć, że lekarz jest zobowiązany tajemnicą lekarską, nawet w stosunku do nieletnich. Nie może więc i nie powinien ujawniać matce zwierzeń córki. Ponadto trzeba wiedzieć, że przepisywanie i wydawanie pigułek antykoncepcyjnych nieletnim jest dozwolone. Menopauza (przekwitanie) Etymologicznie termin menopauza oznacza zatrzymanie miesiączki. Jednak objaw ten jest tylko jednym z wielu, menopauza powoduje bowiem liczne przeobrażenia hormonalne i fizyczne. Stawia kobietę także wobec wielu innych problemów, nie tylko medycznych, lecz przede wszystkim socjokulturowych. Od początku stulecia średnia długość życia wydłużyła się zdecydowanie i osiągnęła 80 lat. Dziś więc możesz mieć nadzieję na życie jeszcze 30 lat po menopauzie i w tej sytuacji niedobór hormonów jajnikowych może spowodować pewne komplikacje. Dawniej kobiety znosiły nieszczęścia menopauzy z pełną rezygnacją. Dziś wiele kobiet korzysta ze skutecznych kuracji, pozwalających na zachowanie zarówno znakomitego wyglądu zewnętrznego, dynamizmu, jak i radości życia. Menopauza, reakcje otoczenia Menopauza jest trudnym okresem, charakteryzującym się równoczesnym pojawieniem się licznych problemów. Początkowo są to kłopoty natury fizycznej, powodujące u kobiety mniej lub bardziej permanentne złe samopoczucie. Potem pojawiają się zmiany w otoczeniu rodzinnym, które kobieta w tym czasie bardzo źle przyjmuje. Odnosi wrażenie, że "wszystko jej spada na głowę". Pięćdziesiątka, dzieci dorastają, wyprowadzają się z domu i zaczynają mieszkać z dala od rodziców. Może wówczas nadejść wszechogarniające uczucie bezużyteczności, kobieta czuje się bezwartościowa, szczególnie jeśli nie pracuje i całe swoje dotychczasowe życie poświęciła wychowaniu dzieci. Naukowcy brytyjscy, którzy starannie zbadali przemiany w obrębie rodziny i ich wpływ na kobietę, nazywają ten rodzaj zaburzeń psychologicznych |the |empty |nest |syndrom (syndrom pustego gniazda). Pięćdziesiątka jest także wiekiem, kiedy zaczynają chorować lub umierają twoi rodzice, kiedy często tracisz brata lub siostrę, a twój mąż przechodzi na rentę. Nasze społeczeństwo nie jest pobłażliwe dla starzejących się kobiet. Mass media zachęcają, by były młode, piękne i szczupłe. W tym

właśnie mało tolerancyjnym społeczeństwie pięćdziesięciolatka musi stawiać czoło poważnym zaburzeniom hormonalnym i często radykalnym zmianom w otoczeniu rodzinnym. Kobieta przeżywa menopauzę zarówno ciałem, jak i sercem. Fizjologia intymna w wieku przekwitania Starzejąc się, jajniki reagują coraz gorzej na informacje przesyłane z "wyższego poziomu zarządzania" (podwzgórze i przysadka) i wydzielają coraz więcej gonadotropin przysadkowych (FSH i LH), co można zmierzyć we krwi. Ich nagły przyrost zapowiada nadchodzenie menopauzy. Jajniki przestają odpowiadać na rozkazy, powodując anarchię w centrum zarządzania podwzgórza. Ustaje wydzielanie jajników, zatrzymuje się miesiączka. Menopauza kończy życie rozrodcze kobiety, rozpoczęte 40 lat wcześniej, w momencie dojrzewania. Średni wiek nadejścia menopauzy to 50 lat. Jednak przedział wiekowy obejmuje 10 lat: 90 procent kobiet przechodzi menopauzę między 45 a 55 rokiem życia. Przed ukończeniem 45 lat mówimy o menopauzie przedwczesnej, po 55 roku życia o menopauzie późnej. Wiek wchodzenia w menopauzę jest zaprogramowany, zapisany w mózgu każdej kobiety, i praktycznie nic nie jest w stanie go zmienić. Wiek dojrzewania, ilość ciąży, stosowanie pigułki nie ma wpływu na moment nadejścia menopauzy. Jedynie palenie papierosów w dużych ilościach i przez wiele lat może ten moment nieznacznie przyspieszyć (1-2 lata). Możesz jednak zapytać matkę, kiedy nastąpiło u niej zatrzymanie miesiączki. Istnieje bowiem pewna rodzinna predyspozycja do wcześniejszego lub późniejszego występowania menopauzy, choć wyjątki są zawsze możliwe. Uderzenia gorąca Najbardziej znane i charakterystyczne dla menopauzy zaburzenia - uczucie uderzeń gorąca, występują u 75 procent kobiet w tym okresie życia, a połowa pań uznaje je za wystarczająco uciążliwe, by zwrócić się do lekarza. Uderzenia odczuwane są jako fala gorąca, która przepływa przez całe ciało, trwa od 30 sekund do 2 minut i kończy się najczęściej zimnymi potami, mniej lub bardziej obfitymi, w okolicach twarzy, szyi i klatki piersiowej. Ich ilość i intensywność bywa różna u różnych kobiet, a nierzadko, z czasem, zmienia się u tej samej kobiety. U niektórych kobiet występują 1-2 uderzenia gorąca dziennie, u innych zaś częstotliwość bywa tak duża (do 15-20 dziennie), że mogą stanowić istotną przeszkodę w życiu zawodowym. Niektóre kobiety muszą czasami zmieniać pościel lub brać prysznic w środku nocy, z powodu uderzeń gorąca, które w ciągu dnia potrafią też całkiem rozmazać makijaż! Nocą uderzenia gorąca budzą ze snu, bywają źródłem wyczerpującej bezsenności. Jest to zjawisko, którego nie można przewidzieć ani zahamować, może je wywołać emocja, stres lub myśl. Uderzenia gorąca zaczynają się zazwyczaj w okresie poprzedzającym prawdziwą menopauzę, kiedy cykle dopiero stają się nieregularne, a trwają czasem jeszcze długo, po zatrzymaniu się miesiączki. W 50 procentach przypadków uderzenia gorąca trwają ponad 5 lat, a w 25 procentach przypadków - nawet ponad 10 lat! Nierzadko spotyka się kobiety 60-65-letnie, u których występują jeszcze uciążliwe uderzenia gorąca, ponad 10 lat po menopauzie. Skąd się biorą uderzenia gorąca? W okolicy podwzgórza znajduje się centrum zarządzania funkcjami jajników i centrum termoregulacji, kontrolujące temperaturę twojego ciała. Kiedy nadchodzi menopauza, centrum podwzgórzowe rozregulowuje się, co pociąga za sobą rozregulowanie sąsiedniego centrum termoregulacji, wywołując uderzenia gorąca. Równowaga neuroprzekaźników mózgowych na tym poziomie jest całkowicie zaburzona. Dysponujemy obecnie skutecznymi metodami, które szybko przynoszą ulgę przy uderzeniach gorąca. Można zastosować zastępczą kurację hormonalną, która ma za zadanie leczyć wszystkie objawy menopauzy i komplikacje z nią związane. Nie zawsze jednak jest ona możliwa i dobrze tolerowana. Można także przepisać specjalne leczenie objawów lub połączenie obu tych metod terapeutycznych. Leczenie objawów jest zazwyczaj dobrze tolerowane, nie ma przeciwwskazań i może być zalecane prawie wszystkim kobietom odczuwającym skutki uderzeń gorąca. Najskuteczniejsze metody działają na neuroprzekaźniki mózgowo, których zaburzenia wywołują uderzenia gorąca. Problemy menopauzy Oprócz uderzeń gorąca okres klimakterium, zwany też perimenopauzą (okresem okołoprzekwitania), może spowodować

pewną ilość bardzo uciążliwych problemów. Problemy psychologiczne Powodują zmiany nastrojów i zachowania, są pogłębiane lub łagodzone przez stanowisko otoczenia, męża, rodzinę, kolegów z pracy. Dla kobiet o delikatnej psychice, które przechodziły depresję nerwową, zaburzenia hormonalne okresu menopauzy mogą stanowić trudne doświadczenie, mogące złamać już i tak kruchą równowagę psychiczną. Zmiany nastroju mogą także wyrażać się w agresywnym sposobie bycia. Często słyszy się, że kobiety w czasie menopauzy mają trudny charakter. Można znaleźć hormonalne wytłumaczenie tego zjawiska. Oprócz problemów osobistych, które napotyka kobieta w tym okresie, menopauza powoduje, że cykle stają się nieregularne, w organizmie panuje stała nierównowaga hormonalna, nadmiar estrogenów. Inaczej mówiąc, w okresie przed menopauzą kobieta jest nieustannie, przez wiele miesięcy, czasem nawet przez 1-2 lata w bardzo męczącej i nieprzyjemnej sytuacji, którą można porównać do tego, co odczuwa w chwili zbliżania się miesiączki. Można więc zrozumieć, że "stały syndrom przedmiesiączkowy" może wywołać zmiany charakteru i pogorszyć stosunki z mało wyrozumiałym otoczeniem. W zależności od zmian hormonalnych, nastrój i charakter mogą zmieniać się gwałtownie, z dnia na dzień, znakomity humor graniczy z fatalnym. Fazy zdenerwowania i podniecenia następują po okresach depresji i zmęczenia. Otoczenie ponosi konsekwencje tych na pierwszy rzut oka niezrozumiałych zmian i nie zawsze reaguje życzliwie. Bardzo często problemom psychicznym okresu menopauzy towarzyszą znużenie, zmęczenie fizyczne. "Jestem zmęczona od samego rana", "Na nic nie mam ochoty", "Nic mi się nie podoba", słyszymy często. Kuracja polegająca na przywracaniu równowagi hormonalnej może przynieść skuteczną pomoc w kłopotach z nastrojem, zwłaszcza jeśli nie są one rezultatem nieporozumień z otoczeniem. Jeśli chodzi o depresje, wynikające z konfliktów psychologicznych, rezultaty są raczej skromne: nie można oczekiwać, że kuracja hormonalna rozwiąże problemy osobiste. Problemy fizyczne Mogą być spowodowane zmianami natury estetycznej. W ponad 70 procentach przypadków w okresie menopauzy zauważa się przybieranie na wadze. Czasami nie jest ono duże, ale zdarza się, że w ciągu roku kobieta tyje o ponad 10 kilogramów, co znacznie deformuje jej sylwetkę. Niektóre kobiety nagle rezygnują z wakacji nad morzem czy uprawiania sportów, ponieważ chcą ukryć zniekształcone ciało. Sylwetka zmienia się zdecydowanie w okolicach talii i ud, ulubionych miejsc odkładania się tłuszczu. Nadmiar estrogenów może spowodować zatrzymanie wody w organizmie, figura wygląda jak obrzęknięta, a kobieta ma stałe i bardzo nieprzyjemne wrażenie spuchnięcia. Aby ograniczyć przybieranie na wadze, szczególnie jeśli masz naturalną, dziedziczną skłonność do okrągłości, bądź ostrożna i od 45 roku życia zmniejszaj codzienną ilość jedzenia pokarmu i ogranicz zdecydowanie słodycze. Skóra, która zawiera receptory estrogenów, może stać się mniej elastyczna, bardziej sucha, łatwiej też powstają zmarszczki. Możesz poprosić lekarza o zapisanie preparatu, zawierającego estrogeny, aby chronić twarz i szyję. Podobnie wygląda sprawa wszystkich błon śluzowych, ze szczególnym uwzględnieniem pochwy, której suchość może przeszkadzać w stosunkach seksualnych i może być przyczyną powracających torbieli. Seks po pięćdziesiątce Małżeństwo Seks nie przestaje być istotnym elementem życia w trakcie i po menopauzie, przekwitanie bowiem nie jest sygnałem do przejścia na seksualną emeryturę. Większość kobiet prowadzi po menopauzie satysfakcjonujące życie seksualne. Częstotliwość stosunków seksualnych jest bardzo różna i zależy od partnerów; nie ma żadnych norm w tej dziedzinie. Życie uczuciowe seksualne w ogóle, a po pięćdziesiątce w szczególności, jest zarówno sprawą duszy, jak i ciała, i zależy w dużym stopniu od aktualnych i poprzednich stosunków w małżeństwie: czy jest wzajemne zrozumienie? Czy życie seksualne było zawsze bogate i satysfakcjonujące, czy przeciwnie, od dłuższego już czasu wasze małżeństwo jest "zmęczone"? Jeśli seks był zawsze słabą, stroną waszego związku i rozumieliście się nie najlepiej, niewielkie są szanse, by poprawiło się to po menopauzie. Jeśli stosunki seksualne były źródłem satysfakcji,

ewoluowały i wzbogacały się wraz z upływem czasu, z całą pewnością będzie można to utrzymać i po pięćdziesiątce. Suchość pochwy Stosunkom seksualnym po menopauzie mogą jednak stać na przeszkodzie pewne problemy natury fizycznej. Najważniejszy i najczęściej spotykany jest problem miejscowy, mechaniczny - suchość pochwy. W pochwie znajdują się receptory hormonów jajnikowych. U młodszej kobiety estrogeny pozwalają na utrzymanie pewnej wilgotności i elastyczności pochwy. Po menopauzie wydzieliny estrogenów jajnikowych zanikają, pochwa traci elastyczność i staje się sucha. Początkowo suchość występuje przede wszystkim u wejścia do pochwy, co przeszkadza w stosunkach seksualnych w momencie penetracji. Jeśli nie zatrzyma się tego objawu, ogarnie całą pochwę, która następnie będzie miała tendencję do zwężania się i zmniejszania. W takim okresie, kiedy wejście do pochwy zwęża się, uniemożliwiając penetrację, wiele par kończy życie seksualne. Suchość pochwy występuje u różnych kobiet w różnym czasie. Czasem przypadłość opanowuje pochwę w ciągu kilku miesięcy, bywa jednak, że wilgotność pochwy może być dostateczna jeszcze przez wiele lat po menopauzie. Regularne stosunki seksualne przyczyniają się do zachowania wilgotności i elastyczności pochwy. Jednak wiele kobiet, odstraszone bolesnymi stosunkami, woli ich unikać lub zmniejszać częstotliwość, co pogarsza sytuację. Trzeba koniecznie wiedzieć, że bez względu na stadium suchości pochwy, sytuację zawsze można odwrócić i znowu mieć przyjemne i bezbolesne stosunki. Zależy to wyłącznie od twojej motywacji, a polega na zastosowaniu miejscowej lub ogólnej kuracji hormonalnej, a jeszcze lepiej, kombinacji obu rodzajów terapii. Leczenie miejscowe polega na regularnym stosowaniu 2-3 razy w tygodniu (czasem częściej, w zależności od stanu pochwy) kremu z estrogenów na okolice wejścia do pochwy oraz wprowadzenie w głąb jamy macicy globulek estrogenowych. Jest to dość męczące, ale taka jest cena utrzymania twojego życia seksualnego. Kobiety z silną motywacją, którym seks zawsze przynosił satysfakcję, bardzo dobrze znoszą kurację miejscową. Inne o mniejszej motywacji, oraz te, dla których wysuszenie błony śluzowej stanowi "alibi" dla zmniejszenia częstotliwości stosunków seksualnych, nie prowadzą takiej kuracji lub źle ją stosują i kończą pożycie seksualne dość szybko. Oprócz głównego problemu, jaki stanowi suchość pochwy, i który powinien zostać rozwiązany poprzez miejscową kurację hormonalną, może pojawić się problem nawilżenia pochwy w trakcie samego stosunku. Po menopauzie wilgotność pochwy podczas stosunku jest mniejsza i pojawia się wolniej niż poprzednio. Dłuższa faza wstępna może okazać się niezbędna, przydać się mogą także niektóre żele (dostępne w wolnej sprzedaży, w aptece). Generalnie jednak, a dotyczy to zarówno mężczyzny, jak i kobiety, aby stosunek seksualny był satysfakcjonujący, należy rozpoczynać go w chwili, kiedy ciało i umysł są wypoczęte i oczekują na przyjemności. Zmniejszenie libido Niektóre kobiety odczuwają zwiększone pożądanie seksualne po menopauzie (i szczególnie się na to nie uskarżają...), jednak najczęściej w tym okresie spotykanym zmartwieniem jest osłabienie pożądania. Zmniejszenie lub zanik popędu seksualnego jest sprawą bardzo złożoną, ponieważ libido jest bardzo osobistą cechą, ukształtowaną przez liczne czynniki: wychowanie, przeżycia, temperament, klimat panujący w małżeństwie, problemy hormonalne... Medycyna, głównie dzięki hormonoterapii, może wzmocnić słabnące libido, ale istnieją też pewne granice. Życie seksualne po menopauzie zależy od wieku i od tego, jakie było przedtem. Kobieta, która specjalnie nie interesowała się seksem, ma niewielkie szanse, by poprawiło się to po pięćdziesiątce. I na odwrót, kobieta, która zawsze miała satysfakcjonujące życie płciowe, ma wszelkie szanse, by pozostało ono takie i po menopauzie - dzięki pomocy lekarskiej, jeśli okaże się to niezbędne. Mężczyzna pięćdziesięcioletni U mężczyzny, podobnie jak u jego partnerki w tym samym wieku, następuje często osłabienie pożądania, chociaż zjawisko to jest bardziej rozłożone w czasie. Równocześnie bardzo często występuje ograniczenie potencji seksualnej, do której każdy mężczyzna przywiązuje ogromną wagę, nawet jeśli nie daje tego po sobie poznać czy nie chce o tym mówić. Erekcja nie utrzymuje się tak długo i

jest mniej "sztywna". Po wytrysku zwiotczenie członka staje się trwałe, nie pozwalając na wielokrotne stosunki. Kiedy pięćdziesięciolatek ma problemy seksualne, zazwyczaj związane z erekcją, lekarz poszukuje przyczyny: cukrzyca, problemy z sercem lub żyłami (szczególnie w wypadku przyjmowania niektórych leków na ciśnienie) i udziela porad dotyczących higieny życia. Dotyczą one przede wszystkim wszelkiej przesady, głównie w kwestii żywienia. Mężczyzna, który ma problemy seksualne, musi zostać wysłuchany.

Wyrozumiałość ze strony partnerki odgrywa najistotniejszą rolę w leczeniu tych problemów.

Osteoporoza Osteoporoza jest to poważna demineralizacja kości, mogąca powodować złamania. Osteoporoza po menopauzie występuje u 1-8/4 kobiet i stanowi podstawową, długotrwałą komplikację zdrowotną, związaną z menopauzą. Mechanizmy i konsekwencje Kość jest tkanką ulegającą ciągłej przemianie i następują w niej nieustannie zjawiska wchłaniania i kształtowania. Tworzymy naszą masę kostną od urodzenia do wieku 20-25 lat i ten kostny kapitał nie zmienia się do mniej więcej czterdziestego roku życia. Następnie mężczyźni i kobiety aż do końca życia regularnie tracą masę kostną. Kapitał kostny zmniejsza się. Osteoporoza jest chorobą, która dotyka przede wszystkim kobiety, a to z dwóch powodów: po pierwsze, masa kostna kobiety w wieku dojrzałym jest mniejsza niż u mężczyzny, po drugie zaś utrata kości po menopauzie następuje szybciej. Kiedy masa kostna zmniejszy się istotnie, osiąga to, co nazywamy progiem łamliwości: może dojść do złamania (zapoczątkowanego osiadaniem kości). To właśnie jest osteoporoza. Konsekwencje tej choroby stały się poważniejsze wraz z wydłużeniem średniej wieku. Są one zarówno medyczne, jak i socjoekonomiczne. Pierwszym klinicznym objawem osteoporozy jest osiadanie kręgów lędźwiowych, występujące około sześćdziesiątki. Osiadanie kręgów powoduje zmniejszanie się wzrostu o centymetr (między 50 a 80 rokiem życia kobiety maleją średnio o 7 centymetrów) i wywołuje bóle pleców i nerek. Nierzadko wymaga to pomocy lekarskiej (kuracji reumatologicznej, zabiegów wodnych, kinezyterapii). Kolejne etapy osiadania kręgów zwiększają bóle i niesprawność. Dlatego też złamania nadgarstków zdarzają się sześciokrotnie częściej u sześćdziesięcioletniej kobiety niż u jej równolatka. Jeśli zaś chodzi o złamanie szyjki kości udowej, zdarza się ono przeważnie dużo później, powyżej 85 roku życia. Kobiety zagrożone osteoporozą Osteoporoza po menopauzie nie występuje u wszystkich kobiet po sześćdziesiątce. Dobrze byłoby więc móc zbadać ogół pięćdziesięciolatek, by stwierdzić, które z nich staną się ofiarami osiadania kości 10-15 lat później. Można im wtedy zaproponować metody leczenia czy strategię zapobiegania chorobie. Opierając się na badaniach epidemiologicznych naukowcy usiłują określić czynniki zagrożenia osteoporozą. Główne czynniki to dziedziczność, niewystarczająca zawartość wapnia w pożywieniu, brak ćwiczeń gimnastycznych, wczesna menopauza, a przede wszystkim zbyt mała masa kostna jak na osobę dorosłą. Ocena stanu masy kostnej przy próbach określania zagrożenia osteoporozą jest najważniejsza. Do niedawna było to trudne. Zwyczajne badanie radiologiczne nie pozwala na dokładną ocenę, ponieważ trzeba utraty aż 30 procent kości, by zdjęcie rentgenowskie coś wykazało. Nowe, bardzo złożone badanie (badanie gęstości kości poprzez absorbcjometrię) pozwala na lepszą ocenę kapitału kostnego. Jest to badanie bezbolesne, z zastosowaniem niewielkiej dawki promieni X (dziesięciokrotnie mniejszej niż przy zdjęciu rentgenowskim płuc), które mierzy gęstość kości na poziomie kręgów lędźwiowych. Ten rodzaj badania stosuje się obecnie coraz częściej. Zapobieganie osteoporozie Jeszcze do niedawna czekano na złamanie jakiegoś kręgu, by zacząć zajmować się osteoporozą i rozpocząć leczenie. Dziś próbujemy działać wcześniej i z góry przewidywać atak choroby. Zapobieganie osteoporozie po menopauzie polega na wcześnie rozpoczętym leczeniu hormonalnym menopauzy, hormonami zapisywanymi w odpowiednich ilościach i podawanymi przynajmniej do 60-tego roku życia. Lekarze zyskali pewność, że estrogeny walczą z utratą masy kostnej i mogą czasami "oszczędzić" trochę kości. Twój ginekolog wie, jak skutecznie stosować hormony, by zapobiec osteoporozie. Kuracja hormonalna w okresie

menopauzy może być stosowana u wszystkich kobiet, ale jeśli jej celem jest zapobieganie demineralizacji kości, dotyczy przede wszystkim kobiet w okolicach pięćdziesiątki o ograniczonym kapitale kostnym (wykrytym dzięki badaniu gęstości kości). Istnieją też inne metody zapobiegania. Jest to przede wszystkim spożywanie potraw o dużej zawartości wapnia i ćwiczenia gimnastyczne. We Francji średnia ilość spożywanego wapnia przez kobiety około pięćdziesiątki wynosi 700–710 mg, podczas gdy potrzeby organizmu ocenia się na 1–1,7 g przed menopauzą i 1,5–1,7 g po menopauzie. Zaleca się zatem dietę o dużej ilości wapnia: mleko, sery, jogurty, woda mineralna o dużej zawartości wapnia. Dodatkowe spożywanie wapnia w postaci pigułek również może się okazać skuteczne. "Im więcej się ruszasz, tym mniej się odwapniasz". Tak więc regularne ćwiczenia gimnastyczne (jeśli nie bolą cię plecy!) pozwalają na skuteczną walkę z odwapnianiem. Osoby prowadzące siedzący tryb życia lub obłożnie chore gwałtownie tracą swój kostny kapitał. Leczenie menopauzy

Menopauza spowodowana jest niedoborem hormonów jajnikowych. Logiczna metoda leczenia polega więc na zastępczej hormonoterapii, czyli uzupełnianiu braków tego, czego twoje jajniki już nie wytwarzają, przy pomocy hormonów naturalnych, w normalnych, fizjologicznych dawkach. Jeden z inicjatorów hormonoterapii menopauzy, doktor Robert Wilson, Amerykanin z Brooklynu, mówił w latach 60-tych: "Kiedy tarczyca zaczyna gorzej działać, leczymy ją hormonami tarczycy; kiedy gruczoły nadnercza zaczynają gorzej działać, leczymy je hormonami nadnercza; kiedy gorzej zaczyna działać trzustka, następuje cukrzyca i podajemy insulinę. Jajniki są jedynymi gruczołami wewnątrzwydzielniczymi, których czynności nie można niczym zastąpić. Trzeba więc leczyć złe działanie jajników hormonami jajnikowymi!". Wilson obiecywał swoim pacjentkom wieczną młodość i kobiecość. Mówi się, że jego pierwszymi pacjentkami były słynne gwiazdy z Hollywood. Zastępcza hormonoterapia menopauzy ma na celu leczenie wszystkich problemów związanych z okresem klimakterium, jak np. uderzenia gorąca, ale też zapobieganie komplikacjom związanym z brakiem hormonów jajnikowych, wśród których na pierwszym miejscu znajduje się osteoporoza. Leczenie hormonami ma także zalety "estetyczne", ponieważ pomaga w walce z wysuszeniem i osłabianiem skóry. Kuracja ta łączy zazwyczaj dwa hormony: estrogen i progestatyw, zgodnie ze schematem terapeutycznym, który naśladuje naturalny cykl miesięczkowy. Klasyczny schemat łączy estrogen, podawany od 1 do 24 dnia każdego miesiąca i progestagen, od 13 do 24 dnia miesiąca. W ciągu ostatnich dni miesiąca, kiedy nie podaje się hormonów, zazwyczaj pojawia się "miesiączka, która jest krwawieniem sztucznym (tak jak w czasie brania pigułek) i absolutnie nie oznacza powrotu płodności. Aby kuracja hormonalna przyniosła najwięcej korzyści, leczenie powinno zostać rozpoczęte, kiedy tylko lekarz rozpozna menopauzę i powinno być prowadzone możliwie jak najdłużej (przynajmniej do 60-tego roku życia). Niestety, po okresie najbardziej męczących uderzeń gorąca wiele kobiet z lenistwa, zmęczenia lub niewiedzy przerywa kurację, gdy tylko zapomina o jej skutkowaniu. Nie mają już bowiem widocznych objawów menopauzy i bardziej zauważają jej wady - konsultacje u ginekologa, comiesięczne krwawienia, codzienne przyjmowanie pigułek... Przeciwwskazania hormonalnego leczenia menopauzy

Przeciwwskazania bezwzględne - Rak piersi - Rak błony śluzowej macicy
Przeciwwskazania względne (w zależności od przypadku) - Nadciśnienie tętnicze - Choroby serca i żył - Cukrzyca - Zaburzenia zawartości lipidów we krwi - łagodny guz piersi - Mięśniaki - Endometrioza (gruczolistość macicy)

Estrogeny są podawane pod różnymi postaciami: pigułki, żelu, plastra samoprzylepnego (rodzaj niewielkiego, kilkucentymetrowego pojemniczka, regularnie wydzielającego hormon), zastrzyków. Progestagen podaje się tylko w formie pigułek. Ginekolog rozstrzygnie, po rozmowie z tobą, jaka metoda jest dla ciebie najodpowiedniejsza. Wybór zostanie dokonany w zależności od rodzaju twoich problemów, chorób dziedzicznych, badania klinicznego, sporządzonego na początku bilansu hormonalnego, biologicznego i kostnego. Po pierwszej, trzymiesięcznej próbie, ginekolog może zmienić rodzaj kuracji, w

zależności od reakcji twojego organizmu i opracować leczenie bardziej odpowiednie, przystosowane do twoich kłopotów i osobowości. Jak już powiedzieliśmy, istnieją też skuteczne rodzaje terapii niehormonalnej przeciwko uderzeniom gorąca. Mogą one być łączone z hormonoterapią, by zlikwidować silne uderzenia gorąca i nie trzeba przy tym nadmiernie zwiększać dawek estrogenów. Najskuteczniejsze terapie działają bezpośrednio na neuroprzekazniki mózgowe. Podobnie niektóre uzupełniające metody leczenia, jak na przykład homeopatia, mogą okazać się dość skutecznymi sposobami leczenia zaburzeń czynnościowych menopauzy. Wszelkie metody terapeutyczne zdecydowanie poprawiają jakość twojego życia, ale nie likwidują całkowicie komplikacji związanych z brakiem wydzielania z jajników, np. suchości błony śluzowej czy osteoporozy. Zastępcza hormonoterapia menopauzy jest jednym z podstawowych i nieodwracalnych osiągnięć w dziedzinie nowoczesnej ginekologii.

Iii. Seks i chęć posiadania dziecka

Seks Na Olimpie

Zeus i jego małżonka Hera zastanawiali się, kto, kobieta czy mężczyzna, ma więcej przyjemności ze stosunków seksualnych. Postanowili zadać to pytanie Tejrezjaszowi, który najpierw był kobietą, a pod wpływem czarów stał się mężczyzną. Ten odpowiedział: "Jeśli w miłości przyjemność miałaby być podzielona na dziesięć części, kobieta miałaby po trzykroć trzy, a mężczyzna tylko jedną". Ciało kobiety jest więc szczególnie zdolne do przeżywania przyjemności seksualnej. Seks - jeden z podstawowych elementów naszej egzystencji, obejmuje zespół funkcji i zachowań powodowanych pożądaniem seksualnym. Pojęcie to dotyczy nie tylko stosunków fizycznych, ale także wszelkiego rodzaju emocji, stosunków uczuciowych, a nierzadko także pewnych trudności - kompleksów, frustracji, cichych dni. Choć niektórym udaje się to całkiem łatwo, dla innych droga do osiągnięcia satysfakcji seksualnej może wydawać się niezwykle długa i najeżona przeszkodami. Ponadto prowadzenie bogatego i satysfakcjonującego życia seksualnego wymaga od każdego z partnerów fizycznego i uczuciowego zaangażowania, twórczego podejścia i stałego podtrzymywania temperatury uczuć.

Popęd płciowy

Popęd płciowy jest najbardziej "zwierzęcym" spośród naszych zachowań, a obserwacja innych gatunków daje nam wiele do myślenia. U większości ssaków samica nie stara się, a często nawet nie zezwala na zaloty poza ściśle określonym okresem płodności, zwanym rują. U zwierząt bardziej rozwiniętych, które znają już pewne obyczaje społeczne, pod wpływem namów samca samica zgadza się na pewnego rodzaju życie seksualne, ale sama stara się go uwodzić tylko w czasie zbliżającej się owulacji. Im bardziej gatunek jest rozwinięty, tym większą rolę odgrywają czynniki społeczne. Z drugiej jednak strony, nawet jeśli narządy płciowe niektórych zwierząt przypominają ludzkie, samice zwierząt nie przeżywają orgazmu. U zwierząt, dzięki silnemu popędowi płciowemu, niezbędnemu dla podtrzymywania gatunku, potrzeba reprodukcji dominuje nad potrzebą seksu. Wysoce rozwinięty mózg jest więc podstawowym elementem odróżniającym nas od innych gatunków. Nawet jeśli popęd płciowy człowieka początkowo powodowany jest instynktem, mózg szybko przejmuje nad nim kontrolę. Popęd jest wówczas kształtowany przez liczne czynniki społeczne, psychologiczne, kulturowe, religijne...

Zjawiska hormonalne mogą mieć pewne znaczenie w naszych zachowaniach seksualnych, ale rolę determinującą odgrywają czynniki społeczno-kulturowe i emocjonalne. Mózg człowieka pozwala bez ograniczeń dla przyjemności i uczuć na otwarcie ludzkiego popędu płciowego na zabawę, właściwą tylko dla naszego gatunku. Udało nam się przesunąć na drugi plan aspekt reprodukcji, preferując miłość, uczucia i fizyczną przyjemność. Socjokulturowe aspekty popędu płciowego

Popęd płciowy jest funkcją intymną i bardzo osobistą każdej jednostki, określaną przez liczne czynniki: temperament, uczucia, wcześniejsze doświadczenia, hormony. Główną rolę odgrywają jednak aspekty socjokulturowe i wychowanie. Przez wiele wieków i jeszcze w naszych czasach społeczeństwa potępiały przyjemność płynącą z seksu. Niektóre religie nie zezwalały na jakiegokolwiek zbliżenia poza okresem płodności. Postawy seksualne uznawane za "nienormalne", nie prowadzące do prokreacji, jak homoseksualizm

lub masturbacja czy stosunki oralne były zakazane. Aż do XIX wieku popęd płciowy u kobiet był bardziej niż tępiący - był w ogóle niedostrzegany. Kobieta dawała dowód swojej seksualnej wartości tylko poprzez możliwość rodzenia dzieci. Jej uczucia, wrażenia, potrzeby seksualne, przyjemność były czymś całkowicie nieznanym. Kobieta była podporządkowana przyjemności mężczyzny, pana i władcy zarówno w dziedzinie zawodowej, jak i społeczno-kulturalnej. Dopiero w połowie XIX wieku prace ogłoszone przez Freuda sprawiły, że trzeba było wreszcie zastanowić się nad tym degradującym założeniem, które odmawiało prawa do przyjemności połowie gatunku ludzkiego. Stopniowo odkrywano anatomię i fizjologię kobiety oraz jej zdolność do przeżywania przyjemności seksualnej. W Stanach Zjednoczonych raporty Kinseya oparte na opiniach 16000 osób na temat "Zachowania seksualnego mężczyzny" - opublikowane w 1948 roku i "Zachowania seksualnego kobiety" - z 1953 roku, zobiektywizowały stosunek do ludzkiego popędu płciowego. Odkryły, że przejawy życia seksualnego, zazwyczaj zwalczane przez społeczeństwo (masturbacja, seks oralny) należą do codziennej praktyki. Wykazały, że popęd płciowy jest silniejszy od wszelkich tabu oraz społecznych, moralnych i religijnych zakazów. W latach sześćdziesiątych słynna para amerykańskich seksuologów, William Masters i Virginia Johnson zajęła się szczegółowo fizjologią seksu i stosunku seksualnego. Zaproponowali oni strategie terapeutyczne dostosowane do wszelkich trudności i problemów związanych z seksem. Równoległe z rozwojem nauki i seksuologii nasze społeczeństwo przeszło głębokie zmiany. Kobieta wyemancypowała się i wywalczyła to samo miejsce w społeczeństwie i te same prawa co mężczyzna. Coraz częściej kobiety kończą studia i prowadzą intensywne życie zawodowe, co pozwala im na samodzielność i otwiera przed nimi świat. Antykoncepcja całkowicie zmieniła nasze zachowania. Kontrolując płodność i likwidując lęk przed niepożądaną ciążą pozwoliła na stworzenie podziału na miłość-prokreację i miłość-przyjemność. Mass media będące motorem i świadkiem zmian w społeczeństwie, miały swój udział w "wyzwoleniu seksualnym" kobiety pod koniec XX wieku. Źródła pożądania

Dlaczego bardziej pociąga cię ten, a nie inny mężczyzna? Dlaczego ten właśnie człowiek zwraca na ciebie uwagę? Ta uczuciowa i fizyczna "linia wysokiego napięcia" między kobietą i mężczyzną zwana jest pożądaniem, libido, popędem płciowym, apetytem seksualnym, potrzebą seksu. Jest niepokojącą siłą, która popycha jedno w kierunku drugiego i powoduje, że na pewien - krótki lub dłuższy czas - stają się parą. Czasem jest to tylko czas jednego stosunku seksualnego, bywa jednak, że zostają ze sobą na całe życie. Pożądanie czerpie z wielu źródeł i różnymi chadza drogami. Ma charakter nadzwyczaj osobisty i subiektywny. Hormony i pożądanie

Liczne badania wykazały, że tak jak w przypadku innych gatunków, w okolicach owulacji i w czasie płodności popęd płciowy kobiety jest większy. Ten wzrost wydaje się zależeć od szczytów hormonalnych testosteronu (hormonu męskiego, wydzielanego w niewielkich ilościach przez kobietę) i estradiolu (najsilniejszego z estrogenów). Lekarze wiedzą, że stosowanie testosteronu w małych dawkach może przyczynić się do dużej stymulacji kobiecego popędu. Pigułka antykoncepcyjna blokując owulację likwiduje szczyt popędu płciowego w połowie cyklu. Miesiączka jest często okresem wzmoczonego pożądania i właśnie w jej trakcie pojawia się najwięcej erotycznych snów, choć wyjaśnienie tego zjawiska nie jest proste. Niektórzy sądzą, że po nieprzyjemnym okresie przedmiesiączkowym ciało i umysł reagują w ten sposób na spadek napięcia, odpoczynek i odzyskanie dobre samopoczucie. U ludzi wpływ zjawisk hormonalnych wydaje się istotnie mniejszy w stosunku do innych czynników pobudzających pożądanie. Pięć zmysłów pożądania

