

”

Misiunea lui Jen?
Să înarmeze femeile cu surse
de informare valide medical.

THE GUARDIAN

BESTSELLER
NEW YORK TIMES

BIBLIA VAGINULUI

**Separarea miturilor
de medicină**

DR. JEN GUNTER





Misiunea lui Jen?
Să înarmeze femeile cu surse
de informare valide medical.

THE GUARDIAN

BESTSELLER
NEW YORK TIMES

BIBLIA VAGINULUI

**Separarea miturilor
de medicină**



DR. JEN GUNTER



BIBLIA VAGINULUI

**Separarea miturilor
de medicină**

Dr. JEN GUNTER (n. 7 septembrie 1966, Winnipeg – Manitoba, Canada) este medic ginecolog specializat în medicina durerii și afecțiunilor vulvo-vaginale și redactor la *The New York Times*, unde scrie articole despre sănătatea femeii.

Unul dintre subiectele care au preocupat-o în mod deosebit în textele sale este reprezentat de nou-născuții prematuri, despre care a scris și o carte, după ce ea însăși a trecut prin experiența decesului unuia dintre tripleți.

Apărută în original în august 2019, *Biblia vaginului* a ajuns în topul vânzărilor la numai o zi după lansare. Revoltată din cauza mentalității patriarhale și a numeroaselor mituri vehiculate cu privire la organul sexual feminin, dr. Jen Gunter s-a hotărât să scrie această carte pentru toate femeile cărora nu li s-a spus și continuă să nu li se spună adevărul despre propriul corp. Într-o eră în care este din ce în ce mai dificil să discerne între informația falsă și cea adevărată, dr. Jen Gunter demontează superstiții și mituri contemporane cu argumente medicale de bun-simț și incită femeile, indiferent de vârstă, să se cunoască din punct de vedere biologic și să înțeleagă transformările firești prin care trece corpul lor.

Pentru mai multe informații despre dr. Jen Gunter, podcasturi, articole și evenimente, vizitează-i site-ul personal: drjengunter.com.

DR. JEN GUNTER

BIBLIA VAGINULUI

**Separarea miturilor
de medicină**

Traducere din engleză de
MARGARETA MANOLE

CURTEA  VECHE

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

GUNTER, JEN

Biblia vaginului : separarea miturilor de medicină / dr. Jen Gunter ;
trad. de Margareta Manole. - București : Curtea Veche Publishing, 2021

Conține bibliografie. - Index

ISBN 978-606-44-0858-7

I. Manole, Margareta (trad.)

61

ISBN epub: 978-606-44-0859-4

ISBN mobi: 978-606-44-0860-0

Carte publicată și în ediție digitală

Redactor: Cornelia Florea

Corector: Elena Tătaru

Tehnoredactor: Irinel Niculae

CURTEA VECHE PUBLISHING

str. Aurel Vlaicu nr. 35, București, 020091

redacție: 0744 55 47 63

distribuție: 021 260 22 87, 021 222 25 36, 0744 36 97 21

fax: 021 223 16 88

redactie@curteaveche.ro

comenzi@curteaveche.ro

curteaveche.ro

Dr. Jen Gunter

The Vagina Bible. Separating the Myth from the Medicine

Copyright © Dr. Jen Gunter, 2019

All rights reserved.

© CURTEA VECHE PUBLISHING, 2021

pentru prezenta versiune în limba română

Această carte conține sfaturi și recomandări bazate pe experiența medicală a autoarei, dar care nu înlocuiesc consultul medical specific unei anumite probleme, diagnosticul stabilit pe baza acestuia și tratamentul aferent, prescris de un specialist. În cazul în care considerați că aveți nevoie de un tratament de specialitate, autoarea și editorul vă recomandă să vă prezentați la un consult ginecologic.

Cu toate că s-au depus toate eforturile pentru a oferi adrese de internet valide la data publicării, unele dintre acestea pot deveni inactive sau se pot schimba ulterior. În plus, editorul nu deține niciun control și, în consecință, nu își asumă nicio responsabilitate față de site-urile folosite în carte sau de terți și față de conținutul lor.

Tuturor femeilor cărora li s-a spus cândva – în cele mai multe cazuri, de către un tip – că sunt prea ude, prea uscate, prea respingătoare, prea largi, prea strâmte, prea însângerate sau prea mirositoare.

Această carte este pentru voi.

INTRODUCERE

Am un vageoscop: ca *toate femeile* să dețină puterea prin intermediul *informațiilor corecte* despre vagin și vulvă.

Unul dintre principiile de bază ale medicinei este reprezentat de consimțământul informat. Noi, medicii, oferim informații despre riscuri și beneficii, pentru ca apoi, înarmați cu aceste informații, pacienții noștri să poată lua deciziile potrivite pentru corpul lor. Acest proces funcționează când informațiile sunt corecte și obiective. Poate fi o provocare să găsim astfel de date, ținând cont că am depășit deja era informației și se pare că ne-am blocat în era dezinformării.

Uleiul de șarpe și iluzia unei vindecări rapide există de mult timp, iar falsele și fantasmagoricele descoperiri medicale nu mai sunt ceva nou. Oricum, separarea mitului de medicină devine o sarcină din ce în ce mai grea...

Pe lângă postările din social media care afișează în mod constant mesaje medicale de o calitate îndoielnică, mai există și cererea constantă pentru titluri ciclice de știri cu subiecte noi, chiar și atunci când acestea nu sunt posibile. În cazul corpului femeii, există și mai multe forțe care îndeamnă la o orientare greșită. Pseudoștiința și cei care o vând debordează de informații false, și la fel și patriarhatul.

Obsesiile pentru castitatea aparatului genital feminin și curățenia intimă datează din timpurile în care valoarea unei femei era măsurată în funcție de virginitate și de câte sarcini putea purta. Vaginul și uterul erau monede de schimb. Mizarea pe aceste frici trezește ceva visceral. Nu e de mirare că termeni precum „pur“, „natural“ și „curat“ sunt folosiți des pentru a face reclamă produselor pentru femei.

Jurnaliștii și influencerii celebri mizează pe aceste frici când scriu articole și recomandă produse menite să prevină tragedii vaginale, de parcă vaginul (care a evoluat să se dilate și se rupă în timpul nașterii cu mult înainte de apariția materialelor de sutură) ar fi atât de fragil, încât s-ar afla constant la limita unei catastrofe.

De ce *Biblia vaginului* în loc de *Biblia vaginului și a vulvei*? Pentru că așa ne referim, în mod colectiv, la partea inferioară a aparatului genital feminin (vaginul și vulva). Din punct de vedere medical, vaginul este doar partea din interior, dar limbajul evoluează și cuvintele dobândesc înțelesuri noi. De exemplu, „somn“¹ și „text“ au înțelesuri suplimentare pe care nu puteam să mi le imaginez când eram mică. „Vintre“ este termenul din limbajul vechi pentru „tractul gastro-intestinal“ și care de obicei se referă, deși nu întotdeauna, la partea inferioară (de la stomac în jos). De fapt, este un termen foarte neclar, dar care a fost acceptat de comunitatea medicală și care reprezintă chiar numele unui jurnal² dedicat studiului tractului digestiv, ficatului, tractului biliar și pancreasului.

Activez în domeniul medicinei de 33 de ani și sunt ginecolog de 24. Am discutat cu multe femei și știu ce întrebări le frământă și ar vrea să-mi adreseze, dar nu prea știu cum să o facă.

Biblia vaginului conține tot ce îmi doresc ca femeile să știe despre vulvele și vaginul lor. Reprezintă răspunsul meu pentru toate femeile care m-au ascultat când am transmis anumite informații în cabinet sau în mediul online și care s-au întrebat: „Cum de n-am știut asta până acum?“

Poți să citești cartea de la început la sfârșit ori să te duci direct la anumite capitole sau chiar secțiuni, în funcție de ce ți se pare interesant. E bine oricum! Sper ca peste ani paginile să se fi uzat pentru că vrei să verifici ce ți-a spus un doctor în cabinet, să documentezi un produs despre care se susține că aduce îmbunătățiri nerealiste vaginului și vulvelor sau pentru că vrei să ajuți un prieten ori un partener sexual cu o lecție de anatomie.

Nimeni nu câștigă dacă dezinformează femeile în privința corpului lor. Și sunt aici pentru a schimba asta.

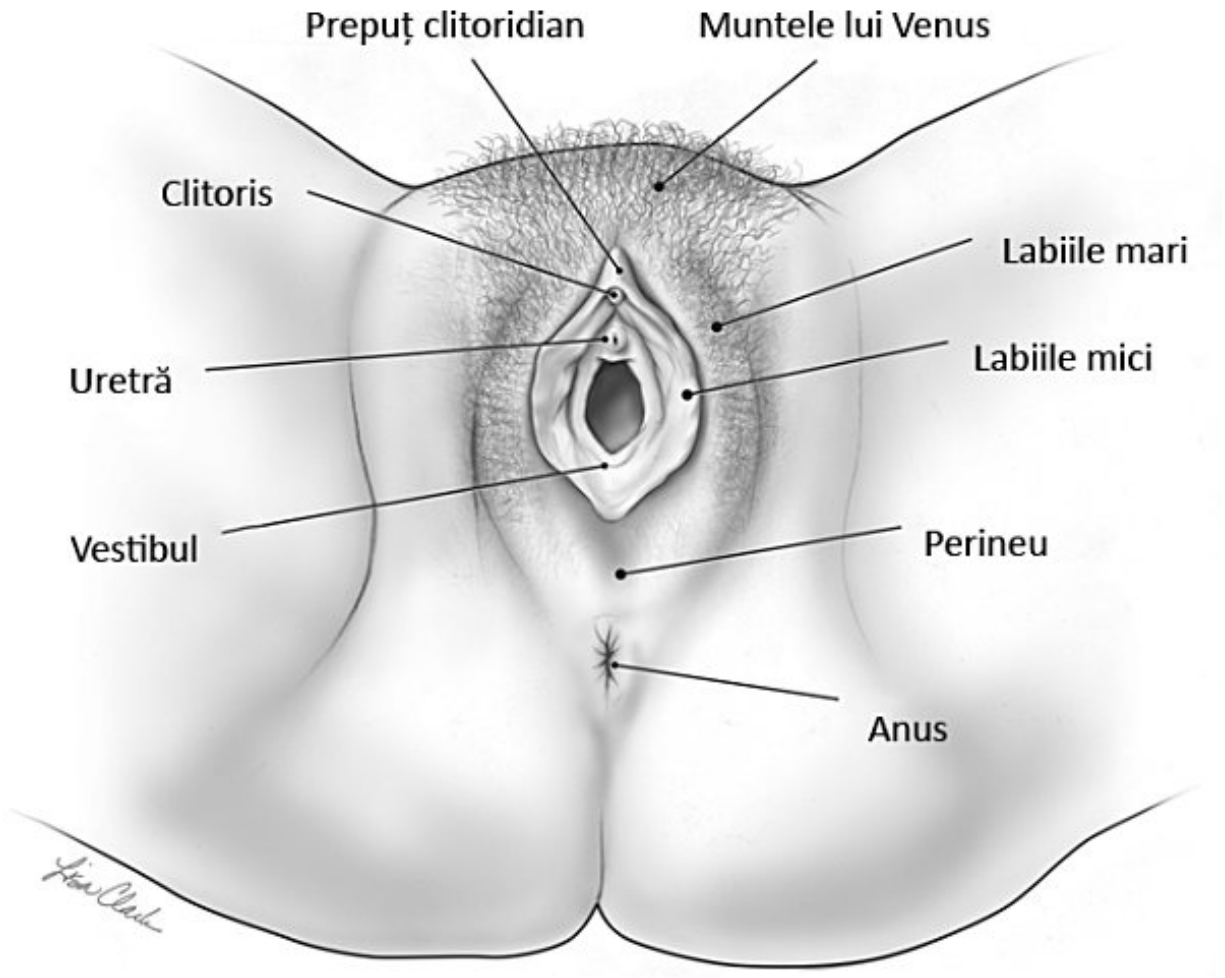
Dr. Jen Gunter

Note:

¹ Autoarea se referă la specia de pește (*catfish*, engl.). (*N. red.*)

² Este vorba despre jurnalul medical *Gut*, editat de Societatea Britanică de Gastroenterologie. (*N. trad.*)

NOȚIUNI DE BAZĂ



Imaginea 1: Vulva. ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

CAPITOLUL 1

Vulva

Nicio femeie nu a avut de câștigat dacă nu și-a cunoscut prea bine propriul corp.