Liczne stymulatory zmysłowe mogą wzbudzać, kierować i wzmacniać pożądanie seksualne, zarówno u kobiety, jak i u mężczyzny. Są jednak pewne różnice. |Wzrok odgrywa bardzo ważną rolę, zwłaszcza u mężczyzny i może wywoływać erotyczne emocje. Możliwość wizualnego podniecania mężczyzny jest wykorzystywana w filmach, czasopiśmie - tzw. męskiej prasie oraz przez kobiety, które uwodzą strojem, makijażem i

ogólnym wyglądem zewnętrznym. Wiedzą o tym dobrze projektanci damskiej bielizny. Mały tylko fragment kobiecego ciała, piersi czy nogi, subtelnie podkreślone stanikiem lub pończochami, zgrabnie odsłonięte, mogą mężczyznę bardzo intensywnie przyciągać. Także kobieta jest czuła na widok efektownego męskiego torsu, który sprawia na niej wrażenie męskiej siły, ale wrażenie erotyczne wywiera całe nagie ciało partnera. Pewną rolę w wywoływaniu erotycznego nastroju mogą odgrywać dźwięki. Duże znaczenie mają tu słowa miłosnych piosenek. Czy pierwsze kontakty erotyczne nie kojarzą ci się z melodiami, słuchanymi tego lata, które tak przyczyniły się do stworzenia intymnej atmosfery? Także barwa niektórych głosów jest dla nas szczególnie miła i oddziałuje zmysłowo. Wpływ bodźców węchowych jest bardziej ograniczony w naszym gatunku w porównaniu do zwierząt, ale naturalne zapachy intymne i perfumy mogą odegrać istotną rolę w pobudzaniu seksualnym. Chodzi tu o smak i zapach skóry, ust partnera. Dotyk wzmacnia, pobudza płomień rodzącego się pożądania. Zwykle, przelotne dotknięcie wywołuje pożądanie u obojga partnerów. Następnie dotykanie, pieszczoty, pocałunki dają wiele zarówno temu, który je otrzymuje, jak i temu, który je daje. Dotknięcie stanowi swoisty myślnik, przejście od pożądania do przyjemności. Pozwala na poszukiwanie i zapoznanie się ze wszystkimi strefami erogennymi naszego ciała. U mężczyzny strefy te są niezwykle ograniczone i skoncentrowane w okolicach członka, a szczególnie na jego końcu, żołędzi. Ciało kobiety ma zdecydowanie większy potencjał erogenny i praktycznie całe może brać udział w podniecaniu pieszczotami. Oprócz narządów płciowych, a przede wszystkim łechtaczki, główne strefy erogenne to: uda, plecy oraz piersi, zwłaszcza sutki. Mózg i fantazje Mózg jest panem naszego pożądania. W nim kryje się nasza osobowość, instynkty, fantazje. Rejestruje nasze doświadczenia, przeżycia, przez niego przechodzą wszystkie wiadomości, stymulacje zmysłowe i informacje hormonalne. To także mózg rozróżnia pożądanie męskie od kobiecego. Męskie pożądanie jest gwałtowne, brutalne, bardzo fizyczne, niespokojne i władcze. "Zawsze gotowy", mężczyzna chce dostać wszystko natychmiast i chętnie by się obywał bez wstępów. Pożądanie może go doprowadzić do stosunku seksualnego wyłącznie dla jego fizycznej przyjemności. Pożądanie kobiety jest subtelniejsze, bogatsze i zróżnicowane. Wzrasta stopniowo, składa się z mieszanki wrażeń fizycznych i emocji, więcej tu miejsca na uczucia. Gra wstępna, uwodzenie, stanowią dla kobiety źródło satysfakcji i powodują wrażenia wiodące jej ciało i umysł do pożądania seksualnego. Mózg jest źródłem intensywnych pobudzeń seksualnych i nieograniczoną strefą erogenną, często niedostatecznie wykorzystywaną. Ukrytą stroną tego świata są fantazje, wizje i wyobrażenia erotyczne, które ułatwiają dostęp do pożądania i przyjemności. Fantazje żywią się tajemnicami naszej osobowości, naszych instynktów, wcześniejszymi doświadczeniami, wychowaniem, zakazami i tabu. Większość mężczyzn i kobiet ma fantazje, o których myślą podczas masturbacji i stosunków seksualnych, choć niechętnie się do tego przyznają. Fantazje są rzeczą normalną. Jest to część zachowań właściwych dla gatunku ludzkiego, których nie powinniśmy się wypierać ani ukrywać. Wiele kobiet wstydzi się swoich fantazji i stara się je ukrywać uznając, że jest to rodzaj zdrady wobec partnera. Tym bardziej, że są to często sceny będące w całkowitej sprzeczności z ich wychowaniem i moralnością. Sprzeczność polega często na marzeniach o brutalności i przemocy fizycznej lub słownej, które zajmują tu często istotne miejsce. W rzeczywistości fantazje należy traktować jako rodzaj przyprawy naszego życia seksualnego. Urozmaicają monotonne smutne życie płciowe i pozwalają na wszelkie podróże w zakazany świat wyobraźni. Ich realizacja okazuje się często rozczarowująca i jedno z partnerów zazwyczaj na tym cierpi. Może prowadzić do eskalacji żądań, perwersyjnej licytacji, destrukcyjnej dla tego, który realizuje swoje fantazje albo dla obojga. Czasami po przygotowaniu psychologicznym, realizacja fantazji, której życzą sobie oboje partnerzy, może przysporzyć pewnej satysfakcji, ale wymaga głębokiego zaufania i dużej wspaniałomyślności. Przyjemność Rozbudzone, czule, otwarte na życie seksualne, kierowane pożądaniem ciała i

umysł mogą oddać się przyjemnościom. Zwalczana przez "dobre wychowanie", chociaż uprawiana przez trzy czwarte nastolatków i prawie wszystkich dorosłych, masturbacja jest zazwyczaj pierwszym naturalnym etapem na drodze do przyjemności i rozładowania seksualnego. Masturbacja nie powoduje głuchoty ani nie ogłupia, wbrew temu, co mówią stare przesady. Pozwala ona nastolatkom odkrywać własne ciało i pierwsze wrażenia seksualne, utwierdza ich w przekonaniu, że mogą odczuwać przyjemność doznając pierwszych orgazmów. Pozwala na uświadomienie sobie kolejnych etapów rosnącego podniecenia. Później te doświadczenia pomogą poprowadzić wahającego się lub niezręcznego partnera i udostępnić mu swoją "intymną instrukcję obsługi". Z czasem masturbacja zostaje ograniczona wraz ze wzrostem częstotliwości stosunków heteroseksualnych. Może jednak utrzymywać się w wieku dorosłym, nawet u kobiet i mężczyzn prowadzących satysfakcjonujące życie seksualne. Nie może to być uważane za nienormalne, chyba że masturbacja jest systematycznie przedkładana nad stosunek seksualny - wówczas jest oznaką pewnych konfliktów i frustracji. Pieszczoty i stosunki oralno-genitalne (felatio: pieszczonienie członka ustami partnerki, cunnilingus: pieszczonienie narządów płciowych kobiety ustami partnera) są w społeczeństwach zachodnich bardzo częstymi i cenionymi praktykami seksualnymi. Niewiele kobiet i mężczyzn nie odczuwa z tego powodu intensywnej przyjemności. A mimo to wiele kobiet nie pozwala całować się w okolice narządów płciowych, ponieważ odczuwają pewnego rodzaju zawstyżenie swoim seksem i sądzą, że okolice te są brudne i mają nieprzyjemny zapach. Dobra znajomość anatomii i fizjologii intymnej powinna pogodzić je z własnym ciałem i zmniejszyć niechęć. Stosunek seksualny u kobiety odbywa się w czterech fazach, zbadanych przez parę Masters-Johnson. Pod wpływem pożądania i kontaktu z ciałem partnera [faza |podniecenia przygotowuje kobietę do penetracji. Faza ta jest dłuższa lub krótsza: przebiegając szybko u kobiety młodej (kilkadziesiąt sekund), po menopauzie może wymagać więcej czasu i cierpliwości. Sutki napinają się i stają bardziej wrażliwe, mniejsze wargi sromowe wypełniają się krwią, łechtaczka się rozszerza, ale najistotniejszym elementem fazy podniecenia jest nawilżenie pochwy. Nawilżenie następuje dzięki gruczołom Bartholína, a przede wszystkim dzięki zjawisku przesiąkania pochwowego. Obrazowo można to przedstawić jako pocenie się całej błony śluzowej. Nawilżenie jest u kobiet bardzo różnorodne i może być mniejsze w pewnych okresach życia płciowego (np. po porodzie) lub uczuciowego. W procesie podniecania uczestniczy całe ciało i umysł: serce zaczyna bić mocniej, oddech ulega przyspieszeniu, mięśnie się napinają. Silne podniecenie pozwala na penetrację, a następnie umożliwia ruchy członka w pochwie, w fazie zwanej [fazą |plateau. Podczas tej fazy łechtaczka cofa się, chowając się pod swój kapturek, dno macicy rozszerza się, podczas gdy część zewnętrzna powiększa się, napęla krwią, obejmując i stymulując członek. W czasie tych ruchów członek może dotykać punktu G, zwanego w ten sposób od nazwiska jego odkrywcy, Grafenberga. Nad znaczeniem przestrzeni Grafenberga, strefy znajdującej się między przednią ścianą pochwy, kilka centymetrów od ujścia sromu, za cewką moczową, dyskutuje obecnie wielu seksuologów. |Orgazm jest punktem kulminacyjnym przyjemności i wyraża się serią spazmatycznych skurczów mięśniowych, które przechodzą przez pochwę i rozchodzą się po podbrzuszu, a często także sięgają innych części ciała. Równocześnie otwiera się szyjka macicy. Aby doszło do orgazmu, faza plateau musi być wystarczająco długa, przyjemność odpowiednio skoncentrowana i niczym nie pohamowana. Długo zastanawiano się nad istnieniem dwóch form orgazmu: pochwowego i łechtaczkowego. Łechtaczka istotnie jest kluczem do przyjemności, elementem niezbędnym, który zawsze w wywoływaniu orgazmu bierze udział. Stymulacja okolic łechtaczki może być bezpośrednia - pieszczoty kobiety lub jej partnera lub pośrednia - ruchy członka, pobudzające mniejsze wargi sromowe. Zamiast rozróżniania orgazmu łechtaczkowego i pochwowego, dziś mówi się raczej o "platformie orgazmowej", obejmując tym określeniem cały srom, z mniejszymi wargami sromowymi,

łechtaczka i dolną częścią pochwy. Intensywność orgazmu jest u każdej kobiety inna, a czasem zmieniać się może również u tej samej kobiety podczas różnych zbliżeń. Orgazm jest zjawiskiem mimowolnym, na które mózg może wywierać pewien wpływ hamujący. Jego pojawienie się i intensywność zależy od stopnia pożądania, struktur psychologicznych kobiety, jej stosunków z partnerem i poziomu jej wyzwolenia lub zahamowania wobec własnego ciała i seksu. Osiągnięcie orgazmu może więc wymagać pokonania pewnej seksualnej i psychologicznej drogi. |Faza |rozprężenia polega na rozluźnieniu wszystkich napięć psychicznych i fizycznych, których kulminacja nastąpiła w momencie orgazmu. Mięśnie rozluźniają się, serce i oddech wracają do normalnego rytmu. Uczucie spełnienia, dobrego samopoczucia ogarnia całe ciało i umysł. Narządy płciowe powracają do normalnych form i pozycji. W odróżnieniu od mężczyzny, który przechodzi przez okres refrakcyjny, kobieta może odczuwać kolejne orgazmy o tym samym natężeniu. Stosunek seksualny u mężczyzny Jego przebieg także można podzielić na cztery fazy. |Faza |podniecenia wyraża się za pomocą erekcji, spowodowanej przekrwieniem naczynek ciała jamistego członka, gdzie napływa krew i czasowo zostaje zatrzymana. Członek podnosi się, staje się grubszy, dłuższy i sztywny. Pojawiająca się gwałtownie, w ciągu kilku sekund erekcja jest odruchem, którego mężczyzna nie może ani wywołać, ani powstrzymać. |Faza |plateau wiąże się, po penetracji, z szybszymi i wolniejszymi ruchami członka w pochwie. Zazwyczaj mężczyzna może kontrolować długość trwania fazy, zwalniając lub powstrzymując się od wykonywania ruchów w momencie, gdy czuje, że zbliża się orgazm. |Orgazm pojawia się równocześnie z wytryskiem, który polega na kilku skurczach, wyrzucających za każdym razem niewielki strumień spermy i powodujących intensywną rozkosz. |Faza |rozprężenia nadchodzi pod koniec wytrysku, przyjemność i erekcja słabną, członek powraca do stanu spoczynku. Napięcie fizyczne, mięśniowe i emocjonalne gwałtownie znika. Mężczyzna ma skłonność do zasypiania. Następuje okres refrakcyjny, krótszy lub dłuższy, w zależności od wieku i aktywności (od kilku minut do kilku godzin) i w tym czasie nowe podniecenie i nowy stosunek seksualny nie będą możliwe. Para i harmonia seksualna Po przeczytaniu poprzednich rozdziałów zauważyłaś, że pod pojęciem seksu kryje się u ludzi wiele zjawisk, różnorodnych i złożonych doznań fizycznych i emocji modyfikowanych przez rozmaite czynniki osobiste i socjokulturowe. Istnieją w tej dziedzinie pewne istotne różnice między płciami i duża zmienność zachowań jednostkowych. W przypadku pary harmonia seksualna opiera się na możliwie najlepszej koordynacji zachowań obojga partnerów. Wzajemne przystosowanie wymaga zrozumienia, często ustępstw i kompromisów. Życie seksualne stanowi formę komunikacji między partnerami. Para, która nie ma ze sobą wiele wspólnego, nie prowadzi żadnej formy dialogu, ma niewielkie szanse na osiągnięcie satysfakcji seksualnej. Często jedno z partnerów (lub obydwójce) czuje się sfrustrowane i cierpi po cichu przez wiele lat, czasem przez całe życie, akumulując żal i agresję. Gdy pojawiają się problemy, należy bezwzględnie "otworzyć duszę" przed partnerem i nie dopuścić, by zagnieździło się między wami trwale nieporozumienie, a wasze życie seksualne stało się mierne, smutne i niesatysfakcjonujące. Dyskusje, debaty na ten temat powinny być prowadzone bardzo delikatnie, z wzajemnym zrozumieniem i bez agresji. Kobiety zarzucają bardzo często mężczyznom brak czułości i istotnie nierzadko dają oni dowody głębokiego, elementarnego egoizmu. Na ten temat trzeba wiele rozmawiać, ale spokojnie i bez złości. Harmonia seksualna stanowi o ogólnej harmonii. Partnerzy powinni móc ze sobą rozmawiać spokojnie, w zaufaniu i przyjaźni. Jeśli ich życie zaczyna być polem bitwy, nie ma większych szans na osiągnięcie harmonii seksualnej. Wszelkie formy konfliktów małżeńskich są jej poważnymi wrogami. Harmonia seksualna wymaga pokonania przez partnerów pewnej drogi uczuciowej i fizycznej. Aby osiągnąć pełną satysfakcję seksualną, kobieta powinna być zdolna do całkowitego oddania się przyjemnościom współżycia. To "oddanie się" zależy od stosunków panujących między nią a partnerem. Wymaga dużego zaufania i porozumienia. Z

tych właśnie względów mówi się często, że kobieta osiąga pełną satysfakcję w miłości dopiero w okolicach trzydziestego roku życia, kiedy zyskuje wiarę w siebie. Podtrzymywanie pożądania i harmonii seksualnej polega na rozwoju, kreatywności w dziedzinie miłości: wszelkie przyjemności są dozwolone, bez względu na techniki, sytuacje, fantazje. Monotonia, nuda i mierność zabijają miłość. Oryginalność, fantazja, wyobraźnia mogą podtrzymywać chwiejny płomień. Para i problemy seksualne "Fałszywe" problemy seksualne Jak widzimy, nieporozumienia i problemy seksualne mogą być wyrazem konfliktów małżeńskich lub bardziej generalnego nieporozumienia. Niechęć lub odmowa współżycia, brak radości staje się sposobem na wyrażenie agresji w stosunku do partnera, aby go "ukarać". Tymczasem ważne jest, by porozmawiać ze sobą lub z terapeutą, łagodzić konflikty i nie utrzymywać sytuacji klęski i frustracji, której nie da się szybko naprawić. Innego rodzaju "fałszywe" problemy wynikają z niedoinformowania, z braku wiedzy w dziedzinie fizjologii seksualnej płci przeciwnej. Przebieg stosunku seksualnego jest różny u kobiety i u mężczyzny. Kobieta wymaga i ceni sobie dłuższą fazę wstępną. Trzeba jej zazwyczaj więcej czasu na osiągnięcie orgazmu. Mężczyzna musi umieć stworzyć właściwy klimat, odpowiednio obsypywać pieścotami, dawać dowody cierpliwości i umieć panować nad własnymi reakcjami, bardziej fizycznymi i szybszymi, aby doprowadzić partnerkę do tego samego stadium podniecenia i zakończyć stosunek wspólną przyjemnością. Wymaga to jednak pewnego wprowadzenia w tajniki życia seksualnego. Lepiej jest rozpoczynać stosunek seksualny, gdy spełnione są podstawowe warunki powodzenia. Stosunki pospieszne, niespokojne, pogarszają istniejące już problemy lub je tworzą, zamiast rozwiązywać. Pewne niezręczności, np. zbyt szybkie, wolne, brutalne lub natarczywe pieścoty powinny być łatwo naprawiane dzięki dobrze rozumianemu, minimalnemu choćby dialogowi. Mężczyzna powinien wiedzieć, że łechtaczka, klucz do przyjemności kobiety, nie znosi bezpośrednich i brutalnych "ataków". Lepiej jest najpierw pobudzać inne strefy erogenne, zanim dotrze się pośrednio, a później dopiero bezpośrednio, ale delikatnie, do łechtaczki. Kobieta musi umieć pokierować i doradzić niebyt zręcznemu partnerowi. Trzeba jednak do tego pewnej wiary w siebie, wzajemnego zaufania i pokonania nieśmiałości lub obawy przed urażeniem kochanka. Zrozumieć problemy seksualne Naszym zamiarem nie jest poruszanie poważnych problemów i nienormalnych zachowań seksualnych, związanych z poważnymi problemami osobowości z dziedziny neuropsychiatrii. Mamy natomiast zamiar zająć się niektórymi, często spotykanymi kłopotami życia seksualnego, które każdy może napotkać pewnego dnia u siebie lub u swojego partnera. Lekarz, do którego zwracamy się z takim kłopotem, poszukuje zawsze przyczyn organicznych, biologicznych lub anatomicznych, znajduje je jednak dość rzadko. Większość ludzi posiada układ anatomiczny oraz potencjał erotyczny i seksualny zdolny poprowadzić ich do przyjemności. Jednak niektórzy z różnych względów nie wiedzą, nie mogą lub nie chcą wykorzystywać tego potencjału. Większość problemów seksualnych ma podłoże psychologiczne. Trudno jest leczyć objawy problemów seksualnych nie biorąc pod uwagę obojga partnerów. Leczenie oziębłości i impotencji wymaga współpracy i zrozumienia ze strony partnera. Często źródłem tych kłopotów lub powodem ich pogorszenia jest właśnie sytuacja wewnątrzmałżeńska. Porozumienie i zrozumienie wzajemne, zaufanie i miłość (wiem, że to wiele) pozwalają na opanowanie problemów i unikanie kryzysów, pod warunkiem, że zajmiemy się problemami seksualnymi bardzo szybko, zanim w nich ugrzęźniemy. Potrafią się one mnożyć, każda nowa klęska pogarsza sytuację. Ponadto długotrwały brak satysfakcji seksualnej może wyrażać się pewnymi problemami natury fizycznej lub psychicznej: depresją, załamaniem, smutkiem, agresją, mniej lub bardziej uporczywym zmęczeniem. Może też powodować prawdziwe choroby psychosomatyczne. Lekarze (ginekolodzy, seksuolodzy, psychoterapeuci) mogą rozwiązać problemy organiczne, anatomiczne i mogą pomóc pokonać kłopoty psychologiczne, ale ty sama masz tu do odegrania rolę determinującą. W dziedzinie seksu, tak jak w wielu innych dziedzinach, by

otrzymywać, należy dawać. Jeśli dajesz niewiele lub nie dajesz niczego, niewiele lub nic nie otrzymujesz. Nie zapominaj, że seks wymaga pewnego doświadczenia, a rozwój uczuciowy i seksualny pary polega na dostosowaniu pożądanego do zachowań obojga partnerów. Życie seksualne ludzi jest sferą skomplikowaną i delikatną, wymaga czułości i podtrzymywania płomienia uczuć. Problemy seksualne kobiety Istnieją dwa podstawowe typy problemów seksualnych kobiet: związane z penetracją, z samym stosunkiem seksualnym ("kiedy miłość boli") oraz zaburzenia pożądanego i przyjemności (oziębłość). "Kiedy miłość boli" Medycyna nazywa to dyspareunią (bolesnością stosunku seksualnego), rozróżniając dyspareunię wejściową (przy penetracji) i dyspareunię głęboką. Suchość pochwy lub zaburzenia nawilżania Stanowi to najczęściej spotykaną przyczynę dyspareunii. Może pojawić się wybiórczo w różnych okresach życia kobiety lub pary i może mieć pochodzenie organiczne lub psychologiczne. Pochwa jest organem-receptorem hormonów jajnikowych i wszelki spadek poziomu estrogenów może ograniczyć wilgotność i wydzielanie w pochwie. Zdarza się to zazwyczaj po menopauzie, kiedy ustaje produkcja estrogenów: pochwa blednie, staje się sucha, traci elastyczność i z upływem lat wykazuje tendencję do kurczenia się. Stosunki są trudne, bolesne, a w końcu praktycznie niemożliwe. Suchość pochwy w okresie po menopauzie stanowi jeden z podstawowych problemów spowodowanych ustaniem pracy jajników, najczęściej spotykany, ale i najłatwiejszy do rozwiązania. Dzięki terapii hormonalnej, ogólnej i miejscowej, przy odrobinie cierpliwości można przywrócić pochwie elastyczność i delikatność, umożliwiającą prowadzenie przyjemnego życia seksualnego. Wszelkie zaburzenia flory bakteryjnej pochwy, podrażnienia i infekcje błony śluzowej mogą spowodować kłopoty z nawilżaniem. Podobnie jest w przypadku wszelkich zapaleń pochwy i grzybic sromowo-pochwowych. Przy grzybicy ból i stan zapalny są tak poważne, że kobieta nie może nawet pomyśleć o stosunku seksualnym. Czasami występują też zaburzenia nawilżenia pochwy w niektórych okresach cyklu miesięczkowego lub życia płciowego. Pod koniec miesiączki tampony mogą wchłaniać równocześnie krew i fizjologiczne wydzieliny pochwe. Suchość pochwy występuje często przez okres kilku dni, a nawet miesięcy po porodzie. Częste i długotrwałe stosunki seksualne lub używanie nienatłuszczonych prezerwatyw mogą spowodować podrażnienie śluzówki pochwy. Podobnie bywa w przypadku zbyt szybkich penetracji, bez żadnej fazy wstępnej. Częste irygacje pochwy, przy użyciu silnie działających środków mogą zniszczyć lub zdestabilizować fizjologiczną florę bakteryjną pochwy, zapewniającą odpowiednie nawilżenie. Wszelkie stany silnego zmęczenia, osłabienia ogólnego stanu zdrowia, poważne choroby powodują, że na dłuższy czas ciało i umysł są mniej otwarte na przyjemności życia seksualnego i mogą być odpowiedzialne za suchość pochwy. Organiczne przyczyny suchości pochwy można łatwo leczyć po rozpoznaniu przyczyn. Lokalne kuracje hormonalne (kremy i globulki antykoncepcyjne) powodują lepsze nasycenie estrogenami i przywrócenie normalnej flory bakteryjnej. Podczas stosunków seksualnych można używać kremów i żelów dostępnych w aptekach w wolnej sprzedaży. Łagodzą one brak nawilżania lub przejściowe z tym problemy. Należy szukać i po znalezieniu natychmiast leczyć organiczne przyczyny suchości pochwy, ponieważ ból, powtarzający się w trakcie stosunków seksualnych, powoduje lęk przed penetracją, który może też powodować zaburzenia nawilżania. Należy więc jak najszybciej ten zakłęty krąg przerwać. Psychologiczne przyczyny suchości pochwy występują również często, natomiast trudniej jest się z nimi uporać i trwa to dłużej. Często u podstaw problemów seksualnych i zaburzeń nawilżenia pochwy leży brak pożądanego, zahamowania seksualnego i kłopoty małżeńskie. Suchość pochwy jest tu tylko symptomem, widocznym, klinicznym objawem frustracji lub poważnych kłopotów osobistych i uczuciowych. Dyspareunia wejściowa Suchość pochwy, zapalenia pochwy, grzybice, pośpieszne stosunki bez fazy wstępnej są podstawowymi przyczynami dyspareunii wejściowej (przy penetracji). Po porodzie, blizna przy nacięciu szpary sromowej może być bardzo wrażliwa i przez kilka

miesiący stanowią przyczynę dyspareunii wejściowej. Żele i kremy stosowane miejscowo mogą okazać się cenną pomocą. Niektóre młode kobiety czasami pod wpływem niestosownej uwagi partnera myślą, że są "zbyt wąskie". Nigdy tak nie jest. Elastyczność pochwy (która, nie zapominajmy, umożliwia urodzenie dziecka) pozwala na stosunek seksualny bez względu na rozmiary członka. Dyspareunia głęboka Jest to duża bolesność całego podbrzusza podczas stosunków seksualnych, kiedy członek mniej lub bardziej gwałtownie wchodzi w kontakt z szyjką macicy, mobilizując całą macicę i system podtrzymywania, który wiąże ją z innymi elementami miednicy mniejszej. Dyspareunia głęboka, mogąca pojawić się przejściowo lub tylko w niektórych pozycjach w trakcie każdego stosunku, może wynikać z rozmaitych przyczyn: tyłozgięcie macicy, zerwanie jednego z elementów podtrzymujących macicę przy trudnym porodzie, gruczolistość macicy, duży mięśniak. Z drugiej jednak strony za bolesne następstwa mogą być odpowiedzialne infekcje dróg płciowych (zapalenie szyjki macicy, zapalenie śluzówki macicy, zapalenie jajowodów). Ginekolog musi więc najpierw rozpoznać przyczynę dyspareunii głębokiej, by móc jak najszybciej jej zaradzić. W trakcie kuracji stosunki seksualne powinny być delikatne, należy unikać bolesnych pozycji. Pochwica Jest to mimowolny skurcz mięśni, otaczających wejście do pochwy (mięśni zamykających ujście pochwy), który uniemożliwia penetrację. Niektórzy uważają pochwicę za zaburzenie łagodne, ponieważ procent wyzdowień jest duży. Zapominają jednak o grupie kobiet, które nigdy nie chodzą do ginekologa lub rezygnują po jednej, dwóch wizytach. Przyczyny pochwicy są natury psychologicznej i wyleczenie zależy od rozwiązania konfliktu, który ją powoduje. Pochwica może także sięgać zadawnionych i głębokich zaburzeń psychologicznych (stosunki brutalne, wbrew woli, gwałty, kazirodztwo). Ginekologowi trudno jest zbadać kobietę chorą na pochwicę, wечно zestresowaną, napiętą, obawiającą się wszelkiej penetracji narządów płciowych. Spokój, cierpliwość i zrozumienie są niezbędne dla pokonania wszelkich obaw i pozwalają na delikatne przeprowadzenie badania, które ma na celu upewnienie kobiety, że nie występują tu żadne anomalie anatomiczne. Ginekolog może doradzić reedukację w celu pogodzenia kobiety z jej seksualnością. Używając lusterka i własnych palców, może ona sama zbadać własną intymną anatomię. W czasie miesiączki powinna ona używać tamponów, aby przyzwyczaić pochwę do kontaktów z obcym ciałem i zmniejszyć bolesną nadwrażliwość. Różne techniki relaksacyjne mogą także przyczynić się do lepszego zapanowania nad własnym ciałem. Rozmowy i spotkania z psychoterapeutą pozwalają zazwyczaj zlikwidować ostatnie bariery psychologiczne. W każdym przypadku niezbędne jest jednak zrozumienie i udział partnera w kuracji. Oziębłość Oznacza ona całkowity brak pożądania lub przyjemności z życia seksualnego. Niektórzy wolą używać szerszego pojęcia: nieusatisfakcjonowanie seksualne kobiet. Należy na początku wyeliminować wszystkie przypadki "fałszywej oziębłości", które znikają wraz ze zlikwidowaniem pewnych błędów technicznych (stosunki seksualne zbyt gwałtowne lub pośpieszne, bez fazy wstępnej, brak pieszczot lechtaczki lub, przeciwnie, pieszczoty zbyt brutalne czy natarczywe). Kobieta, która osiąga orgazm dzięki masturbacji lub pieszczotom partnera, ale nie w trakcie stosunków seksualnych, nie jest kobietą oziębłą. Kobieta prawdziwie oziębła nie może osiągnąć orgazmu w żaden sposób. Rozróżniamy oziębłość pierwotną (u kobiety, która nigdy nie osiągnęła żadnej przyjemności seksualnej) i oziębłość wtórną, pojawiającą się u kobiety, która prowadziła już satysfakcjonujące życie seksualne. Zaburzenia pożądania Pożądanie u kobiety to zjawisko złożone, zmienne, bardzo wrażliwe na wydarzenia, które zmieniają życie płciowe i prywatne każdej kobiety. Spadek popędu seksualnego w niektórych okresach życia (np. w przypadku dużego zmęczenia lub po porodzie) lub jego wzloty w innych momentach (wakacje, chwile odprężenia, wypoczynku, zmniejszenia stresów sprzyjają aktywnemu życiu seksualnemu) są bardzo częste i nie mogą być traktowane jako nienormalne, pod warunkiem, że są przejściowe. Zaburzenia przyjemności Mogą występować pod różnymi postaciami. Najczęściej objawiają się brakiem orgazmu i nieodczuwaniem żadnej przyjemności podczas

stosunku. Czasami stosunek dostarcza pewnej przyjemności, pożądanie i podniecenie rośnie, ale orgazm się nie pojawia, co pozostawia gorycz i niesmak nieusatisfakcjonowania. Trzeba jednak wiedzieć, że stosunek seksualny z penetracją nie musi wywoływać orgazmu. Orgazm występuje wtedy znacznie rzadziej niż w wyniku pobudzenia łechtaczki. Nie można uznawać tego zjawiska za anormalne. Przyczyny oziębłości są one głównie psychologiczne. Niektóre są tylko powierzchowne i przejściowe, bowiem pożądanie i przyjemność wymagają całkowitej dyspozycyjności ciała i umysłu. Wszystko, co może zakłócać myśli i dekoncentrować, może przeszkodzić ci w osiągnięciu przyjemności lub nawet zahamować pożądanie. Jeśli masz na przykład chore dziecko lub kłopoty w pracy, twój umysł jest zajęty tymi problemami i nie dopuszcza do przeżywania przyjemności seksualnych. Wszelkie kłopoty zawodowe lub osobiste są wrogami twojego życia seksualnego. Podczas samego stosunku mogą cię także zdekoncentrować hałasy lub niestosowne uwagi partnera i może to zablokować orgazm. Problemy małżeńskie stanowią znacznie poważniejszą przyczynę nieusatisfakcjonowania seksualnego u kobiet. Nie można mieć nadziei na poprawę stosunków seksualnych, jeśli nie rozwiąże się uprzednio konfliktów psychologiczno-uczuciowych, które może przecież rozładować krótki nawet dialog i dojście do porozumienia. Nie zapominaj też, że monotonia stłumi pewnego dnia pożądanie seksualne. Starajcie się umiejętnie ożywiać i podtrzymywać wasze wzajemne pożądanie. Aby pożądać, kobieta musi także czuć się pożądana. Głębsze przyczyny psychologiczne mają korzenie w twojej osobowości i zahamowaniach socjokulturalnych i wychowaniu. Jak wiemy, kobieca seksualność była długo nieznana i dopiero niedawno kobiety wywalczyły sobie prawo do przyjemności i wyrażania uczuć. Jednak wiele jest jeszcze nieśmiały i zrezygnowanych, wielu brakuje wiary w siebie i wiedzy o wszystkich możliwościach własnego ciała oraz jego seksualnych potrzebach, które odrzucają. Liczne badania dowodzą, że przypadki oziębłości pojawiają się zazwyczaj u kobiet, które nigdy nie próbowały masturbacji. Tak jak w przypadku pochwicy, wcześniejsze doświadczenia seksualne, nieudane, bolesne lub powodujące psychologiczne urazy mogą powodować oziębłość. W przypadku nieusatisfakcjonowania seksualnego kobiety dużą rolę może odegrać jej partner. Kobieta oziębła wstydzi się okazywać pożądanie i przyjemność. Intymny, przyjacielski klimat swobody i zaufania jest niezbędny dla zlikwidowania zahamowań i wyzwolenia jej potencjału seksualnego. Liczne przypadki nieusatisfakcjonowania pojawiają się także z powodu niezręczności partnera i wiele oziębłości znika w chwili spotkania innego, "wyzwalającego" partnera. Dialog, relaks, wykorzystywanie wszystkich stref i sytuacji erogennych, psychoterapia, pomagają kobiecie nieusatisfakcjonowanej pogodzić się ze swoim ciałem i z seksem. Organiczne przyczyny oziębłości są rzadziej spotykane. Są wśród nich długotrwałe, poważne choroby, osłabienie i depresje nerwowe. Dialog, relaks, wykorzystywanie wszystkich stref i sytuacji erogennych, psychoterapia, pomagają kobiecie nieusatisfakcjonowanej pogodzić się ze swoim ciałem i z seksem. Organiczne przyczyny oziębłości są rzadziej spotykane. Są wśród nich długotrwałe, poważne choroby, osłabienie i depresje nerwowe. Problemy seksualne mężczyzny Mężczyzna, choć nie daje tego po sobie poznać, jest bardzo czuły na własną męskość i może także przeżywać problemy i klęski seksualne. Niegdyś niezaprzeczalny pan i władca sfery stosunków seksualnych, o których przebiegu, długości i częstotliwości decydował sam, dziś napotyka na kobietę wyzwoloną, która wyraża swoje pożądanie i prawo do przyjemności, stawiając go wobec stresującej konieczności zmiany obyczajów. Wobec tej zmiany roli partnerów nowe rozdanie kart w grach miłosnych i wzajemne kontakty partnerów zaczęły mieć bardzo duże znaczenie. Przedwczesny wytrysk Pojawia się on zarówno u młodych, niedoświadczonych, jak i śpieszących się nadmiernie mężczyzn, u których wytrysk następuje, zanim jeszcze uda im się dostarczyć przyjemności swojej partnerce, czasem nawet przed penetracją. Nadwrażliwy, rozemocjonowany i niespokojny mężczyzna cierpiący na tę dolegliwość nie może opanować

podniecenia seksualnego. Cierpliwość jego sfrustrowanej partnerki może łatwo przerodzić się w agresję i to nie pomaga sprawie w żaden sposób. Leczenie przedwczesnego wytrysku polega na reedukacji, która wymaga aktywnej współpracy ze strony partnerki. Jest to technika uciskania żołądź zwana [squeezing, opracowana przez parę seksuologów Masters-Johnson. Kiedy mężczyzna czuje zbliżający się wytrysk, ostrzega partnerkę, która ujmuje, i ściska żołądź u podstawy. Ucisk ten spowoduje w ciągu kilku sekund osłabienie erekcji. Kiedy wraca ona do poprzedniego stanu, a podniecenie znów sięga wytrysku, partnerka znowu uciska żołądź na sygnał partnera i tak dalej, aby przedłużyć przyjemność (bo jest to niewątpliwie przedłużanie przyjemności) przez około 15 minut. Na początku ćwiczenia te należy przeprowadzać bez penetracji. Można do niej dopuścić dopiero, gdy osiągniecie już pewną umiejętność. Rezultaty reedukacji przedwczesnego wytrysku są zazwyczaj dobre i dolegliwość ustępuje w ciągu miesiąca. Impotencja Pod tym hasłem kryją się wszelkie zaburzenia erekcji. Może być pierwotna (u mężczyzny, który nigdy nie mógł mieć pełnych stosunków) lub wtórna, późniejsza. Członek może stale pozostawać w stanie zwiotczenia. Często jednak erekcja pojawia się, ale nie można jej utrzymać lub też sztywność nie jest wystarczająca dla penetracji. - Przyczyny organiczne Należy zawsze brać je pod uwagę, mimo że występują stosunkowo najrzadziej. Mają one zazwyczaj podłoże naczyniowe, tętnicze lub żylny. Cukrzyca, niektóre leki przeciw depresji lub nadciśnieniu tętniczemu mogą także zakłócać lub osłabiać erekcję. Wszelkie formy stresu, kłopotów, przepracowania mogą zakłócać pożądanie, sterujące erekcją. Leczenie problemów natury organicznej, będących przyczyną impotencji, jest często możliwe, ale nie jest łatwe. Połączone jest zawsze z radami dotyczącymi higieny życia: regularna aktywność fizyczna, unikanie przejadania się i trucizn (nikotyna, alkohol), ograniczenie stresu i przemęczenia. - Przyczyny psychologiczne Są dużo częściej spotykane. Erekcja u mężczyzny to zjawisko złożone. Jeśli jest niewystarczająca lub słabnie w momencie penetracji, mimo iż poranne erekcje są normalne, bierzemy zawsze pod uwagę przyczyny fizjologiczne. Impotencja psychologiczna jest zazwyczaj rezultatem "wypadku", który pewnego dnia przytrafia się każdemu mężczyźnie. Zaniepokojony, zestresowany tym nieoczekiwanym wydarzeniem, mężczyzna natychmiast usiłuje przeprowadzić nową próbę, pobudzając się do kolejnej erekcji. Jest to najlepszy sposób, aby znów się nie udało. Erekcja wymaga zawsze psychicznego rozluźnienia. Nie reaguje na rozkazy, nie można jej spowodować ani powstrzymać. Następną klęską i wszystkie kolejne pogłębiają problem. Zachowanie się partnerki jest najważniejsze dla poprawy lub pogorszenia sytuacji, a agresja jest tu najgorszą polityką. Reedukacja i wyleczenie mężczyzny wymaga od partnerki cierpliwości, czułości i wyrozumiałości. Leczenie polega na różnorodnych ćwiczeniach, które na początku nie dopuszczają penetracji, aby mężczyzna miał czas się uspokoić i pozbył przymusu ponawiania prób. Lekarze proponują liczne formuły terapeutyczne i psychoterapeutyczne. Jeśli spotkaliście się z tym problemem, porozmawiajcie o tym z ginekologiem, który, jeśli istnieje taka konieczność, skieruje was do swojego kolegi po fachu, specjalizującego się w leczeniu impotencji. Antykoncepcja Poradnie planowania rodziny zapewniają cię, że możesz mieć dziecko jeśli tego chcesz i wtedy, kiedy chcesz. Antykoncepcja dokonała jednego z największych przewrotów XX wieku. Pozwoliła na kontrolowanie płodności i planowanie ciąży. Ta nowa swoboda istotnie zmieniła nasze zachowania seksualne i stosunki między mężczyzną i kobietą. Likwidując strach przed niepożądaną ciążą, który odbierał i hamował wiele przyjemności kobiety, pozwoliła na odróżnienie miłości-prokreacji od miłości-przyjemności. Równocześnie jednak dodała kobiecie jeszcze jedno odpowiedzialne zadanie, nie zawsze łatwe do spełnienia. Idealna metoda antykoncepcyjna, bez skutków ubocznych, przeciwwskazań i z możliwością natychmiastowego przerwania, nie istnieje czy też jeszcze jej nie odkryto. Ten rozdział przedstawia wszystkie istniejące metody, ich główne zasady działania, plusy i minusy. Twój ginekolog pomoże ci wybrać najlepsze dla ciebie rozwiązanie, dostosowane do mogących się