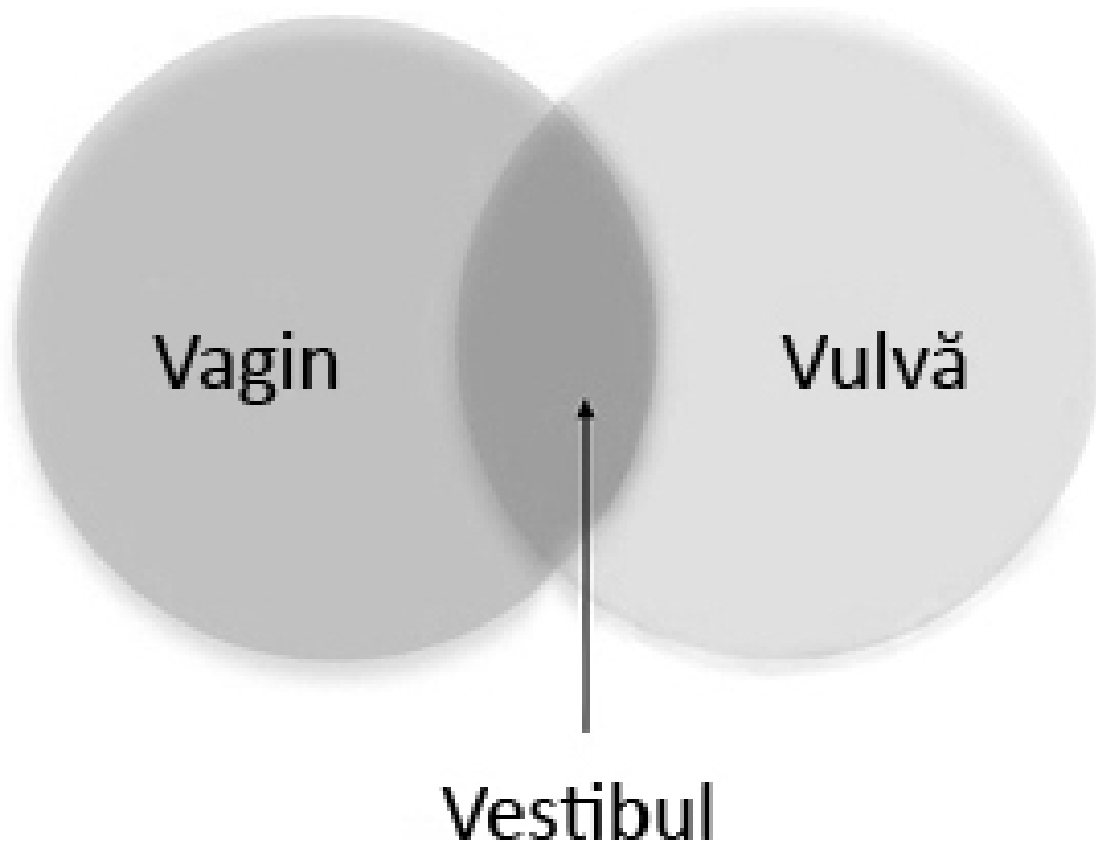
Vulva are extrem de multe funcții: este cel mai important organ pentru plăcerea sexuală, protejează țesuturile de la orificiul vaginal, este construită pentru a face față iritației provocate de urină și fecale, poate da naștere unui copil și se poate vindeca de parcă nimic nu s-a întâmplat. Și o poate lua din nou de la început.

O, da, și poate avea orgasme multiple.

Penisul și scrotul nu sunt nici pe departe precum vulva.

Care este problema? Vulva este adesea neglijată. O mare parte din această neglijență vulvară este din cauza societății patriarhale și a lipsei interesului acordat acesteia, precum și din cauza spaimei față de plăcerea sexuală feminină. Când excludem vulva din conversațiile despre corpul și sexualitatea femeilor, eliminăm organul responsabil de orgasmul feminin. De asemenea, îngreunăm conversațiile femeilor cu medicii lor.

Cel mai important reper al tractului genital inferior este reprezentat de vulvă, la exterior (unde hainele îți ating pielea), și de vagin, la interior. Zona de tranziție dintre vulvă și vagin se numește vestibul.



Structura principală a vulvei este după cum urmează (vezi imaginea 1

- muntele lui Venus
- labiile mari (din exterior)
- labiile mici (din interior)
- clitorisul (partea vizibilă)
- prepuțul clitoridian
- vestibulul
- orificiul uretral (tubul care drenează vezica)
- perineul (zona dintre vestibul și anus)

O să invităm și anusul la petrecerea vulvei, chiar dacă, din punct de vedere tehnic, acesta face parte din tractul gastro-intestinal, și nu din cel reproductiv. Există multe afecțiuni vulvare care afectează anusul, iar femeilor adesea le este dificil să obțină ajutor pentru problemele anale – de multe ori, medicii aud termenii „zona feminină“ și „acolo jos“ și scriu trimiteri către ginecolog. Unele femei sunt interesate și de informații despre sexul anal, iar incontinența fecală poate fi o consecință a nașterii naturale.

Cum a fost ignorat clitorisul

Dacă ne întoarcem mult în timp, începând din vremea lui Hipocrate (deși mulți academicieni sunt de părere că Hipocrate nu a fost o persoană reală), observăm că medicii de sex masculin rareori au examinat pelvisul femeilor sau au făcut disecții pe cadavre de femei, pentru că era considerat nepotrivit sau insensibil ca un bărbat să atingă o femeie în afara căsniciei. Pentru că nu existau medici-femei, tot ce s-a scris pentru prima dată în manualele de medicină din Antichitate despre corpul femeii și tot ce s-a predat primilor medici au fost informațiile transmise bărbaților de către femei și moașe, informații interpretate de aceștia așa cum au considerat de cuviință. Așa că medicina a depins de bărbați încă de la bun început.

Majoritatea medicilor din Antichitate, probabil la fel ca mulți alți bărbați ai acelor vremuri, nu știau exact care este rolul clitorisului și este posibil să-l fi considerat total neimportant. Această abordare contrastează puternic cu gloria anatomică a penisului. În medicină, toate suprafețele corpului sunt frontale sau posterioare, iar noi le numim ventrale (din față) sau dorsale (din spate). Dacă privești o persoană care stă în picioare într-o poziție neutră, cu brațele pe lângă corp și cu palmele orientate înainte, fața, pieptul și palmele sunt pe partea ventrală, iar spatele și dosul mâinilor sunt pe partea dorsală. În schimb, în mod evident, această discuție este diferită în cazul penisului. Poziția neutră a unui bărbat, conform vechilor anomiști, însemna o erecție masivă care se îndreaptă către cer. Doar că, bineînțeles, bărbații nu umblă cu erecții constante, așa că atunci când te uiți la un bărbat, în ceea ce majoritatea persoanelor ar considera o stare de repaus – adică un penis flasc –, partea care stă cu fața la tine nu este suprafața frontală a penisului, ci, de fapt, cea dorsală, iar suprafața de dedesubt este ventrală sau frontală.

Nu este ceva de trecut cu vederea, ci dovada minunată (într-un mod tragicomic) de cât de obsedată este societatea, inclusiv medicina, de erecții, în timp ce clitorisul abia dacă este menționat într-o notă de subsol. Atunci când era totuși luat în considerare de medicii antici, clitorisul se credea că este versiunea feminină a penisului. Dar mai puțin important. (Îmi pare rău, dar organul capabil de orgasme multiple care există doar pentru plăcere nu este mai puțin important. Este etalonul.) Neglijarea clitorisului nu se limita doar la medicină. Gândește-te la toate acele statui antice grecești cu scrot și penis bine

definite (cu toate că penisurile sunt mici, deoarece se pare că sexualitatea nu se potrivea cu preocupările intelectuale, așa că idealul era creier mare, penis mic). Vulvele din acele timpuri nu erau decât dâmburi misterioase ascunse între picioare.

În jurul anului 1000 d.H., medicii persani și arabi au început să fie mai interesați de clitoris, dar progresul a fost lent, ținând cont de constrângerile impuse medicilor de sex masculin de a atinge o femeie dezbrăcată sau chiar un cadavru al unei femei. Până la sfârșitul secolului al XVII-lea, descrierile anatomiei femeii, inclusiv ale clitorisului, erau destul de corecte din punct de vedere anatomic. Unii dintre anomiștii care au făcut aceste progrese sunt ținute în minte prin denumirile structurilor pe care le-au descris în detaliu: Gabriele Falloppio (trompele uterine³; a inventat și primul prezervativ și l-a cercetat într-un studiu clinic!) și Caspar Bartholin (glandele lui Bartholin).

În 1844, anatomistul Georg Ludwig Kobelt a publicat o lucrare extrem de detaliată, încât descrierile anatomice pe care le face clitorisului le concurează chiar și pe cele de astăzi. Totuși, lucrarea lui a fost, în esență, ignorată (la fel ca aproape toate informațiile care au condus la crearea ei), cel mai probabil din cauza unei mentalități iscate din combinația dintre expansiunea credințelor victoriene (despre pericolele sexualității feminine) și ideile lui Freud, care populariza credința conform căreia clitorisul ar fi determinat un orgasm „imatur“.

Multă vreme, a discuta despre sexualitatea feminină în cabinetul medicului era tabu, dar această constrângere nu se oprește doar la nivelul medicinei. În 1938, o profesoară din Los Angeles, Helen Hulick, a fost reținută pentru că a îndrăznit să apară în curtea de judecată îmbrăcată în pantaloni pentru a depune declarații în calitate de martor și pentru că la insistențele judecătorului a refuzat să se schimbe în rochie. A fost condamnată la cinci ani de închisoare. Aspecte importante din sănătatea femeilor, în special cea sexuală, au fost considerate neimportante sau irelevante, pentru că la fel erau văzute și femeile.

Medicii din anii '20 și '30 credeau cu adevărat că vaginul este plin cu bacterii periculoase – bineînțeles că această idee este absurdă și nu ai nevoie de o diplomă în medicină pentru a ajunge la această concluzie. Dacă vaginul s-ar fi aflat într-o astfel de stare perpetuă de catastrofă infecțioasă, femeile nu ar fi

supraviețuit, evolutiv vorbind. Cu toate acestea, povestea unui vagin murdar se potrivea obiectivului societății de a asupri femeile.

O profesie dominată de bărbați, o societate dominată de bărbați puțin interesați de experiențele femeilor și de opiniile lor despre propriul corp, o perspectivă asupra sexualității feminine orientată permanent spre penis și credința conform căreia clitorisul nu este important (conform tezelor lui Freud) reprezintă multe obstacole greu de depășit. Pentru că o mare parte a clitorisului este în interiorul corpului, el este mai dificil de studiat decât penisul. În cele din urmă, au fost aprobate studiile anatomice pe cadavre de femei pentru a diseca clitorisul, dar este important să notăm limitările pe care le aveau aceste lucrări. Majoritatea studiilor pe cadavre implică utilizarea unui număr limitat de corpuri – șapte sunt considerate suficiente. Cadavrele sunt scumpe și nu tocmai disponibile. Majoritatea cadavrelor sunt, de asemenea, reprezentate de subiecți vârstnici, iar volumul clitorisului s-a demonstrat că se reduce după menopauză. Un studiu cadaveric implica subiecți cu vârsta cuprinsă între 70 și 80 de ani. Îmbătrânirea afectează și clitorisul. Înainte de apariția IRM (imagistică prin rezonanță magnetică, RMN) nu prea era posibil să se știe exact cum e poziționat clitorisul unei femei vii și cum se umple cu sânge ca răspuns la stimularea sexuală.

Cunoștințele anatomice au avut un drum lung. Deși nu îmi amintesc toate cursurile de anatomie din facultatea de medicină și din rezidențiat, încă păstrez manualele. Două au fost tipărite în 1984, iar altul în 1988. Cele două referitoare la obstetrică-ginecologie sunt corecte din punct de vedere anatomic în ceea ce privește clitorisul, dar cartea de anatomie generală (din 1984) dedică trei pagini de ilustrații (din care două color) penisului, iar clitorisul este condamnat la o imagine medalion, în colțul superior exterior al paginii, întregul ansamblu având și cea mai proastă nuanță de roșu închis. Și mai este numit și „un penis în miniatură“.