zmieniać wraz z upływem czasu potrzeb. Metody okresowej abstynencji Metody te opierają się na podstawowej zasadzie unikania stosunków seksualnych w okresie płodnym. Okres ten to dzień owulacji (jajeczkowania) i dwa, trzy dni przed jej wystąpieniem. Plemniki żyją w narządach rodnych kobiety i mają zdolność zapłodnienia przez okres 2-3 dni, natomiast jajeczko obumiera w ciągu 24 godzin, jeśli nie zostaje zapłodnione. Metody okresowej abstynencji, chociaż są naturalne i nie szkodzą żadnej funkcji fizjologicznej, mogą okazać się dość uciążliwe i ryzykowne. Metoda Ogino-Knausa Nazwa pochodzi od nazwisk dwóch naukowców, autorów tej metody. Polega ona na określaniu okresu "zakazanego" na podstawie skomplikowanych obliczeń, opartych na danych o długości cyklu z dwunastu ostatnich miesięcy. Do tego dodaje się kilka dni rezerwy, jako margines bezpieczeństwa. Im bardziej nieregularne są cykle, tym dłuższy musi być okres abstynencji. Ponadto owulacja przyspieszona lub bardzo opóźniona, np. pod wpływem stresu, sprawia, że mozolne obliczenia zawodzą. Należy raczej uważać tę metodę za sposób regulacji urodzin niż za prawdziwy środek antykoncepcyjny. Metoda termiczna Polega na wyznaczeniu daty owulacji dzięki wykresowi temperatury mierzonej codziennie rano w pochwie. Stosunek jest zakazany aż do trzeciego dnia po podwyższeniu temperatury, czyli do trzeciego dnia po owulacji. Ale, chociaż w zasadzie dzień owulacji jest sygnalizowany niższą temperaturą przed jej istotnym podwyższeniem, niektóre wykresy są trudne do zinterpretowania i mogą spowodować pomyłki. Trzeba także zauważyć, że jest to metoda "surowa", gdzie okres abstynencji jest szczególnie długi, trwa przez ponad połowę cyklu (przez całą pierwszą połowę cyklu i dwa pierwsze dni drugiej fazy). Metoda Billingsa Opiera się na obserwacji śluzu z szyjki macicy. Największe wydzielanie następuje w chwili owulacji. Stosunki są zakazane od momentu pojawienia się śluzu do trzeciego dnia jego maksymalnego wydzielania. Tu także okres abstynencji seksualnej jest długi, ponadto metoda ta zakłada dobrą znajomość własnego ciała i nieomyślność w odróżnianiu śluzu od innych wydzielin z pochwy. (Po ten śluz trzeba samej sięgnąć - kucnąć, włożyć do pochwy dwa palce, dotrzeć do szyjki macicy, a następnie, po wyjęciu palców, sprawdzić nie tylko - ile tego śluzu jest na palcach, ale również jak bardzo jest ciągliwy (w fazie płodnej nie tworzy się "nitka" śluzu między rozstawionymi palcami, w fazie niepłodnej występuje "nitka" o różnej długości i ciągliwości).) Pigułka antykoncepcyjna Przetestowana po raz pierwszy w 1955 roku w Portoryko przez amerykańskiego biologa Gregory Pincusa, pigułka antykoncepcyjna ma dziś 35 lat i bardzo się zmieniła. Przez cały czas laboratoria starają się polepszyć tolerancję kliniczną i fizjologiczną pigułki przy zachowaniu jej największej zalety, czyli praktycznie całkowitej skuteczności. Poprawa tolerancji dokonała się dwoma drogami: przez istotne zmniejszenie ilości użytych hormonów i przez wprowadzenie progestagenów (najnowszej generacji), bardzo silnych i pozwalających na używanie ich w niewielkich dawkach. Od 1955 roku, kiedy pojawiła się pierwsza pigułka, enovid, dawki estrogenów zostały zmniejszone siedmiokrotnie. Jeśli zaś chodzi o progestagen, jedna pigułka enovidu zawierała ich więcej niż całe opakowanie współczesnych pigułek. Dawki estrogenów w pigułce: - 1955 rok: 150 mikrogramów mestranolu - 1960 rok: 75 mikrogramów mestranolu - 1964 rok: 50 mikrogramów etinyloestradiolu - 1974 rok: 30 mikrogramów etinyloestradiolu - 1990 rok: 20 mikrogramów etinyloestradiolu Co zawiera pigułka? Każda tabletkę zawiera estrogen i progestagen. Estrogen jest zawsze taki sam: jest to etinyloestradiol, dawkowany od 20 do 100 mikrogramów na jedną tabletkę, w zależności od marki pigułek (dawka znajduje się na każdym opakowaniu). Progestagen jest także hormonem pochodnym od progesteronu, którego działanie naśladuje. Rodzaj progestagenu i jego dawka są różne, w zależności od laboratorium farmaceutycznego produkującego pigułki. Proporcje między tymi dwoma hormonami określają to, co nazywamy "klimatem hormonalnym" pigułki. We Francji dostępnych jest około 20 rodzajów pigułek antykoncepcyjnych o różnym klimacie hormonalnym; są pigułki o klimacie estrogennym, inne - o klimacie progestagennym, a także pigułki o klimacie mieszanym. Typy pigułek W

zależności od dawki estrogenu i ewentualnego zróżnicowania tej dawki w zależności od fazy cyklu, rozróżniamy różne rodzaje pigułek antykoncepcyjnych. Pigułki łączone Ten rodzaj jest najbardziej popularny. Każda tabletkę zawiera estrogen i progestagen. W zależności od dawki estrogenu rozróżniamy pigułki o dawce standardowej (50 mikrogramów w tabletkę) i pigułki o dawce minimalnej - tzw. minipigułki (20-40 mikrogramów w tabletkę). Jeśli skład każdej tabletki w opakowaniu jest jednakowy, mówimy o pigułce jednofazowej. Jeśli dawka hormonu wzrasta w drugiej części cyklu, mówi się, że pigułka jest dwufazowa. O pigułce trójfazowej mówimy, kiedy pigułka ma trzy poziomy hormonów. Istnieje wiele rodzajów pigułek z każdej z wymienionych hormonalnych rodzin. Twój ginekolog zna ich cechy charakterystyczne oraz hierarchię hormonalną i będzie mógł doradzić ci pigułkę najlepiej dostosowaną do twojego organizmu. W przypadku nietolerancji wybierze ci pigułkę o innym klimacie hormonalnym lub innym dawkowaniu. Możesz na przykład źle się czuć (opuchnięta, zdenerwowana) biorąc minipigułkę o klimacie estrogennym, a dużo lepiej biorąc pigułkę dawkowaną normalnie o klimacie progestagennym lub mieszanym. Pigułki sekwencyjne Zawierają estrogen w tabletkach przeznaczonych na pierwszy tydzień, estrogen i progestagen w pozostałych. Są to pigułki o klimacie bardzo estrogennym i używane są zazwyczaj przez ograniczony okres, w szczególnych wypadkach: po zabiegu przerwania ciąży, po poronieniu, w przypadku atrofii (zaniku) błony śluzowej macicy lub krwawienia przy używaniu pigułki łączonej. Wiele kobiet znosi praktycznie każdy rodzaj pigułek, jest jednak grupa, która musi zmieniać pigułkę kilkakrotnie, by wreszcie znaleźć najodpowiedniejszą. Rzadko zdarza się, by kobieta nie tolerowała żadnych pigułek; wtedy należy poszukać innej formy antykoncepcji. W każdym razie nie bierz pierwszej z brzegu pigułki, korzystając z rady przyjaciółki, która może nawet mieć dobre intencje i być bardzo zadowolona ze swoich pigułek. Zawsze należy skontaktować się ze swoim ginekologiem. W przypadku, gdy skończą ci się pigułki, nie pożyczaj innych od koleżanki, tylko skontaktuj się ze swoim lekarzem i weź receptę na swoją, wybraną wcześniej pigułkę. |Nie |Wolno!!! zaczynać antykoncepcji doustnej od zakupu lub pożyczania od kogoś tabletek - zwłaszcza, gdy ma się mniej niż 18 lat lub więcej niż 30. Każde rozpoczęcie stosowania antykoncepcji doustnej |Musi być poprzedzone badaniami dodatkowymi i badaniem lekarskim. Sposób działania Pigułka działa w trzech kierunkach, czyli ma trzy antykoncepcyjne blokady. - blokada owulacji i funkcjonowania jajników, które pozostają jakby w stanie spoczynku to podstawowy mechanizm działania. Hormony wchodzące w skład pigułki zastępują hormony wytwarzane przez jajniki. - śluz z szyjki macicy staje się gęstszy i mniej obfity, nie pozwalając na wnikanie plemników. Zwykle śluz wydzielany przez gruczoły szyjki macicznej jest przejrzysty, lepki, występuje najobficiej w chwili owulacji, a jego obecność jest konieczna do wędrówki plemników. - błona śluzowa macicy (warstwa tkanki wyściełającej wewnątrz jamy macicy) staje się cienka i niezdolna do zagnieżdżenia jajeczka. Przeciwwskazania Pigułki są formą kuracji hormonalnej, a więc mogą istnieć pewne przeciwwskazania dla ich stosowania. Przed zapisaniem pigułek trzeba przeprowadzić badania ogólne i ginekologiczne w celu wykrycia ewentualnych przeciwwskazań i wybrania najodpowiedniejszych. Następnie należy przeprowadzić badania kliniczne (pierwsze - po trzech miesiącach, następne - co 6 miesięcy) i biochemiczne (na początku, a potem co roku), które mają dowieść dobrej tolerancji i dobrego przebiegu antykoncepcji doustnej. Bezwzględne przeciwwskazania do przyjmowania pigułek: (dotyczą one przede wszystkim chorób serca i naczyń krwionośnych) - stan po zakrzepowym zapaleniu żył i zakrzepach - nadciśnienie tętnicze - choroby serca i naczyń krwionośnych - rak piersi lub szyjki macicy - choroby wątroby, zwłaszcza niedawno przebyte - guz przysadki Względne przeciwwskazania do przyjmowania pigułek: - cukrzyca - nadmiar lipidów we krwi - niezłośliwe guzy piersi lub szyjki macicy - problemy psychologiczne i psychiatryczne, które mogłyby zakłócić codzienne przyjmowanie pigułki - nadmierne palenie papierosów (ponad 15 papierosów dziennie, szczególnie po czterdziestce) Przyjmowanie pigułek Pigułki w

sposób sztuczny odtwarzają normalny, 28-dniowy cykl. Jedno opakowanie pigułek antykoncepcyjnych zawiera najczęściej 21 tabletek, czyli wystarcza na 3 tygodnie przyjmowania, po czym następuje tydzień przerwy, podczas której występuje "miesiączka" czy też krwawienie wywołane brakiem hormonów, jest to bowiem miesiączka sztuczna. Kiedy zaczynasz brać pigułki, pierwszą należy wziąć piątego dnia miesiączki, a potem jedną pigułkę dziennie przez okres trzech tygodni. Po tym czasie następuje tygodniowa przerwa, w czasie której wystąpi krwawienie. Następne opakowanie zaczniesz brać również piątego dnia cyklu. Pigułki chronią cię już od pierwszego opakowania, także w czasie przerwy w przyjmowaniu. Doradza się przyjmowanie pigułki zawsze o tej samej porze dnia, rano lub wieczorem. Gdybyś zapomniała wziąć pigułkę w odpowiednim czasie, weź ją, kiedy się tylko spostrzeżesz. Jeśli upłynie cały dzień, weź dwie tabletki naraz, a jeśli jest to minipigułka (o małej dawce hormonów), powstrzymaj się od współżycia aż do zużycia tego opakowania pigułek, ponieważ nie jesteś wtedy chroniona od niepożądanego ciąży. Czy od czasu do czasu należy robić przerwy w przyjmowaniu pigułek? Jeśli nie ma objawów nietolerancji i jeśli w dalszym ciągu chcesz stosować antykoncepcję, nie ma medycznego uzasadnienia, by odstawić pigułki. Kurację hormonalną można prowadzić przez wiele lat bez przerwy. Na jaki czas należy przerwać branie pigułek, by móc zajść w ciążę? Można zajść w ciążę już w trakcie cyklu, który następuje po przerwaniu brania pigułek. Okres wstrzemięźliwości od jednego do trzech miesięcy, jaki czasami zaleca się przed zajściem w ciążę, nie ma medycznego uzasadnienia. Zalety pigułek Zalety pigułek spowodowały, że stała się ona najpopularniejszą metodą antykoncepcyjną. Zawiera się to w dwóch słowach: skuteczność i wygoda. - 100 procent skuteczności. Oczywiście pod warunkiem, że bierze się ją regularnie. Ale uwaga! Niektóre leki (barbiturany, leki przeciwgruźlicze), choć są rzadko przepisywane, mogą zmniejszyć tę skuteczność! Nie zapomnij więc powiedzieć lekarzowi za każdym razem, że bierzesz pigułki antykoncepcyjne. - Regularne cykle. Biorąc pigułki, masz regularne cykle, "jak w zegarku". Koniec z nieregularnymi miesiączkami. Można nawet, biorąc jedną czy dwie pigułki z następnego opakowania, przesunąć miesiączkę tak, aby nie wypadła w dniu egzaminu lub w czasie weekendu. Musisz jednak zapytać swojego ginekologa, jak to zrobić. Poza tym, choć można to spowodować bez większego trudu, nie należy nadmiernie "żonglować" swoim cyklem. - Miesiączki bezbolesne, krótsze i mniej obfite. W trakcie używania pigułek znikają prawie wszystkie anomalie miesiączkowe: koniec ze "złymi" dniami, skurczami, bólami miednicy i krzyża, mdłościami... Koniec z długotrwałymi, obfitymi krwawieniami, które przeszkadzają w codziennym życiu. Wiele kobiet bierze pigułki nawet gdy nie prowadzi życia seksualnego, a tylko ze względu na wygodę. - Poprawa cery i likwidacja trądziku. Tę zaletę szczególnie cenią sobie młode kobiety. Z tego względu należy brać pigułkę o klimacie estrogenowym, zawierającą niektóre progestageny. - Zmniejszenie ryzyka zachorowania na raka błony śluzowej macicy i jajników. Nie pozwalając na przerost (zgrubienie błony śluzowej), co jest jednym z głównych czynników zagrożenia rakiem macicy, pigułki łączone zmniejszają częstotliwość tej przypadłości o połowę. Wiadomo także, że zmniejsza występowanie rzadkiego, ale niebezpiecznego raka jajnika. Wady pigułek Ryzyko chorób naczyniowych z powodu doustnej antykoncepcji estrogenowo-progestagennej (ryzyko choroby zakrzepowej, zapalenia żył), jest jedną z głównych wad, jakie można zarzucić pigułkom. Naukowcy znacznie zmniejszyli to ryzyko, dzięki opracowaniu pigułek o niewielkiej dawce estrogenów i zawierające progestageny ostatniej generacji, pozbawione wpływu na metabolizm. Niebezpieczeństwo to dotyczy przede wszystkim kobiet, u których ryzyko choroby naczyniowej występowało już wcześniej, a pigułki tylko je zwiększyły. Z tego powodu należy szczególnie skrupulatnie zwracać uwagę na przeciwwskazania dotyczące chorób naczyniowych i metabolicznych towarzyszące doustnej antykoncepcji estrogenowo-progestagennej. Czasami pigułki mogą ujawnić chorobę do tej pory ukrytą. W każdym razie

nadciśnienie tętnicze pojawiające się w trakcie stosowania antykoncepcji doustnej musi doprowadzić do jej zarzucenia. Również pojawienie się migreny i silnych bólów głowy musi pociągnąć za sobą odstawienie pigułek. Nikotyna jest podstawowym czynnikiem zwiększającym ryzyko chorób naczyniowych. Nikotyna +pigułka to niebezpieczny zestaw dwóch czynników, które wielokrotnie zwiększają ryzyko choroby naczyniowej. Od trzydziestu lat naukowcy starają się polepszyć tolerancję pigułek, podczas gdy rzucenie palenia przez biorące pigułki kobiety przyniosłoby znakomite rezultaty. Najlepiej byłoby zalecać dziewczętom, by rzuciły palenie zanim zaczną brać pigułki. Z drugiej strony, ponieważ ryzyko chorób wieńcowych wzrasta wraz z wiekiem, pigułki powinny być zakazane dla palaczek. Po ukończeniu 35 roku życia należy dokonać wyboru: pigułki czy papierosy. Można także mieć inne zastrzeżenia w stosunku do pigułek. Jest to metoda blokująca mechanizm fizjologiczny (owulacja). Nie chroni przed chorobami przenoszonymi drogą płciową. Każda kobieta powinna więc stosować dodatkową, jednorazową ochronę w przypadku "wątpliwych stosunków". Czasami, po kilku latach, niektóre kobiety mają dosyć codziennego łykania pigułek i zmieniają metodę antykoncepcji. Większość badań epidemiologicznych nie wykazała zwiększenia częstotliwości występowania raka piersi w związku ze stosowaniem pigułek, mimo regularnie prowadzonej polemiki na ten temat. Po 35 latach istnienia i używania pigułek przez wiele milionów kobiet na świecie, można twierdzić, że gdyby istniała widoczna zależność między rakiem piersi i pigułkami, zostałyby ona ujawniona i ślady tego odkrycia znalazłyby się we wszystkich publikacjach. Ci, którzy wygłaszają alarmujące opinie na temat pigułek, nie proponując równocześnie rozwiązań alternatywnych, ponoszą poważną odpowiedzialność za swoje słowa. Jeśli na przykład jutro 4 miliony Francuzek zrezygnowałyby z przyjmowania pigułek o stuprocentowej skuteczności na rzecz antykoncepcji miejscowej, skutecznej w 98 procentach, oznaczałoby to co roku dodatkowe 80000 niepożądanych ciąży. Działanie uboczne Powtórzmy raz jeszcze: przy stosowaniu pigułek nowej generacji jest ono ograniczone i występuje dużo rzadziej. -

Krwawienia Zauważasz krwawienie. Może zapomniałaś wziąć pigułkę? Może to spowodować krwawienie, zwłaszcza w przypadku minipigułki. Jeśli zapomnisz o wzięciu dwóch pigułek z rzędu, krwawienie jest naturalną reakcją, nawet jeśli jest to pigułka o normalnej dawce hormonów. Kiedy zaczynasz brać pigułki, drobne krwawienia są częstym zjawiskiem przy pierwszym i drugim opakowaniu, zwłaszcza gdy bierzesz minipigułki. Po jakimś czasie wszystko wraca do normy. Jeśli tak się nie dzieje, trzeba zmienić pigułki na takie, których klimat jest bardziej estrogenny lub dawka hormonów jest większa. Niektóre kobiety krwawią przy wszystkich rodzajach minipigułek i powinny one używać pigułek normalnych. Krwawienie może się więc zdarzyć, czasami nawet dość duże, w trakcie brania pigułek, nawet jeśli nie zapomniałaś jej wziąć, nawet jeśli od kilku miesięcy czy lat bierzesz pigułki i nigdy dotąd się to nie zdarzało. Dzieje się tak często po zmniejszeniu krwawienia miesięczkowego, tak że miesiączka stawała się prawie niezauważalna. Oznacza to, że błona śluzowa jest w zaniku. Należałoby więc na jakiś czas zmienić pigułki na sekwencyjne, które regenerują śluzówkę macicy. Potem można powrócić do pigułek stosowanych wcześniej. Jeśli zdarzy się, że w trakcie regularnego przyjmowania pigułek, nie wystąpi miesiączka, nie obawiaj się: nie jesteś w ciąży! To tylko objaw tego, o czym pisaliśmy wcześniej. -

Przybieranie na wadze Jest to największa troska, a czasem nawet obsesja prawie wszystkich kobiet, które decydują się na pigułki lub inny rodzaj kuracji hormonalnej. Ginekolodzy wiedzą o tym i biorą to pod uwagę. W normalnych warunkach dobrze dobrane pigułki, o odpowiednim składzie nie powinny powodować przybierania na wadze. I mimo iż niektóre kobiety biorąc pigułkę chudną, inne skarżą się na wzmożony apetyt i przybieranie na wadze. Są to niewielkie zmiany, ale trudno się z nimi pogodzić. Aby ustrzec się takich przypadków, szczególnie jeśli masz naturalną skłonność do zaokrąglonej sylwetki, radzę uważać na dietę w czasie przyjmowania pierwszych opakowań pigułek i obserwować, jak na to zareaguje

organizm. Przede wszystkim trzeba wyeliminować z diety cukry szybko przyswajalne, a cukry wolniej przyswajalne ograniczyć. - Napięcie piersi, obrzmienia Takie objawy świadczą o tym, że klimat pigułek jest zbyt estrogenny. Piersi to organ bardzo czuły na działanie hormonów, są więc one znakomitym czujnikiem dobrej tolerancji pigułek. Niektóre kobiety są zadowolone z nabrzmienia piersi ze względów estetycznych, choć jest to bolesne i z medycznego punktu widzenia niedopuszczalne. Ponadto jeśli taki stan utrzymuje się dłuższy czas, może spowodować powstanie łagodnego guza piersi. Tak więc zaburzenia ukrwienia są sygnałem do szukania pigułek o klimacie bardziej progestagennym. - Mdłości Od czasu pojawienia się minipigułek, mdłości zdarzają się coraz rzadziej. Ten rodzaj zaburzeń trawienia jest spowodowany pracą wątroby, która stara się rozłożyć składniki pigułek. W przypadku wirusowego zapalenia wątroby lub innych chorób powodujących żółtaczkę powinno się odstawić pigułki, które można będzie zacząć ponownie stosować sześć miesięcy po klinicznym wyzdrowieniu i unormowaniu wyników badań laboratoryjnych. - Obrzęki nóg U kobiet, które mają skłonności do obrzęków nóg, doustna antykoncepcja estro-progestagenna może wzmoczyć te objawy lub przyspieszyć ujawnienie utajonych skłonności. Czasem jednak skłonność ta występuje u kobiet na długo przed rozpoczęciem przyjmowania pigułek, a choroby żył spowodowane są innymi ważniejszymi czynnikami: rodzinną predyspozycją genetyczną, ciążą lub zawodem wymagającym długotrwałego stania. Trzeba więc obserwować się przez okres kilku cykli przed oskarżeniem pigułek o wszelkie zło i przed zmianą metody antykoncepcyjnej. Antykoncepcja progestagenna W metodzie tej korzysta się wyłącznie z progestagenu, bez jakiegokolwiek estrogenu i może ona występować pod kilkoma postaciami. - Mikropigułki progestagenne zawierają bardzo słabe dawki progestagenu. Należy przyjmować je codziennie, bez tygodniowej przerwy, pamiętając o dużej dyscyplinie. Oddziałuje ona na śluz znajdujący się w szyjce macicy, który staje się nieprzepuszczalny dla plemników i zmieniając skład błony śluzowej nie pozwala na zagnieżdżanie się jajeczka. Nie ma przeciwwskazań naczyniowych i może być zalecana kobietom, które mają skłonności do skrzepów naczyń krwionośnych. Trzeba jednak zaznaczyć, że te mikropigułki nie blokują owulacji, mogą więc sprzyjać powstawaniu torbieli jajników, a ponadto nie chronią przed ciążą pozamaciczną. Często też powodują nieregularności miesiączkowania: niewielkie krwawienia lub, przeciwnie, długotrwałe krwotoki. - Progestageny o silnej dawce, przyjmowane przez trzy tygodnie, po czym następuje tygodniowa przerwa (tak jak w przypadku pigułek estro-progestagennych), oprócz antykoncepcyjnego oddziaływania na śluz i śluzówkę macicy, blokują owulację. Mogą być dobrym rozwiązaniem zwłaszcza w okresie poprzedzającym przekwitanie lub w przypadku występowania łagodnego guza piersi czy też przy włókniakowatości macicy. Nowe elementy pozwoliły na lepszą tolerancję kliniczną. Pigułki te mogą jednak powodować nieregularności miesiączkowania. - Antykoncepcja progestagenna opóźniona w postaci zastrzyków domięśniowych, przyjmowanych co dwa, trzy miesiące, jest metodą stosowaną tylko w szczególnych wypadkach, np. u kobiet leczących się neuropsychiatrycznie. Pigułka dnia następnego Nie powinna być traktowana jako regularna metoda antykoncepcyjna, lecz jako rozwiązanie jednorazowe i wyjątkowe w przypadku, gdy doszło do stosunku bez zabezpieczenia (często niespodziewanego) lub jeśli mamy podejrzenia, że zastosowana antykoncepcja miejscowa nie odniosła oczekiwanego skutku. Jest też stosowana w przypadku gwałtu. Pigułka dnia następnego jest metodą wyjątkową, tym bardziej skuteczną, jeśli zastosuje się ją bezpośrednio po stosunku seksualnym. Należy wówczas natychmiast skonsultować się z ginekologiem. W ciągu dwóch dni od stosunku "wysokiego ryzyka" można przyjąć dwa razy po dwie pigułki o normalnej dawce hormonów, zachowując 12-godzinną przerwę. Może to spowodować mdłości lub też zaburzenia trwającego cyklu. Do szóstego dnia po stosunku ginekolog może jeszcze założyć spiralę o dużej zawartości miedzi, która nie pozwoli na zagnieżdżenie się jajeczka pod koniec pierwszego tygodnia. Pigułka dnia

następnego może zostać przepisana większości kobiet, natomiast założenie spirali może napotkać na pewne przeciwwskazania i wymaga zastanowienia. Pigułka dla mężczyzn Aby mężczyzna i kobieta mogli w równym stopniu ponosić odpowiedzialność za antykoncepcję, trwają badania nad opracowaniem pigułki dla mężczyzn. Niestety stworzenie tej pigułki wydaje się bardzo trudnym zadaniem. Problemy medyczne i psychologiczne U obu płci problem ten przedstawia się zupełnie inaczej. U kobiety wystarczy zablokować owulację, raz w miesiącu i w określonym momencie cyklu. Jądra u mężczyzny produkują codziennie dziesiątki milionów plemników, a spermatogeneza (wytwarzanie plemników) trwa 2 i pół miesiąca. Aby uzyskać efekt antykoncepcyjny należy powstrzymać lub ograniczyć spermatogenezę do tego stopnia, aby zagęszczenie plemników było zbyt małe, by sperma miała właściwości zapładniające. Trzeba zaś wiedzieć, że próg płodności jest bardzo niski. Ponadto metoda ta musi być odwracalna: od momentu przerwania kuracji sperma powinna odzyskać właściwości zapładniające, a plemniki nie mogą być anormalne. Ważne jest też, by męska pigułka nie zakłóciła "potencji seksualnej", co jest dla mężczyzn bardzo istotną sprawą, oraz jego libido, czyli seksualnego pożądania. Bardzo trudno jest osiągnąć wszystkie te zamierzenia. Z drugiej strony mężczyźni zdają się nie być jeszcze wystarczająco przygotowani do pigułki. Istnieją bariery psychologiczne dla tej formy męskiej antykoncepcji. W przypadku zajścia w ciążę kobiety są obarczone większą odpowiedzialnością za podtrzymanie gatunku. Antykoncepcja bardziej dotyczy kobiet, gdyż to na nie spadają skutki jej niepowodzenia. Mężczyźni mają naturalną i socjokulturalną skłonność do uciekania od odpowiedzialności w tej dziedzinie (i z tą skłonnością specjalnie nie walczą...). Jest więc trudno znaleźć ochotników, którzy chcieliby poddać się eksperymentom z męską pigułką. Kiedy już się zgłaszają, sprzeciwiają się temu ich partnerki, ponieważ czują się winne za przrzucanie odpowiedzialności za antykoncepcję na swojego partnera lub też obawiają się, że partnerowi "stanie się krzywda". Nie zapominajmy też, że wszelkie metody męskiej antykoncepcji wymagają wierności od kobiety. - Gossypol W Chinach, w prowincji Jiangsu, zauważono bezpłodność wielu mężczyzn polegającą na występowaniu niewystarczającej ilości plemników w spermie. Czynnikiem odpowiedzialny za to nazywany jest gossypol i znaleźć go można w nasionach, korzeniach i łodygach bawełny. Ludność tego regionu spożywa dużą ilość oleju z bawełny. Wpływ gossypolu przebadano na ośmiu tysiącach osób i znaleziono dowody na jego przydatność do antykoncepcji, ponieważ w istotny sposób zmniejsza ilość plemników w spermie i ogranicza ich ruchliwość. Nie jest jednak nieszkodliwy, może spowodować poważne spustoszenia w jądrach. Gdy przzerwano podawanie tego środka, niektórzy mężczyźni pozostali bezpłodni. Jest też dużo poważniejszy aspekt tej sprawy: gdy sperma odzyskuje zdolność do zapładniania, w strukturze plemników często pozostają anomalie i nie zbadano jeszcze wpływu tego środka na ewentualne ciążę pozamaciczne. - Drogi poszukiwań Gossypol oddziałuje bezpośrednio na jądra. Aktualnie prowadzone badania idą w kierunku neutralizacji mechanizmów sterowania, które rządzą spermatogenezą na poziomie mózgu. Hormony przysadkowe, FSH (hormon gonadotropowy) i LH (hormon luteinizujący) są niezbędne do produkcji plemników. Zależą one od hormonu podwzgórzowego LH-RH. Stosowanie środków analogicznych do hormonu LH-RH załamuje mechanizm spermatogenezy, skutecznie działa antykoncepcyjnie, ale metoda ta wymaga przyjęcia serii zastrzyków. Inne drogi podawania tego środka (na przykład spray do nosa) są obecnie w fazie badań. Rozwiązanie przyniesie prawdopodobnie opracowanie środka, który będzie miał działanie na podwzgórze. A więc kiedy pojawi się pigułka dla mężczyzn? Niestety, nieprędko... Biorąc pod uwagę trudności w jej dopracowaniu oraz zwyczajowy okres między rozpoczęciem badań a wprowadzeniem środka na rynek, nie można się spodziewać sprzedaży pigułki dla mężczyzn przed rokiem 2000. Najprawdopodobniej stanie się to jeszcze dużo później. Spirala (wkładka wewnątrzmaciczna) W starożytności Egipcjanie wprowadzali kamienie do macicy wielbłądzic, aby uniknąć niepożądanego ciąży w czasie

przeprawy przez pustynię: odkryli oni, empirycznie, zasadę antykoncepcji wewnątrzmacicznej. W roku 1909 w Polsce lekarz nazwiskiem Richard Richter zastosował po raz pierwszy do celów antykoncepcyjnych wkładkę wewnątrzmaciczną. Metoda ta, której popularność nieustannie rośnie, rozwinęła się jednak dopiero w czasie ostatnich 20 lat, po pojawieniu się w 1959 roku w Japonii spiral plastikowych, a w 1969 roku, w Stanach Zjednoczonych - spiral zawierających miedź. Co to jest spirala? Spirala wykonana z elastycznego plastiku (polietylenu) jest małym urządzeniem o długości 3-4 centymetrów. Miedziany drucik owinięty jest spiralnie wokół głównego członu, do którego przytwierdzone są 1 lub 2 cienkie nylonowe nitki. Istnieje wiele modeli spiral, o rozmaitych kształtach i rozmiarach. Dzięki swojej elastyczności spirala, która musi zostać złożona, aby można ją było wprowadzić do macicy, przyjmuje swój właściwy kształt dopiero wewnątrz jamy macicy. Spirala pokryta miedzią może pozostawać w macicy około trzech lat. Sposób działania Spirala umieszczona w jamie macicy łączy dwie funkcje, które powodują jej antykoncepcyjną skuteczność: - powoduje zaburzenia wędrówki plemników w macicy, tworząc dla nich nieprzyjazny klimat; - powoduje miejscowe zmiany w błonie śluzowej macicy, która staje się niezdolna do zagnieżdżenia jajeczka. Dodanie miedzi (a czasem srebra) pozwoliło na zmniejszenie wielkości spirali, zwiększając równocześnie jej skuteczność. Od tej pory metoda ta stała się skuteczna w 99 procentach. Jej niezawodność zwiększa się wraz z wiekiem kobiety. Istnieją również spirale bez miedzi, które w głównym członie zawierają zbiornik z progesteronem. Hormon ten będzie regularnie wydzielany do jamy macicy przez okres około 18 miesięcy, po czym spiralę trzeba zmienić. Miejscowe działanie progesteronu może pozwolić na ograniczenie wielkości krwawień miesięczkowych, jeśli są zbyt obfite i jeśli nie ma to podłoża organicznego (na przykład polip). Przeciwwskazania Aby móc założyć spiralę, należy zbadać, czy nie ma infekcji lub zagrożenia infekcją narządów rodnych. Spirala jako ciało obce może spowodować niewielkie zapalenie śluzówki macicy, ponadto nitki spirali znajdujące się częściowo w pochwie mogą doprowadzić zarazki do macicy i w ten sposób spowodować infekcję śluzówki macicy (zapalenie błony śluzowej macicy) lub jajowodów (zapalenie jajowodu), co może mieć wpływ na płodność, jeśli choroba nie zostanie odpowiednio wcześniej wykryta. Spirale odradza się kobietom, które przechodziły wcześniej zapalenie jajowodów. Z tych samych względów nie radzi się zakładania spirali kobietom, które nie mają jeszcze dzieci. Jeśli z natury twoje miesiączki są długotrwałe i obfite, lepiej jest unikać antykoncepcji wewnątrzmacicznej, która najprawdopodobniej jeszcze je zwiększy. Przeciwwskazaniem dla założenia spirali są także nieprawidłowości w budowie macicy, powiększenie lub deformacje jamy macicy (na przykład z powodu polipa lub mięśniaka podśluzówkowego). By móc zastosować wkładkę wewnątrzmaciczną po porodzie, należy odczekać około trzech miesięcy, by macica powróciła do swego normalnego stanu i normalnych rozmiarów. Podobnie po poronieniu lub przerwaniu ciąży należy odczekać przynajmniej jeden cykl. Jeśli przeszłaś cesarskie cięcie, możesz bez problemu stosować spiralę. Założenie spirali Po wszelkie informacje na temat tej metody antykoncepcyjnej wystarczy udać się do lekarza. Ginekolog zbada cię, pobierze wymaz i wybierze typ i rozmiar spirali. Jeśli nie ma żadnych przeciwwskazań, otrzymasz od niego receptę, na podstawie której kupisz w aptece odpowiednią spiralę. Jeśli się denerwujesz, lekarz może ci też przepisać środek uspokajający w postaci czopka, który zastosujesz w dniu, w którym przyjdiesz na założenie spirali. Nie dziw się, że opakowanie spirali jest takie duże: zawiera ono również przyrząd, który pomoże ją umieścić wewnątrz macicy. Założenie spirali następuje w ostatnich dniach miesiączki lub w pierwszych dniach po miesiączce, aby mieć pewność, że nie jesteś w ciąży. Krwawienia, które występują często bezpośrednio po założeniu spirali nie są duże. Spirale zakłada się w czasie zwykłej wizyty u ginekologa. Hospitalizacja czy znieczulenie jest zupełnie zbędne. Założenie spirali trochę boli, ale trwa bardzo krótko: samo wprowadzenie spirali do macicy trwa około minuty. Po założeniu spirali

ginekolog przycina nitki na długość około trzech centymetrów. Będą one zwisały do pochwy. Po założeniu spirali możesz bez przeszkód wrócić do domu czy do pracy. Przez kilka najbliższych godzin możesz odczuwać niezbyt silne skurcze i wtedy może okazać się przydatny lek uspokajający na czas, kiedy macica przyzwyczaja się do obecności obcego ciała. Mniejsze lub większe krwawienia mogą trwać jeszcze przez kilka dni. Spirala nie przeszkadza w używaniu tamponów. Miesiąc później konieczne jest kontrolne badanie ginekologiczne. Następne należy przeprowadzać dwa razy w roku. Celem tych badań jest sprawdzenie umiejscowienia spirali i jej dobrego tolerowania. Jeśli nitki spirali przeszkadzają twojemu partnerowi, możesz podczas pierwszego badania poprosić ginekologa, by je skrócił. Między wizytami u lekarza możesz sama, raz w miesiącu sprawdzać, czy spirala jest na miejscu. Wsuwając palec do pochwy, w pozycji kucznej, poczujesz maleńkie nitki w głębi, na poziomie ujścia szyjki; jednak kobiety generalnie nie potrafią tego robić lub też nie mają ochoty wykonać tej prostej czynności. Spirala może przeciętnie pozostawać w macicy przez trzy lata. Wyjęcie spirali jest jeszcze prostsze: robi się to przy pomocy szczypec. Wystarczy, że ginekolog lekko pociągnie za nitki, by spirala wysunęła się z macicy, złożony "ramiona". Usunięcie spirali trwa nie dłużej niż kilka sekund. Jeśli chcesz w dalszym ciągu stosować tę samą metodę antykoncepcyjną i jeśli dobrze ją tolerujesz, można w trakcie tej samej wizyty założyć nową spiralę, choć lepiej zrobić to po przerwie trwającej dwa cykle. Jeśli chcesz zajść w ciążę, może to nastąpić natychmiast po wyjęciu spirali. Zalety spirali Jest to metoda mało szkodliwa, nie blokuje mechanizmu fizjologicznego, tak jak się to dzieje przypadku pigułki i nie odpoetyzuje aktu seksualnego, jak preparaty plemnikobójcze. Dobrze tolerowana spirala daje kobiecie poczucie niezależności. Po założeniu - zapominasz o jej istnieniu. Często kobiety zmęczone wieloletnim stosowaniem pigułki zamieniają ją na spiralę i przyzwyczajają się na długo do tej metody antykoncepcji. Jej dziewięćdziesięciodziecioprocentowa skuteczność plasuje ją na drugim miejscu w rankingu metod antykoncepcyjnych, zaraz po pigułce. Wady spirali Ryzyko zajścia w ciążę przy stosowaniu spirali wynosi 1 procent i z wiekiem maleje: powyżej 35 lat, a zwłaszcza powyżej 40-ki przypadki ciąży przy zastosowaniu spirali są rzadkie. Nie są one zresztą spowodowane błędem przy zakładaniu spirali. Nawet przy dobrze umieszczonej spirali może dojść do zajścia w ciążę u kobiety bardzo płodnej, kiedy jajeczko mimo wszystko zagnieżdża się, a potem pomimo obecności spirali zaczyna się rozwijać w jamie macicy. Jeśli zdecydujesz się urodzić dziecko, jest to możliwe. O ile nitki są jeszcze widoczne, można delikatnie usunąć spiralę i zazwyczaj ciąża przebiega normalnie; kiedy spirala znalazła się w głębi macicy ze względu na rozwój jajeczka i nie można już dosięgnąć do nitki, wypadnie sama po porodzie, wraz z łożyskiem. Spirala nie chroni przed ciążą pozamaciczną, czyli taką, gdzie jajeczko rozwija się w jajowodzie, zanim dotrze do jamy macicy. Spirala powoduje zazwyczaj zwiększenie krwawienia i wydłużenie miesiączki. Przed i po miesiączce pojawiają się często drobne plamienia, które wymagają zabezpieczenia bielizny. Długotrwałe miesiączki są odbierane przez wiele kobiet jako bardzo męczące. Ryzyko infekcji zależy w wielu wypadkach od prowadzonego życia seksualnego i liczby partnerów. W przypadku bólu, upławów lub gorączki należy jak najszybciej udać się do lekarza. Ginekolog może w ostateczności usunąć spiralę, choć zdarza się to dość rzadko. Szczególne przypadki Samoistne wydalenie spirali jest możliwe, choć zdarza się bardzo rzadko. Można wówczas zmienić model spirali, choć jeśli podobne wypadki się powtarzają, lepiej zmienić metodę antykoncepcji, ponieważ najprawdopodobniej w jamie macicy występuje jakaś anomalia lub zbyt duże rozwarście szyjki powoduje wysuwanie się spirali. Dobrze tolerowana spirala nie powoduje bólu. Jeśli w ciągu pierwszego cyklu występują nieustanne bóle, świadczy to o nietolerancji spirali i może prowadzić do konieczności jej usunięcia. Antykoncepcja dopochwowa Antykoncepcja dopochwowa jest metodą miejscową, a jej reguły muszą być ściśle respektowane Sposób działania Zasada działania jest oparta na użyciu preparatów

plemnikobójczych o dużej zdolności rozprzestrzeniania, które szybko - pokrywają całą powierzchnię pochwy i mają właściwości unieruchamiania i niszczenia plemników. Preparaty te zawierają najczęściej nonoksynol-9. Dopochwowe środki antykoncepcyjne występują pod różnymi postaciami: globulek (najczęściej używanych), kremów lub tamponów - małych gąbek. Zawodność tej metody wynosi od 1 do 5 procent, co stanowi jej podstawową wadę. Większość przypadków zajścia w ciążę - przy użyciu tej metody jest jednak spowodowana złym stosowaniem preparatów. Sposób użycia Sposób użycia powinien być skrupulatnie respektowany. Globulkę należy wprowadzić głęboko do pochwy w pozycji leżącej na około 5-10 minut przed stosunkiem, bez względu na moment cyklu. Przy każdym następnym stosunku należy zakładać nową globulkę. Odradza się zdecydowanie płukanie pochwy roztworami mydlanymi przed i po stosunku, ponieważ mydło niszczy składnik plemnikobójczy. Po stosunku można umyć się zwykłą wodą, ale trzeba odczekać przynajmniej dwie godziny, zanim przeprowadzi się płukanie pochwy. Tu również należy użyć wyłącznie czystej wody. Preparaty plemnikobójcze sprzedawane są w aptekach bez recepty. Każde opakowanie globulek, kremu czy tamponów zawiera szczegółową instrukcję użycia z rysunkami, z którymi należy zapoznać się przed użyciem. Cena preparatów plemnikobójczych jest stosunkowo wysoka w porównaniu z innymi środkami antykoncepcyjnymi. Zalety antykoncepcji dopochwowej Jest to metoda prosta, bez przeciwwskazań i skutków ubocznych, która nie zakłóca cyklu menstruacyjnego i jest dostosowana do fizjologii. Badania laboratoryjne udowodniły także, że główny składnik posiada między innymi pewne właściwości przeciwwirusowe i bakteriobójcze. Może także w pewnym stopniu chronić przed chorobami wenerycznymi. U kobiet stosujących antykoncepcję dopochwową rzadziej występują przypadki zapalenia jajowodu. Ponadto, rozpuszczając się w pochwie, preparaty te wspomagają nawilżenie pochwy. Jest to wygodne w przypadku suchości pochwy, lecz może przeszkadzać, jeśli jest odwrotnie. Wady antykoncepcji dopochwowej Oprócz stosunkowo dużej zawodności (którą można zmniejszyć, stosując się ściśle do instrukcji użycia), główna niewygodą to aspekt "techniczny". Metoda ta zdecydowanie odpoetyzowuje stosunek, zarówno ze względu na pewną premedytację, jak i sposób użycia. Z tego właśnie względu stosuje ją tylko 2-3 procent kobiet. Powinna bowiem być stosowana tylko przez osoby pewne siebie i swojego ciała. Wiele kobiet nie lubi metod, które wymagają od nich zakładania czegośkolwiek w głąb pochwy. Jednak zwiększająca się liczba kobiet stosujących w czasie miesiączki tampony pozwala przewidywać zmianę tej sytuacji. Zdarza się, że preparat plemnikobójczy wywołuje w pochwie pewne podrażnienie, uczucie pieczenia u kobiety lub jej partnera; zmiana rodzaju preparatu likwiduje ten problem. Diafragma Diafragma to niewielki gumowy krążek o średnicy około 7 centymetrów, który podtrzymuje ciekłą błonę wykonaną z lateksu. Po posmarowaniu błony preparatem plemnikobójczym wprowadza się diafragmę w głąb pochwy i nakłada na ujście szyjki macicy. Oprócz bariery chemicznej pojawia się więc przeszkoda mechaniczna. I znowu - "aspekt techniczny" tej metody istotnie ogranicza jej zastosowanie. Ponadto przed rozpoczęciem jej stosowania należy udać się do ginekologa, który pomoże dopasować rozmiar diafragmy i dokładnie wyjaśni sposób zakładania. Wskazania dla stosowania antykoncepcji dopochwowej Można ją stosować, gdy ryzyko zajścia w ciążę jest niewielkie lub ograniczone: w okresie poporodowym, karmienia piersią, w przypadku stosunków sporadycznych, nie uzasadniających stosowania długotrwałej antykoncepcji mogącej wywoływać skutki uboczne. Antykoncepcja dopochwowa wydaje się szczególnie odpowiednia w okresie przed menopauzą, kiedy płodność jest z natury stosunkowo niska. Może także mieć zastosowanie w przypadku stosunków "niespodziewanych" albo jako rozwiązanie czasowe, w czasie przerwy w stosowaniu pigułki antykoncepcyjnej. Można również łączyć dwie metody: antykoncepcję dopochwową i metodę bardziej skuteczną, jak pigułka czy spirala. Prezerwatywy Zasadę działania prezerwatywy już w starożytności poznali Rzymianie. Współcześnie jej używanie

zależy od wykształcenia i obyczajów: metoda ta stosunkowo rzadko stosowana we Francji, jest podstawową metodą antykoncepcji w Japonii. Obawa przed chorobami wenerycznymi i AIDS zwiększa obecnie jej popularność. Co to jest prezerwatywa? Prezerwatywa jest zwiniętym w niewielki krążek woreczkiem z bardzo cienkiego lateksu, który zakłada się przed stosunkiem, rozwijając na wzwiedziony członek. Jest to powszechnie dostępny środek antykoncepcyjny jednorazowego użytku. Stale ulepszane materiały, z których produkuje się prezerwatywy pozwoliły na zmniejszenie grubości lateksu przy niezmiennej wytrzymałości. Prezerwatywy, przed skierowaniem ich do sprzedaży, poddawane są bardzo dokładnym testom technicznym i wytrzymałościowym. Prezerwatywa jest zazwyczaj pokryta środkiem nawilżającym, aby ułatwić penetrację członka. Na jej końcu znajduje się niewielki zbiornik na spermę. Niektóre prezerwatywy są dodatkowo pokryte preparatem plemnikobójczym. Po wytrysku mężczyzna powinien wyczołgać członek z pochwy przed całkowitym ustąpieniem erekcji, aby nie dopuścić do przedostania się spermy do pochwy. Zalety prezerwatywy Jest to metoda nieinwazyjna, bez przeciwwskazań i skutków ubocznych. Prezerwatywa jest skuteczna pod warunkiem, że jest odpowiednio stosowana. Chroni przed chorobami wenerycznymi i AIDS. Wady prezerwatywy Ryzyko pęknięcia jest obecnie, przy zastosowaniu nowoczesnych gatunków lateksu, dużo mniejsze. Z rynku wycofywane są prezerwatywy o nieodpowiedniej jakości. W przypadku pęknięcia prezerwatywy należy skonsultować się z ginekologiem, który może ci przepisać pigułkę dnia następnego. Prezerwatywie zarzucano zmniejszanie doznań seksualnych u mężczyzny. Dziś ta opinia nie jest już usprawiedliwiona, ponieważ prezerwatywy są wykonane z dużo cieńszego lateksu. Najistotniejszym zastrzeżeniem wysuwany pod adresem prezerwatywy jest odpoetyzowanie stosunku. Prezerwatywa musi zostać założona w ostatniej chwili, przed samym stosunkiem, co odstrasza wielu mężczyzn i kobiety. Sterylizacja chirurgiczna Sterylizacja chirurgiczna polegająca na podwiązaniu jajowodów u kobiety jest metodą nieodwracalną (albo bardzo trudno odwracalną) i dlatego nad takim rozwiązaniem należy się bardzo poważnie zastanowić. Jest to metoda często stosowana w Stanach Zjednoczonych, w Polsce nie jest prawnie dozwolona z wyjątkiem poważnych zaleceń lekarskich. Kiedy decydować się na podwiązanie jajowodów? Podwiązanie jajowodów powinno być dokonywane przede wszystkim u kobiet, u których nowa ciąża mogłaby mieć bardzo poważne konsekwencje, u kobiet, które nie mogą stosować żadnej innej metody antykoncepcyjnej lub u kobiet, u których żadna inna metoda nie skutkuje. Kobieta, która decyduje się na ten zabieg, powinna mieć przynajmniej 35, a jeszcze lepiej 39 lat. Lekarze niechętnie zgadzają się na przeprowadzenie podwiązania jajowodów wcześniej, ponieważ istnieją liczne sytuacje życiowe, kiedy kobiety żałują przedwcześnie podjętej i nieodwracalnej decyzji: śmierć małżonka lub dziecka, a najczęściej rozwód i ponowne małżeństwo. Średnio około 10 procent kobiet gorzko żałuje tej decyzji. Na czym polega podwiązanie jajowodów i czy można odwrócić tę operację? Najczęściej operację podwiązania jajowodów przeprowadza się w znieczuleniu przez nacięcie jamy brzusznej. Blizna jest niewielka (około 2 centymetrów na wysokości pępka), zabieg trwa krótko, a pobyt w szpitalu nie przekracza dwóch - trzech dni. Podczas zabiegu lekarz spina mały fragment jajowodu za pomocą niewielkiego spinacza lub plastikowego krążka, zamykając w ten sposób jajowód. Zabieg ten jest nieodwracalny: nawet jeśli usunie się spinacz, część jajowodu, która była uprzednio spięta, nie może już spełniać swojego zadania. Aby zająć w ciążę, należy przeprowadzić ponowny zabieg chirurgiczny, dość długi, trudny i nie zawsze zakończony sukcesem. Dzięki mikrochirurgii ginekologicznej można połączyć obie części jajowodu po wycięciu niedrożnego odcinka. Można także skorzystać z możliwości, jakie daje zapłodnienie in vitro ("dziecko z probówki") zdając sobie sprawę z problemów, jakie pociąga za sobą ten eksperyment. Zalety podwiązania jajowodów Jest nieodwracalne i likwiduje całkowicie wszelkie problemy z antykoncepcją. Nie zakłóca żadnej funkcji hormonalnej, a cykle miesięczne pojawiają się tak jak

przedtem. Nie ma żadnego wpływu na kobiecość, pożądanie czy przyjemności życia seksualnego. Wady podwiązania jajowodów Nieodwracalność tego zabiegu jest równocześnie jego główną zaletą i podstawową wadą. Jeśli zmienisz zdanie, bardzo trudno jest wrócić do poprzedniego stanu. Należy bezwzględnie unikać poddawania się zabiegowi podwiązania jajowodów w szczególnie trudnej psychologicznie sytuacji, np. po przerwaniu ciąży albo w okresie kłopotów uczuciowych, ponieważ zmiana nastroju może całkowicie zmienić stanowisko kobiety w sprawie ewentualnej ciąży. Wazektomia u mężczyzn U mężczyzn wazektomia polega na podwiązaniu kanałów przewodzących plemniki, zwanych nasieniowodami. Prosty zabieg jest przeprowadzany pod znieczuleniem, a pobyt w szpitalu nie jest konieczny. Tak jak podwiązanie jajowodów, wazektomia powinna być traktowana jako nieodwracalna, gdyż próby ponownego udrożnienia nasieniowodów okazują się mało skuteczne. Przed przeprowadzeniem wazektomii należałoby złożyć nasienie w banku nasienia, aby zabezpieczyć się na przyszłość. Zabieg ten nie ma żadnego wpływu na potencję seksualną, ale może napotkać przeszkody natury psychologicznej. Jesteś w ciąży Ciąża jest dla kobiety okresem szczególnym, bardzo ważnym mobilizującym cały organizm. Poświęcono ciąży wiele książek i większość kobiet kupuje przynajmniej jedną z nich. W tej książce nie mogliśmy poruszyć wszystkich aspektów ciąży i porodu. Dlatego ograniczyliśmy się do pierwszych trzech miesięcy ciąży, zakładając, że ciąża przebiega normalnie, ale informujemy także o wszystkich wypadkach, jakie mogą się zdarzyć. Zakończenie tego rozdziału dotyczy ciąży niepożądaney. Jak sprawdzić, czy jesteś w ciąży? Początkom ciąży towarzyszą liczne symptomy, ale objawem szczególnie ważnym, który powinien zwrócić twoją uwagę, jest opóźnienie miesiączki. Jak już powiedzieliśmy, podczas normalnego cyklu miesięczkowego, jeśli nie następuje zapłodnienie, obniża się poziom hormonów jajnikowych, a błona śluzowa macicy złuszcza się: pojawia się miesiączka. W przypadku zapłodnienia, a następnie zagnieżdżenia się jajeczka, ciało żółte nie obumiera i wydziela hormony niezbędne dla utrzymania rozwijającej się w jamie macicy ciąży. Jajeczko jest zagnieżdżone w błonie śluzowej macicy. Miesiączka się nie pojawi. Opóźnienie miesiączki Jeśli twój organizm jest zazwyczaj "dobrze uregulowany", a miesiączka pojawia się co 28 dni, jak w zegarku, 3-4 dniowe opóźnienie może dać ci nadzieję lub wzbudzić lęk przed ciążą. Jeśli twój cykl miewa niewielkie odchylenia, bywa o 3-4 dni krótszy lub dłuższy (np. 25 do 31 dni), co zdarza się dość często, poczekaj jeszcze tydzień, zanim przeprowadzisz test ciążowy czy pójdziesz do ginekologa. Musisz wiedzieć, że ciąża nie jest jedyną przyczyną opóźnienia miesiączki, nawet jeśli jest to pierwsza myśl, jaka się pojawia. Wszelkie rodzaje stresu (przykrości, kłopoty uczuciowe, zawodowe, przemęczenie...), a nawet zwyczajna podróż, zmiana klimatu i strefy czasu mogą wystarczyć, by rozregulować twój delikatny zegar, kierujący cyklem miesięczkowym i spowodować opóźnienie. Kobiety o miesiączkach nieregularnych są bardziej wrażliwe i częściej narażone na ten rodzaj przypadków, niż te, które mają cykle regularne (patrz: rozdział "Miesiączka"). Zmierz rano przed wstaniem z łóżka temperaturę w pochwie: jeśli jest niższa niż 36,5 stopnia, owulacja jeszcze nie nastąpiła albo nie nastąpi w czasie tego cyklu: nie jesteś w ciąży. Jeśli temperatura jest wyższa niż 37 stopni, owulacja już nastąpiła: możesz być w ciąży. Testy ciążowe W aptekach można znaleźć około 15 rodzajów testów ciążowych do badania moczu, które działają na tej samej zasadzie, co testy immunologiczne przeprowadzane w laboratorium. Od momentu zagnieżdżenia jajeczka wydziela hormon HCG, który przedostaje się do krwiobiegu, a następnie do moczu matki. Testy ciążowe zawierają przeciwciała, które rozpoznają ten hormon i reagują w kontakcie z nim, co daje się zaobserwować jako zmiana koloru i oznacza ciążę. Laboratoria opracowały ostatnio testy bardzo czułe na hormon HCG, pozwalające na diagnozowanie ciąży już po 1-4 dniach opóźnienia miesiączki. Przeczytaj dokładnie ulotkę informacyjną, ponieważ błąd w obsłudze testu, niekiedy drobna wibracja probówki może zafałszować wyniki. Jeśli umierasz z niecierpliwości, dobrze żebyś wiedziała, że test może dać wynik negatywny, nawet jeśli

jestes w ciąży, ponieważ nie jest jeszcze wystarczająco zaawansowana i poziom HCG jest zbyt niski, żeby wywołać reakcję. Jeśli więc w dalszym ciągu nie pojawia się miesiączka, trzeba przeprowadzić test ponownie, kilka dni później. Niektóre testy, mniej dokładne niż inne, mogą wskazywać na ciążę, chociaż w ciąży nie jesteś. W każdym wypadku należy więc skonsultować wyniki testu z ginekologiem, aby otrzymać pewną diagnozę. Pierwsze objawy ciąży Najczęściej są to kłopoty trawienne: mdłości, szczególnie rano, czasami wymioty, zaparcia oraz kłopoty ze snem: prawie bezustanna senność. Ponadto zazwyczaj istotnie powiększają się piersi, a na ich powierzchni często pojawia się widoczna siateczka żyłek. Konsultacja ginekologiczna Badając przez pochwę, ginekolog zauważa, że macica zwiększyła swoją objętość i jest bardziej miękka niż zazwyczaj. Badanie przy użyciu wziernika ujawnia, że na szyjce macicy nie ma śluzu i zmieniła ona kolor na bardziej liliowy. W piątym tygodniu braku miesiączki (po tygodniu opóźnienia) ultrasonografia pokazuje pęcherzyk płodowy prawidłowo usytuowany w jamie macicy. W szóstym tygodniu braku miesiączki (po dwóch tygodniach opóźnienia) ultrasonografia pokazuje pęcherzyk płodowy, a w nim jajeczko. Od siódmego tygodnia braku miesiączki (po trzech tygodniach opóźnienia) ultrasonografia pokazuje pęcherzyk płodowy, zarodek i jego bijące serce, świadczące o tym, że zarodek żyje. Nieuwidocznienie czynności serca zarodka w tym okresie nie świadczy o braku żywej ciąży w macicy. Pewnych informacji może dostarczyć ilość hormonów, nie jest to jednak najistotniejszy element i stracił wiele na znaczeniu od czasu pojawienia się ultrasonografii. W trakcie badania ginekologicznego dowiadujesz się, że jesteś w ciąży, a ginekolog, na podstawie daty twojej ostatniej miesiączki, przeprowadzonego badania i ultrasonografii określa początek ciąży z dokładnością do połowy tygodnia. Precyzja ta, osiągnięta przede wszystkim dzięki ultrasonografii, jest szczególnie ważna dla kobiet, które mają bardzo nieregularne cykle. Jesteś w ciąży i wszystko jest w porządku Jesteś w ciąży, ciąża ta jest pożądana i wszystko jest w porządku: na szczęście jest to najczęściej spotykany przypadek. Środki ostrożności Od początku należy podjąć pewne środki ostrożności, dotyczące higieny życia i żywienia. Rzuć palenie! Jeśli uprawiasz sport szczególnie obciążający serce lub powodujący wstrząsy, jak jazda konna, należy się od tego powstrzymać przez cały okres ciąży. Możesz uprawiać ćwiczenia gimnastyczne czy pływanie, ale bez wysiłku i uważając, by nie powodowało to bólów czy skurczów. Unikaj zbędnych wysiłków fizycznych i podróży wymagających długotrwałej jazdy samochodem. Odżywiaj się racjonalnie, a posiłki jedz regularnie. Zwracaj uwagę na wagę i linię: najlepszą ochroną przed rozstępami jest ograniczone przybieranie na wadze, około 9-10 kilogramów. Minęły już czasy, kiedy mówiło się, że kobieta w ciąży powinna jeść za dwoje! Podczas ciąży należy zrobić pewne badania. Skierowanie wypisuje lekarz, zaznaczając na nim prawdopodobną datę zajścia w ciążę. Pierwsze badanie określa twoją wagę, wzrost, stan nóg, wysokość ciśnienia tętniczego. Określa też rozmiar twojej macicy, która na początku szybko się rozwija: w pierwszym miesiącu ma już wielkość dużej pomarańczy. Kiedy powiedzieć, że jesteś w ciąży i jakie zrobić badania? Lepiej nie mówić zbyt wcześnie, że jesteś w ciąży, aby przeczekać okres, kiedy najczęściej zdarzają się samoistne poronienia. Analizy laboratoryjne określają twoją grupę krwi i czynnik Rhesus (Rh): od momentu pojawienia się szczepionki antyRhD, czynnik Rh minus nie stanowi już dla kobiet większego problemu i mogą planować bez obawy nawet kilka ciąż. W dalszym ciągu obowiązkowe jest badanie w celu wykrycia kiły (syfilisu). Dwa badania serologiczne, na różyczkę i toksoplazmozę, mają na celu określenie twojej odporności na te dwie choroby, niegroźne u dorosłych, ale mające poważny wpływ na zarodek. (W Polsce nie robi się tych badań rutynowo.) - Różyczka: jest to choroba wirusowa, która u dorosłych ma bardzo łagodny przebieg. U 90 procent kobiet w wieku rozrodczym wynik badania serologicznego jest pozytywny; są więc definitywnie chronione przed tą chorobą. Jeśli natomiast zarazisz się różyczką w ciągu czterech pierwszych miesięcy ciąży, może to spowodować poważne uszkodzenia zarodka, prowadzące w wielu wypadkach do

przerwania ciąży. Jeśli wynik badania na różyczkę jest negatywny na początku ciąży, trzeba przeprowadzić je ponownie w okolicach czwartego miesiąca ciąży na wypadek kontaktu z chorobą. Jeśli wynik jest w dalszym ciągu negatywny, możesz być spokojna: powyżej czwartego miesiąca różyczka nie jest już groźna. Na tę chorobę lekarstwa nie ma, ale jest szczepionka. Systematyczne szczepienie wszystkich młodych kobiet pozwoliłoby, tak jak w Stanach Zjednoczonych, na prawie całkowite wyeliminowanie różyczki wrodzonej. Jeśli więc bierzesz pigułkę antykoncepcyjną, możesz poprosić lekarza przy okazji wystawiania skierowań na inne badania o skierowanie na badanie serologiczne na różyczkę. Jeśli wynik jest negatywny, zdecyduj się na szczepionkę. Będziesz spokojniejsza przez pierwsze cztery miesiące ciąży. - Toksoplazmoza to choroba wywoływana przez pasożyty zwane toksoplazmą, które znaleźć można przede wszystkim w baraninie i wieprzowinie. Toksoplazma ginie, jeśli mięso jest dobrze upieczone. W Wielkiej Brytanii toksoplazmoza występuje rzadziej niż we Francji, ponieważ Anglicy jedzą mięso dużo bardziej wypieczone. U 85 procent kobiet w wieku rozrodczym badanie serologiczne na toksoplazmozę daje wynik pozytywny, co oznacza, że są na tę chorobę uodpornione. U dorosłych przebiega ona prawie niepostrzeżenie: objawia się tylko lekką gorączką i niewielkimi guzami na głowie i szyi. W czasie ciąży toksoplazmoza może spowodować nieprawidłowości rozwoju zarodka, a potem płodu. W skrócie można powiedzieć, że w trakcie pierwszej połowy ciąży zmiany chorobowe są rzadkie, i ale bardzo poważne, natomiast w drugiej połowie częstsze, ale mniej poważne. Najczęściej spotykane zmiany dotyczą wzroku. Jeśli masz negatywny wynik badań na toksoplazmozę, w czasie ciąży należy przeprowadzać test na obecność tego drobnoustroju co miesiąc, a ostatnie badanie należy przeprowadzić w trakcie porodu, pobierając próbkę z pępownicy. Na toksoplazmozę nie ma szczepionki, ale można ją leczyć od chwili wykrycia choroby. Leczenie antybiotykami ogranicza zmiany chorobowe. - Test na wykrycie zakażenia wirusem HIV nie jest obowiązkowy, ale wskazany, choć oczywiście masz prawo odmówić jego wykonania. Matka seropozytywna ma 35 procent szansy na przekazanie dziecku wirusa AIDS. Dziecko z tą chorobą umiera przed ukończeniem piątego roku życia, a przeważnie dużo wcześniej. We Francji w sytuacjach dramatycznych matkom seropozytywnym proponuje się przerwanie ciąży, ale mają prawo odmówić i nikt nie może ich do tego zmusić. Aby dowiedzieć się więcej na temat dalszego przebiegu ciąży porodu, radzę przeczytać jedną (lub kilka) z licznych książek poświęconych macierzyństwu. Masz bóle brzucha i krwawisz. W czasie ciąży mięśnie macicy bardzo się rozciągają: jej rozmiary zwiększają się prawie stukrotnie. W początkowej fazie, kiedy macica zaczyna się rozciągać, zdarzają się dość często skurcze przypominające bóle miesiączkowe. Jeśli są zbyt częste lub zbyt intensywne, jeśli budzą cię w nocy, musisz poradzić się swojego ginekologa. Przepisze ci leki przeciwbólowe i da zwolnienie z pracy, dla odpoczynku, szczególnie, jeśli wykonujesz pracę męczącą, na stojąco, lub jeśli codziennie pokonujesz długą trasę między pracą a domem. W dużych miastach często zdarza się, że dojazd i powrót z pracy zabierają około trzech godzin i trudno to pogodzić z początkową ciążą. Odpoczynek w pozycji leżącej stosunkowo szybko likwiduje bóle i skurcze macicy. Jeśli zauważysz krwawienia, również jak najszybciej skontaktuj się ze swoim ginekologiem. Niewielkie krwawienia, związane z niedostateczną ilością hormonów, zdarzają się dość często w początkach ciąży i nie mają znaczenia dla zarodka, jeśli ciąża trwa nadal. Czasami niewielkie krwawienie (krew jest wtedy przeważnie koloru jasnoczerwonego) mogło zostać spowodowane stosunkiem seksualnym. Krwawi wówczas szyjka macicy, która w czasie ciąży jest często w stanie zapalnym. Ginekolog bada przyczynę krwawienia i po upewnieniu się, przy użyciu ultrasonografu, że embriion rozwija się prawidłowo, przepisuje najczęściej kurację globulkową. Poronienie. Jeśli krwawienie nie pochodzi z szyjki, lecz z jamy macicy i towarzyszą mu bóle, często zachodzi ryzyko poronienia. Ginekolog kontroluje prawidłowość rozwoju zarodka i przepisuje leki przeciwbólowe i o działaniu progesteronopodobnym - progestogennym, dla podtrzymania ciąży oraz dużo odpoczynku,

najważniejszego elementu kuracji przy zagrożeniu poronieniem. Krwawienia bardzo ciemnego koloru są złym objawem, świadczą bowiem bardzo często o ciąży obumarłej. W takiej sytuacji należy przeprowadzić badanie ultrasonograficzne w celu sprawdzenia oznak życia zarodka. Jeśli są oznaki pracy serca, to dobry objaw, ciąża ma wszelkie szanse przetrwania i potrzeba tylko leczenia i odpoczynku. Jeśli lekarz nie zauważy oznak pracy serca, kilka dni później trzeba przeprowadzić nowe badanie ultrasonograficzne, aby ocenić stan ciąży. W przypadku poronienia, jajo płodowe może zostać w całości i samoistnie wydalone z macicy. Jeśli ciąża jest bardziej zaawansowana (ponad półtora miesiąca), lepiej usunąć martwą ciążę przez odessanie, ponieważ samoistne wydalenie jaja płodowego może nie nastąpić lub może być tylko częściowe. Usunięta zawartość jamy macicy musi być poddana badaniu histopatologicznemu. Głównymi przyczynami samoistnych poronień są: - Anomalie chromosomowe - to przyczyna ponad połowy poronień: natura nierzadko eliminuje nieprawidłowo rozwijające się zarodki. - Ciąża zaśniadowa - jest szczególnym przypadkiem ciąży bez zarodka. kiedy jama macicy jest wypełniona licznymi drobnymi pęcherzykami (zawierającymi płyn), będącymi wytworem zaśniadowego zwyrodnienia błony kosmówkowej. - Niedostatki hormonalne, spowodowane niewystarczającym wydzielaniem z ciałałka żółtego, w szczególności zaś brakiem progesteronu. - Wszelkie ostre stany zapalne, a zwłaszcza wysoka gorączka (nawet przy grypie). - Przyczyny miejscowe, spowodowane anomaliami jamy macicy lub mięśnia macicy - są dość rzadkie. - Przyczyny immunologiczne - są obecnie badane. Powody wielu poronień samoistnych pozostają jeszcze nie wyjaśnione. Ciąża pozamaciczna Polega ona na zagnieżdżeniu jajeczka poza jamą macicy, zazwyczaj w jajowodzie: mówi się wtedy o ciąży jajowodowej. Choroby przenoszone drogą płciową powodują zapalenie jajowodów i poważnie je uszkadzają. Nie mogą już one zapewnić doprowadzenia jajeczka do jamy macicy. Po zapłodnieniu jajeczko rozwija się więc na miejscu i zaczyna rozpychać ścianki jajowodu, powodując bóle i niewielkie krwawienia. Jeśli ciąża rozwija się dalej, jajowód pęka i następuje krwotok wewnętrzny. Oprócz badania ginekologicznego przez pochwę, podczas którego pacjentka odczuwa duży ból od strony macicy, lekarz musi przeprowadzić dwa inne badania, które potwierdzą tę diagnozę. Wydzielanie hormonu HCG świadczy o istnieniu ciąży, podczas gdy ultrasonografia pokazuje pustą jamę macicy. W takim wypadku konieczna jest hospitalizacja w celu przeprowadzenia laparoskopii, która potwierdzi diagnozę. W większości wypadków badanie to przeradza się w zabieg. Innymi słowy, ciąża pozamaciczna może zostać usunięta w trakcie laparoskopii, bez otwierania jamy brzusznej. Blizny są niewielkie: jedna na poziomie pępka, druga poniżej wzgórka łonowego. Hospitalizacja jest krótka: tylko 1-2 dni. Ciąża pozamaciczna jest sprawą poważną, jej rozpoznanie bywa trudne, chociaż w przypadku podejrzanego bólu ginekolog zawsze bierze pod uwagę ciążę pozamaciczną. Nie chcesz tej ciąży? Żądanie, by ginekolog zapisał ci pigułki lub zastrzyk, "po których wystąpi miesiączka" oparte jest na złudzeniu: są one skuteczne tylko wtedy, gdy nie jesteś w ciąży. Jeśli zaszłaś w ciążę, trzeba będzie przeprowadzić zabieg jej przerwania. Co mówi prawo we Francji? Zabieg przerwania ciąży został zalegalizowany we Francji ustawą z 17 stycznia 1975 roku, potwierdzoną 31 grudnia 1979 roku. Każda dorosła Francuzka ma prawo podjąć decyzję o przerwaniu ciąży. Nieletnie dziewczęta muszą mieć pozwolenie jednego z rodziców. Cudzoziemki muszą mieszkać we Francji przynajmniej od trzech miesięcy. Zabieg przerwania ciąży musi być przeprowadzony przez lekarza (najczęściej ginekologa lub chirurga) w szpitalu lub klinice (nie zaś w gabinecie lekarskim) przed upływem dziesiątego tygodnia ciąży (lub przed upływem dwunastego tygodnia od pierwszego dnia ostatniej miesiączki). Między pierwszą wizytą u lekarza a datą zabiegu przerwania ciąży musi upłynąć przynajmniej siedem dni, które są czasem na zastanowienie. W tym okresie powinnaś spotkać się z psychologiem lub pracownikiem poradni świadomego macierzyństwa, który wyda ci niezbędne zaświadczenie. Często zdarza się, że w czasie tych siedmiu dni kobiety zmieniają zdanie. Jeśli masz wątpliwości, poproś

ginekologa o dodatkowe kilka dni na zastanowienie (nie należy jednak przekraczać podanej granicy, ponieważ im mniej ciąża jest zaawansowana, tym łatwiej ją usunąć). Doświadczenie uczy, że kobiety, które wahają się, najczęściej decydują się urodzić dziecko. Przed zabiegiem przerwania ciąży należy przeprowadzić zwyczajowe badania laboratoryjne. Zabieg przerwania ciąży Zabieg przeprowadzany jest zazwyczaj metodą odsysania, pod narkozą i trwa kilka minut. Po delikatnym rozciągnięciu szyjki macicy za pomocą niewielkich cylindrów, lekarz wprowadza plastikową rurkę o średnicy od 6 do 12 milimetrów, w zależności od zaawansowania ciąży. Następnie podłącza rurkę do systemu odsysania. Jajeczko odrywa się od jamy macicy i jest natychmiast wchłaniane. Technika ta jest metodą znacznie szybszą i dużo mniej agresywną dla macicy niż stary sposób łyżeczkowania. Nowoczesne metody znieczulania pozwalają nawet przy całkowitej narkozie, na opuszczenie szpitala jeszcze tego samego dnia. Jeśli zjawisz się w szpitalu wcześniej, rano na czczo, możesz wrócić do domu (lepiej byłoby, gdyby ktoś cię odwiózł i żebyś nie musiała sama prowadzić samochodu) tego samego dnia po południu. Niektórzy lekarze przeprowadzają zabiegi przerwania ciąży przy znieczuleniu miejscowym. Jest to możliwe, jeśli wyrazisz zgodę, jesteś z natury spokojna, ciąża nie jest zbyt zaawansowana, a szyjka macicy daje się łatwo rozciągnąć. W gruncie rzeczy samo rozciągnięcie szyjki jest często bardziej bolesne niż sam zabieg odessania, szczególnie u kobiet, które nigdy nie rodziły. Po zabiegu przerwania ciąży musisz odpocząć. Lekarz zapisze ci pigułkę sekwencyjną, która ma za zadanie regenerację błony śluzowej macicy, oraz lekarstwo, które ma obkurczyć rozciągniętą macicę. Krwawienia nie powinny być zbyt obfite, ale mogą trwać przez kilka dni, podczas których należy unikać kąpieli w wannie (możesz brać prysznic) oraz stosunków seksualnych. Po zabiegu już następnego dnia możesz wrócić do codziennych zajęć. Po dwóch tygodniach należy udać się do lekarza na wizytę kontrolną. Jednak w przypadku jakichkolwiek problemów (intensywne krwawienia, silne bóle, gorączka) należy niezwłocznie udać się do lekarza. Przy zastosowaniu nowoczesnych technik komplikacje po zabiegu przerwania ciąży (infekcje i pozostawienie części jajeczka) są bardzo rzadko spotykane. Nie należy jednak traktować tego zabiegu jako nieszkodliwego lub jako metody antykoncepcyjnej, ponieważ przerwanie ciąży powinno być stosowane tylko w wyjątkowych sytuacjach, zawsze bowiem zostawia bliznę w sercu kobiety. RU 486 (mifepriston) Jest to hormon, który może zapobiec, przynajmniej na początku ciąży, zagnieżdżeniu się jajeczka w jamie macicy. Mówi się, że jest to metoda wczesnoporonna, ponieważ może przerwać trwanie ciąży. Jest to jednak metoda aborcyjna, która z punktu widzenia prawa traktowana jest jako zabieg przerwania ciąży i musi być stosowana zgodnie z tymi samymi zasadami. Może być stosowana przed czterdziestym dziewiątym dniem przerwy w miesiączce, a więc przed dwudziestym pierwszym dniem opóźnienia miesiączki. Wieczorem należy zażyć trzy pigułki RU 486, a po 36 godzinach udać się do szpitala lub kliniki, gdzie otrzymasz zastrzyk z prostaglandyny, który wywołuje skurcze macicy. W większości wypadków wyrzucenie jajeczka, które może być dość bolesne, następuje podczas jednodniowego pobytu w szpitalu. Technika ta pozwala przeprowadzić zabieg bez znieczulenia i ogranicza nacisk psychologiczny, który - mniej lub bardziej - występuje przy zabiegu przerwania ciąży. Ale metoda ta nie przynosi efektu we wszystkich przypadkach i wtedy trzeba uciec się do klasycznego już odessania. Para niepłodna "Dziecko, jeśli chcę i wtedy, kiedy chcę", obiecują poradnie planowania rodziny. Oczywiście, bez wątplenia - "jeśli chcę". "Wtedy, kiedy chcę", okazuje się trudniejsze, zwłaszcza dla kobiet, którym wydaje się, że mogą programować swoje ciążę tak jak życie zawodowe. Jednak czasami natura nie lubi się spieszyć i daje się prosić jakiś czas. W medycynie mówi się częściej o zmniejszonej płodności (co lepiej określa trudności prokreacji) niż o niepłodności (całkowitej i nieodwracalnej niemożności rozmnażania), bowiem wśród przedstawicieli gatunku ludzkiego samorzutna bezpłodność występuje niezbyt często. Tylko 60 procent par mających regularne stosunki bez zabezpieczenia poczyna dziecko w ciągu pierwszych sześciu

miesiący; 80 procent poczyna w ciągu pierwszego roku, zaś 90 procent par - prędzej czy później będzie miało dziecko bez żadnej pomocy lekarskiej. Tylko 10 procent par, określanych jako nieplodne czy też raczej o zmniejszonej płodności, skorzysta z pomocy lekarza. Po badaniach i leczeniu, tylko 3 procent par pozostanie nieplodnych definitywnie. Od zapłodnienia do zagnieżdżenia jajeczka Pod wpływem układu zarządzania - podwzgórze +przysadka, jajniki będą wydzyalały hormony i co miesiąc (Okres płodności to 2-3 dni przed owulacją i 24 godziny po owulacji wytwarzają jajeczko). To jajeczko, czy też gameta żeńska, zawiera chromosomy, genetyczne dziedzictwo matki. Plemniki, czyli gamety męskie powstają w kanalikach nasiennych jąder, od momentu dojrzewania do końca życia, bez przerwy. Każde jądro zawiera kilka tysięcy przewodów, które połączone są z większym kanałem, najądrzem, przedłużonym przez nasieniowód. Po wytworzeniu w kanalikach nasiennych, sperminki są przenoszone do końca najądrza. W momencie wytrysku, są przetrucane do nasieniowodów, gdzie mieszają się z wydzielinami pęcherzyków nasiennych i prostaty, i tworzą spermę, wydalaną przez cewkę moczową. Równocześnie jądra wydzielają męski hormon - testosteron. Produkcja spermy trwa mniej więcej dwa i pół miesiąca, i odbywa się pod kontrolą podwzgórze i przysadki. Podobnie jak u kobiety, funkcja reprodukcyjna mężczyzny wymaga połączonych działań LH-RH, FSH, LH i testosteronu. Podczas gdy jajniki uwalniają tylko jedno jajeczko, w czasie wytrysku w głąb macicy dostają się dziesiątki milionów sperminków. Uciekając z nieprzyjaznego środowiska pochwy kierują się w stronę szyjki macicy. Śluz szyjki macicy, obfity i przyjazny w czasie owulacji, pomaga im w dostaniu się do kanału szyjki. Najbardziej żywotne sperminki wspinają się po drogach rodnych kobiety, przemykając przez jamę macicy i dostają się do jajowodu. Tylko kilkaset z nich dociera do jajeczka. Spotkanie jajeczka i sperminków odbywa się w położonej najbliższej jajnika części jajowodu. Liczne sperminki otaczają wówczas jajeczko, ale tylko jednemu udaje się wniknąć. Jest to zupełnie przypadkowy sperminka, który przekazuje dziedzictwo genetyczne ojca i określa płeć dziecka. Dwie gamety łączą się i tworzą jedną komórkę, początek nowego życia. Komórka natychmiast zaczyna podział na dwie, potem na cztery komórki i tak dalej. Rozwijając się, jajeczko przesuwa się w stronę macicy pod wpływem komórek wyposażonych w rzęski, które wyścielają ścianki jajowodu. Po około czterodniowym pobycie w jajowodzie, jajeczko przedostaje się do jamy macicy, gdzie swobodnie przebywa jeszcze przez 2-3 dni, a potem się w niej zagnieżdża - wymaga to przyjaznego nastawienia błony śluzowej macicy, przygotowanej przez hormony jajnikowe. Przyczyny nieplodności Zapłodnienie jest zjawiskiem bardzo złożonym, które wymaga kilku równoczesnych czynności. Jeśli brakuje jednego czynnika lub nie zadziała jeden z mechanizmów, do zapłodnienia nie dojdzie. Pęcherzyk płodowy powstaje w momencie spotkania niezapłodnionego jaja i sperminki. Wszystko, co przeszkodzi wytworzeniu jaja i sperminków oraz ich spotkaniu, stanowi przyczynę nieplodności. Niewłaściwa owulacja U kobiety może nastąpić niewłaściwa owulacja lub całkowity brak owulacji. Zazwyczaj pojawiają się wtedy zaburzenia cyklu - staje się on nieregularny. Jakość owulacji pogarsza się wraz z wiekiem, zazwyczaj zaczyna się to około 35 roku życia. Jeśli mogę udzielić rady kobietom, które chcą mieć dzieci, to nie czekajcie zbyt długo. Zaburzenia owulacji pochodzące od jajników są dość rzadko spotykane. Przyczyna kłopotów znajduje się zazwyczaj wyżej, na poziomie układu podwzgórze +przysadka, który źle funkcjonuje. Przyczyn może być wiele. Wszelkie rodzaje stresu, kłopoty natury psychicznej czy uczuciowej mogą zmieniać cykl miesięczkowy. Czasami wystarczy niewielka zmiana: egzamin czy podróż, aby rozregulować cykl. W przypadku poważnego stresu często zdarza się wielomiesięczne zatrzymanie miesiączki, połączone z blokadą owulacji. Owulację może zakłócić także nadmierne wydzielanie hormonu przysadkowego, prolaktyny. Kiedy zarządzanie przysadkowe źle działa, a jajniki niewłaściwie odpowiadają na rozkazy, często stają się powiększone, bolesne i tworzą się na nich liczne, małe torbiele - mówi się wówczas o zwyrodnieniu drobnotorbielkowym jajników.