Da, desigur.

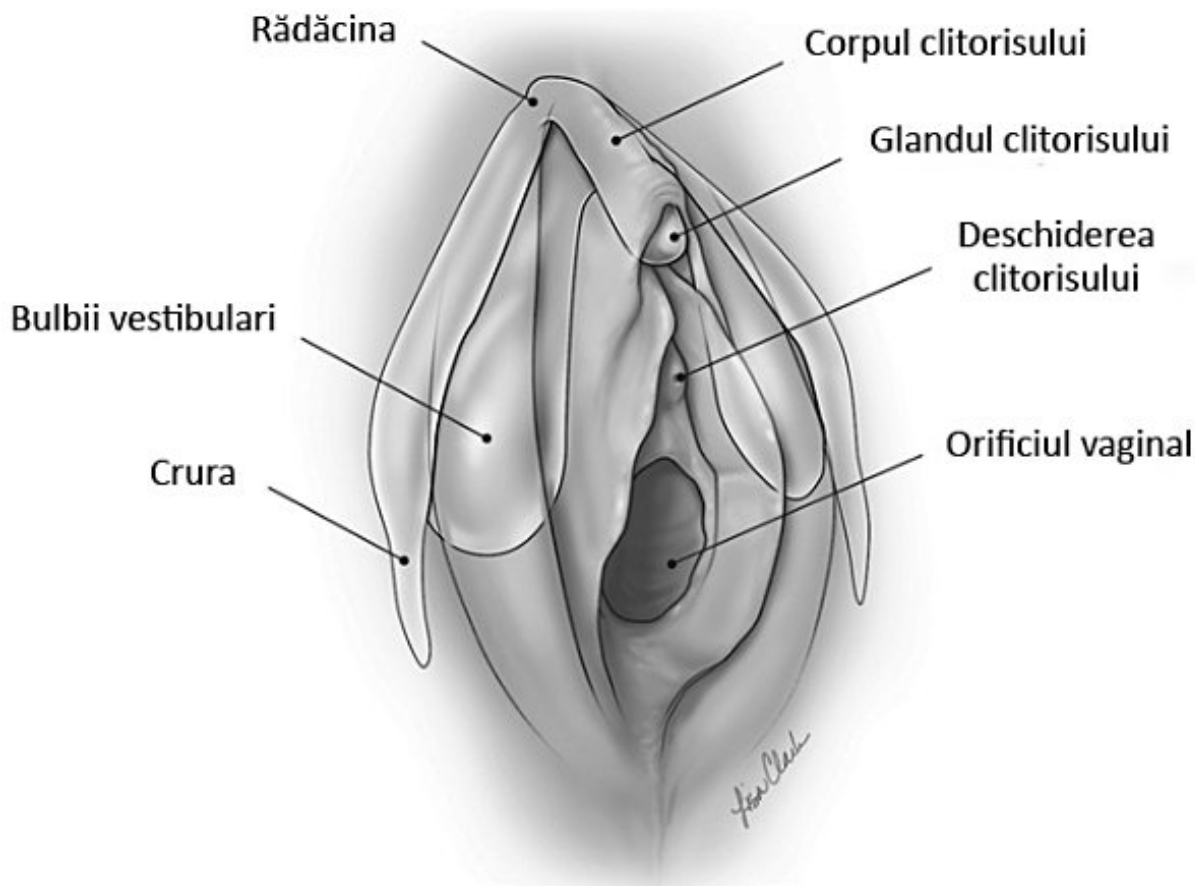
Clitorisul

Clitorisul are o singură îndeletnicire: plăcerea sexuală. Este singura structură a corpului uman destinată exclusiv plăcerii.

Din punctul de vedere al structurii, gândește-te la clitoris ca la un Y inversat, doar că fiecare parte are două seturi de brațe. Vârful Y-ului este împăturit, este singura parte vizibilă și este cunoscută drept glandul parțial acoperit de prepuțul clitoridian (membrana clitorisului). Y-ul inversat stă deasupra uretrei cu cele două brațe drapate pe fiecare parte.

În interior, găsim următoarele:

- **CORPUL:** partea Y-ului inversat care se împătorește pe el însuși. Variaza între 2 și 4 centimetri în lungime. Este conectat la osul pubian printr-un ligament.
- **RĂDĂCINA:** conectează corpul clitorisului cu crura. Aici se întâlnesc părțile erectile ale clitorisului, foarte superficial (sub piele, chiar deasupra uretrei), fiind importante pentru perceperea senzațiilor.
- **CRURA:** brațele exterioare ale Y-ului inversat (unele persoane le descriu ca brațele unui iadeș). Au între 5 și 9 centimetri lungime și se află câte una pe fiecare parte, aproximativ sub labiile mari.
- **BULBII CLITORISULUI (NUMIȚI ȘI BULBII VESTIBULARI):** brațele interne ale Y-ului inversat. Au între 3 și 7 centimetri lungime și intră în contact cu exteriorul uretrei și al vaginului.



Imaginea 2: Anatomia clitorisului. ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

Deoarece clitorisul este foarte apropiat de uretră și de pereții inferiori ai vaginului, mulți experți cred că o terminologie mai adecvată este aceea de *complex clitoro-uretro-vaginal*.

Toate părțile clitorisului sunt implicate în senzațiile sexuale și sunt erectile, adică se pot umple cu sânge și pot deveni mai ferme. Glandul are cea mai mare concentrație de nervi și cea mai redusă cantitate de țesut erectil. Corpul și crura conțin cele mai mari cantități de țesuturi erectile. Prezența nervilor receptivi sexuali și a țesutului erectil în toate părțile clitorisului explică de ce există rapoarte cu femei care pot avea orgasme chiar dacă s-au născut fără gland clitoral, dacă li s-a eliminat uretra prin operație (și cel mai probabil și părți ale clitorisului conectate la aceasta) sau dacă au suferit mutilări genitale feminine. Asta ne spune că complexul clitoro-uretro-vaginal este capabil de senzații sexuale. Înseamnă că sunt multe zone de explorat care răspund la stimuli sexuali. Poți face asta pentru amuzament, ca să descoperi ce se întâmplă când

stimulezi sexual diverse zone (cea mai bună sexplorare). Poți face asta încercând să ai orgasm. Pentru multe femei, glandul clitorisului poate să nu fie cea mai bună cale pentru obținerea orgasmului, așadar stimularea sexuală a altor zone poate fi de folos pentru a ajunge la orgasm. Informația că clitorisul este mai mult decât glandul ar putea să le dea speranță femeilor care au suferit o leziune a glandei clitorisului – de exemplu, din cauza cancerului sau a mutilării genitale –, deși, evident, nu compensează pierderea.

Labiile și muntele lui Venus (muntele pubian)

Muntele lui Venus și cele două perechi de labii, mari și mici, există pentru a crește plăcerea sexuală și pentru a proteja vestibulul (orificiul vaginal).

Muntele pubian este zona de piele și țesut gras de deasupra osului pubian până la prepuțul clitoridian – stratul de grăsime ridică puțin țesutul, ceea ce poate oferi un fel de protecție naturală. Labiile mari reprezintă straturi de piele cu păr și țesut gras care se întind de la muntele pubian până sub vestibul și conțin diferite tipuri de glande. În general au între 7 și 12 centimetri lungime, dar dacă ale tale sunt mai mari sau mai mici, nu este nicio problemă, așa ești tu.

Labiile mici nu conțin grăsime, ci țesut erectil, așa că se umplu cu sânge când sunt stimulate sexual. La nivelul glandului se împart în două pliuri: cel de deasupra devine prepuțul clitoridian, iar cel de dedesubt este frenul, care intră sub gland. Clitorisul se află între aceste două pliuri și, prin urmare, fricțiunea de pe labiile mici intensifică plăcerea sexuală. Labiile mici au o mulțime de terminații nervoase specializate, mai ales de-a lungul extremităților importante pentru răspunsul sexual. Sunt capabile să distingă atingerea pe o scară foarte fină.

Labiile mici pot sau nu să se extindă dincolo de labiile mari și nu există un standard de „normalitate“ în ceea ce privește forma sau mărimea acestora. Variaza între sub 1 și 5 centimetri lățime, dar dacă ar fi mai late, nu ar fi considerate anormale din punct de vedere medical. Pot fi asimetrice – gândește-te la ele ca la niște surori, nu neapărat gemene.

Pielea vulvei

Sub microscop, pielea arată precum un perete de cărămidă – celulele sunt stivuite una peste alta, în straturi peste straturi. Stratul inferior conține celule

specializate, numite celule bazale, care produc celule ale pielii noi și care sunt împinse în sus, precum o bandă transportatoare. Când celulele se ridică, acestea se dezvoltă, producând o proteină, numită cheratină, care întărește celulele pentru ca acestea să reziste la răni și să fie impermeabile. La suprafață, celulele pielii secretă substanțe grase care le protejează împotriva traumelor și infecțiilor și care captează umiditatea. Stratul de celule de deasupra este mort, fiind îndepărtat zilnic prin frecare și rupere sau prin traume. Un nou strat este înlocuit în aproximativ 30 de zile.

Muntele pubian și labiile mari conțin glande sudoripare (glande ecrine), care secretă transpirație prin pori direct pe piele. Au și puf (fire de păr fine, ca de piersică) și păr pubian; ambele reprezintă o protecție naturală și captează umiditatea. Pentru că fiecare fir de păr este atașat unei terminații nervoase, trasul sau frecarea părului poate avea un rol în stimularea sexuală.

În interiorul fiecărui folicul de păr din zona pubiană se află o glandă sebacee, care produce sebum, o substanță uleioasă care menține pielea fină, flexibilă și care contribuie la impermeabilitate. Foliculii de păr pubian conțin și glande sudoripare specializate, numite glande apocrine (întâlnite și la subraț), care devin active în timpul pubertății. Acestea secretă o sudoare uleioasă cu urme de hormoni și feromoni pe structura firului de păr. Bacteriile de pe piele transformă secrețiile din glandele sudoripare apocrine în compuși orodizanți responsabili pentru mirosul de transpirație intens, tipic apocrin. Nu este cunoscută adevărata funcție a glandelor sudoripare apocrine, dar, cum acestea evoluează și devin funcționale la pubertate, când încep să secrete feromoni, este posibil să fi avut sau încă să mai aibă un anumit rol în atracția sexuală.

Pielea labiilor mici are mai puține straturi și mai puțină cheratină, iar aceste schimbări devin din ce în ce mai pronunțate pe măsură ce ne îndreptăm spre orificiul vaginal (vestibul). Labiile mici nu au păr, dar conțin glande sebacee. Cantitatea mai mică de cheratină, pielea mai subțire și lipsa părului fac labiile minore mai vulnerabile la traume și iritații.

Secrețiile glandelor sebacee și apocrine se amestecă cu substanțele grase produse de celulele pielii și formează un strat numit mantia acidă, adică o peliculă pe suprafața pielii care ajută la protecția împotriva bacteriilor, virusurilor și a altor contaminanți. Pielea vulvară are un pH în jur în 5,3–5,6 și este deci puțin acidă (apa are un pH de 7, o valoare considerată neutră).

Melanina

Pielea, părul și irisul ochilor își iau culoarea de la pigmentul melanină, produs de celule specializate ale pielii, numite melanocite și poziționate în stratul bazal. Este interesant că, deși conține mai multe melanocite decât toate celelalte părți ale corpului, vulva are aceeași nuanță a pielii ca acestea (cu excepția palmelor și tălpilor, care pot fi mai deschise la culoare). Medicina încă nu poate explica de ce spatulele au mai puține melanocite decât vulva și cu toate acestea au aceeași nuanță a pielii sau cel puțin una asemănătoare.

În timp ce melanina absoarbe și reflectă lumina ultravioletă și oferă protecție împotriva soarelui, melanocitele răspund și la stimuli biologici, fizici și chimici și fac parte din sistemul imunitar.