Istnieją liczne metody sprawdzania odpowiedniego funkcjonowania jajników i przebiegu owulacji: sprawdzenie prawidłowości wykresu temperatury, podawanie hormonów, biopsja błony śluzowej macicy, ultrasonografia, laparoscopia. Hormonalne leczenie bezpłodności u kobiet ma na celu, jeśli jest to możliwe, przywrócenie właściwej owulacji, wraz z wytwarzaniem dobrej jakości ciałka żółtego, którego wydzieliny są niezbędne dla zagnieżdżenia i utrzymania jajeczka. Można stymulować przysadkę za pomocą hormonu LH-RH czy specjalnych preparatów, lub też stymulować jajniki przy użyciu ludzkich gonadotropin, pochodzących z moczu kobiet w okresie menopauzy. Choć zasada tego leczenia wydaje się prosta, jego przeprowadzenie wymaga wiele subtelności, jako że jest to próba naśladowania natury. Spermia złej jakości Aby sperma miała właściwości zapładniające, musi w niej być wystarczająca ilość plemników, muszą one być żywotne i posiadać właściwą budowę. Jeśli w spermie znajduje się mało plemników, przypadłość tę nazywamy oligospermia. Jeśli są niewystarczająco ruchliwe - jest to astenospermia. Jeśli wiele z nich ma niewłaściwy kształt - mówimy o teratospermii. Czasami zaburzenia spermy określa się wszystkimi trzema parametrami: jest to oligo-asteno-teratospermia. Bywa, że sperma składa się z samego płynu i nie ma w niej żadnego plemnika - jest to azospermia, która może mieć dwa typy: - jądra pracują normalnie i produkują plemniki, ale kanaliki wydzielnicze nie działają, - jądra nie produkują żadnych plemników. Metody badania to: przeprowadzany po stosunku test Hühnera, spermogram (mikroskopowe, makroskopowe, fizyczne i chemiczne badanie nasienia), krzyżowy test penetracyjny, badanie samouodporniania wraz z samorzutną aglutynacją, - oznaczenie poziomu hormonów Leczenie zmniejszonej płodności u mężczyzny jest bardzo złożone. Może opierać się na terapii hormonalnej lub wyrafinowanych technikach wzbogacania spermy, połączonych ze sztucznym zapłodnieniem. W przypadku azospermii, przy której jądra nie produkują plemników, może zostać podjęte leczenie chirurgiczne mające na celu udrożnienie kanałów wydzielających spermę, ale rezultaty są bardzo niepewne, szczególnie jeśli w grę wchodzi wada wrodzona. Jajo i plemnik nie mogą się spotkać W niektórych przypadkach jajowód jest całkowicie zablokowany, najczęściej przy ujściu. Ujście wówczas nie może przyjąć jajeczka, które wpada do jamy brzusznej i rozpuszcza się. Wokół ujść mogą także występować zrosty okołojajowodowe, które przeszkadzają w przyjmowaniu jajeczka. Ścianka jajowodu może być zmieniona i nie spełniać funkcji przesuwania i odżywiania jajeczka. Zaburzenia pracy jajowodów stanowią jedną z podstawowych przyczyn bezpłodności kobiet. Mają one w większości przypadków podłoże infekcyjne: zapalenie jajowodu połączone z chorobą weneryczną. Zapobieganie i leczenie chorób wenerycznych stanowi najlepszą metodę leczenia zapobiegawczego bezpłodności jajowodowej. Endometrioza, choroba bardzo specyficzna, charakteryzująca się rozsiewaniem poza jamą macicy niewielkich fragmentów błony śluzowej macicy, bardzo często dotyka też jajowodów i może zakłócać ich funkcje. Metody badania oparte są na radiografii macicy i jajowodów oraz na laparoskopii. Leczenie jest czasem chirurgiczne: są to długie i delikatne zabiegi plastyczne jajowodów (przeprowadzane pod mikroskopem). Można też równocześnie, lub w przypadku niepowodzenia mikrochirurgii, skorzystać z metod prokreacji przy pomocy lekarza, zapłodnienia in vitro, które pozwalają na zastąpienie jajowodu, doprowadzając do bezpośredniego kontaktu jaja z plemnikiem. Niewystarczająca ilość śluzu Plemniki, mimo iż są liczne i ruchliwe, nie mogą przedostać się do szyjki macicy - najczęściej przyczyną jest niewystarczająca ilość śluzu. Nierzadko też powodem jest jakaś infekcja. Dużo rzadziej w śluzie mogą się rozwijać przeciwciała antyplemnikowe, blokujące im drogę. Metody badania to laboratoryjna analiza śluzu, przeprowadzany po stosunku test Hühnera oraz badanie przeciwciał antyplemnikowych. Leczenie polega na stymulacji wydzielania gruczołów szyjki macicy za pomocą estrogenów. Czasami należy zdezynfekować śluz za pomocą antybiotyków. W niektórych przypadkach, niezbędne okazuje się zastąpienie roli szyjki macicy przez sztuczne zapłodnienie. Umieszcza się spermę bezpośrednio w jamie macicy.

Jeśli sperma jest nieodpowiedniej jakości, zostanie uprzednio przygotowana i wzbogacona. Nie dochodzi do zagnieżdżenia jajeczka. Zapłodnienie się odbyło, ukształtowało się jajeczko, ale nie może się ono zagnieżdżyć w błonie śluzowej macicy. Wpływ na to mogą mieć dwie przyczyny: - wada macicy: niedorozwój wrodzony, obecność mięśniaka lub polipu w jamie macicy - zmiana infekcyjna lub urazowa błony śluzowej macicy. Metody badania opierają się na radiografii macicy, wziernikowaniu macicy (histeroskopii), biopsji błony śluzowej macicy, ultrasonografii, laparoskopii. Leczenie, głównie chirurgiczne, ma na celu korektę zmian mechanicznych, nie pozwalających na zagnieżdżenie się jajeczka. Jak widać, przyczyn niepłodności jest wiele, nierzadko łączą się one ze sobą, komplikując jeszcze bardziej i tak złożony problem. U około 5 procent par niepłodnych, mimo przeprowadzenia pełnego zestawu badań, nie wykryto żadnej przyczyny niepłodności: wszystko wydaje się "normalne". Mówi się wówczas o niepłodności niewyjaśnionej lub samoistnej, niektórzy lekarze uważają, że przyczyny są natury psychologicznej. Być może jednak są to po prostu granice naszej wiedzy medycznej. Badania niepłodnej pary. Pierwsza rada: nie martwcie się i nie biegnijcie natychmiast do lekarza. Natura nie lubi się spieszyć, nie bądźcie więc zbyt niecierpliwi. Okres oczekiwania na ciążę do jednego, a nawet dwóch lat jest uważany przez lekarzy za normalny. Mimo iż pary przychodzące do lekarza są zazwyczaj niecierpliwe i mocno zaniepokojone, uważam za najwłaściwsze rozpoczęcie badań dopiero po okresie 12-18 miesięcy, czasem nieco wcześniej, w szczególnych przypadkach, kiedy wiadomo już, że u jednego z partnerów występuje określony problem lub jeśli kobieta ma ponad 35 lat, kiedy w naturalny sposób płodność się zmniejsza. Chęć posiadania dziecka jest głęboko zapisana w umyśle kobiety i zazwyczaj to ona pierwsza przychodzi na konsultację ginekologiczną. Mężczyzna jest odpowiedzialny za niepłodność pary w 40 procentach przypadków. Czasami odpowiedzialność jest podzielona między obydwój partnerów. Trzeba wiedzieć, że kiedy para niepłodna, a raczej o zmniejszonej płodności, podejmuje decyzję o konsultacji z lekarzem, mężczyzna musi być umotywowany i przygotowany do aktywnego udziału w badaniach i próbach, co nie zawsze bywa łatwe. Wielu mężczyzn w dalszym ciągu myli niepłodność z brakiem męskości i czują się urażeni, jakby to ich męską osobowość właśnie podawano w wątpliwość, mimo iż bada się tylko zdolność do reprodukcji. Mężczyzna niepłodny może mieć przecież znakomitą potencję seksualną. Pierwsza wizyta u lekarza. Przypomina ona zwyczajową konsultację ginekologiczną. Podczas rozmowy lekarz pyta o twoją przeszłość medyczną i ginekologiczną: - regularność cykli, ewentualne przerwy w miesiączkowaniu - dotychczas stosowane metody antykoncepcyjne, ich tolerancję i ewentualne przypadki nietolerancji - infekcje, szczególnie zaś zapalenie jajowodu, zapalenie otrzewnej, zapalenie wyrostka robaczkowego, choroby przenoszone drogą płciową; - ginekologiczne interwencje chirurgiczne, zabiegi przeprowadzane na jajowodach, jajnikach, łyżeczkowanie; - ewentualne ciążę: kiedy były, jaki był ich przebieg i rozwiązanie (poród, samoistne poronienie, przerwanie ciąży). Jeśli nie byłaś w ciąży, mówi się o niepłodności pierwotnej. Jeśli byłaś już w ciąży, przynajmniej raz, mówimy o niepłodności wtórnej. Jeśli byłaś w ciąży, istotną informacją jest, czy było to z aktualnym partnerem. Także, jeśli nie byłaś w ciąży z twoim obecnym partnerem, trzeba wiedzieć, czy miał on dzieci z inną kobietą. W trakcie rozmowy lekarz dowiadyuje się też, kiedy pojawiło się pragnienie posiadania dziecka i jaka jest częstotliwość waszych stosunków seksualnych, a także w jakim momencie cyklu się one odbywają. Jeśli twój partner często wyjeżdża, zdarza się, że tracicie ten krótki okres płodności, następujący w chwili owulacji. W każdym razie musicie skompletować wyniki wszystkich badań, nawet dawno przeprowadzonych i ułożyć je w chronologicznej kolejności. Należy także sporządzić listę kuracji, które już przechodziliście. Dossier to może okazać się cenne, szczególnie, jeśli będziecie musieli udać się do innego lekarza. W trakcie często długotrwałych badań niepłodności wiele par zmienia decyzję i przestaje się leczyć u swojego dotychczasowego ginekologa, ponieważ uważa, że brak

konkretnych rezultatów jest jego winą. W większości wypadków takie stanowisko nie jest uzasadnione, ale wątpliwości są rzeczą ludzką. Badanie ginekologiczne polega na kontroli rozmiarów, elastyczności i wrażliwości macicy i jajników. Lekarz szuka objawów infekcji, szczególnie szyjki macicy i pochwy. Badanie piersi ma na celu wykrycie wypływania mleka z sutków, co mogłoby świadczyć o nieprawidłowym wydzielaniu prolaktyny. Zazwyczaj pierwsze badanie nie pozwala na wykrycie przyczyny niepłodności. Jeśli bowiem istnieje jasna przyczyna, zazwyczaj kobieta lub para już o niej wie. Ginekolog skieruje więc was na dodatkowe badania, które pozwolą na metodyczne i ostrożne postępowanie w badaniu niepłodności. Wykres temperatury Metoda polega na mierzeniu, codziennie rano, temperatury w odbycie lub pochwie tym samym termometrem, przed wstaniem z łóżka, przez okres dwóch cykli. Możesz to uznać za kłopotliwe, ale wykres temperatury dostarcza wielu informacji. Zmiana temperatury świadczy o owulacji. Progesteron wydzielany po owulacji przez ciało żółte wytwarza ciepło i podnosi temperaturę. Dzień owulacji jest dniem najniższej temperatury przed jej skokiem. Czasami zmiana temperatury nie jest nagła, lecz stopniowa. Po owulacji druga część krzywej temperatury, zwana plateau, oznacza długość życia ciała żółtego. Powinno ono trwać przynajmniej 10 dni. Krótsze plateau oznacza złą owulację, dłuższe zaś niż 14 dni może być objawem początku ciąży. Badanie poziomu hormonów Pobieranie krwi w określonych momentach cyklu, a czasami przez okres kilku cykli oraz badanie poziomu surowicy krwi informuje o jakości owulacji, wydzielinach jajnikowych i przysadkowych. Bada się zazwyczaj poziom estrogenów, progesteronu, prolaktyny i gonadotropin przysadkowych, FSH i LH. Pozwala to także na sprawdzenie skuteczności stymulacji owulacji. Test Hühnera Jest to podstawowe badanie, pozwalające zbadać zachowanie się plemników w śluzie. Należy udać się do gabinetu ginekologicznego w okolicy owulacji, w okresie od 2 do 12 godzin po stosunku seksualnym, który musi odbyć się po przynajmniej 3-dniowej abstynencji. Nie należy się przed tą wizytą u lekarza podmywać. Ginekolog bada rozwarcie szyjki oraz obfitość, ciągłość i przejrzystość śluzu i pobiera kilka kropeł śluzu w celu badania mikroskopowego. Notuje następnie ilość plemników w polu widzenia oraz ich ruchliwość: jeśli jest ich dużo i są bardzo ruchliwe - test jest pozytywny. To dobry objaw. Spermogram lub spermocytogram Uzupełnia informacje dostarczone przez test Hühnera. Jego celem jest analiza ilości, ruchliwości i morfologii plemników. Średnio ilość ejakulatu wynosi od dwóch do pięciu mililitrów. Liczba plemników zmienia się od 25 do 250 milionów w mililitrze. Przynajmniej 60 procent plemników musi być ruchliwe po godzinie, a procent form nieprawidłowych (które występują w każdej spermie) musi być niższy niż 40. Spermocytogram jest wykonywany w laboratorium, które poleci ci twój ginekolog. Pobranie spermy odbywa się w laboratorium poprzez masturbację. Do tego celu jest przeznaczone specjalne pomieszczenie, gdzie możesz towarzyszyć swojemu partnerowi, żeby... mu dodać odwagi. Krzyżowy test penetracyjny Może zostać zalecony, jeśli test Hühnera okaże się niewystarczający, mimo satysfakcjonujących wyników spermocytogramu i wzbogaconego estrogenami śluzu. Polega on na badaniu laboratoryjnym przenikania spermy męża do śluzu żony i do śluzu testowego (pobranego od innej - kobiety) i równocześnie na badaniu przenikania spermy testowej (dostarczonej przez innego mężczyznę) do śluzu pacjentki. Jeśli plemniki twojego partnera dobrze przenikają do śluzu testowego, a źle do twojego, trzeba będzie przeprowadzić badanie twojej krwi w celu poszukiwania przeciwciał antyplemnikowych. Radiografia macicy i jajników - histero-salpingo-grafia (HSG) Pozwala przyjrzeć się szyjce, jamie macicy i jajowodom. W przypadku niepłodności, nieprawidłowości spotykamy najczęściej w okolicach jajowodów i mogą one mieć rozmaite przyczyny: zwężenie jajowodów, całkowita niedrożność, rozszerzenie, zanik fałdów błony śluzowej, uchyłki... - Jeśli szyjka lub jama macicy odbiegają nieco od normy, trzeba przeprowadzić histeroskopię (wziernikowanie macicy), która pozwala na obejrzenie wnętrza macicy bardzo cienką lupą, wyposażoną w silny reflektor. Histeroskopia może być

uzupełniona, dla oceny jakości śluzówki, biopsją błony śluzowej macicy. - Jeśli istnieje wada jajowodów, przeprowadzona zostanie, pod narkozą, w klinice lub szpitalu, laparoscopia, która pozwoli bezpośrednio obejrzeć stan jajowodów. Czasami, w trakcie laparoskopii można przeprowadzić kilka drobnych zabiegów leczniczych, np. usunięcie zrostów wokół jajowodów i jajników. Ultrasonografia miednicy Chociaż jest często przepisywana, nie jest niezbędna dla sporządzenia bilansu niepłodności i nie może w żadnym wypadku zastąpić radiografii macicy i jajników. Pozwala jednak na wyznaczenie konturów i rozmiarów tych narządów. Ponadto jest konieczna dla śledzenia procesu stymulowania owulacji. Podczas tych badań można określić przyczynę niepłodności i rozpocząć leczenie tak szybko, jak to jest możliwe. Czasem żadne leczenie medyczne nie może przynieść rozwiązania problemu, ponieważ jajo i plemnik nie mogą się spotkać. Jest to szczególny przypadek, kiedy jajowody są zablokowane lub zdegenerowane. Medycyna musi wówczas ułatwić spotkanie jaja i plemnika. Nazywamy to prokreacją przy udziale medycyny. Prokreacja przy udziale medycyny W ciągu ostatnich lat nastąpił w tej dziedzinie poważny postęp. Jej rozwój powoduje jednak pojawienie się problemów natury etycznej, do tej pory nie rozwiązanych. Zapłodnienie in vitro Pojawiły się "dzieci z probówki". Pierwsze z nich, Louisa Brown, urodziła się w Anglii w 1978 roku; w 1982 roku we Francji, urodziła się Amandine. Dzięki tej technice przyszło już na świat pięć tysięcy dzieci. Po wywołaniu owulacji i zebraniu jednej lub kilku komórek jajowych, zapłodnienie in vitro polega na doprowadzeniu do spotkania jaja i plemnika w warunkach laboratoryjnych, w probówce (stąd nazwa). Po zapłodnieniu, jajeczko jest przez dwa dni przechowywane w laboratorium, a następnie zostaje delikatnie umieszczone w jamie macicy. Szanse na udane zapłodnienie in vitro wynoszą około 20 procent przy każdej próbie, czyli praktycznie tyle samo, co u pary bez problemów. W przypadku niepowodzenia można przeprowadzać następne próby. Najlepszym wskazaniem dla przeprowadzenia zapłodnienia in vitro jest bezpłodność mechaniczna, spowodowana przez jajniki (zablokowane lub nie funkcjonujące jajowody). Zapłodnienie wewnątrz jajowodu Jest to wariant zapłodnienia in vitro. Po wywołaniu owulacji komórki jajowe i plemniki są, w trakcie laparoskopii, przeniesione bezpośrednio do jajowodu, gdzie dochodzi do zapłodnienia. Powodzenie tego zabiegu wymaga więc funkcjonowania i przepuszczalności przynajmniej jednego jajowodu. Sztuczne zapłodnienie sperwą partnera Polega ono na złożeniu, w momencie owulacji, spermy partnera bezpośrednio w kanale szyjki macicy lub jamie macicy. Zazwyczaj sperma jest uprzednio przygotowana, wzbogacona, aby zwiększyć koncentrację ruchliwych plemników. Zabieg ten można przeprowadzić, jeśli jakość spermy jest nieodpowiednia, a śluz nieprzyjazny, co wynika z badania testem Hühnera. Sztuczne zapłodnienie sperwą dawcy Okoliczności zapłodnienia są identyczne jak poprzednio, ale tym razem używa się spermy zamrożonej, pochodzącej z banku spermy. Z tej ewentualności można skorzystać w przypadku, gdy sperma partnera nie ma właściwości zapładniających. Nigdy nie będziecie mogli poznać danych genetycznych "ojca", ponieważ dawstwo spermy jest anonimowe i nieodpłatne. Dawcy muszą być zdrowi i posiadać spernę dobrej jakości. Lekarze starają się wybrać dawcę, którego cechy fizyczne są zbliżone do cech męża. Sztuczne zapłodnienie sperwą dawcy stanowi dla niektórych problem natury psychologicznej i etycznej, który nie występuje w przypadku zapłodnienia sperwą partnera. Iii. Problemy intymne Choroby miłości Choroby weneryczne, które przez pewien czas dzięki zakazom moralnym i religijnym, zachowywanemu starannie dziewictwu dziewcząt i strachowi przed ciążą, miały ograniczony zasięg, dziś spotykane są coraz powszechniej i dotyczą coraz młodszych kobiet. Wiele czynników sprzyja rozprzestrzenianiu się chorób wenerycznych. Aktywność seksualną rozpoczyna się w coraz młodszych wiekach. Pigułka wyzwoliła kobietę ze strachu przed niepożądaną ciążą i istotnie zmieniła charakter stosunków między kobietą i mężczyzną. Coraz częstsze są zmiany partnerów, a ci nie zawsze są dobrze znani. Niektórzy mężczyźni i kobiety są prawdziwymi "seksualnymi włóczęgami", zarażając wszystkich

wokół. Samoloty przenoszą nas w różne punkty globu, pomagając także w przenoszeniu chorób z całego świata. W ciągu kilku godzin wirus złapany na plaży odległej o tysiące kilometrów, nagle znajduje się wśród nas. My także "eksportujemy" nasze choroby weneryczne. Często jeden z partnerów, mężczyzna lub kobieta, jest nosicielem choroby, ale bez objawów. Zaraża więc swojego przypadkowego partnera, nawet o tym nie wiedząc. Kiedy kobieta leczy się na chorobę weneryczną, przeważnie nie jest już z tym samym partnerem i nie interesuje się jego losem, tym bardziej, że obwinia go o swoją chorobę. Trudno jest więc odnaleźć i poddać leczeniu mężczyznę, który dawno zniknął i najprawdopodobniej w dalszym ciągu rozsiewa zarazki. Czasami choroba weneryczna zostaje wykryta za późno, kilka miesięcy lub lat po zarażeniu, kiedy poczyniła już nieodwracalne szkody i spowodowała nieprzyjemne zmiany, np. chroniczne bóle miednicy lub niepłodność. Kiedy zacząć podejrzewać chorobę weneryczną? Niektóre sygnały powinny zasugerować ci wizytę u lekarza: - upławy niepokojącego koloru, zapachu, ilości i powodujące podrażnienia; - swędzenie w okolicach krocza, które świadczy o stanie zapalnym sromu lub pochwy, może też mieć podłoże nieinfekcyjne, np. alergię; - problemy z oddawaniem moczu, trudności lub bolesność przy oddawaniu moczu, częste jego oddawanie; - stosunki seksualne stają się bolesne; - powiększenie się jednego lub kilku węzłów chłonnych w pachwinie; - pojawienie się ranek (wrzodów lub narośli) w okolicy narządów płciowych. Wszystkie te symptomy wskazują na stan zapalny dolnych dróg płciowych, natomiast samorzutne bóle miednicy (podbrzusza) lub lędźwiowe (nerkowe), którym może, ale nie musi towarzyszyć podwyższona temperatura i upławy, świadczą raczej o infekcji macicy (zapalenie błony śluzowej macicy) lub jajowodów (zapalenie jajowodu). Oczywiście żaden z tych sygnałów nie jest jednoznaczny z chorobą weneryczną, ale jeśli masz jakąkolwiek wątpliwość, lepiej jest skonsultować się z lekarzem. Zapalenie jajowodu, wcześniej rozpoznane i właściwie leczone może zostać wyleczone szybko i bez żadnych następstw. W innych wypadkach lekarz może zauważyć - przy okazji wizyty - niepokojący objaw, mimo iż ty sama go nie odczuwasz. Mogą to być nieprawidłowe upławy lub ból spowodowany badaniem pochwy. Stąd też konieczność częstszych konsultacji z lekarzem, jeśli masz świadomość (lepiej być ze sobą uczciwym!), że prowadzisz ryzykowne życie seksualne. Oto kilka czynników sprzyjających zarażeniu chorobą weneryczną: - niedawna zmiana partnera lub wielu tymczasowych partnerów; - miejsca spotkań: dyskoteki, sauny, dalekie kraje, kluby wakacyjne; - narkomania, używanie narkotyków wstrzykiwanych przy użyciu strzykawek; - niewystarczająca higiena; - nieużywanie prezerwatyw przy każdym wątpliwym stosunku. Ginekolog może pobrać próbkę upławów i zbadać je pod mikroskopem, rozpoznając grzybicę lub chorobę pasożytniczą, na przykład rzęsistka. Najczęściej jednak lekarz skieruje cię na badania laboratoryjne. Analizie poddane zostaną liczne próbki. W przypadku infekcji zostanie wykryta bakteria, jej skoncentrowanie i ustali się, jakie antybiotyki mogą skutecznie jej przeciwdziałać. Lekarz kieruje też często na badanie krwi. Różne rodzaje chorób przenoszonych drogą płciową. Grzybice sromowo-pochwowe Grzybice lub drożdżycę pochwowe mogą być przekazywane przy okazji stosunków, ale nie tylko. Możesz być dziewczicą lub nie mieć od dawna żadnego stosunku seksualnego, a mimo to dostać grzybicę. W skrócie można powiedzieć, że grzybica pochwowa nigdy nie jest chorobą groźną, ale zawsze bardzo uciążliwą. Jej rozwój, często bardzo raptowny, od zwykłego podrażnienia do bardzo intensywnego, nieznośnego swędzenia nakazuje traktować tę chorobę jako nagłą. Ginekolog musi przyjąć cię szybko, najlepiej tego samego dnia, kiedy się do niego zgłosisz. Grzybice pochwowe występują bardzo często. Dla ginekologów jest to w praktyce najczęściej spotykana przypadłość. Zazwyczaj diagnoza jest jasna i pozwala na natychmiastowe rozpoczęcie leczenia. Ginekolog może nawet w trakcie wizyty obejrzeć próbkę upławów pod mikroskopem. Jeśli podejrzewa przy tym jakąś infekcję lub jest to przypadek nawrotu choroby, skieruje cię na szczegółowe badania laboratoryjne upławów. Badania te wykazują

zazwyczaj obecność grzyba o nazwie *Candida albicans*. Objawy grzybicy pochwowej Grzybica charakteryzuje się swędzeniem i uczuciem pieczenia w okolicy pochwy i sromu. Wargi mniejsze są zaczerwienione, rozpalone, stosunki seksualne stają się bolesne, a nawet niemożliwe. Temu miejscowemu stanowi zapalnemu towarzyszą białe, charakterystyczne upławy: intensywne, lepkie, przypominające zsiadłe mleko. Schorzeniu temu często towarzyszy pieczenie w trakcie oddawania moczu. Przyczyny grzybicy pochwowej Spowodowana jest ona rozprzestrzenianiem grzyba *Candida albicans*. Chociaż można się zarazić grzybicą podczas stosunku seksualnego, przez kontakt ze skórą chorego lub ogniskiem zapalnym, choroba ta jest najczęściej rezultatem utraty równowagi flory bakteryjnej pochwy. Wiemy, że środowisko pochwy składa się z określonej liczby bakterii, które żyją w harmonii i chronią pochwę przed infekcjami i środowiskiem zewnętrznym. Każde zaburzenie równowagi tej flory lub jej kwasowości sprzyja rozwojowi grzybicy. Tak więc na przykład podczas leczenia anginy antybiotyki pokonują zarazki znajdujące się w gardle, równocześnie niszcząc część flory bakteryjnej pochwy, pozwalając rozwijać się *Candida albicans*. Inne przyczyny naruszenia flory pochwy mogą być hormonalne (ciąża, pigułka), spowodowane nieodpowiednią higieną ciała lub ubioru (szczególnie zbyt częste irygacje pochwy roztworami środków antyseptycznych. Leczenie grzybicy pochwowej Leczenie jest głównie miejscowe i polega na stosowaniu kremów i globulek przeciwgrzybiczych. Trwa od 3 do 10 dni, w zależności od zaburzeń. Czasami trzeba ponawiać kurację, ponieważ grzybicy czasem trudno jest się pozbyć i często zdarzają się nawroty. Wówczas do kuracji dodaje się często tabletki doustne niszczące ewentualne ognisko zakażenia. Podrażnienie zmniejsza się zazwyczaj w ciągu jednego lub kilku dni. Jeśli stan zapalny jest ostry i chcesz szybko poczuć ulgę, można zastosować płyn przeciwzapalny, który zapisze ci twój ginekolog. Irygacja pochwy przy użyciu wodorowęglanowej wody alkalicznej, która jest skuteczna w walce z kwasowością sprzyjającą rozwojowi grzybów, również może szybko przynieść ulgę. Partner, u którego często występują plamki lub zaczerwienienia żołędzi, także będzie leczony miejscowo przy użyciu kremu lub spray'u. Możliwe jest też zapobieganie grzybicom pochwowym. Polega ono na przestrzeganiu higieny ciała i ubioru: noszeniu bawełnianej bielizny, unikaniu obcisłych spodni, podmywaniu się często samą wodą lub tylko przy użyciu łagodnego mydła, bez kwaśnych roztworów i ostrych płynów antyseptycznych. Należy unikać przyjmowania antybiotyków, jeśli nie jest to niezbędne. Stosując antybiotyki używaj równocześnie, w czasie trwania kuracji, przeciwgrzybiczych globulek dopochwowych, w celu zapobiegania grzybicy. Zapalenie sromu i pochwy z powodu zakażenia rzeżysłkiem Jest to infekcja typu pasożytniczego, która powoduje zazwyczaj nieprzyjemne zaburzenia, wymagające, tak jak grzybica, natychmiastowej konsultacji z lekarzem: uczucie pieczenia w okolicy sromu, swędzenie, ból przy penetracji i czasem przy oddawaniu moczu, upławy o nieprzyjemnym zapachu, obfite, pianiste, koloru zielonkawego. Objawy tej choroby bywają też bardziej dyskretne. U mężczyzn jest ona praktycznie bezobjawowa. Charakterystyczne upławy i zapach pozwalają zazwyczaj na szybkie postawienie diagnozy. Leczenie przeciw pasożytnicze, szybkie i skuteczne, polega na jednorazowym przyjęciu od dwóch do czterech pigułek. Upławy i przykry zapach znikają w ciągu kilku dni. Równoczesne leczenie partnera jest niezbędne, jeśli chcemy uniknąć nawrotów choroby. Zapalenie pochwy z powodu zakażenia gardnerellą Ten rodzaj zapalenia pochwy charakteryzuje się białawo-szarawymi, czasem żółtawymi upławami, które mogą być lekko pianiste. Ich zapach jest nieprzyjemny i porównywany ze zgniłą rybą. Leczenie podobne jest do leczenia rzeżysłka i tu także konieczna jest kuracja partnera dla uniknięcia ponownego zakażenia. Syfilis (kiła) Jest to choroba przekazywana w większości przypadków podczas stosunku seksualnego, ale może być także przenoszona przez krew (zastrzyk, transfuzję, łożysko), nigdy zaś przez bieliznę, wspólną toaletę czy inny pośredni sposób, wbrew temu, co twierdzono przez wiele lat. Syfilis wywoływany jest przez

drobnoustroje zwane krętkami bladymi. Zazwyczaj w ciągu 15 do 20 dni po kontakcie, czasem po sześciu lub więcej tygodniach (okres inkubacji), pojawia się wybrzuszenie, które ulega szybkiemu owrzodzeniu i powstaje twardy wrzód. Jest to niewielka, sącząca się rana, zazwyczaj wklęsła i niebolesna, na wardze sromowej. Może z czasem ulec obrzmieniu, napięciu, a w pachwinie mogą uwidocznić się węzły chłonne, niebolesne lub lekko wrażliwe na dotyk, z których jeden jest większy niż pozostałe. Wrzód taki może się także umiejscowić w gardle, na migdałkach, na języku, wargach lub w okolicy odbytu, na poziomie szyjki macicy lub w pachwinie. U mężczyzny wrzód jest dobrze widoczny, umiejscawia się zazwyczaj na żołądź. Nie leczony, wrzód znika samorzutnie, pozostawiając czasem niewielką bliznę, syfilis jednak rozwija się dalej. Sześć do ośmiu tygodni po pojawieniu się wrzodu, na całym ciele (tułów, szczególnie miejsca, gdzie członki łączą się z korpusem) pojawia się różowawa wysypka. Badania laboratoryjne (serodiagnostyka syfilisu) potwierdzą diagnozę. Kuracja, zazwyczaj penicylinowa, w formie zastrzyków domięśniowych, jest nadzwyczaj skuteczna i wszystko wraca do normy, nie pozostawiając blizn. Nie leczone objawy znikają samorzutnie. Choroba może być zatem wykryta tylko podczas systematycznych badań krwi: badania przed porodem, w czasie ciąży, przy oddawaniu krwi... Obecnie istnieją jeszcze dwa rodzaje zagrożeń: późna kiła trzeciorzędowa (rzadko spotykana) i syfilis wrodzony u dziecka, rezultat zakażenia przez łożysko. Rzeżączka Rzeżączka gonokokowa jest chorobą dającą bardzo silne objawy u mężczyzny, podczas gdy u kobiety przechodzi prawie niepostrzeżenie. Trzy do pięciu dni po zakażającym stosunku mężczyzna zauważa kropelkę ropy u szczytu członka i zaczyna odczuwać pieczenie przy oddawaniu moczu. Szybkie podjęcie leczenia obojga partnerów pozwala na całkowite wyleczenie. Nie leczona choroba może mieć bardzo poważne konsekwencje infekcyjne dla kobiety. Gonokokowe zapalenie jajowodów zdarza się nader często. Objawia się ono silnymi bólami miednicy i gorączką, sięgającą 39-40 stopni. Jeśli diagnoza jest właściwa, a kuracja szybko rozpoczęta, w tym stadium można się jeszcze ustrzec zmian chorobowych. Jeśli zaś leczenie zostanie zaniedbane, pojawia się poważne zagrożenie zmianami w jajowodach. U mężczyzny zaniedbane infekcje mogą powodować bolesne oddawanie moczu i chroniczne bóle narządów płciowych. Chlamydiozy |Chlamydia |trachomatis, gonokoki i bakterie z rodziny |Mycoplasma najczęściej powodują zapalenie jajowodów. |Chlamydiosis są również najczęściej spotykanymi chorobami przenoszonymi drugą płciową. U kobiety objawy rzadko są ewidentne i jedna trzecia kobiet dotkniętych tą chorobą nie uskarża się na żadne dolegliwości, chociaż zarażają innych. U mężczyzny choroba ta może dawać objawy daleko bardziej zdecydowane: pojawiające się rano kropelki wydzieliny na narządach płciowych lub lekki, niezbyt bolesny, przejrzysty i ciągnący się wysięk lub też przewlekłe zapalenie cewki moczowej bez większych wydzielin. Objawom tym może towarzyszyć zapalenie spojówek i bóle w stawach. Nie leczona chlamydioza może przekształcić się u kobiety w zapalenie jajowodu, bezgorączkowe lub z niewielką temperaturą, z tępymi bólami. Może wystąpić niedrożność jajowodów. U mężczyzny choroba ta może także zaszkodzić płodności. Diagnoza musi zostać poparta badaniem w laboratorium specjalistycznym. Polega ono na pobraniu próbek z pochwy, szyjki macicy i cewki moczowej oraz wykrywaniu we krwi przeciwciał (serologia), które świadczyłyby o niedawnej lub zastarzałej infekcji. Leczenie antybiotykami obojga partnerów trwa przynajmniej 20 dni. Mycoplasma Tak jak chlamydie, bakterie z rodziny |Mycoplasma zostały odkryte niedawno, stale się rozwijają i powodują podobne komplikacje. Objawy są tego samego rodzaju, często zaś w ogóle się ich nie zauważa, ponieważ w 40 procentach przypadków żadne oznaki się nie pojawiają. Przyczyną tej choroby są dwie bakterie: |Mycoplasma |hominis i |Ureaplasma |urealyticum, które występują w normalnej florze bakteryjnej i stają się złośliwe tylko w niektórych okolicznościach. Postawienie diagnozy i leczenie jest podobne do leczenia chlamydioz. Wszawica Jest to zaatakowanie wzgórka łonowego przez pasożyta, zwanego wszą łonową. Zarażenie,

najczęstsze przy kontakcie seksualnym, może także nastąpić poprzez ubranie. Pierwszym objawem jest mniej lub bardziej intensywne swędzenie w okolicach wzgórka łonowego, niewielkie czerwone plamki między włosami łonowymi i obecność maleńkich plamek krwi na bieliźnie. Choroba może się rozprzestrzenić we wszystkich miejscach pokrytych włosami: pod pachami, na brodzie, w wąsach brwiach i rzęsach, na wargach i głowie. Maleńkiego insekta można zauważyć gołym okiem lub lepiej pod lupą. Jego jajeczka, gnidy, są bardzo dobrze przyczepione do nasady włosa. Sam insekt, ruchliwy i płaski, mocno trzyma się skóry. Aby zniszczyć wszy łonowe, należy nie tylko zastosować specjalny proszek lub płyn, ale także wydezynfekować starannie wszystkie ubrania, łożko i pościel. Opryszczka narządów płciowych Opryszczka, mimo iż nie jest bardzo poważną chorobą, jest uciążliwa, zaraźliwa i skłonna do nawrotów w okolicznościach trudnych do przewidzenia. Nigdy nie można definitywnie się jej pozbyć ani skutecznie zapobiec. Wirus, który teoretycznie jest odpowiedzialny za zmiany chorobowe na narządach płciowych, to wirus typu 2 ponieważ wirus typu 1 powoduje zazwyczaj zmiany "powyżej pasa", najczęściej zaś w okolicach ust. Może on być przekazany partnerom przy okazji stosunków oralno-genitalnych. Okres inkubacji trwa średnio 2-6 dni, czasem dłużej. Pierwszy rzut choroby, zwany zakażeniem pierwotnym, trwa dziesięć dni i jest zazwyczaj silny. Objawia się nadżerkami przypominającymi afty w okolicach sromu oraz pochwy i szyjki macicy. Są to zmiany bolesne, którym towarzyszy złe samopoczucie, podwyższona temperatura i powiększone węzły chłonne w pachwinach. Inne objawy następują lub nie w późniejszym okresie. Wirus zagnieżdża się w zwojach nerwowych, położonych najbliżej zainfekowanej okolicy i powraca u niektórych osób przy okazji stresu, wstrząsu psychicznego, miesiączki oraz przy każdym osłabieniu i zwiększonej podatności na choroby. Choroba zaczyna się wrażeniem pieczenia lub mrowienia, które poprzedza o kilka godzin pojawienie się wysypki. Później, w strefie, która staje się mniej lub bardziej zaczerwieniona i opuchnięta, pojawiają się niewielkie, zgrupowane pęcherzyki, które pękając pozostawiają małe nadżerki lub afty. Leczenie trwa około tygodnia. Lekarz stawia diagnozę po pobraniu niektórych zainfekowanych wirusem komórek, pierwszego dnia ich pojawienia się lub przez wykrywanie przeciwciał anty HSV 1 i HSV 2. Leczenie jest trudne i często zawodne. Przyjmowanie lekarstwa antywirusowego w tabletkach pięć razy dziennie oraz smarowanie wyprysków maścią o podobnych składnikach ma na celu zapobieganie i skrócenie czasu trwania ewentualnych nawrotów choroby, ale nie zawsze się to udaje. Kłykciny wirusowe Zwane też kłykcinami kończystymi lub szyszkowinami, rozwijają się w szybkim tempie. Coraz częściej spotyka się je przy okazji pobierania wymazu z szyjki macicy i pochwy. Obecnie uważa się, że niektóre z tych wirusów brodawkowych odgrywają pewną rolę w powstawaniu raka szyjki macicy. Zakażenie następuje najczęściej drogą płciową. Inkubacja jest długa, trwa od trzech tygodni do ośmiu miesięcy (średnio trzy miesiące). Objawy są zazwyczaj dyskretne: swędzenie, niewielkie krwawienia przy stosunkach seksualnych, a przede wszystkim nieregularne wypryski, miękkie, różowe bądź szarawe, przypominające brodawki, umiejscowione w sromie, wokół odbytu, a także wewnątrz pochwy i na szyjce macicy, zaś u mężczyzny na żołądki i napletku. Narośla te mogą stopniowo rosnąć (lub nie) i przybierać kształt podobny do maleńkich kalafiorów. Niektóre kłykciny są płaskie, prawie niewidoczne gołym okiem i mogą zostać wykryte tylko podczas badania wymazu lub obserwacji pod lupą po zastosowaniu kwasu octowego (kolposkopia u kobiet i peniskopia u mężczyzn). Leczenie polega na zniszczeniu zmian chorobowych przy pomocy maści (roztwór podofiliny), ciekłego azotu i lasera, czasem pod narkozą, jeśli kłykciny są bardzo liczne. Zawsze należy leczyć: oboje partnerów równocześnie. Całkowite wyleczenie jest trudne do stwierdzenia, nawroty choroby są możliwe i gdy są jakiegokolwiek wątpliwości, zaleca się używanie prezerwatyw. Jak zapobiegać? Wyleczenie choroby przenoszonej drogą płciową wymaga równoczesnego leczenia twojego partnera (lub twoich partnerów, a także innych partnerek twojego partnera).

Może on przyjść z tobą na konsultację ginekologiczną. Pamiętaj, że choroby weneryczne są często przyczyną niepłodności jajowodowej (blokują jajowody). Zapobieganie chorobom wenerycznym jest najlepszą metodą ochrony przed tego rodzaju niepłodnością. Oto kilka prostych zasad, które pomogą ci bronić się przed infekcjami: - ograniczyć liczbę partnerów seksualnych; - unikać kontaktów seksualnych z osobami zarażonymi chorobami wenerycznymi, nawet jeśli są one w trakcie leczenia; - przestrzegać zasad elementarnej higieny: toaleta codzienna i po każdym stosunku, bawełniana bielizna, często zmieniana i prana w temperaturze ponad 60 stopni; - oddawać mocz po stosunku seksualnym; - stosować prezerwatywy lub przynajmniej preparaty plemnikobójcze, które posiadają właściwości antybakteryjne; - regularnie odwiedzać ginekologa, jeśli często zmieniasz partnerów. AIDS, inny rodzaj choroby wenerycznej Choroba AIDS (zespół nabytego upośledzenia odporności), wywołana jest wirusem z rodziny retrowirusów, zwanym HIV (Human Immunodeficiency Virus). Historia W 1981 roku, w centrum epidemiologicznym w Stanach Zjednoczonych opisano pięć przypadków ciężkiego zapalenia płuc, stwierdzonego w Los Angeles u pięciu homosaksualistów. Równocześnie w Nowym Jorku zauważono liczne przypadki poważnych schorzeń dermatologicznych (mięsak Kaposiego), które występowały u młodych homoseksualistów o bardzo obniżonym poziomie odporności. W 1982 roku te same choroby obserwuje się u chorych na hemofilię, narkomanów, Haitańczyków i dzieci narkomanek lub Haitańczyków. W 1983 roku ekipa Instytutu Pasteura w Paryżu, pod kierownictwem profesora Luca Montagniera, wykrywa wirus HIV i dowodzi zakaźnego charakteru choroby. Od lata 1985 roku badanie wykrywające przeciwciała anti-HIV jest obowiązkowe dla wszystkich dawców krwi, spermy i organów. W 1986 roku rozpoczęto pierwsze próby kliniczne leku antywirusowego AZT (azydotymidyny), które wkrótce zaczęły przynosić pozytywne rezultaty. W ciągu ostatnich lat epidemia rozszerzyła się na wszystkie kraje świata. Na początku 1990 roku Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zanotowała 204000 przypadków AIDS w 143 krajach świata. Francja jest najbardziej ze wszystkich krajów europejskich dotknięta tą chorobą - wykryto 8000 przypadków. Ilość osób zarażonych, seropozytywnych jest szacowana na 150000 do 300000 przypadków we Francji i prawie 2 miliony w Stanach Zjednoczonych. (Od wdrożenia badań w 1985 roku do 31 sierpnia 1992 roku stwierdzono wirusa HIV u 2356 obywateli polskich, wśród których było co najmniej 1691 stosujących dożylnie środki odurzające.) Epidemia dotyka przede wszystkim grupy wysokiego ryzyka, homoseksualistów i narkomanów, ale ostatnio notuje się tendencję do rozprzestrzeniania się choroby, także wśród ludności heteroseksualnej. We Francji na 6-7 zarażonych mężczyzn przypada jedna zarażona kobieta. Aktualne badania dotyczą szczepionki, odkrycia nowych antywirusów, anti-HIV i środków wzmacniających osłabione mechanizmy obronne organizmu. Leczenie polega na walce, krok po kroku, z infekcjami ogarniającymi organizm. Obecnie zapobieganie jest najpewniejszą bronią, polega głównie na stosowaniu prezerwatyw oraz używaniu jednorazowych strzykawek i igieł przez narkomanów. Szeroko zakrojona akcja informacyjna powinna ograniczyć ryzykowne zachowania seksualne. Zakażenie Przenoszenie wirusa HIV wymaga kontaktu z osobą zarażoną. Może to być kontakt seksualny, poprzez krew lub łożysko. Zakażenie nie może nastąpić za pośrednictwem klamki, pocałunku, kichnięcia, kaszlnięcia, potu, bielizny, nakryć stołowych, wody w basenie, toalety, komarów... - Przenoszenie przez krew zachodzi przede wszystkim podczas używania zakażonych strzykawek przez narkomanów, wśród których znajduje się większość seropozytywnych kobiet ze wszystkich krajów zachodnich. Ponad 3-8/4 narkomanów używających strzykawek zaraża się w ten sposób AIDS. Dzięki systematycznemu i obowiązkowemu badaniu dawców krwi, wprowadzonemu we Francji w 1985 roku (w Polsce od IV kwartału 1987 roku), zarażenie poprzez transfuzję stało się prawie niemożliwe. Przed tą datą wiele osób chorych na hemofilię, które otrzymywały regularne transfuzje krwi, zostało niestety tą drogą zarażonych. - Do zakażenia seksualnego może dojść

za pośrednictwem spermy, krwi lub wydzieliny pochwowej. Wirus może zostać przekazany podczas wszelkiego rodzaju stosunku seksualnego, w trakcie którego dochodzi do kontaktu spermy lub wydzielin pochwowych z błoną śluzową (pochwy, odbytu lub jamy ustnej). Aby wnikać do organizmu i opanować krwiociąg, wirus musi znaleźć bramę wejściową, zazwyczaj jest to niewielka ranka czy zadrapanie, czasami zupełnie mikroskopijnej wielkości. Stosunki doodbytnicze (sodomia), które umożliwiają kontakt spermy z delikatną błoną śluzową odbytu, szczególnie sprzyjają przenoszeniu wirusa i tłumaczą wybiórczy atak AIDS na homoseksualistów. Mężczyzna seropozytywny ma więcej możliwości zarażenia zdrowej kobiety niż odwrotnie, ponieważ błona śluzowa pochwy jest dość wrażliwa. Oczywiście błona śluzowa odbytu kobiety jest bardziej narażona w przypadku sodomii. Jednorazowy stosunek seksualny wystarczy, by zostać zarażonym, chociaż równie dobrze można odbyć kilka stosunków seksualnych bez zarażenia. - Przeniesienie przez łożysko jest to zakażenie płodu podczas ciąży przez zarażoną matkę. Ryzyko przekazania wirusa dziecku przez kobietę seropozytywną szacowane jest na około 35 procent. Zarażony noworodek umiera przed ukończeniem 5 roku życia, a często dużo wcześniej. W obecnym stadium badań nad tą chorobą wszyscy nosiciele AIDS powinni być uznani za potencjalnie zakaźnych.

Seropozytywność (nosicielstwo) Seropozytywność oznacza nosicielstwo przeciwciał, świadczących o kontakcie z wirusem. Serokonwersja (przejście od negatywnego do pozytywnego wyniku testu serologicznego) oznacza zakażenie wirusem i zachodzi, w większości przypadków, od półtora do trzech miesięcy po zakażającym kontakcie. W przypadku ryzykownego stosunku na nic się nie zda, jeśli natychmiast pobejdziesz do laboratorium. Test serodiagnostyczny poszukuje obecności przeciwciał anti-HIV we krwi. Może zostać wykonany w wielu laboratoriach. Coraz częściej lekarze zalecają przeprowadzenie tego testu przy konsultacjach przedślubnych lub na początku ciąży, nie jest to jednak obowiązkowe. Jeśli test daje wynik pozytywny, jest zawsze potwierdzany drugim, bardziej szczegółowym badaniem, zwanym testem Western-Blot, które daje wynik ostatecznie potwierdzający seropozytywność. Seropozytywność nie oznacza zachorowania na AIDS. Znaczą tylko, że organizm został zakażony wirusem i że AIDS może rozwinąć się w organizmie, a także, że możesz zarażać inne osoby. Rozwój choroby AIDS u osoby seropozytywnej nie jest nieunikniony, ale brak nam jeszcze wystarczającej wiedzy, by określić, jakie jest prawdopodobieństwo zachorowania. Według badań przeprowadzonych w San Francisco u 4 procent osób seropozytywnych, choroba AIDS rozwinęła się po 3 latach, u 14 procent - po 5 latach, u 34 procent - po 7 latach, a u 42 procent - dopiero po 9 latach. Średni okres pojawienia się AIDS po zakażeniu wynosi około 5 lat. Jest on dużo krótszy w przypadku zakażenia przez łożysko. AIDS Jest to bardzo groźna choroba, która polega na załamaniu się systemu obrony immunologicznej organizmu. Organizm osoby chorej na AIDS nie jest w stanie obronić się przed infekcjami i chorobami, które nie stanowią żadnego problemu dla organizmu z wystarczającą obroną immunologiczną. Pojawia się więc ryzyko rozwoju schorzeń infekcyjnych i złośliwych (nowotworowych), które kończą się bardzo źle. Najczęściej spotykane sposoby ujawniania się AIDS to pneumocystodoza, mięsak Kaposiego i zaburzenia neurologiczne. Można także napotkać objawy ze strony przewodu pokarmowego oraz oczne, guzy i zespół wyniszczenia całego organizmu. - Pneumocystodoza jest pierwszym objawem AIDS w co drugim przypadku. Jest to rodzaj zapalenia płuc, charakteryzujący się suchym kaszlem, trudnościami z oddychaniem i niezbyt wysoką gorączką, wywołanymi pierwotniakiem *Pneumocystis carinii*. Mogą się też pojawić inne bakterie, powodujące innego rodzaju objawy płucne. - Skórno-śluzówkowy mięsak Kaposiego jest początkowym objawem choroby u około 40 procent homoseksualistów dotkniętych AIDS. Występuje pod postacią brunatnych lub fioletowych guzków naczyniowych, pojawiających się na całym ciele, na skórze i śluzówkach. Plamki mogą być płaskie lub wypukłe, guzowate i stwardniałe. - Zaburzenia neurologiczne mogą spowodować zapalenie mózgu, zapalenie opon mózgowych

lub ropnie mózgu. Najczęściej spotykane zmiany są spowodowane ropniem mózgu, wywołanym przez pasożyta *Toxoplasma gondii*, wywołującego toksoplazmozę. Zaburzenia neurologiczne w trakcie AIDS mogą powodować zaburzenia świadomości, zmiany zachowań i zaburzenia równowagi. Inne objawy AIDS są rzadziej spotykane. Można jednak zaobserwować: - objawy oczne, na przykład zapalenie siatkówki lub mięsak Kaposiego spojówki; - objawy ze strony przewodu pokarmowego: chroniczna biegunka, grzybica lub drożdżycy jamy ustnej i języka; - zapalenia stawów; - guzy złośliwe węzłów chłonnych i chłoniaki; - zespół wyniszczenia całego organizmu: silne zmęczenie, wysoka temperatura i utrata wagi. Leczenie choroby jest połączeniem terapii objawowej i leczenia istoty choroby. Kliniczne leczenie symptomów jest dostosowane do każdego typu opisanych wcześniej objawów AIDS. Leczenie choroby to połączenie kuracji przeciwwirusowej i leków immunomodulujących. Lekarstwa przeciwwirusowe, jak AZT (azydotymidyna), mają na celu zahamowanie rozmnażania się wirusa i jego przenikania do komórek, a więc zwolnienie rozwoju choroby. AZT spowodował spektakularne poprawienie stanu niektórych chorych, ale jego skuteczność może zmniejszać się wraz z upływem czasu. Leki immunomodulujące mają za zadanie stymulację powstawania komórek odpornościowych organizmu i wzmocnienie układu immunologicznego. Trwają poszukiwania nowych leków i metod terapii. Mimo to prognozy są na razie dość pesymistyczne. Opracowanie szczepionki przeciwko AIDS napotyka w dalszym ciągu na liczne przeszkody. Najtrudniejsze okazuje się zapewnienie ochrony przeciwko różnym immunologicznym odmianom wirusa. Szczepionka przeciwko AIDS nie pojawi się w najbliższym czasie. Zapobieganie z powodu braku metod efektywnego leczenia oraz z braku bliskiej perspektywy opracowania szczepionki, walka z rozprzestrzenianiem się AIDS polega głównie na zapobieganiu. Jej podstawą jest kampania informacyjna, edukacyjna i wykrywanie choroby. Podejmuje się próby zmierzające do zmiany zachowań grup zwiększonego ryzyka i osób seropozytywnych. Zakażenie drogą seksualną może zostać ograniczone dzięki powszechnemu używaniu prezerwatyw. Tak jak przy zapobieganiu chorobom wenerycznym, rozsądnie byłoby ograniczyć liczbę partnerów i unikać analnych stosunków seksualnych, narażających wrażliwą błonę śluzową odbytu. Przekazywanie wirusa przez krew podczas transfuzji jest praktycznie niemożliwe od czasu obowiązkowego badania dawców krwi. Wolna sprzedaż strzykawek narkomanom miała uchronić ich od używania zakażonych strzykawek lub igieł. Wydaje się jednak, że używanie tych samych strzykawek stało się w tym środowisku rodzajem rytuału. W trakcie czynności pielęgnarskich i lekarskich coraz powszechniej używa się jednorazowego sprzętu. Minimalizuje to ryzyko przekazywania wirusa. Personel medyczny, szczególnie pielęgniarki, stara się zachowywać szczególną aseptykę przy badaniu i leczeniu chorych na AIDS. Zapobieganie przekazaniu choroby przez łożysko stanowi poważny problem etyczny. Kobieta seropozytywna powinna zostać poinformowana, że jeśli zamierza zajść w ciążę, jej dziecko będzie miało 35 procent szans zarażenia i może umrzeć w ciągu pierwszych lat życia. Jeśli dziecko nie jest zakażone, nie należy zapominać, że matka pozostaje seropozytywna i z powodu rozwoju choroby dziecko może w każdej chwili zostać sierotą. Po udzieleniu wyczerpujących informacji seropozytywnej matce należy jej zaproponować skuteczne metody antykoncepcyjne, choć oczywiście może ona odmówić ich zastosowania. We Francji seropozytywna kobieta w ciąży może odmówić jej usunięcia. Można zaproponować jej to rozwiązanie, ale nigdy nie można jej do tego zmusić. Kobieta ma prawo sama dokonać wyboru, a lekarz musi to respektować. (W Polsce sytuacja prawna w takim przypadku nie jest jeszcze wyjaśniona (przyj. red.)) Członkowie grupy wysokiego ryzyka (mężczyźni-homoseksualiści, narkomani i ich partnerzy seksualni) powinni regularnie poddawać się testom wykrywającym chorobę i często tak właśnie postępują. Nosiciele powinni namawiać swoich partnerów seksualnych do przeprowadzenia badań lekarskich i testów wykrywających wirus HIV. W przypadku pobytu w szpitalu powinni oni uprzedzić personel medyczny, że są

nosicielami, aby mogły być podjęte środki zapobiegawcze. Choroby kobiece W życiu kobiety zdarzają się liczne przypadki i przypadłości, których praktycznie nie sposób uniknąć. Co druga kobieta cierpi na niewydolność żył i żylaki podudzi. Która z kobiet nie przeszła zapalenia pęcherza czy grzybicy? Co czwarta kobieta ma tyłozgięcie macicy, równie często występują mięśniaki, zwłaszcza u kobiet po czterdziestce. Czasami zaburzenia są znacznie poważniejsze i w tym rozdziale zajmiemy się także przypadkami raka macicy, kładąc szczególny nacisk na wczesne wykrywanie i możliwości zapobiegania. Ginekolog jest do twoich usług i będzie ci pomagał lepiej znosić i radzić sobie z tymi intymnymi kłopotami. Niewydolność żył Kobiety w przeciwieństwie do mężczyzn są naturalnie chronione przed chorobami sercowo-naczyniowymi, ale, niestety, sytuacja wygląda inaczej w przypadku chorób żył, systemu bardziej narażonego na dolegliwości, zwłaszcza z powodu zjawisk hormonalnych. Kobiety stanowią 90 procent klienteli lekarzy zajmujących się chorobami żył, również ze względów estetycznych. Czynniki ryzyka Ponad połowa kobiet wykazuje niewydolność żył dolnych kończyn. Czynniki ryzyka zdominowane są cechami dziedzicznymi i przyczynami hormonalnymi, zwłaszcza ciążą, która dla systemu żylnego kobiety stanowi poważną próbę: 25 procent kobiet w ciąży dostaje żylaków, a ponad połowa - od razu na początku ciąży. Nadwaga i praca w pozycji stojącej są także czynnikami ryzyka, tak jak brak ruchu i upał. Wreszcie wszystko, co ogranicza możliwości kończyn dolnych - jak nogi stale skrzyżowane, bielizna lub pończochy uciskające uda - mogą sprzyjać niewydolności żył. Rozwój chorób żył Niewydolność żył jest chorobą metabolizmu, chroniczna, rozwijająca się wraz z upływem lat, która przechodzi kolejne stadia, mogące się na siebie nakładać. Opuchnięte nogi, bolące, obrzmiałe, z odciskami od butów, utrudniają życie wielu kobiet, szczególnie latem. Może temu towarzyszyć uczucie mrowienia, skurcze, swędzenie. Żylakowatość to rozszerzone cienkie żyłki, tuż pod powierzchnią skóry. Czerwone, niebieskie, fioletowe, są często zgrupowane w kształt gałązek, włosków naczyniowych i znajdują się najczęściej w okolicach ud i po wewnętrznej stronie kolan. Zazwyczaj żylakowatość nie powoduje żadnych zaburzeń funkcjonalnych, ale ich nieestetyczność wielu kobietom przeszkadza. Żylaki są stałym rozszerzeniem żył kończyn dolnych, spowodowanym niewydolnością funkcjonowania zastawek żylnych, które nie są już w stanie zapewnić odpowiedniego powrotnego krążenia krwi. Żylaki są rozmaitej wielkości, mogą być nawet grubości palca. Owrzodzenia żylakowe to rozwinięte powikłanie skórne choroby żylakowej. Jak zapobiegać? Nigdy nie uda się całkowicie pozbyć choroby żył, ale można ograniczyć jej skutki i opóźnić rozwój. Możliwy jest więc pewien rodzaj zapobiegania, a opiera się ono zwłaszcza na higienie życia i zdrowym odżywianiu, przeciwdziałającym zastojowi żylnemu, unikać też trzeba przegrzania i przybierania na wadze; - musisz się ruszać, chodzić, ćwiczyć (jogging, pływanie), szczególnie jeśli pracujesz stale w pozycji siedzącej lub stojącej; chodź po schodach; - noś pończochy i rajstopy o odpowiedniej elastyczności. Od czasów "pończoch przeciwwyłakowych" naszych babek, producenci rajstop poczynili istotne postępy, łączące znakomicie estetykę i skuteczność. Noszenie rajstop jest możliwe nawet w czasie ciąży, w przypadku obrzęków i puchnięcia nóg ich elastyczność przynosi często szybką ulgę, ale trudno byłoby doradzać noszenie ich latem, kiedy byłyby najbardziej przydatne; - nie noś zbyt wysokich obcasów; - podnieś tę część łóżka, gdzie trzymasz nogi o 5-10-7cm wyżej; - unikaj gorąca (zbyt gorących kąpiel, długotrwałego leżenia na słońcu); - jeśli masz kilka zbędnych kilogramów, stosuj dietę; jeśli bierzesz pigułkę, wybierz raczej minipigułkę, która nie powoduje problemów z żyłami. Porozmawiaj o tym ze swoim ginekologiem. Leczenie Lek przeciw puchnięciu nóg i przeciwwyłakowe (jest ich na rynku bardzo wiele) mogą w dużym stopniu przeciwdziałać zaburzeniom czynnościowym, takim jak spuchnięte nogi. Opóźniają także rozwój choroby. Biorąc pod uwagę granice ich możliwości, znakomitą zazwyczaj tolerancją i skutecznością, możliwe jest zalecanie ich większości kobiet cierpiących na niewydolność żył. Działanie tych leków polega na zwiększaniu kurczliwości, napięcia

żył i oporności naczyń i równoczesnym zmniejszaniu przepuszczalności małych naczyń włosowatych. Kąpiele ciepłocenne mogą przynieść ulgę w bólach i przy następstwach zapalenia żył. Sklerotyzacja polega na wstrzykiwaniu do żyły substancji wywołującej jej zarośnięcie, które zamyka żyłak. Niektóre żyłaki nie mogą być leczone w ten sposób. Nieestetyczną żyłakowatość powierzchniową można leczyć mikrosklerotyzacją przy pomocy cienkich igieł. Chirurgia żylna Dzięki wprowadzeniu w życie nowych metod walki z żyłakami wybór techniki zależy od specjalisty chorób żylnych lub chirurga żylnego, który wybierze metodę najlepiej dostosowaną do twojego przypadku. Klasyczny stripping polega na całkowitym usunięciu chorych żył i wymaga tylko kilkudniowego pobytu w szpitalu. Po dwóch tygodniach można powrócić do normalnych zajęć. Blizny są niewielkie. Zabieg można przeprowadzić równocześnie na obu nogach. Jeśli zmiany anatomiczne i nabrzmienie żył są duże, stripping jest najlepszym rozwiązaniem. Kriodestrukcja niszczy przy pomocy zimna niewydolne żyły. Ambulatoryjne wycięcie żyły polega na resekcji pod narkozą żyłakowatych fragmentów. Nadmierne owłosienie Wiele kobiet dotkniętych jest przypadłością nadmiernego owłosienia. Obecnie medycyna jest w stanie pomóc w rozwiązaniu tego problemu sprawiającego wiele psychicznej udręki. Intymna fizjologia skóry Gęstość i rozmieszczenie owłosienia różnią znacznie kobietę i mężczyznę. Należy rozróżnić włosy bardzo delikatne, z niewielką ilością pigmentu, jak te, które możemy zauważyć na przedramieniu oraz włosy twarde, ciemniejsze, w okolicach wżórka łonowego i pach, które są zależne od hormonów męskich. Kobiety wytwarzają także hormony męskie, androgeny, tak jak mężczyźni wytwarzają hormony żeńskie. Różnica polega tylko na ilości wytwarzanego hormonu. U mężczyzny hormon męski, czyli testosteron wytwarzany jest przez jądra i gruczoły nadnerczowe. U kobiety jajniki i gruczoły nadnerczowe wytwarzają bezpośrednio testosteron, ale także inny hormon, o złożonej nazwie: delta 4 androstenedion, który ulega przemianie w testosteron. Na poziomie skóry, za porost włosów i wytwarzanie łoju skórniego odpowiadają niewielkie twory, mieszki włosowe i gruczoły łojowe. Tak więc nadmiernemu owłosieniu towarzyszy często intensywny łojotok, za sprawą którego skóra i włosy są tłuste.

Hipertrichoza i hirsutyzm Z medycznego punktu widzenia należy rozróżnić dwa zjawiska o podłożu hormonalnym. Hipertrichoza charakteryzuje się obfitym owłosieniem w zwyczajowych u kobiet miejscach. Jest zjawiskiem ustrojowym, dziedzicznym lub etnicznym i nie sprawia kłopotów medycznych, chociaż często może stanowić poważny problem natury estetycznej. Poziom hormonów pozostaje w granicach normy. Tak więc, jeśli porównujemy kobietę z południa, u której często występuje intensywne owłosienie i blondynkę ze Szwecji, ich poziom hormonów męskich okazuje się identyczny. Różni je obwodowa wrażliwość ustrojowa ich mieszków włosowych i gruczołów łojowych. Hirsutyzm charakteryzuje się owłosieniem wykraczającym poza zwyczajne strefy owłosione u kobiety i atakuje "terytoria męskie": twarz (podbródek, górną wargę, policzki), klatkę piersiową (wokół otoczki brodawki i między piersiami), a także brzuch, pośladki oraz uda. Zaawansowanie hirsutyzmu jest różne u każdej kobiety, czasami bywa bardzo ograniczone. Nadmierne owłosienie i intensywny łojotok, któremu towarzyszy często trądzik, mogą być przypadłościami autonomicznymi lub łączyć się z dystrofią jajników, które źle owulują lub nie owulują wcale, a także mogą przyczyniać się do nieregularności cykli (patrz rozdział "Miesiączka"). Wytwarzanie hormonów męskich przez takie jajniki jest zazwyczaj normalne lub nieco wyższe od normy. W okresie przechodzenia menopauzy często pojawia się zwiększone owłosienie. Niektóre kuracje hormonalne lub pigułki antykoncepcyjne mogą powodować u kobiet bardzo wrażliwych objawy skórne hiperandrogenii: owłosienie, przetłuszczona cera, trądzik. Należy wówczas szybko zmienić rodzaj kuracji. Twój ginekolog będzie się starał nie przepisywać ci takiej kuracji, jeśli zauważy, że masz predyspozycje do tego typu niepożądanych reakcji. Bardzo poważne przypadki hirsutyzmu ("kobiety z brodą") zdarzają się rzadko i są powodowane guzami gruczołów nadnerczowych, wytwarzających duże ilości męskich

hormonów, które wykrywa się przy badaniu poziomu hormonów. Leczenie Jest połączeniem leczenia endokrynologicznego z terapią z zakresu dermatologii estetycznej. Mniej więcej dziesięć lat temu leczenie medyczne zostało zrewolucjonizowane przez pojawienie się acetatu cyproteronu, progestagenu uniemożliwiającego działanie hormonu męskiego na mieszki włosowe i gruczoły łojowe. Lek ten w silnej dawce może zablokować owulację, a więc ma działanie antykoncepcyjne. Skutek działania acetatu cyproteronu na łojotok i przetłuszczanie włosów widać bardzo szybko. Jego wpływ na owłosienie jest wolniej zauważalny, ponieważ życie włosa jest długie, a owłosienie często jest podtrzymywane przez golenie i depilację. Pod wpływem tego leczenia w ciągu kilku miesięcy włosy zaczynają rosnąć wolniej, stają się cieńsze, pozwalając na definitywną depilację elektryczną w najbardziej wrażliwych miejscach. Jeśli przyjmujesz pigułki, ginekolog będzie mógł przepisać ci szczególny rodzaj pigułek, które zawierają niewielkie dawki acetatu cyproteronu. Te małe dawki, często bardzo skutecznie działające na trądzik, mogą okazać się niewystarczające w przypadku nadmiernego owłosienia. Można wówczas dodać do każdej pigułki mniejszą lub większą ilość acetatu cyproteronu. Wszystkie pigułki antykoncepcyjne zawierają estrogen i progestagen. Laboratoria starają się opracować progestagen, który byłby pozbawiony niepożądanego działania androgenicznego. Dzięki temu niektóre pigułki antykoncepcyjne ostatniej generacji mogą mieć także zbawienny wpływ na skórę dzięki działaniu estrogenów, nie zakłócanemu działaniem progestagenów. Jeśli zaś chodzi o leczenie dermatologiczne i zabiegi kosmetyczne, dobrze jest wiedzieć, że depilacja przy użyciu wosku lub szczypczyków stymuluje mieszki włosowe i gruczoły łojowe i sprzyja odrastaniu twardych włosów. Jedynym sposobem na pozbycie się niepożądanych włosów, zwłaszcza na twarzy, jest, po doświadczeniu dzięki kuracji medycznej do stabilizacji endokrynologicznej (potrzeba na to wielu miesięcy) depilacja elektryczna, czyli wrywanie włosów, jednego po drugim, wypalanie i sterylizacja mieszków włosowych i gruczołów łojowych. Delikatny puszek można zlikwidować prostym zabiegiem odbarwienia wodą utlenioną. Starzenie się skóry W reklamach i modnych czasopismach społeczeństwo zachodnie przedkłada nade wszystko młodość, piękno i szczupłą sylwetkę. Całkowicie słuszną reakcją jest więc twoja chęć zachowania jak najdłużej młodości i opóźnienia nieodwracalnej starości. Estetyczny aspekt starzenia się najbardziej widoczny jest na skórze, powłoce cielesnej, najbardziej podlegającej ocenie innych. Wygląd zewnętrzny warunkuje nasz stan psychiczny: czyż nie używa się zwrotu: "czuć się dobrze lub źle we własnej skórze?". Wyglądać młodo i pięknie, czuć się dobrze i być uwodzicielską. A o innej kobiecie powiemy, że "wygląda na swoje lata. Starość wraz z jej objawami natury estetycznej, zmianami w wyglądzie skóry, staje się symptomem schyłkowego okresu życia i może utrudniać piastowanie pewnych stanowisk (public relations, praca w handlu zagranicznym), przynajmniej w społeczeństwie zachodnim wymagającym młodej i estetycznej prezencji. Różne metody leczenia i techniki medyczne mogą zmniejszać objawy starzenia się skóry. I chociaż nie mogą zatrzymać czasu, mogą przynajmniej opóźnić efekty jego działania. Skóra: anatomia i fizjologia intymna Nasza skóra stanowi granicę z otoczeniem. Elastyczna i wytrzymała jednocześnie chroni przed atakami świata zewnętrznego (zimno, słońce, zderzenia), ale spełnia także rolę wymiennika ciepła. Skóra składa się z trzech kolejnych warstw: naskórka, skóry właściwej i podskórnej tkanki łącznej. Naskórek (warstwa leżąca najwyżej) składa się z wielu warstw komórek i pokryty jest warstwą stratum corneum, czyli warstwą zrogowaciałą. Złożona z komórek martwych, stale odnawiana, warstwa owa nadaje skórze jej właściwości estetyczne i mechaniczne (delikatność i rozciągliwość). Woda bezustannie krąży między skórą a jej powierzchnią, a następnie wyparowuje. Zjawisko to zwane jest oddychaniem skóry, w odróżnieniu od pocenia się, które stale nawadnia warstwę zrogowaciałą. Skóra pełni funkcje podtrzymywania i odżywiania naskórka. Jest przetykana nerwami i naczyniami. Zawiera komórki zwane fibroblastami, które wytwarzają włókna, z których zbudowana jest skóra:

kolagenowe, elastynowe, proteoglikanowe i glikoproteinowe. Działalność fibroblastów umożliwia odnawianie się tkanek oraz zjawisko zablizniania. Podskórna tkanka łączna (najgłębiej leżąca warstwa naszej skóry) składa się z małych płatków tłuszczu, przecinanych naczynkami i nerwami skóry. ty Różne typy skóry Skóra "normalna" - idealna, gładka i elastyczna, delikatna i aksamitna w dotyku występuje tylko u dziecka przed okresem dojrzewania. Skóra tłusta, gruba i błyszcząca, z widocznymi porami, może sprawiać problemy przy nakładaniu makijażu, ale dobrze się starzeje. Jest to skóra o dużej wytrzymałości, która łatwo się opala. Skóra sucha, mniej delikatna, gładka i elastyczna, sprawiająca czasem wrażenie chropowatej, starzeje się i marszczy dużo łatwiej. Cera mieszana łączy tłustą strefę środkową (czoło, nos, podbródek) i suche policzki. Starzenie się skóry i zmarszczki: mechanizmy intymne Starzenie się skóry odbywa się powoli, ale jest nieuniknione. |Wewnątrzpochodne starzenie się skóry, programowane przez naturę, stanowi część genetycznych cech charakterystycznych osobnika. Starzenie się skóry u każdego przebiega inaczej. |Zewnątrzpochodne starzenie się skóry, związane z naszym otoczeniem, stylem życia, może w istotny sposób wpływać na zjawiska genetyczne. Słońce, odpowiedzialne za starzenie się skóry, przyspiesza procesy genetyczne. Aby się o tym przekonać, wystarczy przyjrzeć się ludziom, którzy pracują na świeżym powietrzu i których twarz i ramiona są stale wystawione na działanie promieni słonecznych. Wszelkie formy klimatycznej agresji, jak zimno, wiatr, zmiany wilgotności powietrza lub też zatrucie alkoholem czy nikotyną mogą przyczynić się do starzenia się skóry. Podobnie dzieje się w przypadku wszelkich stresów (przemęczenie, brak snu). Jeśli chodzi o ręce, szczególnie niszcząco działa na nie częste używanie detergentów. Wiele |wewnętrznych |mechanizmów |komórkowych bierze udział w starzeniu się skóry; ulega spowolnieniu szybkość odnawiania się głębokiej warstwy nie zróżnicowanej nabłonka, naskórek staje się cieńszy, warstwa łącząca skórę z naskórkiem - bardziej płaska, maleje zawartość kolagenu w skórze: - skóra staje się sucha, mniej elastyczna, bardziej matowa. Spłaszczenie strefy połączenia skóry z naskórkiem i brak nawilżania warstwy zrogowaciałej, która traci elastyczność, sprzyjają powstawaniu zmarszczek, coraz liczniejszych i głębszych; - zmarszczki pojawiające się w miejscach, gdzie twarz jest najbardziej ruchliwa, ustalają się i są bardziej wyraziste. Najbardziej widoczne są bruzdy, łączące nozdrza z kącikami ust, zmarszczki na czole i zmarszczki w kącikach oczu, zwane "kurzymi łapkami". Równocześnie twarz i szyja mają skłonności do zapadania się, pojawiają się obwisłe policzki, worki pod oczami, podwójne powieki, zwane "żółtym okiem" i pomarszczona szyja; - na rękach i twarzy pojawiają się brunatne plamy, zwane przez niektórych "cementarnymi margerytkami". Można je dość łatwo usunąć przy pomocy okładów z suchego lodu. Zapobieganie starzeniu się skóry Nie można powstrzymać genetycznego, wewnątrzpochodnego starzenia się skóry, można jednak próbować wpłynąć na czynniki pogłębiające ten proces, związane z otoczeniem i stosować odpowiednie kosmetyki. - Słońce jest podstawowym czynnikiem przyspieszającym starzenie się skóry. Należy więc unikać długotrwałego i wielokrotnego wystawiania się na działanie słońca i używać, za każdym razem, kiedy jest to niezbędne, kremów i emulsji z ekranami i filtrami. Należy także chronić skórę i twarz, zwłaszcza przeciwko wszelkim formom agresji klimatycznej, np. przed zimnem. - Higiena życia powinna polegać na unikaniu bądź ograniczeniu używania nikotyny, alkoholu, wszelkich form stresu i przemęczenia oraz odpowiednim odżywianiu. - Kosmetyki mają wpływ na nawilżenie i grubość skóry. Mogą także chronić skórę przed agresywnym działaniem otaczającego środowiska. Normalnie działanie kosmetyków jest ograniczone do naskórka. Jeśli przedostałyby się one do unaczynionej skóry, mogłyby zostać wprowadzone do układu krążenia i stałyby się lekarstwami. Nowe kosmetyki z liposomami zaczynają działać w głąb skóry. Ostatnio pojawiają się też kosmetyki, mające za zadanie "wychwytywanie" cząsteczek przyspieszających zjawisko degeneracji komórkowej i starzenia się. W każdym razie podstawowym środkiem przeciw starzeniu się skóry jest odpowiednia