Vestibulul

Legătura dintre vagin și vulvă are loc în vestibul, unde se află uretra. Din punct de vedere tehnic, vestibulul este în afară, dar pielea este similară cu cea ce se află în vagin: este o mucoasă, ceea ce înseamnă că are foarte puțină cheratină, iar celulele sunt pline cu *glicogen*, un compus care înmagazinează zahărul. Nu conține nici păr sau sebum, așa că țesutul este protejat fizic de labiile mici.

Uretra se află în vestibul și tot acolo sunt localizate și două perechi de glande specializate – perechea superioară este reprezentată de glandele Skene, similare prostatei specifice bărbaților (studiile arată că acestea secretă mici cantități de antigen specific prostatei, sau PSA). Glandele Bartholin se află la baza vestibulului, de o parte și de alta a acestuia. Ambele pot contribui cu o cantitate mică de lubrifianți.

Sfincterele anale

Anusul are două inele musculare, numite sfinctere: intern și extern. Mucoasa anusului este bogat inervată pentru că țesutul trebuie să facă diferența între scaunele solide și lichide și gaze, pe lângă acțiunea de a coordona momentul potrivit din punct de vedere social pentru golire. Rețeaua bogată de nervi este motivul pentru care unele persoane apreciază sexul anal ca fiind foarte stimulant. Din același motiv, hemoroizii sau fisurile (mici rupturi ale pielii) sunt foarte dureroase.

Sfincterul intern este cel mai important pentru continența scaunului. Este responsabil pentru aproximativ 80% din continența fecală.

De reținut:

- Partea corpului care atinge lenjeria intimă este vulva, iar tot ce se află în interior este vaginul. Vestibulul se află între acestea două.
 - Clitorisul este mult mai mare decât ceea ce se vede cu ochiul liber și reprezintă singurul organ care există exclusiv pentru plăcere.
 - Nu există o dimensiune „normală“ pentru labiile mici și mari.
 - Labiile mici, labiile mari și muntele pubian contribuie la plăcerea sexuală și la protejarea orificiului vaginal.
 - Pielea vulvară este acidă, cu un pH între 5,3 și 5,6.
-

Note:

3 În engleză, *fallopian tubes*. (N. trad.)

CAPITOLUL 2

Vaginul

Vaginul este un tub fibro-muscular care conectează vulva cu cervixul. Îmi dau seama că acesta este cel mai puțin atractiv mod de a descrie ceva care oferă atâta plăcere.

Personal, aș prefera alt termen, pentru că „vagin“ (în latină) înseamnă „teacă“ și urăsc să definesc anatomia feminină în termenii utilizați pentru penis. Din punct de vedere medical, vaginul începe de la himen, deci chiar din interiorul vestibulului.

Totuși, la ce e bun un himen?

Biologii evoluționiști nu au putut să răspundă la această întrebare.

Unii experți au declarat că pe vremuri himenul îi demonstra unui bărbat că nu avea să crească odraslele altui mascul, dar această idee este ridicol de patriarhală din mai multe motive. Himenul se poate rupe și în urma activității fizice și aproximativ 50% dintre tinerele care se declară active sexual au himenul intact, ceea ce înseamnă că acesta este un „indicator al virginității“ extrem de nedemn de încredere. Această teorie a „păstrării purității“ presupune că, din punct de vedere evoluționist, doar primul copil avea valoare, numai că din istoria umanității știm că nou-născuții mureau în proporție de 30–50% în primul an de viață. Nu are nicio logică să investești o resursă prețioasă, cel puțin teoretic, într-o aventură sexuală care s-ar putea să nu ofere un copil cu șanse de supraviețuire.

O altă teorie susține că rostul himenului este de a face primul contact sexual dureros, astfel încât femeile să întrețină relații sexuale doar cu un partener „dedicat“. Oricum, este destul de clar că pentru majoritatea femeilor începuturile sexuale nu sunt suficient de dureroase pentru a le determina să îl aștepte pe domnul Perfecțiunea Întruchipată. Dacă ar fi durut așa de mult, nu ar fi existat atâtea cazuri de adolescente însărcinate. În plus, dacă scopul evoluționist era ca primul contact sexual să fie suficient de dezamăgitor pentru ca femeile să nu mai caute alți parteneri și să rămână cu „primul lor bărbat“,

pare contraproductiv să avem un organ senzațional precum clitorisul, funcțional pe deplin încă din primii ani capabili de reproducere.

Teoria mea este că himenul a fost pe vremuri o barieră fizică folosită ca mijloc natural de protecție. Înainte de pubertate, mucoasa (pielea) vestibulului și a vaginului sunt foarte sensibile la factorii iritanți. Dacă unei fete aflate la perioada dinaintea pubertății îi intră o cantitate mică de murdărie în vagin, aceasta poate produce o reacție inflamatorie profundă. Estrogenul, straturile de grăsime din muntele pubian și labiile mari, părul pubian și labiile mici – în esență toate mecanismele de protecție a vestibulului și vaginului inferior – nu se dezvoltă până la pubertate. Deci teoria mea este că himenul era considerat o protecție fizică, din perioada dinaintea pubertății, împotriva murdăriei și reziduurilor. Pe măsură ce am evoluat și am adoptat mersul erect, ținând orificiul vaginal departe de murdărie, fizic vorbind, nevoia unei protecții fizice pentru vestibul și vaginul inferior din perioada de dinainte de pubertate a scăzut și evoluția a devenit mai puțin interesată de un himen rigid. Asta ar explica de ce acum forma himenului este foarte variată: pentru că nu este important din punct de vedere biologic.

La fetus, vaginul este ca un tub solid. Celulele din interior dispar gradual, acest proces având loc de sus (din cervix) în jos. Orice reziduu care se adună în partea inferioară a vaginului intră în alcătuirea himenului, care poate fi un inel, poate avea formă de semilună, poate fi găurit sau poate lipsi cu desăvârșire. Câteodată rămân în urmă fragmente mai mari de celule, care pot crea o fâșie de țesut vaginal – sept – care se întinde orizontal sau vertical. Septul poate fi subțire și se poate rupe ușor cu un tampon sau în timpul penetrării sexuale, dar poate fi și foarte gros și rareori poate obstrucționa vaginul. Septul trebuie luat în calcul în cazul adolescentelor care nu au avut menstruație până la vârsta de 16 ani și în cazul femeilor care nu pot suporta să introducă în vagin un tampon, degetele, un penis sau care nu suportă examinările intravaginale din cauza durerii ori pentru că ar putea simți o obstrucție în timpul penetrării vaginale.

Vaginul: noțiuni de bază

Pielea care căptușește vaginul se mai numește și mucoasă. Mucoasa este dispusă în falduri asemănătoare acordeonului sau în straturi, încrețituri numite pliuri, pe care unele femei le pot percepe ca pe niște „umflături“ sau ca pe o zonă

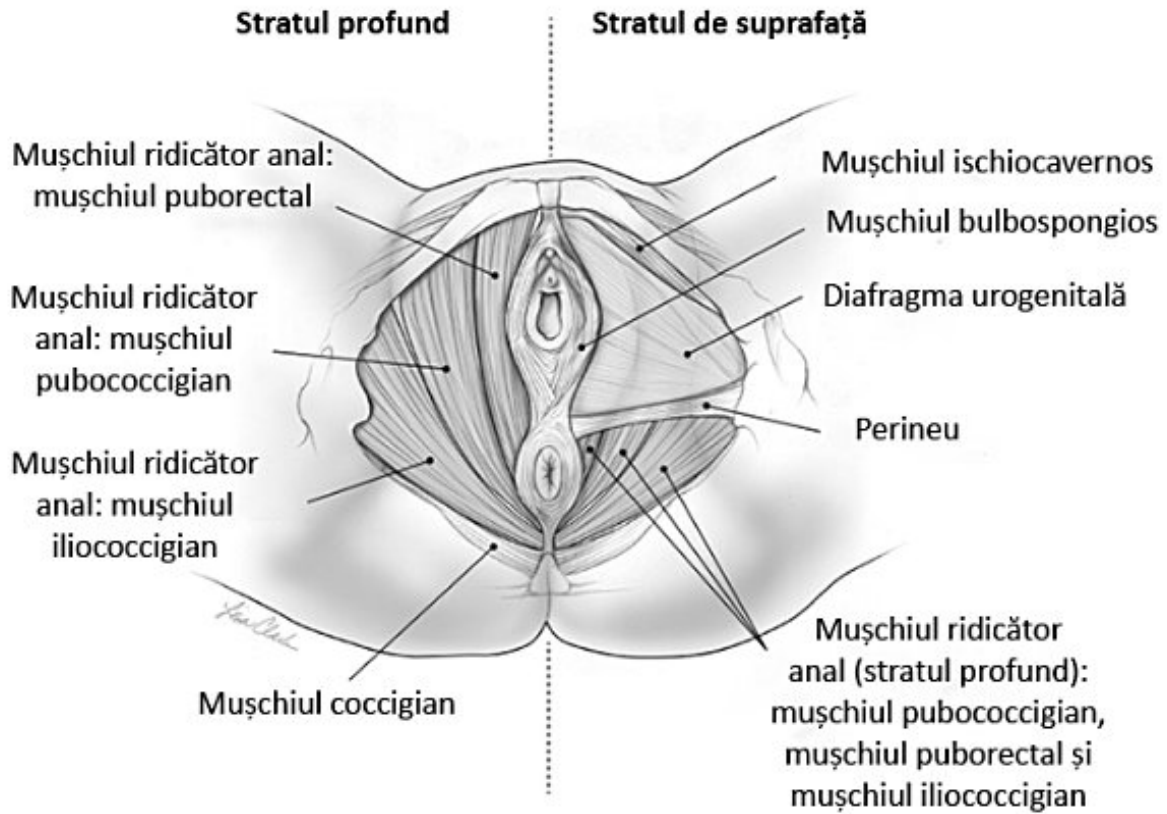
aspră. Cea mai bună viziune pentru aceste pliuri ar putea fi reprezentată de un cearceaf dublu pus pe un pat îngust, de o singură persoană.

Mucoasa se află deasupra unui strat de mușchi neted – peretele exterior al vaginului. Mușchii netezi sunt un tip de mușchi pe care nu îi poți controla voluntar (intestinele sunt tot mușchi netezi). Deși nu se cunosc toate funcțiile mușchilor netezi vaginali, se crede că aceștia transportă sângele și secrețiile vaginale spre orificiul vaginal. Dacă își pierde coordonarea sau are spasme mari, pot provoca dureri. Există informații care sugerează că femeile care au menstruații dureroase au mai multe spasme sau activități necoordonate ale mușchilor netezi vaginali.

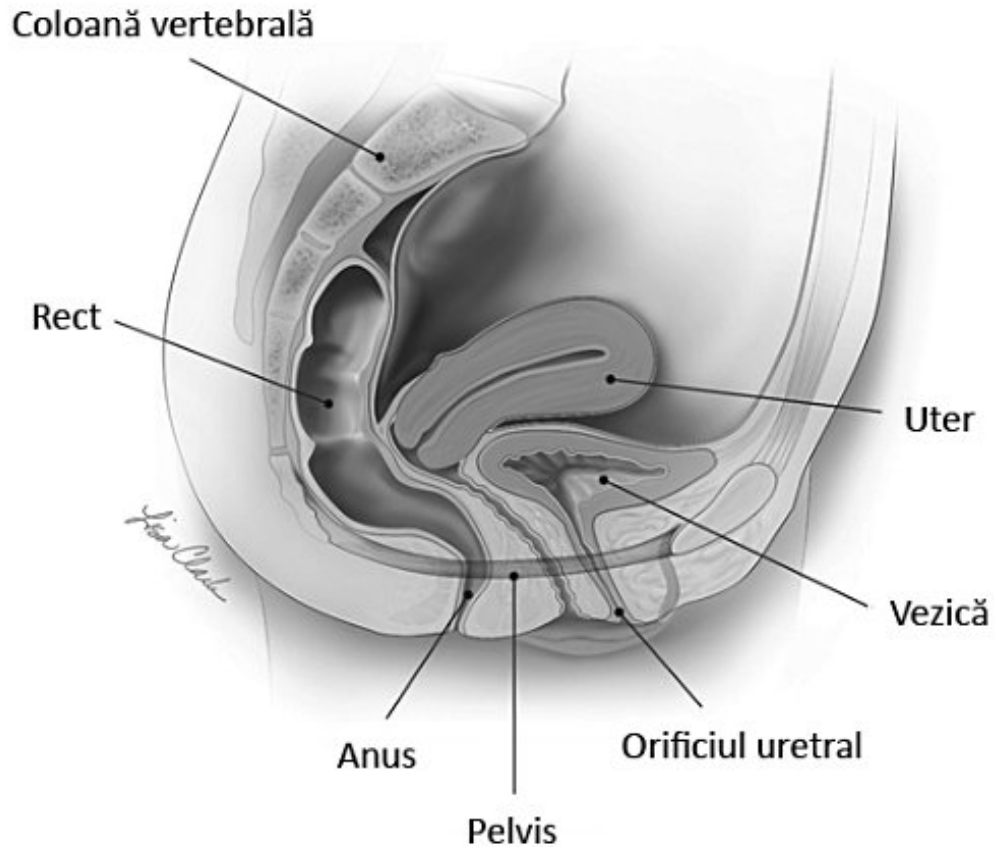
Pliurile și mușchii netezi îi permit vaginului să fie ca un balon dezumflat în starea de repaus, pereții atingându-se și ținând aerul afară, pentru ca apoi să se întindă pentru penetrație sau pentru o naștere vaginală. Toată lumea (mai bine spus „patriarhatul“) pare foarte impresionată de abilitatea unui penis de a crește, dar cei câțiva centimetri în plus cu care se poate lăuda penisul pălesc în comparație cu abilitatea vaginului de a se întinde.

Mușchii netezi vaginali sunt înconjurați de o rețea de vase de sânge. Fluxul bogat de sânge reprezintă motivul pentru care vaginul se vindecă destul de repede după o rană.

Lungimea vaginului poate varia semnificativ, peretele dorsal (mai aproape de rect) este mai lung și poate atinge între 5,1 și 14,4 centimetri, iar cel frontal variază între 4,4 și 8,4 centimetri. Dimensiunea și forma corpului nu prezic lungimea vaginului. Vaginul se lățește pe măsură ce ne îndepărtăm de orificiul vaginal, spre cervix.



Imaginea 3: Mușchii pelvieni. ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.



Imaginea 4: Pelvisul feminin (vedere sagitală).
 ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

Pelvisul

Mușchii pelvieni sunt două straturi de mușchi înfășurați în jurul vaginului și deschiderii vaginale. Acești mușchi mențin organele la locul lor, ajută la continență (vezică și intestine), se contractă în timpul orgasmului și ajută la stabilitatea abdomenului și a posturii. În medie, mușchii pelvieni se contractă de la 3 până la 15 ori în timpul orgasmului. Știm asta pentru că au existat studii în cadrul cărora femeile s-au stimulat singure într-un mediu bine monitorizat. (Mereu mă întreb: oare cum obțin unii fonduri pentru astfel de studii?!)

Stratul de la suprafață se află chiar sub pielea vulvei și este alcătuit din trei mușchi: ischiocavernos, bulbospongios și mușchiul transvers superficial al perineului. Punctul în care se unesc mușchiul transvers superficial al perineului, bulbocavernos și sfincterul anal se numește corpul perineal.

Stratul profund al mușchilor se întinde de la osul pubian, din față în spate, până la șolduri și înapoi la coccis, asemenea unui hamac. Există orificii pentru uretră, vagin și rect. Stratul profund se numește levator ani și este alcătuit din trei mușchi: puborectal, pubococcigian și iliococcigian.

Mușchii pelvisului nu sunt, în mod obișnuit, sub controlul nostru conștient – nu ne putem programa când să urinăm sau să defecăm, cum nu putem programa nici producerea unui orgasm, ci facem pur și simplu aceste acțiuni. Odată ce dobândim destul control motor și senzorial, ne antrenăm vezica și intestinele să lucreze relativ independent, asemănător din multe puncte de vedere unui program computerizat care rulează în fundal. Dacă vorbim prin prisma evoluției, aceste activități au fost luate de pe umerii conștiinței, cel mai probabil pentru că în caz contrar nu am mai fi evoluat niciodată!

Slăbirea sau ruperea pelvisului, cel mai frecvent în timpul nașterii, poate contribui la incontinență (urinară și fecală) și la prolapsul organelor pelviene (coborârea organelor pelviene și a structurilor acestora). Dacă pelvisul este prea rigid, spasmele musculare rezultate pot provoca dureri în timpul actului sexual și dureri pelviene.

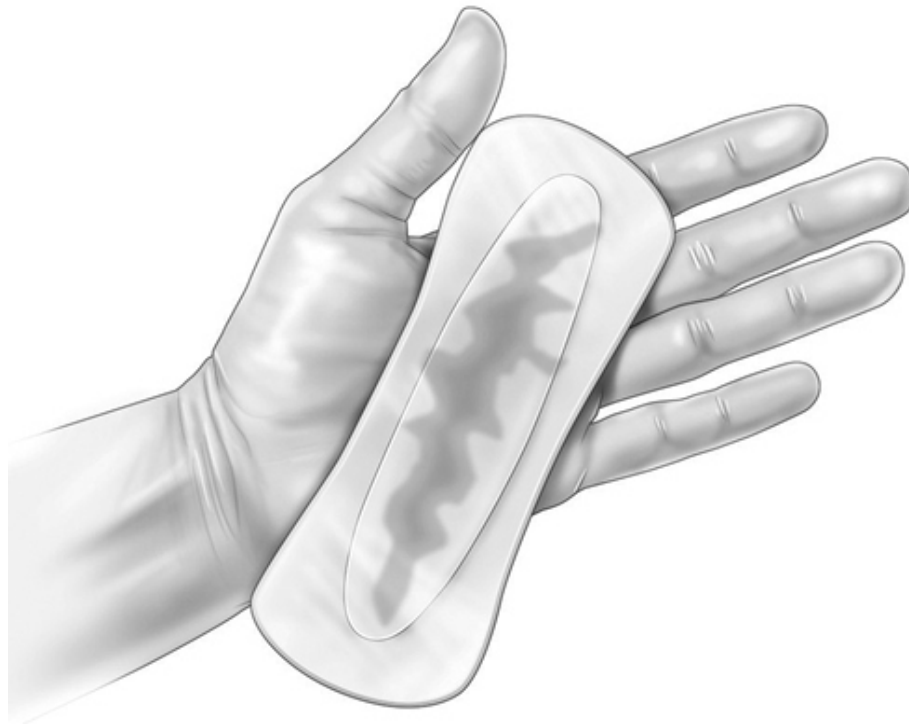
Mucoasa vaginală

Mucoasa (pielea) vaginului are aproximativ 28 de straturi de celule grosime. Precum în cazul vulvei, există un strat de celule bazale care produc constant celule noi. Spre deosebire de vulvă, celulele vaginului sunt pline cu glicogen, un compus care înmagazinează zahărul. Aceste celule conțin și mai puțină cheratină, făcând suprafața vaginului mai puțin impermeabilă decât vulva. Astfel, se permite unei cantități mici de fluid să iasă din fluxul sangvin și să se scurgă printre celulele vaginului – secrețiile vaginale. Acest fluid se numește transudat. Impermeabilitatea redusă mai înseamnă și că anumite substanțe pot fi absorbite din vagin în fluxul sangvin.

Mucoasa vaginală se reproduce mult mai rapid decât pielea vulvară – se produce un strat nou la fiecare 96 de ore. Există numeroase motive biologice pentru care se întâmplă asta:

- **FRICȚIUNEA:** indiferent de cât de delicată ești cu degetele, o jucărie, limba sau penisul, fricțiunea va îndepărta stratul de suprafață al celulelor, iar acesta trebuie înlocuit repede. Dacă sexul heterosexual ar

fi provocat o rană internă de lungă durată, din punct de vedere evoluționist asta ne-ar fi afectat considerabil abilitatea de procreare.



Imaginea 5: Un absorbant cu secreții. ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

- **NUTRIȚIA ECOSISTEMULUI:** stratul de suprafață al celulelor se îndepărtează la aproximativ fiecare patru ore, în cazul femeilor aflate la vârsta reproductivă. Aceste celule moarte sunt pline cu glicogen de depozitare (alcătuit din mii de molecule de glucoză), care hrănește bacteriile ce mențin vaginul sănătos. Până la 3% dintre secrețiile vaginale sunt reprezentate de glicogen.
- **DERUTAREA BACTERIILOR RELE:** celulele moarte care plutesc în vagin funcționează ca o momeală. Acestea sunt primele celule întâlnite de bacteriile patogene (potențial dăunătoare), iar dacă aceste bacterii se atașează de celulele care plutesc libere, ele pot fi eliminate odată cu secrețiile vaginale.

Ecosistemul vaginal

În mod obișnuit, vaginul produce între 1 și 3 mililitri de secreții în 24 de ore, dar este normal și un volum de până la 4 mililitri. Ca idee, 4 mililitri

reprezintă un mic absorbant complet ud, iar imaginea de la pagina 30 reprezintă o cantitate perfect normală de secreții: 2 mililitri.

Pe baza experienței mele concrete și din ceea ce aud de la colegi, din ce în ce mai multe femei cred că secrețiile vaginale nu sunt normale. Nu știu dacă asta este din cauza faptului că în pornografia comună adesea totul este uscat, că femeile nu vorbesc prea mult despre secrețiile lor, că secrețiile care ar fi în mod obișnuit captate de părul pubian se văd acum pe lenjeria intimă pentru că multe femei își rad complet părul pubian sau a faptului că există rafturi întregi în farmacii cu produse menite să „îmblânzească“ un vagin sănătos și ud.

Secrețiile vaginale sunt alcătuite din secrețiile cervixului, ale glandelor din jurul orificiului vaginului (Bartholin și Skene), din diferite substanțe produse de bacteriile sănătoase, din celule care au fost îndepărtate de pe suprafața vaginului și dintr-o cantitate mică de transudat (fluid care se scurge din fluxul sangvin).

Una dintre cele mai cunoscute bacterii din vagin este cea din specia *Lactobacillus*, adesea numită *lactobacil*. Acestea sunt bacterii sănătoase care protejează vaginul. Lactobacilii produc acid lactic, care menține pH-ul vaginal între 3,5 și 4,5 (acid), făcând dificilă supraviețuirea bacteriilor și a virusurilor. Lactobacilii produc și proteine, numite bacteriocine, careucid sau inhibă dezvoltarea bacteriilor patogene (dăunătoare) – putem asemăna bacteriocinele cu antibioticele făcute în casă. Lactobacilii se atașează de celulele mucoase (pielea) din vagin, prevenind atașarea altor bacterii. Lactobacilii produc și peroxid de hidrogen, despre care obișnuim să credem că are un anumit rol în mecanismele de apărare ale vaginului, dar această teorie a fost deja demontată.

Există multe specii diferite de lactobacili, primii patru cei mai importanți pentru vagin fiind *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. iners* și *L. gasseri*. Abia începem să înțelegem întregul rol al diferitelor specii de lactobacili, deci ceea ce credem astăzi că știm se poate modifica oricând. De exemplu, în timpul rezidențiatului, toată lumea credea că cel mai important era *L. acidophilus*, dar asta numai pentru că era singurul tip de lactobacil care putea fi crescut în laborator. Odată cu dezvoltarea tehnologiei ADN, am putut evalua mai bine microbiomul vaginal deoarece nu a mai trebuit să convingem bacteriile să crească. Momentan, suntem de părere că specia predominantă este *L. iners*; 84% dintre femei au această bacterie și microbiomul vaginal este predominant

la 34% dintre cazuri. Cel mai probabil, *L. acidophilus* are un rol minor, asta în cazul în care are într-adevăr vreun rol.

Fiecare femeie are una din cinci flore bacteriene vaginale. Dintre acestea, aproximativ 73% au *Lactobacillus spp.*, iar restul de 27% au o cantitate mică de lactobacili, prezentând în schimb un amestec de alte bacterii. Există mulți factori care influențează flora bacteriană vaginală, cel mai probabil aceștia reprezentând o combinație complexă de determinanți genetici și mediu. Femeile albe și asiatice sunt mai predispuse la flore vaginale dominate de lactobacili, în timp ce aproximativ 40% dintre femeile afro-americane și hispanice au alte flore bacteriene, nonlactobacile. Cu cât mai dominanți sunt lactobacili, cu atât mai acid este pH-ul vaginal, deci femeile care au flore dominate de nonlactobacili pot avea un pH vaginal mai ridicat (între 4,7 și 5,0).