higiena i używanie dobrych i dobranych do typu twojej skóry kosmetyków. Leczenie medyczne - Hormony estrogenowe Oddziałują one na skórę na poziomie receptorów skóry. Menopauza jest okresem, kiedy starzenie się skóry widać najbardziej. Skóra robi się cieńsza, bardziej sucha i podatna na zmarszczki. Zastępcza hormonoterapia menopauzy walczy także z tymi zjawiskami i nie pozwala na nagłe zestarzenie się skóry, które może być spowodowane ustaniem wydzielania hormonalnego jajników. Można też, i jest to metoda skuteczna, używać preparatów hormonalnych zastosowania miejscowego (na twarz i szyję). - Kwaśna witamina A Używana od dawna w leczeniu trądziku, może okazać się bardzo skuteczna w leczeniu efektów starzenia się skóry, spowodowanego słońcem. Ma działanie oczyszczające, powodując złuszczenie się zewnętrznych nieregularności skórnych, niewielkich zmarszczek oraz przyspieszenie odnawiania się komórek naskórka, który staje się coraz grubszy. Skóra jest coraz bardziej napięta, robi się jaśniejsza, znikają plamy. Kwaśna witamina A stymuluje działanie fibroblastów skóry, które wytwarzają włókna kolagenu i elastyny, zwiększa również unaczynienie. Tak jak estrogeny, kwaśna witamina A jest lekarstwem, które nie nadaje się dla każdej cery (brunetki znoszą ją lepiej niż blondynki), musi zostać przepisana przez lekarza i należy bardzo ściśle stosować się do jego wskazówek. Kwaśna witamina A ma tendencję do wysuszania skóry. Pod wpływem jej podrażniającego działania skóra może się zaczerwienić i zacząć się łuszczyć. Podczas leczenia należy unikać wystawiania się na działanie słońca i używać kremu nawilżającego. Odradza się stosowanie kwaśnej witaminy A w strefach szczególnie wrażliwych (nozdrza, okolice ust, powieki). Używanie kwaśnej witaminy A powinno być stopniowe - najpierw dwa razy w tygodniu, później co drugi wieczór. Uważa się, że trzeba przynajmniej rocznego, codziennego stosowania tej witaminy, aby osiągnąć konkretny rezultat. Następnie zalecane jest prowadzenie kuracji podtrzymującej, dwa razy w tygodniu. Rezultaty terapii hormonalnej i kwaśnej witaminy A można z powodzeniem łączyć. Należy jednak zawsze zapytać o radę lekarza. Techniki medyczne Niektóre techniki medyczne umożliwiają zlikwidowanie lub zmniejszenie ilości zmarszczek na twarzy. Wyróżniamy tu metody likwidowania i metody wypełniania. Kuracja likwidująca ma na celu starcie, zniwelowanie nieregularności na powierzchni skóry. →*| peeling polega na niszczeniu zewnętrznej warstwy zrogowaciałego naskórka dzięki stosowaniu substancji chemicznej, zazwyczaj rezorcyny, która występuje w formie pasty. Po jej zastosowaniu, przez kilka godzin mamy wrażenie lekkiego pieczenia skóry. Potem skóra zaczerwienia się i łuszczy przez około tydzień. Peeling przyczynia się do złuszczenia zewnętrznej warstwy naskórka. Powoduje też miejscową reakcję zapalną, której towarzyszy stymulacja warstwy nie zróżnicowanej nabłonka oraz lepsze unaczynienie skóry. →*| szlifowanie jest techniką mechaniczną, polegającą na wygładzaniu skóry instrumentem o szybko wirującej końcówce, przypominającym wiertarkę dentystyczną. Zabieg ten usuwa grubszą niż peeling warstwę naskórka. Najlepiej udaje się usuwanie niewielkich zmarszczek wokół ust. Kuracje wypełniające mają na celu wypełnienie zmarszczek za pomocą wstrzykiwania różnych preparatów. →*| wstrzykiwanie kolagenu jest techniką stosowaną najczęściej. Pozwala ona na leczenie wszystkich typów zmarszczek. Przed zabiegiem konieczne jest przeprowadzenie testu, aby upewnić się, że nie jesteś uczulona na wstrzykiwany produkt. Po wstrzyknięciu kolagen rozplywa się w okolicznych tkankach. Efekty trwają od 6 do 12 miesięcy. Trzeba więc brać pod uwagę, że kurację należy powtarzać co roku. →*| silikon jest substancją syntetyczną o oleistej konsystencji, którą wstrzykuje się wzdłuż zmarszczki, pod skórę, którą silikon podnosi. Zła reputacja silikonu spowodowana została nieodpowiednim i nadmiernym stosowaniem silikonów złej jakości. Wstrzyknięcie silikonu wymaga dobrej techniki. Jeśli znajdziesz się we właściwych rękach, rezultaty zabiegu przeprowadzonego na zmarszczkach i głębokich bruzdach, np. na czole czy w okolicach nosa, mogą być satysfakcjonujące. Są trwałe (wystarczają na wiele lat) lub nawet ostateczne, ponieważ silikon, substancja syntetyczna, podobnie jak proteza nigdy nie znika. Wybór najodpowiedniejszej metody,

stosownie do twoich życzeń, powinien zostać dokonany wspólnie z lekarzem. Peeling lub szlifowanie są przeznaczone do likwidowania nieregularności powierzchniowych. Zastrzyki z kolagenu wygładzają zmarszczki, ale efekty są przejściowe. Muszą więc być ponawiane. Najlepszym rozwiązaniem w przypadku zmarszczek i głębokich bruzd może okazać się silikon. Wszystkie te metody usuwania zmarszczek należą do najczęściej stosowanych. Istnieją jednak inne metody: galwanopunktura zmarszczek, wprowadzanie złotej nici, lipofilling (który polega na wstrzykiwaniu do zmarszczek tłuszczu, pobranego z innej części ciała), wstrzykiwanie ADN. Wszystkie metody kuracji mają ograniczone działanie, ponieważ są metodami powierzchniowymi. Jeśli istnieje jakiś nadmiar lub opadnięcie fałdu skóry i leżących pod spodem mięśni, tylko lifting chirurgiczny, wykonywany różnymi metodami, może dać zadowalające rezultaty. Zapalenie pęcherza moczowego. Prawie każda z kobiet przeszła przynajmniej raz w życiu zapalenie pęcherza moczowego. Występowanie tej choroby prawie wyłącznie u kobiet daje się wytłumaczyć budową anatomiczną: sąsiedztwem dróg rodnych i moczowych oraz krótką cewką moczową u kobiety (3-4-7cm, podczas gdy u mężczyzny mierzy ona ok. 20-7cm), które to elementy są czynnikami sprzyjającymi zapaleniu pęcherza. Przyczyny Zapalenie pęcherza moczowego mogą wywoływać rozmaite bakterie, ale zdecydowanie najczęściej jest to *Escherichia coli* czyli pałeczka okrężnicy, bakteria żyjąca zwykle w okrężnicy, gdzie stanowi część normalnej flory bakteryjnej. Można ją także znaleźć w pochwie. Zakażenie sąsiedztwa dokonuje się zazwyczaj przez cewkę moczową. Bakterie pochwowe pokonują krótką drogę, która oddziela pochwę od pęcherza i tam zaczynają się rozmnażać. U niektórych kobiet pewne czynniki mogą wywoływać lub sprzyjać zapaleniu pęcherza moczowego: - stosunki seksualne analne i pochwowe, zwłaszcza odbywane w niewielkim odstępie czasu lub następujące bezpośrednio po sobie; - cewnikowanie, na przykład przy okazji interwencji chirurgicznej - wszelkie infekcje pochwy (zapalenie pochwy, zapalenie, szyjki macicy), ponieważ występujące przy tej okazji upławy mają tendencję do przedostawania się do pęcherza; - niedostateczna higiena intymna lub przeciwnie, zbyt perfekcyjna, przy zastosowaniu ostrych substancji antyseptycznych lub dezodorantów intymnych, powodujących reakcje alergiczne; - mechaniczne podrażnienie miejscowe, spowodowane noszeniem zbyt obcisłych spodni; - niedobór estrogenów po menopauzie: ustaje wytwarzanie wydzielin pochwowych, tworzące środowisko ochronne przeciw otoczeniu zewnętrznemu i pochwa staje się sucha. Objawy zapalenia pęcherza moczowego Zapalenie pęcherza jest bolesne, męczące, trudne do zniesienia. Pojawia się nagle, a bóle w podbrzuszu mogą przenieść się na plecy i nerki. Odczuwasz gwałtowną potrzebę częstego oddawania moczu, w dzień i w nocy, chociaż za każdym razem jest to tylko kilka kropel. Częstemu oddawaniu moczu towarzyszy uczucie pieczenia i intensywne bóle o charakterze spazmatycznym. Mocz jest czasem ropny, a jeśli stan zapalny śluzówki pęcherza jest bardzo poważny, może nawet zawierać śladowe ilości krwi. Co robić w przypadku zapalenia pęcherza moczowego? Kiedy zaczną się bóle, pij dużo płynów i natychmiast skontaktuj się z lekarzem. Skieruje cię na analizę moczu, którą trzeba przeprowadzić jak najszybciej, przed rozpoczęciem jakiegokolwiek kuracji. Należy pobrać drugi strumień porannego moczu (jest najbardziej skoncentrowany), po dokonaniu toalety intymnej, aby uniknąć wszelkiej możliwości zakażenia próbki upławami z pochwy. W oczekiwaniu na wyniki badania laboratoryjnego, które zidentyfikuje bakterię wywołującą chorobę, lekarz przepisze ci antybiotyk, który w przypadku zakażenia pałeczką okrężnicy jest zwykle skuteczny. Biorąc pod uwagę nowe dane, lekarz może przepisaną antybiotyk zmienić, jeśli zaistnieje taka konieczność. Jeśli ból jest silny, można również stosować środek przeciwzapalny. W przypadku nawrotów zapalenia pęcherza, kuracja antybiotykowa trwa dłużej i należy przeprowadzić dodatkowe badania urologiczne w celu znalezienia przyczyn. Kilka rad zapobiegawczych Istnieje kilka metod, które mogą ograniczyć ryzyko zachorowania na zapalenie pęcherza: - dużo pić; - unikać herbaty, kawy, białego wina, szampana i przypraw

powodujących podrażnienia pęcherza; - oddawać mocz przed i po odbyciu stosunku seksualnego; - stosować rygorystyczną higienę intymną: podmywać się z przodu do tyłu, a nie z tyłu do przodu, aby uniknąć przeniesienia upławów z pochwy w sąsiedztwo cewki moczowej, znajdującej się pod łechtaczką; - unikać substancji antyseptycznych, niszczących florę bakteryjną; - nosić bawełnianą bieliznę i unikać zbyt obcisłych spodni; - używać raczej tamponów niż podpasek (które tworzą pomost łączący odbyt i pochwę); - starannie leczyć infekcje narządów płciowych. Torbiele jajników Tworzą one torebki zawierające płyn. Istnieją dwa typy torbieli: - torbiele czynnościowe, które w zdecydowanej większości nie wymagają przeprowadzania zabiegu chirurgicznego, ponieważ ulegają regresji samorzutnej lub dzięki leczeniu; - torbiele organiczne, które powinny zostać usunięte, ponieważ mogą się degenerować i powodować komplikacje. Na dziesięć torbieli czynnościowych przypada jedna torbiel organiczna. Torbiele czynnościowe Tak jak wskazuje ich nazwa, są to zaburzenia czynności, efekty niewłaściwego odpowiadania na rozkaz, pochodzący z najwyższego poziomu: podwzgórze + przysadka. Zamiast uwalniania jaja, pęcherzyk jajnika wypełnia się płynem i osiąga rozmiar od dwóch centymetrów do wymiarów dużej pomarańczy. Jest to torbiel pęcherzykowa. Czasami torbiel rozwija się po owulacji, mówimy wówczas o torbieli ciała żółtego. Torbiele czynnościowe ulegają zmianom w zależności od cyklu miesięczkowego. Mogą maleć lub samorzutnie zniknąć po miesiączce. Często pojawiają się u kobiet z licznymi problemami, lęklivych, zestresowanych i przemęczonych. Torbiel może objawiać się uczuciem ciężaru, rwania lub ostrego bólu w podbrzuszu. Nierzadko odkrywa się ją przypadkiem, przy okazji zwykłego badania ginekologicznego. Ultrasonografia miednicy pomaga umiejscowić torbiel oraz ustalić rozmiary i całkiem płynny charakter jej zawartości. Leczenie może być zastąpione zwykłą obserwacją, jeśli torbiel jest niewielka i nie ma żadnych objawów. Po 2-3 cyklach zniknie zupełnie. Jeśli jest dość duża i bolesna, wskazane jest zablokowanie osi podwzgórze - przysadka - jajniki, a więc odcięcie rozkazów wydawanych jajnikom przez poziom zarządzania, rozkazów, na które jajnik odpowiada błędnie, wytwarzając torbiel. Dobre rozwiązanie polega na przyjmowaniu przez okres od jednego do kilku miesięcy progestagenu w silnej dawce lub normalnie dawkowanej pigułki antykoncepcyjnej. Torbiele organiczne Istnieją trzy typy torbieli organicznych: - torbiele surowicze, które zawierają przejrzysty płyn surowiczy. Na ich ściankach mogą występować drobne zgrubienia; - torbiele śluzowe, komorowe: ich ścianki są grube, a zawartość lepka, gęsta, galaretowata; - torbiele skórzaste są bardzo szczególnym rodzajem torbieli, zawierają zęby, włosy, kości zanurzone w bardzo gęstym płynie. Są pochodzenia embrionalnego. Torbiel organiczna zawsze musi zostać usunięta, ponieważ może ulegać komplikacjom i zwyrodnieniom. Zwyrodnienie przekształcające torbiel w raka jajnika jest komplikacją rzadko spotykaną, ale i tę ewentualność należy brać pod uwagę. Najczęściej spotykaną komplikacją są skręty, które występują zwłaszcza w przypadku torbieli o długiej szypule. Skręt objawia się gwałtownym, ostrym bólem połączonym z mdłościami i wymiotami. Przypadłość ta wymaga konsultacji z lekarzem i najczęściej operacji. Endometrioza (gruczolistość macicy) Pochodzenie endometriozy nie jest dobrze znane. Choroba ta charakteryzuje się nieswoistym umiejscowieniem fragmentów błony śluzowej macicy, które przemieszczają się poza jamę macicy i tam rozwijają. Umiejscawiają się zazwyczaj w narządach rodnych, zwłaszcza zaś na jajnikach, jajowodach, pochwie i wokół macicy. Gdy występują w mięśniu macicy, mówimy o gruczolistości, która stanowi 40 procent wszystkich przypadków endometriozy. Wrażliwe na wydzieliny hormonalne jajników, których cyklu przestrzegają, ogniska endometriozy zachowują się jak błona śluzowa macicy. Objawy endometriozy Endometrioza może powodować dwa rodzaje komplikacji bóle i bezpłodność. Ból pojawia się zazwyczaj podczas miesiączki, jest silny i odporny na zwykle stosowane leki przeciwbólne. Może być mniej lub bardziej stały albo też pojawiać się podczas stosunków seksualnych, w głębi pochwy. Endometrioza jest częstą przyczyną niepłodności. Można się o tym przekonać dzięki

zdjęciom rentgenowskim macicy i jajowodów, wykonywanym w ramach badania pary niepełnej. Diagnozę endometriozy uzupełnia się laparoskopią, która pozwala bezpośrednio obejrzeć ogniska choroby, wyglądające jak czarne lub niebieskawe ziarenka. Wiele kobiet nosi w sobie bezobjawowe wysepki endometriozy, które odkrywa się przypadkowo podczas endoskopii wykonywanej z innego powodu. Leczenie endometriozy Ponieważ jest to choroba zależna od hormonów, leczenie ma na celu ograniczenie lub zlikwidowanie produkcji hormonów przez jajniki poprzez blokadę systemu zarządzania podwzgorze + przysadka. Można do tego celu używać progestagenu w silnej dawce lub specjalnego preparatu o nazwie danazol, który blokuje działanie jajników, ale może też być źródłem niepożądanych skutków ubocznych (przybieranie na wadze, trądzik). Inne preparaty są na razie w stadium badań. Kuracje muszą trwać wiele miesięcy. Powodują szybki zanik błony śluzowej macicy i zagłuszają bóle. Jeśli istnieją duże, dobrze widoczne ogniska, można skierować pacjentkę na zabieg chirurgiczny, ale bywa on trudny technicznie, a usunięcie ognisk choroby może być niebezpieczne. W przypadku gruczolistości, kiedy bóle są bardzo silne i odporne na leczenie, trzeba czasem uciec się nawet do wycięcia macicy. Tyłozgięcie macicy Wprawdzie tyłozgięcie macicy nie jest naprawdę chorobą, może jednak czasami spowodować bolesne zaburzenia. Przypadłość ta dotyka co czwartą kobietę. Kiedy kobieta stoi, jej macica jest normalnie przechylona do przodu, na pęcherz moczowy, a korpus macicy jest zgięty na szyjkę. Mówi się, że macica jest przodozgięta (pochylona do przodu). Jeśli macica jest wygięta do tyłu, a jej korpus odgięty od szyjki, mówi się o tyłozgięciu macicy. Przyczyny tyłozgięcia macicy Tyłozgięcie macicy może być dziedziczne, ale najczęściej jest wtórne. Następuje pod wpływem porodu. Wiązadła, które podtrzymują macicę, nie mają już siły skierować jej ku przodowi. Czasami także duży mięśniak może przegiąć korpus macicy do tyłu. Kłopoty z tyłozgięciem macicy Tyłozgięcie jest najczęściej bezobjawowe. Jeśli istnieją jakieś zaburzenia, są to bóle: - podczas stosunku, w głębi pochwy (kiedy członek dotyka tylnego sklepienia pochwy, na którym oparta jest odgięta do tyłu macica), bóle te wzmagają się przy niektórych pozycjach; - silny ból pleców w czasie miesiączki, ponieważ opróżnianie macicy przebiega niewłaściwie; - bóle miednicy mniej lub bardziej stałe, wzmożone w okresie przedmiesiączkowym. Macica zgięta i skierowana do tyłu sprawia najwięcej bólu, nie bywa natomiast przyczyną bezpłodności ani poronień. Na początku ciąży możesz odczuwać, przez 2-3 pierwsze miesiące, niewielkie skurcze. Powoduje je rozwijająca się macica. Nie istnieje metoda leczenia tyłozgięcia macicy, chociaż niektóre lekarstwa uśmierzające ból żył mogą poprawić krążenie w okolicach miednicy i w ten sposób zmniejszyć bolesne skurcze. Zabieg chirurgiczny przeprowadza się tylko w skrajnych przypadkach, kiedy ból staje się nie do zniesienia lub uniemożliwia stosunki seksualne. Mięśniaki Mięśniaki są niezłośliwymi guzami stałymi, zależnymi od hormonów, rozwijającymi się na poziomie mięśnia macicy i wykazującymi tę samą co on strukturę. Są bardzo często spotykane, zwłaszcza u kobiet, które ukończyły 35-40 lat. Jedna czwarta kobiet ponadczterdziestoletnich ma mięśniaki. Rzadko natomiast występują one przed trzydziestką, chociaż wyjątkiem jest tu rasa czarna. Są to guzy łagodne, które nigdy się nie uzłośliwiają. Zanikają samorzutnie (popularnie mówi się, że "wysychają") w ciągu miesięcy lub lat po menopauzie, kiedy ustaje wydzielanie estrogenów, sprzyjające ich rozwojowi. Różne typy mięśniaków Mięśniaki mają zazwyczaj kształt kulisty, a ich wymiary mogą być bardzo różnorodne. W medycynie porównuje się je do owoców - mówi się o mięśniaku wielkości mandarynki, pomarańczy, grejpfruta lub nawet melona. W macicy może pojawić się wiele mięśniaków, deformując przy tym jej kształt. Mówimy wówczas o macicy wielomięśniakowatej. Rozróżniamy: - mięśniaki podśluzówkowe, które powstają w jamie macicy i stanowią część polipa; - mięśniaki śródścienne, umiejscowione w ścianie macicy; - mięśniaki podsurowicówkowe umiejscowione na powierzchni macicy; - mięśniaki uszypułowane, umiejscowione w pewnej odległości od macicy, ale połączone z nią szypułką. Jak rozpoznać mięśniak? Najczęściej występującym i najbardziej uciążliwym

zaburzeniem jest długotrwała i obfita miesiączka, która może trwać do 10-12 dni. Miesiączka może być prawie krwotokiem już od pierwszych dni, zakłócając w istotny sposób życie codzienne i powodując zmęczenie i anemię. Mięśniak może także powodować wrażenie ciężaru w dole brzucha. Czasami mięśniak może być wrażliwy na dotyk lub bolesny w czasie badania ginekologicznego lub stosunków seksualnych. Wiele mięśniaków nie powoduje żadnych dolegliwości. Ręczne badanie pochwy umożliwia ocenę wielkości macicy, jej wrażliwość i kształt. Macice wielomięśniakowe są zazwyczaj nieregularne, wybrzuszone. Ultrasonografia pomaga jeszcze lepiej ocenić kształt i kontury macicy oraz ilość i wielkość mięśniaków. Radiografia macicy uwidacznia bardzo dobrze mięśniak podśluzówkowy i polipy, które powodują większość krwotoków. Czy trzeba usuwać wszystkie mięśniaki? Na szczęście nie. Wiele kobiet, które nigdy nie chodzą do ginekologa, mają mięśniaki nie wiedząc o tym, ponieważ są one zazwyczaj wykrywane podczas badania ginekologicznego. Nie ma związku między rozmiarami mięśniaka i zaburzeniami, jakie on powoduje. Mięśniaki podsurowicze, nawet dość duże, są zazwyczaj dobrze tolerowane, podczas gdy mięśniaki podśluzówkowe, nawet niewielkie, mogą powodować obfite krwawienia. Dopiero, kiedy mięśniak staje się uciążliwy lub bardzo duży, konieczna jest interwencja. Chirurgiczne usuwanie mięśniaków Polipy usuwa się za pomocą zwykłego łyżeczkowania. W innych wypadkach trzeba dokonać wycięcia mięśniaka (nie zawsze jest to jednak możliwe i naraża na niebezpieczeństwo odnowy) lub histerektomii (wycięcie macicy), kiedy to usuwa się cały korpus macicy, zachowując tylko szyjkę. W trakcie tych zabiegów coraz częściej lekarze starają się oszczędzać jajniki, unikając w ten sposób wprowadzania równoczesnego stanu menopauzy. Nowe techniki operacyjne pozwalają na usunięcie niektórych wewnątrzmacicznych mięśniaków podśluzówkowych drogą naturalną, w trakcie histeroskopii. Zabieg ten polega na wyskrobywaniu mięśniaka po kawałku. Fragmenty mięśniaka usuwa się przez szyjkę macicy. Unikamy w ten sposób wszelkiej blizny na macicy lub brzuchu, a pobyt w szpitalu jest krótki. Jest to interesujące rozwiązanie, ponieważ zabieg przeprowadzany jest dokładnie w miejscu, gdzie znajdują się mięśniaki powodujące najwięcej problemów. Leczenie medyczne Hormony progestagenowe, które walczą z estrogenami, starają się podjąć walkę z rozrastaniem się i krwawieniem mięśniaków, ale skutki ich działania są dość nietrwałe. Obecnie opracowuje się nową metodę leczenia. Jest to comiesięczne wstrzykiwanie, przez okres kilku miesięcy, hormonu zwanego LH-RH, który blokuje działanie jajników i tworzy stan sztucznej menopauzy. Towarzyszą temu jednak pewne niedogodności, między innymi uderzenia gorąca. W czasie leczenia ustają krwotoki, a mięśniak maleje. Jednak w momencie zaprzestania zastrzyków dolegliwości mogą powrócić. Należy więc wstrzymać się jeszcze przed oceną wartości tej kuracji. Między zwykłą kontrolą a całkowitą histerektomią istnieje jeszcze kilka metod walki z mięśniakami. Właściwe metody terapii zależą od wielkości mięśniaka, lokalizacji, dolegliwości, jakie wywołuje, ale także od twojego wieku, a czasem nawet od osobowości. Z tych wszystkich względów należy uprzednio porozmawiać z ginekologiem, który pomoże wybrać odpowiednią dla ciebie terapię. Histerektomia (wycięcie macicy) Histerektomia jest chirurgicznym usunięciem macicy. Różne typy histerektomii: - |Histerektomia |prawie |całkowita (imputacja macicy) - usuwa korpus macicy, ale pozostawia na miejscu szyjkę macicy. Może jej towarzyszyć wycięcie obu jajników. - |Histerektomia |całkowita usuwa całą macicę: szyjkę i korpus. Może jej towarzyszyć wycięcie obu jajników. - |Histerektomia |poszerzona bywa przeprowadzana w przypadku raka. Usuwa się macicę, jajniki, węzły chłonne oraz tkankę po obu stronach szyjki. Trzeba pamiętać, że wszelka histerektomia, całkowita czy częściowa, powoduje całkowite zatrzymanie miesiączki, ale nie koniecznie menopauzę. Menopauza charakteryzuje się co prawda wstrzymaniem funkcji jajników, ale dopiero usunięcie obu jajników pociąga za sobą menopauzę chirurgiczną. Dawniej podczas histerektomii u kobiety ponadczterdziestoletniej, prawie zawsze usuwane były obydwa jajniki. Obecnie jest to na szczęście coraz rzadziej

stosowane, gdyż chirurdzy starają się oszczędzić jajniki, aby nie powodować menopauzy chirurgicznej. Przy zachowaniu jajników menopauza następuje później, w momencie wybranym przez naturę. Do tego czasu będziesz miała wrażenie, że przechodzisz normalny cykl hormonalny (ze zmianami nastroju, napięciem piersi itp.), ale bez miesiączki. Dostęp chirurga do zagrożonego narządu zależy od wskazań lekarskich oraz praktyki. Może to być droga przez pochwę (przez otwory naturalne) lub, częściej, przez powłokę brzuszną (blizna w większości przypadków może być estetyczna). Jest to pionowe nacięcie na wysokości owłosienia łonowego zwane cięciem Pfanenstiela. Wskazania przeprowadzenia histerektomii W przypadku raka macicy, histerektomia jest bezwzględnym wskazaniem, z wyjątkiem nielicznych przypadków, bardzo rozwiniętej formy raka lub przypadku, gdy usunięcie macicy okazałoby się niebezpieczne. W przypadku mięśniaka, jeśli konieczne jest przeprowadzenie zabiegu chirurgicznego, okazuje się, że techniki operacyjne nie zawsze są możliwe do zastosowania i histerektomia może okazać się najlepszym i najrozsądniejszym rozwiązaniem. Czasem histerektomia może zostać przeprowadzona podczas zabiegu wykonywanego przy wypadaniu narządu rodnego. Ogólnie rzecz biorąc dzisiejsza chirurgia ginekologiczna stara się być tak mało okaleczająca i tak bardzo estetyczna, jak to tylko jest możliwe. Seks i histerektomia Problem seksu po histerektomii był przedmiotem licznych badań. Badania te podzieliły kobiety na trzy mniej więcej jednakowe grupy. Jedna trzecia kobiet nie zauważyła, by histerektomia jakkolwiek wpłynęła na ich życie seksualne, druga połowa uważa, że jakość i przyjemność płynąca ze stosunków seksualnych jest większa (szczególnie jeśli usunięty został bardzo wrażliwy mięśniak, którego obecność powodowała, że stosunki seksualne były bolesne i trudne), zaś trzecia grupa kobiet uskarża się na pewne osłabienie pożądania czy przyjemności płynącej ze stosunku. Normalna macica waży ok. 50-70g i mogłaby zmieścić się w dłoni. Organ ten jednak zajmuje symbolicznie ważne miejsce zarówno w umyśle kobiety, jak i mężczyzny. Każda kobieta ma określony obraz własnego ciała i czasem histerektomia może być bardzo źle odbierana, jako agresja, okaleczenie, które całkowicie zmieni jej życie seksualne. Najbardziej narażone są na to kobiety, które nie otrzymały żadnej informacji w tej sprawie. Nieznajomość własnej intymnej anatomii i brak kontaktu z lekarzem mogą być nierzadko przyczyną wstrząsów psychicznych, którym zwykła informacja tak łatwo mogłaby zapobiec. A przecież histerektomia nie ma wpływu ani na kobiecość, ani na pożądanie, ani też na przyjemność. Nie może w żaden sposób wpływać na twoje stosunki z partnerem, w niczym też nie zmienia jakości stosunków seksualnych. Można śmiało powiedzieć, że mężczyzna nie jest w stanie zauważyć, że ma stosunki z kobietą po histerektomii. Spotkałem wiele kobiet po histerektomii, które zmieniwszy partnera, wołały nie wspominać mu o przebyłym zabiegu, a bliznę na brzuchu tłumaczyły usunięciem torbieli. Mało ciekawi, a często też zażenowani intymnymi problemami kobiet mężczyźni są zazwyczaj usatysfakcjonowani taką odpowiedzią i nie domagają się dalszych wyjaśnień. Rak szyjki macicy Jest to rodzaj raka ciągle niestety często spotykany, mimo możliwości pewnej profilaktyki. Dotyka kobiet między 40 a 45 rokiem życia przed menopauzą. Jeśli jest wcześnie zauważony, dzięki badaniu cytologicznemu (wymazowi), może zostać wyleczony. Czynniki ryzyka Są to wszelkie przyczyny urazowe, rany, podrażnienia, infekcje szyjki zwłaszcza zaś: - choroby przenoszone drogą płciową; wczesne rozpoczynanie stosunków seksualnych lub częste zmiany partnerów zwiększają ryzyko; - liczne ciążę; ryzyko rośnie wraz ze wzrastającą liczbą ciąż i porodów. U dziewcząt, u których żaden z tych czynników nie może występować, przypadki raka szyjki są wyjątkowe. Wymazy, nadzěrki szyjki macicy Rak szyjki macicy nie pojawia się z dnia na dzień na zdrowej szyjce. Zazwyczaj poprzedza go pojawienie się niezłośliwych ranek, zwanych nadzěrkami (dysplazjami). Wyróżniamy nadzěrki lekkie, średnie i ciężkie, które poprzedzają pojawienie się prawdziwego raka. Nadzěrka nie powoduje dolegliwości, nie daje o sobie znać. Dopiero badanie cytologiczne (patrz rozdział "Technika w służbie twojego zdrowia") pozwala

wykryć komórki dysplastyczne, co powoduje, że ginekolog przeprowadza kolposkopię - badanie szyjki za pomocą silnie powiększającej lupy. W trakcie kolposkopii lekarz identyfikuje okolice nadżerki i pobiera małe próbki w celu dokładnej analizy tkanki. Cytologia uruchamia tylko dzwonek alarmowy, biopsja zaś dostarcza ostatecznej diagnozy i określa stopień zagrożenia i typ nadżerki. Jeśli cytologia i biopsja wskazują na kłykciny lub wirusy brodawczakowe (patrz rozdział "Choroby miłości"), partner musi przejść peniskopię, która jest tym dla członka, co kolposkopia dla szyjki macicy. Z powodu rozpowszechniania się chorób przenoszonych drogą płciową coraz częściej spotyka się nadżerki, nawet bardzo zaawansowane, u bardzo młodych kobiet. Należy więc bezwzględnie poddawać się badaniom cytologicznym co roku, od momentu rozpoczęcia współżycia, bez względu na wiek. Lekkie nadżerki mogą zniknąć samorzutnie lub po zwykłym leczeniu miejscowym przeciwwzapalnymi globulkami ginekologicznymi. Niektórzy lekarze uważają za stosowne wyłącznie obserwować nadżerkę, przeprowadzając kolejne cytologie, choć nie jest to dobrze przyjmowane przez kobiety, które obawiają się powstania komórek dysplastycznych. Większość lekarzy woli leczyć je tak jak nadżerki średnie lub ciężkie, które zdaniem wszystkich lekarzy powinny zostać zniszczone. Trzy bezbolesne lub niezbyt bolesne techniki pozwalają na zniszczenie nadżerek szyjki: - Elektrokoagulacja - rodzaj wypalania szyjki przy użyciu niewielkiej elektrody. Zabieg jest przeprowadzany w gabinecie ginekologicznym. Strefę dysplastyczną można także usunąć przy użyciu elektrycznej pętli, zabieg ten zwany jest elektroresekcją. - Krioterapia jest leczeniem ranki przy zastosowaniu niskiej temperatury, z użyciem ciekłego azotu. - Laser pozwala na precyzyjne zlikwidowanie ranki - na powierzchni i w głębi. Leczenie laserowe przeprowadzane jest w szpitalu lub w niektórych gabinetach specjalistycznych. Kiedy ranka jest poważna lub trudno dostępna, ponieważ ma skłonność do przesuwania się w kierunku kanału szyjki, lekarz może zostać zmuszony do przeprowadzenia w szpitalu zabiegu konizacji, polegającego na usunięciu części szyjki w kształcie stożka. Rak śródnabłonkowy O raku śródnabłonkowym albo raku *in situ*, lub też raku w stadium 0 mówimy wtedy, kiedy komórki rakowe są ograniczone do warstwy zewnętrznej szyjki i nie wykraczają poza błonę podstawową, która stanowi granicę. W stadium bardzo wczesnym, ograniczonym, miejscowym, komórki rakowe nie mogą mnożyć się i rozprzestrzeniać. Rak nie daje jeszcze o sobie znać. Zostaje wykryty dzięki cytologii i biopsji w trakcie kolposkopii. Rak *in situ* może zostać wyleczony w 100 procentach dzięki konizacji, która usuwa całą rankę. Rak inwazyjny Kiedy po przerwaniu błony podstawowej komórki rakowe przechodzą przez warstwę zewnętrzną, mogą sukcesywnie ogarniać całą szyjkę, tkanki sąsiadujące, a poprzez drogi limfatyczne i węzły chłonne przetrzucać się także na inne części. Początkowo rak inwazyjny może nie dawać żadnych objawów i może też nie zostać wykryty przez cytologię czy biopsję. Czasami powoduje niewielką utratę jasnoczerwonej krwi, poza miesiączką, spowodowaną kontaktem, na przykład stosunkiem seksualnym. Jeśli lekarz rozpozna raka, przy pomocy badań klinicznych i dodatkowych określa stopień rozprzestrzenienia się choroby. Pozwoli to na zaklasyfikowanie raka szyjki do określonej grupy, której nie należy mylić z grupą cytologiczną. Ze względu na możliwość przemieszczania się komórek rakowych i ryzyko przerzutu, zabieg przeprowadzany wyłącznie na szyjce, tak jak w przypadku raka śródnabłonkowego, nie jest możliwy. - W stadium 1 (najczęściej spotykanym), rak ograniczony jest do szyjki i dotyka różnych jej struktur. Leczenie jest połączeniem chirurgii z radioterapią. Zabieg Wertheima polega na poszerzonej histerektomii, usuwającej macicę, tkanki znajdujące się po obu stronach szyjki, jajniki i węzły chłonne. Procent wyzdrowień w tym wypadku wynosi 80. - W stadium 2, kiedy rak ogarnął regiony sąsiadujące tylko z szyjką, szanse na wyzdrowienie są jeszcze dość duże, przy użyciu tej samej metody terapeutycznej. - W stadium 3 i 4, bardziej zaawansowanych i szczęściem dziś już dość rzadko spotykanych, prognozy są czarniejsze, a chirurgia okazuje się praktycznie nieprzydatna lub też niebezpieczna. Zapobieganie Pewien

rodzaj przeciwdziałania rakowi szyjki macicy jest możliwy. Polega to na zapobieganiu i leczeniu chorób przenoszonych drogą płciową oraz infekcji szyjki i pochwy, na regularnym, corocznym, od początku współżycia, przeprowadzaniu badania cytologicznego oraz rozpoznawaniu i niszczeniu nadżerek. Rak błony śluzowej macicy Dotyka błony śluzowej, która wyściela wnętrze jamy macicy, a częstotliwość występowania tej choroby jest zbliżona do częstotliwości pojawiania się raka szyjki macicy. W odróżnieniu od tego ostatniego, raka śluzówki spotykany prawie wyłącznie u kobiet po menopauzie i jest on trudno wykrywalny przy systematycznych badaniach kontrolnych. Właściwie przy zwyczajowych cytologiach szyjki macicy nie może być zauważony. Czynniki ryzyka Rak śluzówki macicy pojawia się zazwyczaj po okresie przerostu śluzówki, to znaczy na bardzo grubej błonie śluzowej. Długotrwałe zjawiska hormonalne przyczyniając się do powstawania przerostu śluzówki macicy lub polipów stanowią poważne zagrożenie, podobnie jak nadmiar estrogenów (nadmierne wydzielanie folikuliny), niedobór progesteronu, późna menopauza, długotrwałe, źle wyważone leczenie hormonalne menopauzy (nie zawierające estrogenów). W mniejszym stopniu czynnikami ryzyka są także: nadciśnienie tętnicze, otyłość i cukrzyca. Objawy Zazwyczaj u kobiety po okresie menopauzy zaczynają się samorzutne krwawienia, mniej lub bardziej obfite, koloru czarnego. Wszelka utrata krwi, pojawiająca się później niż w rok po menopauzie, jest bardzo podejrzana i musi prowadzić do natychmiastowej konsultacji ginekologicznej. Histerografia (radiografia macicy) potwierdza istnienie, określa kształt i rozmiar ranki oraz kieruje łyżeczkowaniem w celu biopsji. Przy pomocy specjalnego instrumentu lekarz pobiera próbkę do badań, dokonując biopsji błony śluzowej macicy. Zabieg ten polega na delikatnym wyskrobaniu brzegów jamy macicy oraz wykonaniu analizy pobranych w ten sposób fragmentów śluzówki macicy. Odbywa się to w szpitalu pod narkozą. Coraz częściej łyżeczkowanie w celu biopsji jest przeprowadzane w trakcie histeroskopii, a więc obserwowane dzięki niewielkiej lupie wprowadzanej do jamy macicy. Ponieważ nie można narzucić regularnego przeprowadzania biopsji wszystkim kobietom po menopauzie (jest to badanie skomplikowane technicznie i często bolesne), niektórzy ginekolodzy zalecają test progestagenowy. Polega on na podawaniu kobiecie po menopauzie niewielkiej dawki progestagenu przez okres 10 dni. Jeśli pojawi się krwawienie, należy przeprowadzić dalsze badania. Leczenie Jest połączeniem zabiegu chirurgicznego (całkowita, poszerzona histerektomia) i radioterapii i jest podobne do leczenia stosowanego przy raku szyjki macicy. Tu także prognozy zależą od odpowiednio wczesnego rozpoznania. Szanse na wyleczenie są duże, jeśli rak będzie ograniczony do macicy. Prolapsus - wypadanie narządów miednicy małej i nietrzymanie moczu Prolapsus, czyli wypadanie narządów miednicy małej zdarza się po menopauzie dość często. Spowodowane jest niewydolnością systemu potrzykiwania narządów płciowych, pęcherza moczowego i odbytu. Wypadnięcie pęcherza moczowego, najczęściej spotykane, nazywa się przepukliną pęcherza moczowego, wypadnięcie macicy - przepukliną macicy, wypadnięcie odbytu - przepukliną odbytnicy. Problemy z trzymaniem moczu, które często towarzyszą wypadaniu organów, dotykają co czwartą kobietę po pięćdziesiątce. Przyczyną Podstawową przyczyną są liczne porody, tym bardziej, jeśli były to porody ciężkie, dzieci duże, poród długi i trudny lub z użyciem kleszczy. Uszkodzona przez przeszłość ginekologiczną przepona miednicy spełnia swoją rolę aż do menopauzy. Potem pozbawione estrogenowego wsparcia hormonalnego, gorzej odżywiane systemy podtrzymywania słabną. Wówczas bardzo często pojawiają się prolapsus i problemy z trzymaniem moczu. Problemy Wypadanie narządów miednicy małej może powodować wrażenie ciężaru w dole brzucha, czasami bolesne i męczące, któremu towarzyszy wrażenie "kuli w pochwie". Kucając, możesz wyczuć palcami tę kulę, która toczy się i dotyka aż do ujęcia sromu. W większości wypadków to przednia ściana pochwy przesuwana się pod pęcherz moczowy, który wówczas opuszcza się. W innych przypadkach opuszcza się tylna ściana pochwy i wtedy następuje wypadnięcie odbytnicy. Czasami nawet wypada sama macica i jej