Asta nu înseamnă că cele 40% dintre femeile afro-americane și hispanice au bacterii vaginale dăunătoare, ci mai degrabă că această versiune este una normală. Abia începem să înțelegem microbiomul vaginal și deja observăm că există mulți factori în afară de lactobacili care influențează sănătatea vaginală.

În timpul menstruațiilor, pH-ul vaginal crește din cauza sângelui, care are un pH de 7,35. Lactobacili se atașează și de sânge, așa că nivelul acestora este redus odată cu sângerarea. Aceasta este explicația pentru care femeile sunt cel mai susceptibile la infecții la sfârșitul perioadei menstruale, pentru că au nivelul cel mai scăzut de bacterii bune și un pH mai mare. În plus, sângele reprezintă un mediu propice pentru dezvoltarea bacteriilor.

AR TREBUI SĂ-MI TESTEZ MICROBIOMUL VAGINAL? Pe piață există cel puțin un test care îți permite evaluarea unor bacterii din microbiom și, având în vedere dezvoltarea pieței de teste medicale la domiciliu, ne așteptăm să apară și mai multe. Din ceea ce știm deja despre microbiomul vaginal, acest test are câteva probleme. Prima ar fi faptul că microbiomul tău poate fluctua de la o zi la alta, dintr-o mulțime de motive – poate varia chiar de dimineața până seara. O singură testare sau chiar trei în zile diferite nu ajută prea mult. Dacă aș face într-o zi o fotografie părului tău la ora 16:00, care nu ar fi reprezentativă pentru aspectul părului tău în general, aceasta nu mi-ar spune cum să îți speli părul și nici ce produse de îngrijire să folosești.

O altă problemă a testării la domiciliu este că aceasta provoacă motive de îngrijorare. Știm că unele femei au în mod normal un microbiom sănătos, dar cu nivel mic de lactobacili. Un test la domiciliu care să evalueze lactobacili ar putea identifica în mod eronat un microbiom anormal în cazul acestor femei și le-ar putea îngrijora degeaba.

În cele din urmă, nu avem nici cea mai mică idee despre cum să folosim informațiile oferite de testele microbiomului la domiciliu și nicio modalitate de înlocuire sau de sporire a microbiomului. Poate că în viitor aceste teste vor fi utile, dar la momentul scrierii acestei cărți, în 2019, nu sunt.

De reținut:

- Faldurile vaginului se numesc pliuri.
 - Lungimea vaginului nu are legătură cu dimensiunea și forma corpului.
 - Secrețiile vaginale ajung la o cantitate de 1–3 mililitri pe zi.
 - Vaginul conține mult zahăr sub formă de glicogen pentru a hrăni bacteriile bune (consultă capitolul 7 pentru mai multe informații despre alimentație și vagin).
 - Există cinci floare diferite de bacterii vaginale.
-

CAPITOLUL 3

Vagine și vulve în tranziție

Prin sex clasificăm o persoană ca bărbat sau femeie pe baza caracteristicilor biologice, cum ar fi cele anatomice și/sau hormonale. Sexul poate fi primit la naștere, la fel cum poate schimbat în timp. Genul este percepția ta despre ceea ce ești – bărbat, femeie sau niciuna dintre acestea. Un individ transsexual este o persoană al cărui gen diferă de sexul primit la naștere.

În SUA, există între 1 și 1,4 milioane de femei și bărbați transsexuali. În căutarea explicațiilor medicale, multe persoane întâlnesc așa-zisi specialiști în sănătate care nu cunosc standardele medicale stabilite de către World Professional Association for Transgender Health (WPATH) – până la 50% dintre persoanele transsexuale declară că trebuie să le menționeze medicilor că au nevoie de îngrijiri medicale. Asta nu inspiră încredere și duce destul de frecvent la marginalizare a pacienților.

Femeile și bărbații transsexuali întâlnesc și alte piedici în obținerea serviciilor medicale. Aproape 30% dintre aceștia raportează că au fost abuzați verbal în cabinetele medicale și 20% declară că le-au fost refuzate serviciile medicale. Interacțiunile negative pot duce în timp la repulsia față de preocuparea medicală. Este posibil ca bărbații transsexuali care au vagin și cervix să nu aibă un medic care să le ofere investigații pentru depistarea cancerului cervical sau care să poată diagnostica și trata cauzele iritației vaginale. Deoarece asigurările nu sunt standard, se poate ca multe femei și mulți bărbați transsexuali să nu aibă resursele financiare necesare pentru a beneficia de toate îngrijirile de care au nevoie.

Oricare ar fi motivul, și din nefericire există multe motive, 48% dintre bărbații transsexuali și 33% dintre femeile transsexuale întârzie sau evită să solicite obținerea unor îngrijiri medicale preventive.

Bărbați transsexuali

Prin ce schimbări trec vulva și vaginul la bărbații transsexuali

Testosteronul luat pentru schimbarea de sex poate produce schimbări semnificative în vulvă și vagin. Clitorisul se va mări, de la o dimensiune medie de 1,5 centimetri la 4,5 centimetri. Pe măsură ce glandul crește, o parte din ce în ce mai mare din acesta va fi expusă (prepuțul clitoridian nu crește în același ritm), iar asta poate duce la o sensibilitate mărită a clitorisului. Și părul pubian se poate să fie mai des, mărindu-se și suprafețele acoperite de păr – va fi mai mult păr pe coapse și e posibil ca acesta să se extindă și de la ombilic în jos.

Testosteronul poate provoca și subțierea mucoasei vaginale și reducerea lactobacililor, deci pH-ul va crește. Aceste efecte pot apărea chiar și la trei luni de la administrarea testosteronului, dar apogeul este atins abia după doi ani. Simptomele pot include iritație, secreții vaginale, arsuri, dureri în timpul examinării și dureri în timpul actului sexual pentru bărbații transsexuali care practică sex anal receptiv. În cazul expunerii vaginale, lipsa lactobacililor și mucoasa vaginală subțire cresc riscul dobândirii infecțiilor transmise sexual (ITS).

Terapia pentru aceste simptome este reprezentată de estrogenul vaginal – când este dozat corect, nu este absorbit de fluxul sangvin, deci nu va contracara efectul testosteronului asupra altor țesuturi. Pentru unii dintre bărbații trans, estrogenul vaginal este suportabil, pentru alții, nu. Dacă introducerea în vagin a unui medicament reprezintă o problemă, atunci un inel vaginal care eliberează estrogen, care nu ar trebui să fie simțit atunci când este plasat corect și care ar necesita să fie schimbat o dată la trei luni, ar putea fi o opțiune. Pentru bărbații transsexuali care se opun ideii de estrogen, supozitoarele vaginale DHEAS (dehidroepiandrosteronul) pot fi o opțiune. DHEAS este un hormon care odată ajuns în vagin este convertit în estrogen și testosteron. Mai multe detalii despre medicație și administrare pot fi găsite în capitolul 19.

Bărbații transsexuali cu col uterin au nevoie de testare cervicală

Nu toți bărbații transsexuali au histerectomie (îndepărtarea uterului și cervixului), iar cei care aleg această opțiune o fac adesea la câțiva ani de la tranziție, deci testarea pentru cancerul cervical ar putea fi încă necesară pentru o vreme. Instrucțiunile pentru testarea cancerului cervical rămân aceleași pentru bărbații transsexuali, ceea ce înseamnă că testările ar trebui să înceapă de la 21 de ani și să continue până la 65 (testările pot fi oprite la 65, dacă ultimele trei rezultate au fost în limitele normale). Testările cervicale sunt

recomandate indiferent dacă activitatea sexuală a fost începută sau nu și indiferent de genul persoanei cu care întreții sau ai întreținut relații sexuale. Mai multe detalii despre testările pentru cancer cervical pot fi găsite în capitolul 26.

Din păcate, este puțin probabil ca bărbații transsexuali să se testeze pentru cancerul cervical și este și mai îngrijorător că aceștia au un risc de zece ori mai mare să aibă un frotiu Papanicolau anormal în comparație cu femeile cisgen. De asemenea, este mult mai probabil ca bărbații transsexuali să aibă un frotiu Papanicolau anormal, ceea ce înseamnă că celulele nu pot fi evaluate corespunzător. Într-un studiu, s-a constatat că aproape 11% dintre bărbații transsexuali au avut un frotiu Papanicolau care nu a putut fi evaluat corespunzător, spre deosebire de 1% dintre femeile cisgen. Este posibil ca aceste probleme să apară din cauza inflamației provocate de testosteron sau de disconfortul din timpul testului, care pot afecta abilitatea de a testa în mod adecvat cervixul. Schimbările din bacteriile vaginale pot crește și riscul de a contracta virusul Papiloma uman (HPV), virusul care provoacă cancerul cervical.

Testarea inadecvată reprezintă faptul că nu au fost recoltate exact celulele vizate și, ca atare, nu ne putem baza pe acuratețea testului. În plus, este probabil ca bărbații transsexuali să nu revină foarte curând pentru a repeta testele sau pentru consult în cazul testelor inadecvate sau anormale, din cauza accesului redus sau a marginalizării la care sunt supuși. Din punct de vedere biologic, sunt expuși unui risc mai mare, potențat de factorii sociali, care au și ei o influență importantă în privința accesului. Nu este o combinație tocmai benefică.

Durează aproximativ șase luni pentru ca testosteronul să aibă un efect negativ asupra frotiului Papanicolau, prin urmare, dacă este posibil, bărbații transsexuali ar trebui să ia în considerare testarea pentru cancerul cervical înainte de începerea administrării de testosteron. Dacă rezultatele sunt normale, va fi necesar să se testeze din nou, dar nu mai devreme de trei ani.

Pentru a reduce disconfortul fizic din timpul testărilor pentru cancerul cervical, sunt disponibile următoarele opțiuni:

- TESTAREA PENTRU HPV: tot ce implică această testare este un tampon vaginal, fără necesitatea utilizării unui dilatator. Multe studii arată că,

atunci când ne colectăm singure probele, procesul este la fel de eficient ca atunci când mergem la medic, doar că ne putem simți mai confortabil introducându-ne singure tamponul. Unele instrucțiuni recomandă doar testarea pentru HPV (adică fără un frotiu Papanicolau) începând de la vârsta de 30 de ani, deși American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) consideră acceptabilă opțiunea testării doar pentru HPV începând de la 25 de ani.

- ESTROGENUL VAGINAL: administrat cu 2-4 săptămâni înainte de un frotiu Papanicolau, acesta poate reduce rezultatele anormale și durerea din timpul examinării.

Este important ca toată lumea să se vaccineze împotriva HPV, cu atât mai mult bărbații transsexuali, expuși unui risc mai mare de neefectuare a testelor pentru cancer cervical (de col uterin) și frotiu Papanicolau anormal. (Pentru mai multe informații despre vaccinul împotriva HPV, consultă capitolul 25.) Bărbații transsexuali care se gândesc la histerectomie ar trebui să discute înainte cu chirurgul despre eliminarea cervixului (histerectomie totală) versus păstrarea cervixului (histerectomie supracervicală). Deși cea din urmă poate fi mai ușoară din punct de vedere tehnic pentru unii dintre chirurghi, în ceea ce privește tranziția, această intervenție nu oferă niciun beneficiu, ceea ce înseamnă că testele pentru cancerul cervical trebuie să continue până la vârsta de 65 de ani.

Menstruația și tranziția

Bărbații transsexuali care nu iau hormoni vor continua să aibă menstruație. Unii bărbații transsexuali aleg să ia hormonul IUD pentru contracepție, care ajută la menstruații mai ușoare. Terapia cu testosteron afectează și ea menstruațiile; după două luni, acestea sunt, în general, mai puțin abundente și, de obicei, încetează după 3-6 luni de terapie cu testosteron. Totuși, dacă nivelul de hormoni nu este monitorizat pentru a se asigura că se încadrează în standardele masculine, menstruațiile pot persista pentru 16% dintre bărbații transsexuali până la 6 luni. În cazul bărbaților transsexuali cu acces intermitent la hormoni, menstruația poate reapărea dacă este întreruptă terapia cu testosteron. Bărbații transsexuali care renunță la hormoni din motive de fertilitate vor avea din nou menstruație.