szyjka może w niektórych przypadkach ukazać się w ujściu sromu. W jeszcze innych wypadkach wypadanie rozmaitych organów miednicy mniejszej łączy się ze sobą. Wypadaniu organów towarzyszą bardzo często problemy z trzymaniem moczu (choć nie zawsze; czasami mogą one też maskować utajone objawy chorób pęcherza moczowego). Istnieją trzy typy nietrzymania moczu: pojawiające się wyłącznie przy wysiłku, niezależne od wysiłku i połączenie obu tych typów. - Nietrzymanie moczu przy wysiłku to mimowolne, nie poprzedzone potrzebą popuszczanie moczu związane z wysiłkiem (skok, bieg, śmiech, kaszel, czasem nawet zwykła zmiana pozycji). Ilość moczu jest różna: od kilku kropel, plamiących bieliznę do prawdziwego strumienia moczu. Ponieważ przypadki nietrzymania moczu mogą powtarzać się częściej, osoba dotknięta tą przypadłością jest zmuszona do stałego noszenia podpaski lub specjalnej pieluchy dla dorosłych. - Nietrzymanie moczu przy wysiłku może być spowodowane zaburzeniem przenoszenia nacisku między pęcherzem i cewką moczową, spowodowanym osłabieniem statyki miednicy mniejszej lub niewydolnością zwieracza cewki moczowej lub połączeniem tych dwóch przypadków. - Nietrzymanie moczu niezależne od wysiłku związane jest z nieprawidłowym funkcjonowaniem pęcherza i zwieracza. Pęcherz jest bardzo wrażliwy i skłonny do kurczenia się w sposób niekontrolowany. Podobnie niestabilne jest funkcjonowanie cewki moczowej. Często kobieta bezustannie odczuwa parcie na pęcherz i popuszcza mocz przy pewnym pobudzeniu (kiedy zanurza ręce w zimnej wodzie lub kiedy słyszy wodę ciekącą z kranu). Badania dodatkowe Przy badaniu klinicznym lekarz może ocenić rodzaj i stopień wypadnięcia narządów miednicy małej, skłaniając cię do wykonania wysiłku, na przykład popchnięcia biurka. Czasami, nawet w pozycji leżącej, wystarczy niewielki wysiłek przy kaszlnięciu, żeby spowodować popuszczenie moczu. Wykonany u radiologa kolpocystogram pozwoli obserwować, po zaciemnieniu organów, kinetykę organów miednicy mniejszej, przy wysiłkach parcia i wstrzymywania. Badanie urodynamiczne jest skomplikowane, przeprowadza się je w niektórych centrach lub gabinetach specjalistycznych. Polega na badaniu nacisku na cewkę i pęcherz w trakcie ich napełniania. Jest to ważne przy badaniu zaburzeń oddawania moczu, ponieważ pozwala przyrzeć się złożonym mechanizmom tej przypadłości, łączącym wiele schorzeń. Leczenie - Leczenie farmakologiczne wymaga zastosowania pewnych leków działających na zwieracz cewki lub na niestabilność i wrażliwość pęcherza. Miejscowa i ogólna terapia hormonalna menopauzy może przywrócić pewną żywotność pozwalającą systemowi podtrzymywania organów miednicy mniejszej lepiej wypełniać swoje zadanie. - Rehabilitacja uroginologiczna polegająca na prowadzeniu kalendarzyka oddawania moczu, nauce kurczenia i rozkurczenia mięśni-dźwigaczy oraz elektrostymulacji zwieracza cewki moczowej może także okazać się użyteczna i skuteczna. - Leczenie chirurgiczne nie jest rutynowo stosowane, bywa niewskazane, a czasem wręcz zakazane. Jednak często pozostaje najlepszym, a nierzadko jedynym możliwym rozwiązaniem. Każda interwencja chirurgiczna musi być poważnie przemyślana i skonsultowana z doświadczonym chirurgiem, który specjalizuje się w przeprowadzaniu tego delikatnego zabiegu. Kiedy zabieg nie jest możliwy, zwłaszcza u kobiet w zaawansowanym wieku lub złym stanie zdrowia, można umieścić w pochwie pesarium, rodzaj gumowego kółka, grubego i sztywnego, które mechanicznie powstrzymuje wypadanie macicy. Jest wiele rozmiarów pesariów, aby można je było dostosować do wymiarów anatomicznych. Zapalenie jajowodów Zapalenie jajowodów jest coraz częściej spotykane i dotyka coraz młodszych kobiet. We Francji co roku pojawia się 100000 nowych przypadków, z których jedna trzecia dotyczy nastolatek w wieku od 15 do 19 lat. Choroba ta powoduje rocznie 4000 przypadków bezpłodności i prawie tyle samo cięż pozamacicznych. Przyczyny - Choroby przenoszone drogą płciową: częste zmiany partnerów, rzadkie stosowanie prezerwatyw, wczesne rozpoczynanie stosunków seksualnych przez niedoinformowane nastolatki. - Spirala antykoncepcyjna sprzyja występowaniu zapalenia jajowodów, zwłaszcza u kobiet, które często zmieniają partnerów (lub których partner ma

wiele partnerek). Z tego względu unika się zakładania spirali kobietom, które nigdy nie miały dzieci. - Wszelkie interwencje, zabiegi lekarskie wewnątrz macicy, jak na przykład zabieg przerwania ciąży, lub dużo rzadziej, histerografia (badanie radiograficzne macicy). Zazwyczaj winne są bakterie z pochwy, które przedostają się do macicy, a potem do jajowodów, a następnie zaczynają się rozmnażać i powodują zapalenie jajowodów. Najczęściej spotykane bakterie, powodujące tę chorobę to gonokoki, |Chlamydiae |trachomatis i mycoplasmy. W zakażeniu często bierze udział wiele bakterii. Objawy - Ostre zapalenie jajowodów objawia się silnymi bólami w dole brzucha, gorączką (do 38, 39, a nawet 40 stopni) i brzydkimi upławami. Ręczne badanie ginekologiczne staje się bardzo bolesne. Wyniki badania krwi świadczą o infekcji, wykazując bardzo dużą liczbę białych ciałek i wysoki opad. Często zdarzają się mniej ostre przypadki zapalenia jajowodów i mogą zmylić diagnozę lub spowodować nieodpowiednie leczenie. - Chroniczne zapalenie jajowodów może nastąpić po ostrym zapaleniu jajowodów, które było źle leczone lub nastąpiła niewłaściwa reakcja na leczenie, albo po niewykrytym zapaleniu jajowodów. Powikłania i następstwa - Niepłodność jest głównym powikłaniem, występującym u młodych kobiet. Dotyka około 10 procent kobiet, które przeszły jedno zapalenie jajowodów i u połowy kobiet, które przeszły tę chorobę trzy razy. - Zapalenie jajowodów może spowodować niedrożność jajowodu. Czasami nie jest on zatkany, ale wyścielająca go błona śluzowa uszkodzona przez infekcję nie może już spełniać swojej roli odżywiania i przesuwania jajeczka do jamy macicy. Stąd ryzyko ciąży pozamacicznej (pomnożone przez siedem w przypadku następstw zapalenia jajowodów). - Zapalenie jajowodów bardzo często powoduje zrosty między jajowodami, jajnikami, macicą lub jelitami, co staje się przyczyną chronicznych bólów w obrębie miednicy. Leczenie Leczenie jest długotrwałe, trwa minimum trzy tygodnie i jest połączeniem kuracji antybiotykowej i bezwzględniego odpoczynku. W przypadku ostrego zapalenia jajowodów konieczna jest hospitalizacja i podłączenie do kroplówki z antybiotykiem. Partner także musi być leczony. Najlepszą metodą leczenia zapalenia jajowodów byłoby zapobieganie, a przede wszystkim unikanie chorób wenerycznych. Piersi W naszym społeczeństwie fizjologiczne funkcje piersi - karmienie noworodka - przysłania wiele innych ról: estetyczna, przyciągająca, erotyczna, seksualna... Piers - symbol i sztandar kobiecości, czołowy atut w grach miłości i rytuałach uwodzenia, nieodparcie przyciąga spojrzenia mężczyzn i dłoń kochanka. Nastolatka często z niecierpliwością oczekuje, aż urosną jej piersi, a kobieta zawsze przykładą dużą wagę do urody i zdrowia swojego biustu. Na plaży ładny biust przyciąga wielu mężczyzn, a jego posiadaczka zyskuje uwodzicielską pewność siebie. Z tego samego powodu kobiety niezadowolone ze swych piersi starają się unikać wakacji nad morzem i nagle okazują się być zwolenniczkami wypoczynku w górach. Nawet w sytuacjach intymnych, w towarzystwie swojego partnera starają się przykrywać piersi pod pozorem nieśmiałości, choć jest to tylko wyraz skrywanych kompleksów. Pod wpływem hormonów, etapów i zmian w życiu seksualnym i prywatnym każdej kobiety (wyrażają bowiem zarówno jej dobre samopoczucie, jak i kłopoty życiowe), piersi ewoluują, zmieniają się. Badanie piersi przez lekarza powinno być przeprowadzane podczas każdej wizyty lekarskiej, ponieważ wczesne wykrywanie jest najlepszą bronią przeciwko nowotworowi piersi, najczęściej spotykanej w społeczeństwach zachodnich formie nowotworu. Anatomia intymna Piersi każdej kobiety wyglądają inaczej. Różnią się od siebie wielkością (od małych piersi do bardzo obfitych, powodujących bóle pleców i uzasadniających interwencję chirurgii plastycznej), kształtem (jak jabłka lub jak gruszki...), konsystencją (twarde, miękkie, ziarniste), a także wielkością, kształtem, kolorem i umiejscowieniem sutków. Piersi tej samej kobiety zmieniają się w zależności od wieku i momentu cyklu. Bardzo często spotykana jest niewielka asymetria: najczęściej lewa pierś (od strony serca) jest nieco większa niż prawa. Piersi zawierają gruczoły odpowiedzialne za wydzielanie mleka, tkankę łączną i tkankę tłuszczową. Tkanka łączna i tkanka gruczołowa zapewniają piersiom właściwą konsystencję i kształt. Proporcje między gruczołami a tkanką

tłuszczową z upływem czasu zmieniają się. Po trzydziestce stopniowo zmniejsza się ilość gruczołów, a zwiększa się ilość tkanki tłuszczowej. Gruczoł jest złożony z licznych małych torebek groniastych, ułożonych jak kulki winogron i wydzielających po porodzie mleko. Mleko przepływa do cienkich kanalików, które łączą się, ze sobą i tworzą przewód mleczny, zakończony umieszczonym w brodawce sutka niewielkim ujściem o przekroju wielkości końca igły. W piersi znajduje się około 15 przewodów mlecznych. Tkanka łączna otacza elementy gruczołowe, zapewniając odpowiednią strukturę piersi. Tkanka tłuszczowa, mniej lub bardziej obfita, otula tkankę łączną i gruczoł i decyduje o wielkości piersi. Całość otoczona jest delikatną i elastyczną powłoką skórną, która w ciągu życia kobiety może być poddawana różnym napięciom (okres przedmiesiączkowy, ciąża, karmienie piersią). Pośrodku znajduje się otoczka brodawki sutkowej, zaokrąglona strefa koloru różowego lub brązowego, czasem nawet czarnego, której kształt i kolor zmienia się w czasie ciąży, pod wpływem estrogenów. Małe wyniosłości, guzki Morgagniego, mogą nadawać jej pewną chropowatość. Pośrodku otoczki wznosi się bardzo czuła brodawka, na szczycie której mają swoje zakończenie przewody mleczne. Brodawki sutkowe mają bardzo różnorodność wielkości i kształtu, a pod wpływem określonych czynników (pieszczoty, chłód) mogą wejść w stan erekcji, zwanej wzwodem brodawki sutkowej. Niektóre kobiety mają brodawki pępkowe, to znaczy wklęsłe. Brodawka pępkowa może stale być wklęsła lub wysuwać się pod wpływem pobudzenia. Wklęsłość brodawek utrudnia lub nawet uniemożliwia karmienie piersią. Fizjologia intymna W trakcie całego cyklu miesięczkowego piersi znajdują się pod wpływem hormonów jajnikowych, odbierają zmiany napięcia i zmiany równowagi hormonalnej. Zauważyłaś z pewnością, że piersi nabrzmiwiają, ich skóra napina się, w okresie przedmiesiączkowym odczuwasz nawet pewną bolesność. Niektóre kobiety są zmuszone nosić przed miesiączką większy stanik. W tym okresie siateczka żył na piersi jest szczególnie widoczna. Estrogeny (folikulina) mogą wywołać zjawisko przekrwienia piersi. Powodują też pewne obrzmienie i przerost komórek przewodów mlecznych. Po owulacji, w drugiej części cyklu, progesteron przeciwstawia się działaniu estrogenów i zmniejsza obrzęk. Widzisz więc, że zaburzenie równowagi hormonalnej na korzyść estrogenów i może na przykład "poinformować" ginekologa, kierując jego wyborem pigułki antykoncepcyjnej o klimacie hormonalnym dostosowanym do twojej morfologii i fizjologii. Trzeci hormon, prolaktyna, wydzielana przez przysadkę, a nie przez jajniki, umożliwia laktację i karmienie noworodka. Prolaktyna odgrywa istotną rolę w kontroli owulacji. Normalnie, oprócz okresu karmienia, poziom prolaktyny jest bardzo niski. Od początku ciąży piersi zwiększają swoją objętość. Małe torebki groniaste, które będą wytwarzały mleko, rosną. Od początku siódmego miesiąca może pojawić się niewielki wyciek siary, która nie jest mlekiem. Poważne i gwałtowne powiększenie objętości gruczołów sutkowych powoduje rozciągnięcie skóry. Zdarza się, że nie wytrzymuje ona napięcia i pojawiają się rozstępy. Karmienie piersią zwiększa jeszcze wielkość piersi i napięcie skóry. Następnie gruczoły zmniejszają się, zaś skóra z trudem kurczy się do poprzednich wymiarów, ponieważ zazwyczaj nie jest wystarczająco elastyczna, by znieść tak duże zmiany objętości. Dlatego polecałbym kobietom noszenie stanika przez cały okres ciąży i karmienia. Ładny biust Pierś nie ma żadnych mięśni. Podtrzymuje ją jedynie tkanka łączna i skóra łącząca ją z klatką piersiową. Pierś jest natomiast umieszczona na mięśniu klatki piersiowej tak jak statua wspiera się na postumencie. Chociaż rozczaruje to wiele kobiet, muszę tu powiedzieć, że gimnastyka może nieco rozwinąć i wzmocnić ten mięśniowy postument (mięśnie klatki piersiowej), ale nie ma wpływu na konsystencję piersi. Jeśli chodzi o kremy, płyny, mleczka przeznaczone do pielęgnacji biustu, mogą one mieć co najwyżej działanie powierzchniowe, skórne. Używając ich możesz być zawiedziona, ponieważ obietnice producentów nie zawsze się spełniają. Tylko estrogeny, których receptory znajdują się w piersiach, mogłyby nieco, ale nie w każdym przypadku, poprawić formę, jędrność i rozmiary piersi. Jednak używanie ich w tym celu jest

niewskazane, ponieważ może spowodować zarówno bóle, a ponadto grozi przedawkowaniem. Najlepszym środkiem ochrony piersi jest noszenie stanika, szczególnie jeśli masz duży biust. Stanik ogranicza rozciąganie się skóry - czynnik powodujący późniejsze opadanie, oraz chroni przed nadmiernym nadwyrężaniem piersi, zwłaszcza przy uprawianiu sportów oraz w czasie ciąży i karmienia.

Kontrola piersi Samodzielne kontrolowanie piersi Jest to czynność, która wymaga pewnej umiejętności. Każda kobieta powinna robić to regularnie, po miesiączce, kiedy piersi są miękkie. Obmacując piersi przed miesiączką, możesz wziąć bardzo powiększoną okolice gruczołu za guz. Najprostsza metoda polega na ułożeniu się na łóżku z prawą ręką na lewej piersi (i odwrotnie). Należy obmacywać każdą strefę po kolei, lekko przesuując pierś z boku na bok ułożoną płasko dłonią. Nie należy ujmować piersi całą dłonią jak jabłko. Następnie, stojąc przed lustrem i podnosząc ramiona, upewniamy się, że nie ma wklęsłości, zrostów i że skóra dobrze układa się na gruczole. Ściskając obie brodawki sprawdzamy, czy nie ma wycieków. Teoretycznie łatwa, własnoręczna kontrola piersi może okazać się trudna dla kobiet o jędrnych, bardzo ziarnistych piersiach. Powinna być zawsze uzupełniona kontrolą u lekarza, przynajmniej raz w roku, a jeszcze lepiej dwa razy (szczególnie po czterdziestce). U lekarza Kontrola piersi jest częścią każdego badania ginekologicznego. W czasie rozmowy poprzedzającej badanie, lekarz poszukuje tego, co nazywamy "czynnikami ryzyka". Jeśli znajdzie jeden lub kilka takich czynników, nie oznacza to, że pewnego dnia zachorujesz na raka piersi, ale musisz zwracać większą uwagę na swoje piersi, szczególnie po czterdziestce. Badanie piersi odbywa się najpierw w pozycji leżącej, następnie siedzącej i przypomina własnoręczną kontrolę piersi, którą opisano wcześniej. Lekarz poszukuje także ewentualnych powiększeń węzłów chłonnych i guzów pod pachami. Często występują w tym właśnie miejscu. Jeśli są ruchome, nie jest to nic poważnego. Czasami można je wywołać przez podrażnienie spowodowane goleniem pach. Badania piersi Kiedy lekarz wykryje jakąś nieprawidłowość, kieruje cię na dodatkowe badania, aby sprecyzować diagnozę i uspokoić cię. Każde z tych badań ma swoje wskazania i cele.

Mammografia Jest kluczowym i nieodzownym badaniem prowadzącym do wykrywania i wczesnego rozpoznania nowotworu piersi. Jest to proste i szybkie badanie rentgenowskie piersi, przeprowadzane przy użyciu aparatu zwanego senografem. Lekarz wykonuje przeważnie po trzy zdjęcia każdej piersi: z przodu, z boku i na przedłużeniu pachy. Może także wykonać ujęcia dodatkowe, uzupełniające, czasami powiększone, skierowane na podejrzaną okolice. Aby otrzymać zdjęcia dobrej jakości, pierś musi być umieszczona między dwoma płytkami. Lepiej jest wykonywać mammografię po miesiączce, kiedy piersi są miękkie. W większości przypadków badanie okazuje się bezbolesne, nawet jeśli uznawane jest często za nieprzyjemne. Lekarz może skierować na badanie mammograficzne z różnych powodów: - pojawienie się guza, nieprawidłowości; - pojawienie się mastopatii (łagodnego guza sutka); - kiedy trudno jest zbadać piersi (są obfite, jędrne, ziarniste); - kiedy istnieją czynniki ryzyka (przypadki dziedzicznego nowotworu piersi). Coraz więcej lekarzy kieruje pacjentki, które ukończyły 45-50 lat na systematyczne badania mammograficzne. Chociaż kliniczne badanie piersi jest nieodzowne, jego wyniki są gorsze od wyników mammografii. Zazwyczaj uznaje się, że dzięki badaniu ręcznemu wykrywa się nowotwór piersi dopiero, kiedy osiąga 1 centymetr średnicy, podczas gdy mammografia może go wykryć już przy 3 milimetrach, umożliwiając postawienie wcześniejszej diagnozy i lepszej prognozy, ponieważ rak piersi zazwyczaj rozwija się dość powoli. Po ukończeniu 45-50 lat dobrze jest wykonywać systematyczne badania mammograficzne, nawet jeśli w czasie badania ręcznego wszystko wydaje się normalne. Pozwoli to na porównanie tych wyników z późniejszymi zdjęciami. Następnie lekarz może kierować na kolejne badania mammograficzne, w zależności od wyników poprzednich badań i badania ręcznego. Dawka promieni X przy mammografii jest bardzo niewielka. |Kserografia jest rodzajem radiografii. Zdjęcia są wykonywane na papierze, a piersi mają na nich kolor niebieski. Zdjęcie pokazuje niektóre

głęboko położone strefy, ale napromieniowanie jest większe niż w wyniku mammografii, co ogranicza ilość skierowań na to badanie. |Radiografia przewodów mlecznych sutka uzupełnia mammografię w przypadkach, gdy pojawia się wyciek z sutka. Lekarz musi odnaleźć wejście do przewodu mlecznego, aby wprowadzić do niego nie przepuszczający promieni Roentgena kontrast. Na kliszy pojawią się wtedy przewody mleczne i ich rozgałęzienia. Ultrasonografia Całkowicie bezpieczna i bezbolesna. Zamiast promieni X używa się tu ultradźwięków. W niektórych wypadkach może okazać się użyteczna przy uzupełnianiu mammografii, ale nigdy jej nie zastępuje. Może na przykład posłużyć do stwierdzenia, czy guz wykryty w trakcie badanie ręcznego jest stały czy wypełniony płynem (nie oddaje echa). Jeśli jest to torbiel głęboka, ultrasonografia może pomóc przy punkcji. Ultrasonografia piersi jest czasem badaniem trudnym do zinterpretowania, wymagającym wprawnego operatora sprzętu. Termografia Bezbolesna i łagodna, uwidacznia ciepło wydzielane przez skórę na piersiach. Może zostać przeprowadzona przy pomocy płyt termoczułych lub, na odległość, przy użyciu kamer na podczerwień. Może dostarczyć informacji o rozwoju niektórych nowotworów. Termografię stosuje się coraz rzadziej, ponieważ wyniki tego badania są niezbyt precyzyjne. Cytopunkcja - punkcja cienkoigłowa (PCJ) Może być przeprowadzona w przypadku, gdy ginekolog, chirurg lub anatomopatolog zauważył jakąś nieprawidłowość. Nie jest to badanie bardziej bolesne niż zastrzyk w pośladek, więc odbywa się bez znieczulenia, po zdezynfekowaniu skóry. Przeprowadzane jest przy pomocy cienkiej igły umieszczonej na strzykawce. Jeśli guz okazuje się torbielą, można ją w ten sposób usunąć. Jeśli jest wypełniony, podczas badania pobiera się próbkę komórek. W każdym z tych przypadków pobrane tkanki zostają przekazane do laboratorium anatomo-patologicznego. Oczywiście nie trzeba wykonywać wszystkich tych badań. Twój lekarz wybierze tylko te najniezbędniejsze. Łagodne choroby piersi W medycynie nazwą guza określamy każdą masę, węzeł lub guz, bez względu na jego rodzaj. Słowo guz nie jest równoznaczne z rakiem i bardzo często mówi się o łagodnym guzie piersi. Choroby łagodne stanowią większość guzów piersi, występujących przed ukończeniem 50 roku życia. Po pięćdziesiątce proporcje są odwrotne. Procentowy stosunek łagodnych i złośliwych guzów piersi w zależności od wieku: Przedział wiekowy - guzy łagodne - guzy złośliwe 10-19 - 96% - 1% 20-29 - 98% - 2% 30-39 - 90% - 10% 40-49 - 80% - 20% 50-59 - 40% - 60% 60-69 - 30% - 70% 70-79 - 20% - 80% Gruczolakowłókniak Jest niewielką masą, twardą, ruchomą i ściśle ograniczoną. Kiedy pojawia się u młodej kobiety, czasem dziewczyny, jest guzem łagodnym, wielkości od jednego do kilku centymetrów, który nigdy nie wyrodnieje. W jednej piersi może pojawić się wiele gruczolakowłókników. Kiedy powstaje gruczolakowłókniak, kuracja hormonalna może, ale nie zawsze musi wstrzymać jego rozwój. Przeważnie zresztą nie chodzi wówczas o prawdziwy gruczolakowłókniak. Jeśli już powstał, jest twardy, zastarzały i pomoc może tylko interwencja chirurgiczna. Zazwyczaj można wykonać bardzo niewielkie i estetyczne nacięcie na obwodzie otoczki brodawek, w miejscu, gdzie skóra zmieni kolor lub pod piersią, na przedłużeniu pachy. Jeśli gruczolakowłókniak jest mały i stabilny, niektórzy lekarze zalecają jedynie obserwację. Jeśli zaczyna rosnąć, należy go usunąć. Po interwencji chirurgicznej można podjąć kurację przywracania równowagi hormonalnej, aby zapobiec powstaniu następnego lub następnych gruczolakowłókników. Torbiel Torbiel piersi spowodowana rozszerzaniem się przewodu mlecznego, jest guzem łagodnym zawierającym płyn. Pojawia się przeważnie między czterdziestym rokiem życia a menopauzą. Może być pojedyncza, wyizolowana, ale może się także pojawić wiele torbieli w jednej lub obu piersiach o wymiarach zmiennych od kilku milimetrów do kilku centymetrów. Zazwyczaj bezbolesna, szybko staje się wrażliwa na dotyk lub bolesna, jeśli płyn, który ją wypełnia, jest pod ciśnieniem. Często przybiera wówczas kształt piłeczki, bardzo dobrze widocznej podczas ultrasonografii - prezentuje się na ekranie jako czarne, nie odbijające echa kółko. Liczne małe torbiele nie powodują zaburzeń i odkrywane są zazwyczaj przypadkiem, przy okazji badania

mammograficznego lub radiograficznego. Można wówczas ograniczać się do zwykłej obserwacji. Jeśli torbiel jest dość duża i bolesna, jej leczenie polega na cytopunkcji, która opróżni ją z płynu, a ten zostanie przesłany do laboratorium celem dokonania analizy. Cytopunkcja przynosi cierpiącej kobiecie natychmiastową ulgę. Torbiele piersi często powracają. Mogą też zniknąć i ulegać zwapnieniu. Mastopatia włókniakotorbielowata Często obustronna, tworzy strefy guzowe po bokach lub na szczytach piersi, w górnych i bocznych ćwiartkach. Łączy łagodne zmiany tkanki piersi zauważalne przy badaniu jako strefy o nieregularnej, zbitej, grudkowatej powierzchni. Mastopatia włókniakotorbielowata pojawia się zazwyczaj między czterdziestką a menopauzą, po czym wykazuje tendencje do samorzutnej regresji. Leczenie hormonalne progestagenne może istotnie poprawić stan lub przynajmniej ograniczyć rozprzestrzenianie się choroby. Ryzyko raka piersi powoduje, że schorzenie to wymaga obserwacji i regularnego wykonywania mammografii. Wyciek z piersi Wydzieliny mogą wydobywać się z jednego lub z obu sutków. Utrzymujący się przez tygodnie lub miesiące po porodzie wyciek z piersi jest zjawiskiem normalnym, nawet wtedy, gdy od dawna nie karmisz piersią, szczególnie jeśli podtrzymujesz to wydzielanie w sposób mechaniczny, uciskając brodawki. Po tym okresie wyciek mleka, zwany mlekotokiem, ma związek z anormalnym wydzielaniem prolaktyny, hormonu przysadkowego, odpowiedzialnego za laktację. Wydzielanie to jest najczęściej spowodowane przyjmowaniem pewnych środków uspokajających, rzadziej zaś gruczolakiem przysadki, niewielkim guzem wydzielającym prolaktynę. Wyciek krwisty wymaga przeprowadzenia mammografii i galaktografii (radiografii przewodów mlecznych sutka) po zaciemnieniu krwawiącego przewodu mlecznego. Krótka interwencja chirurgiczna z niewielką blizną, bez naruszania estetyki, pozwala na usunięcie tego przewodu i przeprowadzenie niezbędnych analiz. W większości przypadków zmiany, które spowodowały krwawienie, mają charakter niezłośliwy. Rak piersi Jest to najczęściej spotykana u kobiet forma raka. Ponieważ nie ma sposobów zapobiegania rakowi piersi (w przeciwieństwie do raka szyjki macicy), wysiłki medycyny są skierowane na wczesne wykrywanie i rozpoznawanie. Czynniki ryzyka Bardzo liczne badania epidemiologiczne pozwoliły na wyszczególnienie niektórych czynników ryzyka, które zwiększają prawdopodobieństwo zachorowania. Częstotliwość występowania raka piersi zwiększa się wraz z wiekiem. Przedłużenie granicy wieku kobiety częściowo wyjaśnia wzrost liczby nowych przypadków. Guz piersi, pojawiający się niedługo po ukończeniu przez kobietę pięćdziesiątki jest bardzo podejrzany i może to być rak (patrz tabela). Istnienie mastopatii lub rodzinne skłonności do występowania raka piersi znajdują się w pierwszym szeregu czynników ryzyka. Istnieją także socjoekonomiczne, żywieniowe i środowiskowe czynniki ryzyka, których mechanizmy w dalszym ciągu nie są wyjaśnione. Częstotliwość pojawiania się raka piersi zmienia się w zależności od kraju. Wśród Japonek i Chinek procent występowania zachorowań na raka piersi jest bardzo niewielki ale kiedy emigrują one do Stanów Zjednoczonych, procent zachorowań zwiększa się i zrównuje ze statystykami (jednymi z najwyższych na świecie) dotyczącymi Amerykanek. Wczesne rozpoznanie zwiększa szanse na wyzdrowienie i najczęściej pozwala na kurację zachowującą pierś. 90 procent spośród kobiet, które skorzystały z wczesnego rozpoznania (kiedy guz był mniejszy niż 2-7|cm), po upływie dziesięciu lat od interwencji nadal cieszy się życiem. Wczesne rozpoznanie opiera się na badaniach wykrywających. Wykrywanie może polegać na samokontroli piersi, badaniu lekarskim, a zwłaszcza mammografii, która jest dużo bardziej skuteczna. Prowadzone w Stanach Zjednoczonych, Szwecji i Holandii kampanie propagujące regularne badania mammograficzne pozwoliły na zmniejszenie poziomu śmiertelności wśród kobiet dotkniętych rakiem piersi z 50 do 35 procent. Wykrywanie raka piersi dotyczy zwłaszcza kobiet, które przekroczyły 45-50 lat oraz kobiet, u których czynniki ryzyka są wysokie. Czynniki zagrożenia rakiem piersi: Skłonności osobiste: - Rak drugiej piersi - Łagodne choroby piersi - Niebycie nigdy w ciąży - Późna pierwsza ciąża, po ukończeniu 35

lat - Przedwczesne dojrzewanie - późna menopauza Skłonności rodzinne: - Matka chorowała na raka piersi - jedna z sióstr (lub wszystkie) chorowały na raka piersi Czynniki socjoekonomiczne: - Wysoki poziom socjoekonomiczny - Wyższe studia - Celibat - Życie w mieście Rozpoznanie Rak piersi niestety nie boli. Niestety, ponieważ dopiero ból przyciąga naszą uwagę. Wygląda zazwyczaj jak niewielki guz, twardy, nieregularny, stały, mogący przeciągać na swoją stronę sutek lub powłokę skórną, tworząc niewielkie spłaszczenie lub małą zmarszczkę. Mammografia może ukazać obraz promienisty lub gwiazdzisty albo obecność mikrozwapnień. Na szczęście nie wszystkie mikrozwapnienia świadczą o raku, ale niektóre z nich, ze względu na ilość, kształt i pozycję są szczególnie podejrzane i wymagają usunięcia i analizy histologicznej. W razie potrzeby poszukiwania można uzupełnić cytopunkcją, po której podejmuje się decyzję o interwencji, niezależnie od tego, czy rozpoznanie jest pewne. W przypadku raka piersi wątpliwości nie wstrzymują działań. Podczas zabiegu przeprowadzane jest badanie histologiczne, zwane śródoperacyjnym, które ma potwierdzić postawioną diagnozę. Leczenie Istnieje pięć metod leczenia, które można łączyć w zależności od przypadku oraz wielkości i umiejscowienia guza, jego ewentualnych przerzutów i rozwoju. |Zabieg |chirurgiczny jest najczęściej ograniczony do guza i strefy, która go otacza (wycięcie guza). Jeśli zmiana jest niewielka, a piers jest średnia lub duża, wycięcie guza nie deformuje wcale lub tylko w niewielkim stopniu jej geometrię. Chirurg wycina tylko węzły znajdujące się pod pachą celem przeprowadzenia analizy. W niektórych przypadkach niestety radykalny zabieg chirurgiczny, polegający na usunięciu całej piersi, okazuje się niezbędny, powodując głębokie zmiany fizyczne i psychiczne. Wystarczy spotkać choć raz w życiu kobietę, która przeszła odjęcie piersi, aby zrozumieć uraz, jaki to pozostawia w jej psychice. Musisz jednak wiedzieć, że istnieje możliwość przeprowadzenia później zabiegu plastycznego, polegającego na rekonstrukcji piersi. Daje on zazwyczaj satysfakcjonujące efekty. |Radioterapia (naświetlanie) spala komórki rakowe. Ma ona na celu przeciwdziałanie nawrotom choroby i sterylizację ewentualnych bezobjawowych ognisk rakowych, które mogą znajdować się w tej samej piersi. Naświetla się także okolice węzłów chłonnych, które mogą być zajęte przez tę chorobę. |Chemioterapia, stosowana pod postacią kuracji kroplówkowej lub tabletkowej ma za zadanie zniszczenie komórek rakowych, które mogły przenieść się w inne rejony organizmu. W niektórych przypadkach, kiedy mamy do czynienia z atakiem choroby wraz ze stanem zapalnym, chemioterapia może zostać zastosowana w pierwszej kolejności, przed zabiegiem chirurgicznym. |Hormonoterapia ma na celu stymulację sił obronnych ustroju i obecnie znajduje się w fazie badań. Chociaż terapia jest opracowywana dla każdego przypadku oddzielnie i różne ekipy lekarzy mogą mieć odmienne koncepcje, można jednak powiedzieć, że jeśli diagnoza jest odpowiednio wcześniej postawiona, a zmiana chorobowa niewielka, w większości przypadków można uratować piers (najczęściej stosowana terapia to połączenie wycięcia guza i radioterapii), a szanse wyleczenia są bardzo duże. V. Słowniczek Absorbjometria - metoda pozwalająca zmierzyć gęstość kości i ocenić zagrożenie osteoporozą. AIDS - nabyty zespół braku odporności immunologicznej. Amenorea - brak miesiączki. Androgeny - męskie hormony płciowe. Antyprostaglandyny - leki hamujące syntezę prostaglandyn w organizmie lub przeciwdziałające ich działaniu na mięśnie macicy. Stosowane przede wszystkim przy bólach miesiączkowych. Astenospermia - sperma zawierająca mało ruchliwe plemniki. Atrofia pochwowa - zmniejszenie grubości błony śluzowej pochwy. Azoospermia - całkowity brak plemników w spermie. Bartholina gruczoły - gruczoły umieszczone po obu stronach ujścia pochwy, których wydzielanie przyczynia się do nawilżania pochwy w trakcie stosunku seksualnego. Biopsja - pobranie fragmentu tkanki dla celów analizy histologicznej. Candida albicans - grzyb wywołujący grzybicę i drożdżycę sromowo-pochwową. Chemioterapia - kuracja przy użyciu substancji chemicznych, stosowana głównie przy leczeniu nowotworów. Chlamydia trachomatis - bakteria przenoszona drogą płciową, wywołująca zapalenie

jajowodu. Ciało żółte - powstaje w wyniku transformacji pęcherzyków jajnikowych po owulacji. Ciąża pozamaciczna - ciąża umiejscowiona poza jamą macicy, zazwyczaj w jajowodzie. Diafragma - miejscowy środek antykoncepcyjny. Drożdżycza - rodzaj grzybicy wywołany grzybem *Candida albicans*. Dyspareunia - bolesność stosunku seksualnego. Dysplazja - wadliwy rozwój komórek i tkanek nienowotworowych, ale mogących stać się podłożem dla rozwoju nowotworu. Dystrofia jajników - choroba obu jajników, na których pojawiają się liczne torbiele. Jajniki zaczynają źle funkcjonować. Endometrioza - gruczolistość macicy, nieswoiste rozmieszczenie fragmentów błony śluzowej macicy poza obrębem jej jamy. Estrogeny - hormony żeńskie wydzielane przez jajniki. Wyróżniamy trzy estrogeny: estron, estradiol, estriol. Estradiol jest najaktywniejszym z estrogenów. Folikulina (estron) - estrogen. FSH (foliotropina) - hormon wydzielany przez przysadkę i stymulujący rozwój pęcherzyków jajnikowych. Gameta - komórka rozrodcza, plemnik lub jajeczko. Gonady - gruczoły płciowe (jądra u mężczyzn i jajniki u kobiet). Gonadotropina przysadkowa - hormon przysadkowy (FSH i LH), zarządzający funkcjonowaniem jajników. Gonokok (dwoinka rzeżączki) - bakteria przenoszona drogą płciową, wywołująca rzeżączkę. Gruczolakowłóknik - łagodny guz piersi. Gruczolistość - nieswoiste występowanie fragmentów błony śluzowej macicy (endometrioza) poza obrębem jej jamy. Herpes (opryszczka) - choroba skórna i weneryczna o podłożu wirusowym. Hiperplazja - przerost tkanki tłuszczowej lub organu (np. hiperplazja błony śluzowej macicy). Hirsutyzm - nadmierne owłosienie ciała kobiety (twarzy, klatki piersiowej, brzucha, pośladków) o podłożu hormonalnym. Histerektomia - wycięcie macicy Hormon - substancja wydzielana przez gruczoły wewnątrzwydzielnicze i działająca na organy zawierające odpowiednie receptory, przenoszona przez krwiobieg. Klimakterium - okres, w którym następuje zatrzymanie miesiączki. Kłykciny - choroba wirusowa przenoszona drogą płciową, która może powodować dysplazję szyjki macicy. Kolposkopia - badanie szyjki macicy przeprowadzane w gabinecie ginekologicznym przy pomocy przyrządu przypominającego dużą lupę. Pozwala ona na dokładne dostrzeżenie zmian i pomaga w przeprowadzeniu biopsji. Konizacja szyjki macicy - częściowe stożkowe usunięcie szyjki macicy. Krwiomocz - występowanie krwi w moczu Kserografia - badanie radiograficzne, pozwalające na głębokie badanie tkanki. Laparoscopia - zabieg przeprowadzany pod narkozą, pozwalający na obejrzenie wnętrza brzucha za pomocą specjalnej sondy, wprowadzanej przez niewielkie nacięcie na poziomie pępka. Pozwala także na przeprowadzenie niektórych zabiegów (np. w przypadku ciąży pozamacicznej). LH (hormon luteinizujący) - hormon wydzielany przez przysadkę, powodujący owulację. Libido - popęd seksualny Łechtaczka (clitoris) - niewielki narząd usytuowany w górnej części sromu, spełniający ważną rolę jako źródło orgazmu. Wazektomia - podwiązanie nasieniowodów, powodujące sterylizację u mężczyzn. Wszawica - choroba pasożytnicza przenoszona drogą płciową przez wszy łonowe. Wyłuszczenie mięśniaka - chirurgiczne usunięcie mięśniaka, przy którym reszta macicy pozostaje bez zmian. Wyłyżeczkowanie macicy - zabieg polegający na wyskrobaniu wnętrza jamy macicy przy pomocy niewielkiej skrobaczki, w celu przeprowadzenia analizy. Wymaz - pobranie komórek z szyjki macicy i sklepienia pochwy w celu przeprowadzenia badań analitycznych i hormonalnych. Wziernik pochwoy - metalowy instrument, używany w trakcie badania ginekologicznego, pozwalający rozchylić ścianki pochwy.