Deși tampoanele și cupele menstruale pot oferi mai multă discreție decât absorbantele, ele pot provoca durere în momentul introducerii din cauza

inflamației vaginale provocate de testosteron – mai ales dacă menstruația nu este abundentă. Nu există date despre modul în care testosteronul influențează riscul pentru sindromul de șoc toxic.

Lenjeria re folosibilă pentru menstruație poate reprezenta o opțiune pentru bărbații transsexuali cu menstruații ușoare și care nu vor să folosească absorbante, tampoane sau cupe. Deși lenjeria pentru menstruație oferă discreția de a nu avea absorbante vizibile, dacă aceasta trebuie schimbată și nu ești acasă, singura opțiune este să ții la tine lenjeria folosită, într-o pungă de plastic, ceea ce anulează conceptul de discreție. Pentru mai multe informații, consultă capitolul 17.

Femei transsexuale

Operații de construcție a vulvei și vaginului

Intervențiile chirurgicale pot crea labii, clitoris și vagin (vaginoplastie). *Glandul penisului* este folosit pentru a crea un clitoris și acesta, împreună cu stimularea prostatei din timpul penetrației vaginale, contribuie la plăcerea sexuală. După operație, aproximativ 75% dintre femeile transsexuale declară că sunt active sexual vaginal, iar abilitatea de a avea orgasm variază între 70 și 84%.

Scrotul este folosit pentru a crea labiile, dar tehnica optimă pentru vaginoplastie nu a fost identificată încă. S-a folosit și țesut din penis, colon și peritoneu (un strat de mucoasă care căptușește cavitatea abdominală și, printre altele, împiedică organele să se lipească între ele). Câteodată este nevoie de piele și din alte părți ale corpului. Alte tehnici cercetate implică țesut bucal (mucoasă bucală), țesut amniotic (din placentă) și țesuturi care au fost tratate special, numite țesuturi decelulate. Evaluarea celei mai bune tehnici depășește scopul acestei cărți, dar alegerea depinde de mulți factori, inclusiv de starea generală de sănătate, de lungimea penisului (dacă există suficient țesut) și de preferințele pacientului și ale chirurgului.

Cea mai comună procedură de construcție a vulvei și a vaginului utilizată în SUA implică utilizarea țesutului de penis împreună cu cel scrotal sau cu piele din altă zonă, după cum este nevoie. Lungimea medie a vaginului în cazul femeilor cisgen este de 6,5–12,5 centimetri – pentru că lungimea vaginului nu are legătură cu satisfacția sexuală, majoritatea chirurgilor urmăresc construcția unui vagin de 9-10 centimetri lungime. Având în vedere considerentele

anatomice, nu există mereu spațiu pentru a crea o adâncime de 10 centimetri, deci rezultatele pot varia. Țesutul penisului nu se lubrifică singur, dar unele persoane cred că stimularea sexuală poate fi superioară în cazul acesta, deoarece pielea penisului este receptivă sexual.

Un vagin construit din pielea penisului este colonizat cu bacterii găsite în mod normal pe piele. Simptomele vaginale, precum secrețiile și mirosul, nu sunt asociate aceluiași afecțiunii care afectează femeile cisgen – cum ar fi candidoza sau vaginoza bacteriană. Secrețiile au, de obicei, legătură cu secrețiile pielii, precum sebumul și celulele pielii.

Dacă secrețiile și mirosul reprezintă o problemă, este indicată curățarea de rutină sau irigarea cu apă și câteodată cu un gel delicat de curățare, deoarece noul vagin nu este mucos și nu are lactobacili. Mulți chirurghi recomandă irigatorul vaginal atunci când este necesară dilatarea zilnică din cauza lubrifiantilor reținuți și a celulelor adiționale de piele îndepărtate la fricțiune. Nu se cunoaște metoda adecvată pentru gestionarea mirosului vaginal, dar dacă irigarea vaginală cu apă nu este suficientă, unii medici recomandă o soluție obținută din 25% povidon iodinat și restul apă, introdusă cu ajutorul irigatorului vaginal, timp de câteva zile. O altă opțiune este reprezentată de un tratament cu antibiotice vaginale, de obicei metronidazol, pentru a reduce bacteriile care provoacă mirosul.

Avantajul țesuturilor din colon și peritoneu este că acestea se lubrifică singure. Deși implică operații abdominale, acestea pot fi realizate aproape întotdeauna prin incizii mici cu ajutorul laparoscopului. Atunci când se folosește țesut din colon pentru noul vagin, secrețiile pot fi semnificative.

Din punct de vedere medical, vaginoplastia este o procedură complicată. Dacă, din motive de sănătate, cineva nu poate tolera această operație, atunci vulva și clitorisul pot fi create prin realizarea unei adâncituri mici pentru vagin. Sub aspectul extern, nu există nicio diferență vizuală. Această opțiune este bună pentru femeile transsexuale care nu doresc penetrare vaginală.

Înainte de vaginoplastie, este important să se ia în calcul următoarele aspecte:

- **ÎNDEPĂRTAREA PERMANENTĂ A PĂRULUI PUBIAN DE PE ȘI DIN JURUL SCROTULUI:** dacă îndepărtarea părului nu este permanentă, acesta poate crește în interiorul vaginului și provoca chisturi, secreții vaginale și

miros. Îndepărtarea completă a părului poate dura până la un an, iar singura metodă cu adevărat permanentă este electroliza.

- ÎNCETAREA CONSUMULUI DE PRODUSE CARE CONȚIN NICOTINĂ TIMP DE TREI LUNI ÎNAINTE ȘI DUPĂ OPERAȚIE: toate produsele din tutun împiedică vindecarea rănilor deoarece reduc fluxul sangvin din vasele mici de sânge. Succesul vaginoplastiei depinde de stabilirea fluxului sangvin, iar utilizarea tutunului poate duce la pierderea grefei din interiorul vaginului și la formarea cicatricilor.
- DUPĂ OPERAȚIE, ESTE NECESARĂ DILATAȚIA PENTRU MENȚINEREA LUNGIMII ȘI ADÂNCIMII VAGINULUI: pentru majoritatea femeilor transsexuale, acest aspect va reprezenta un angajament pe viață, dar cel mai important este primul an de la operație. Dacă dilatația implică prea multă durere, este foarte important să vorbești imediat cu chirurgul tău. Cicatrizarea poate avea loc foarte repede și, din punct de vedere chirurgical, este destul de dificil de corectat.

Durerea din timpul sexului sau dilatării poate fi provocată de cicatrizarea vaginală și/sau de spasmul mușchilor pelvieni, adică mușchii care înconjoară vaginul (consultă capitolele 2 și 34). Durerea și/sau procedurile din timpul operației pot provoca spasme musculare. În ambele situații, și a cicatricilor, și a spasmelor, se simte ca și cum dilatatorii ar întâmpina un blocaj.

Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) ce pot apărea după vaginoplastie

Dacă se folosește țesut din penis pentru crearea vaginului, acesta nu este susceptibil la infecțiile cu gonoree sau chlamydia, dar uretra încă se poate infecta din cauza proximității față de vagin. Este posibilă transmiterea unor ITS-uri virale, precum herpes, HPV și HIV, dar acest aspect nu este studiat îndeajuns.

De reținut:

- Bărbații transsexuali cu col uterin prezintă un risc mai mare de a avea un frotiu Papanicolau anormal și teste inadecvate pentru cancerul cervical.

- Deși toate persoanele cu vârstele cuprinse între 9 și 45 de ani ar trebui să se vaccineze împotriva HPV, bărbații transsexuali ar trebui să ia în considerare vaccinarea și testarea pentru cancerul cervical înainte de începerea tratamentului pentru tranziție, dacă este posibil.
 - Bărbații transsexuali care iau testosteron pot dezvolta secreții vaginale și dureri; acestea pot apărea după doi ani.
 - Pentru femeile transsexuale, cauzele secrețiilor vaginale și ale mirosului pot fi altele decât pentru femeile cisgen.
 - Durerea din timpul sexului în cazul femeilor transsexuale poate fi din cauza stenozei vaginului sau spasmelor vaginale (consultă capitolul 34).
-

CAPITOLUL 4

Ce le provoacă femeilor plăcere și educația sexuală

În zilele noastre este foarte dificil să existe discuții nepretențioase despre sex. Din această cauză, femeile sunt cele care au de suferit. Anatomia feminină este etichetată în mod eronat drept murdară și, de la o vârstă fragedă, fetele primesc mesaje despre ceea ce societatea patriarhală a conchis că ar trebui sau nu să facă o fată „cuminte“.

Dacă nu îți cunoști anatomia, dacă nu știi cum funcționează și cum să faci să funcționeze propriul corp, atunci pierzi puterea și devii, ca femeie, lipsită de avantaje atunci când te afli într-o relație sexuală. Multe femei heterosexuale învață despre sex de la un partener masculin, partener care adesea este needucat sau nu știe suficient de multe despre mecanica orgasmelor feminine. Toți ginecologii pe care îi cunosc au avut cel puțin o dată paciente ale căror parteneri le-au cerut să le indice clitorisul acestora (adică glandul clitorisului) în timpul examinărilor. Pe de o parte este bine să fii interesat, dar pe de alta: „Haide, omule, sunteți împreună de zece ani.“ Femeile care se cuplează cu femei au șanse mai mici de a întâmpina această problemă.

La cine pot apela femeile atunci când au nevoie de informații exacte despre sex sau vor să afle dacă ceea ce experimentează este ceva normal sau dacă problema este una de ordin tehnic ori medical? Un studiu arată că doar 63% dintre ginecologi întrebă în mod normal despre activitatea sexuală, 40% pun întrebări despre problemele sexuale și 29% dacă viața sexuală a femeii este una satisfăcătoare. Aici este problema.

Unor medici, fie ei ginecologi, le este greu să vorbească despre sex pentru că nu au fost instruiți destul sau nu au fost instruiți deloc. Alții sunt în criză de timp. Câteodată chiar nu există terapii *medicale* (adică medicamente sau injecții) care ar putea fi recomandate – unele probleme sexuale au legătură cu tehnica sau cu relațiile. Nu apăr lipsa întrebărilor adresate de ginecologi, ci doar explic unele dintre motive. Totuși, medicii ar trebui să pună întrebări, pentru că așa pot trimite pacienții la specialiștii adecvați – de exemplu, la un sexolog, la un

terapeut specializat pe relațiile de cuplu sau la psiholog. Medicii nu trebuie să trateze toate afecțiunile; este la fel de normal să trimită pacienții la locul potrivit, pentru a fi ajutați în legătură cu viața lor sexuală, la fel cum este normal să îi trimită pentru probleme intestinale sau dureri de cap.

O altă problemă a medicilor care nu pun întrebări despre sex o reprezintă femeile ale căror afecțiuni medicale interferează cu viața lor sexuală, de obicei afecțiuni care provoacă dureri în timpul sexului și care sfârșesc prin a fi minimalizate. Multe femei suferă foarte mulți ani fără să își dea seama că au o problemă medicală care poate beneficia de un diagnostic și de un tratament.

Adevărul despre cât de mult sex fac oamenii

Sondajele ne spun că gradul de satisfacție față de viața sexuală nu este așa de mare: 49% dintre femeile heterosexuale, 47% dintre femeile lesbiene și 49% dintre femeile bisexuale declară că sunt fericite cu viața lor sexuală. Procentele nu sunt cu mult mai mari față de cele ale bărbaților, deși grupul cel mai fericit din această categorie a fost reprezentat, nesurprinzător, de bărbații heterosexuali (dar chiar și aici, doar 51% au declarat că sunt satisfăcuți).

Există o presiune mare pentru a spune că sexul este cel mai important lucru. Deși multe persoane declară în public și în privat, în cadrul sondajelor, că pentru ele sexul contează mai mult ca orice, în realitate, timpul mediu pe care oamenii îl petrec făcând sex este de aproximativ patru minute pe zi. Probabil că este o durată chiar mai mică decât cea pe care o petrec la cumpărături sau cu ocazia holbatului în frigider – eu știu ce activitate prefer!

Informația esențială de aici este aceea că nemulțumirea față de viața ta sexuală pare să fie o experiență destul de comună.

De unde vine ruptura?

De ce fac oamenii mai puțin sex decât își doresc? Este posibil ca aceștia să creadă că vor să facă mai mult sex din cauza așteptărilor sociale, așa că în cazul sondajelor aleg un răspuns idealizat (hei, și eu am mințit de câteva ori în legătură cu greutatea mea în chestionarele anonime). Nu este ușor să fii cu adevărat mulțumit pentru tine însuși. De asemenea, tindem să vrem mai mult ceva ce ne place. Nu toți se află într-o relație sexuală și mulți sunt în relații care nu funcționează, dar nu au găsit o modalitate de a merge mai departe. Majoritatea nu comunică bine din punct de vedere sexual și câteodată sexul

este pur și simplu nesatisfăcător. De altfel, majoritatea nu fac din sex o prioritate, unele femei având probleme medicale care le pot provoca durere în timpul sexului și, bineînțeles, libidoul vine și trece.

Pe scurt, este complicat.

Relațiile în care partenerii nu fac sex sunt mult mai comune decât crede lumea. O relație fără sex, însemnând niciun contract sexual în ultimele 6–12 luni, afectează până la 15% dintre cupluri. Nu există prea multe date despre relațiile cuplurilor necăsătorite. Societatea dă vina pe femeie aproape întotdeauna în cazul relațiilor heterosexuale, dar adesea vinovatul poate fi bărbatul.

Traseul răspunsului sexual

Fizic, din punctul de vedere al stimulării, clitorisul este cea mai importantă structură anatomică a sexului femeiesc. Asta nu înseamnă că unele femei nu au orgasme provocate de stimularea sfârcurilor sau de stimularea anală, ci doar că acest clitoris a evoluat special pentru plăcerea sexuală și aproape de fiecare dată când sunt stimulate alte zone erogene există și un răspuns al clitorisului. Interesant este că zona din creier care răspunde de stimularea sfârcurilor se suprapune cu cea responsabilă de stimularea clitorisului.

Modelul clasic al răspunsului sexual este o progresie liniară, prezentată pentru prima dată de Masters și Johnson în 1960, și are patru faze: de excitare, de platou, de orgasm și de rezoluție. Acest model a fost criticat pentru că nu include și dorința (dacă nu îți place de cineva sau te lasă rece, atunci poate fi o provocare să te exciți). A fost propus un alt model care a adăugat dorința în această succesiune, dar ambele modele sunt centrate pe bărbați și implică o anumită dorință sexuală prestabilită. Acest aspect neglijează multe dintre motivele pentru care femeile declară că își doresc intimitate sexuală: de exemplu, conectare emoțională cu partenerul, încredere, afecțiune, siguranță și respect.

A fost propus un model circular (de către Basson, în 2000), care susține ideea conform căreia nu e necesar ca o întâlnire sexuală satisfăcătoare să debuteze cu o dorință sexuală spontană sau cu poftă de sex. Acest model încorporează și alți factori în afară de stimularea fizică, despre care femeile declară că pot contribui la excitarea sexuală și la satisfacere, precum sentimentul de siguranță, de a fi dorită sau unul de bunăstare. Modelul circular acceptă că este posibil ca femeile

să nu aibă mereu un libido mare în mod spontan și că anumite femei se implică inițial în activitatea sexuală pentru a simți intimitate sau conexiune și odată ce se excită apare și dorința.

Modelul Basson susține ideea conform căreia dorința sexuală poate fi spontană, la fel cum poate fi și rezultatul unei interacțiuni complexe a mai multor stimuli fizici și emoționali, și că dorința poate fi în aceeași măsură spontană, precum poate fi și receptivă. Acceptă și faptul că pentru multe femei intimitatea este un concept sexual important.

Adesea le spun femeilor să se concentreze mai puțin pe ideea libidoului spontan și mai mult pe ideea satisfacerii (emoțională și fizică) și, bineînțeles, pe distracție și plăcere sexuală. Mulți rămân blocați pe ideea libidoului spontan, care, sincer vorbind, pare un răspuns la o fantezie specific masculină. Prefer să mă gândesc la sex ca la o petrecere. Nu contează dacă ai primit o invitație ilustrată sau un mesaj scris. Nu contează dacă ai ajuns acolo cu limuzina, cu mașina ta, cu metroul sau pe jos. Contează doar că ai fost la petrecere și că ești de părere că te-ai și distrat.

Schimbări fizice din timpul excitării și sexului

Un flux sangvin crescut către vagin și vulvă determină mărirea clitorisului, umflarea vulvară și transudatul vaginal (udarea sau lubrifierea). Treimea inferioară a vaginului se poate îngusta, iar cele două treimi superioare se pot dilata. Partea de sus a vaginului și uterul se ridică ușor.

Orgasmul reprezintă contracțiile ritmice ale mușchilor înfășurați în jurul vaginului (mușchii pelvieni). Aceste contracții sunt un reflex, adică nervii și mușchii coordonează acțiunea fără implicarea conștientă a creierului tău. În multe feluri este similar lovirii genunchiului cu un ciocan pentru reflexe – genunchiul se mișcă deoarece a fost declanșat un reflex, nu creierul îi spune în mod conștient genunchiului să se miște. Contractia voluntară a mușchilor pelvieni (exercițiile Kegel) nu provoacă orgasme, dar pentru multe femei această acțiune poate declanșa excitarea. Câteodată, mă gândesc la acestea cum mă gândesc la pregătirea pompei din benzinărie, la încălzirea picioarelor înainte de o alergare sau a mașinii într-o zi rece. Ai putea încerca!

Orgasmul unei femei – contracțiile mușchilor pelvieni – durează, de obicei, între 5 și 60 de secunde. Contracțiile musculare au loc la intervale de aproximativ 0,8 secunde (deci una după alta) și, pentru multe femei, fiecare

contractie poate fi mai lunga, dar mai slaba. Numarul general al contractiilor variaza între 3 și 15. Orgasmul este acompaniat de un sentiment de buna dispozitie și/sau de eliberarea tensiunii. Este fascinant că și femeile, și bărbații descriu sentimentul unui orgasm cu ajutorul unei terminologii aproape identice.

Pentru unele femei, glandul clitorisului poate fi prea sensibil pentru a fi atins direct în timpul preludiului sau sexului, deoarece în aceste momente are cea mai mare densitate nervoasă. Femeile care nu tolerează vibratoarele sau stimularea manuală direct pe gland pot suporta mai bine limba sau stimularea cu vibratorul și degetele, dacă pun între acestea și clitoris un material moale. Din fericire, după ce clitorisul se ramifică în jurul uretrei, se extinde în vagin și se oprește sub labii, putând fi accesat pentru stimulare în multe feluri creative care nu implică contactul direct cu glandul. De exemplu, un vibrator care apasă pe o suprafață mai mare pe orificiul vaginal poate stimula rădăcina clitorisului. Este distractiv să ne uităm la mărimea și localizarea clitorisului și să ne gândim la modalități diferite de stimulare.

Câteva informații despre sex

Lesbienele sunt mai înclinate să declare că de obicei sau poate chiar întotdeauna au orgasm în timpul sexului (86%), în comparație cu femeile heterosexuale (65%). Aceasta este dovada că penisul nu este necesar pentru un sex satisfăcător și nu este nici cel potrivit să judece satisfacția sexuală feminină.

Durata ideală a penetrării în timpul sexului heterosexual, în conformitate cu un sondaj realizat în rândul terapeuților sexuali din America și Canada, era de 3–7 minute (1–2 minute era considerată prea scurtă, iar peste 10 minute, prea lungă).

Într-un studiu, cuplurile heterosexuale au declarat în medie 11–13 minute de preludiv și 7–8 minute de act sexual, iar bărbații au considerat că preludiul și penetrarea au durat mai mult decât au spus femeile. Și bărbații, și femeile au declarat că vor un preludiv și un act sexual mai îndelungat.

Care-i treaba cu orgasmul vaginal și cu punctul G?

Sunt dificil de estimat prejudiciile provocate de Sigmund Freud prin popularizarea mitului despre orgasmul vaginal. Doar o treime dintre femei pot avea orgasme doar prin penetrarea penisului (adică fără mâini, doar prin

împingere a penisului), deci ideea conform căreia toată lumea ar trebui să aibă orgasme prin această metodă determină două treimi dintre femei să creadă că este ceva în neregulă cu ele, când, de fapt, ele sunt perfecte.

Nu este un defect să nu ai orgasm prin penetrarea cu penisul, fără ajutor, ci o caracteristică.

Ideea punctului G susține acest mit al orgasmului vaginal, găsit, teoretic, de dr. Gräfenberg, în 1950. În știința modernă, acesta este un punct magic de pe peretele vaginal (sub vezică), care „înebunește“ femeia atunci când este atins. Din nou, multe femei se simt frustrate că nu au un punct G.

Analizând informațiile, aflăm că lucrarea originală a dr. Gräfenberg nu descrie un punct anume. Lucrarea lui se numește *The Role of the Urethra in Female Orgasm* și descrie o „zonă erotică“ din fața vaginului care ar atinge uretra și partea inferioară a vezicii. Da, probabil că descria corpul, rădăcina și bulbii clitorisului din jurul uretrei. După cum era de așteptat, multe studii nu au găsit nicio altă structură macroscopică în afară de uretră, clitoris și peretele vaginal în zona așa-zisului punct G. Partea inferioară a vaginului, apropiată de uretră, va fericii multe femei, deoarece stimularea de aici accesează clitorisul, numai că este necesară stimularea corectă, nu este un buton de „pornire/oprire“.

Nu mi se pare surprinzător să aud femei care spun că se prefac că au orgasm cu partenerii masculini. Până la urmă, aceștia au fost făcuți să creadă că orgasmul femeilor poate fi declanșat dacă ating cu penisul un punct imaginar.

Studiile IRM care au analizat anatomia în timpul actului sexual au arătat că partea exterioară a clitorisului poate fi presată de penis și de aceea unele femei au orgasm în timpul penetrării. Studiile cu ultrasunete care au observat umflătura clitorisului în timpul masturbării externe și în timpul penetrării vaginale au indicat că ambele provoacă congestionarea clitorisului. Asta înseamnă că atingerile externe ale vulvei sau vestibulului, sau cele interne cu penisul, degetele, limba sau diferite jucării, produc toate același rezultat final: stimularea clitorisului. Chiar și stimularea sfârcurilor, pe care multe femei o consideră erotică, declanșează o zonă din creier care se suprapune cu – da, ai ghicit – zona care se ocupă cu interpretarea senzațiilor din clitoris. Clitorisul este un agregator al plăcerii și un amplificator.

Pe scurt, toate drumurile plăcerii duc la clitoris.

Cel mai bine este să renunțăm la termeni precum orgasm vaginal și punct G, deoarece sunt incorecți. Scopul este orgasmul feminin, iar acesta poate fi obținut în multe feluri.

Femeile ejaculează sau „stropesc“?

Răspunsul este da, dar nu așa cum crede internetul.

Dacă te uiți la videoclipuri online cu așa-zisele ejaculări ale femeilor, vei trage falsa concluzie că unele femei au o glandă vaginală secretă care eliberează un șuvoi de lichid dacă este atinsă corect. Multe dintre aceste videoclipuri sunt etichetate drept „stropit“.

Pentru ca o femeie să ejaculeze, fluidul trebuie să vină din vagin, uretră sau o glandă specializată. De exemplu, prostata masculină eliberează aproape 5 mililitri de fluid în timpul ejaculării, iar în vulvă sau vagin nu există nicio glandă de mărimea prostatei. Așadar, ideea că femeia ar putea ejacula un șuvoi de lichid mai mare de 5 mililitri este, chiar și fără a fi necesar să dovedim în urma cercetărilor, mai degrabă îndoielnică.

Dar eu sunt cum sunt, așa că am cercetat problema.

Există o pereche de glande pe fiecare parte a uretrei (tubul care drenează vezica), glande numite Skene. Acestea sunt cam de mărimea bobului de mază sau mai mici și câteodată sunt numite prostata femeiască, deoarece secrețiile lor conțin urme de antigen specific prostatei (PSA), o proteină întâlnită în prostata masculină. Glandele Skene pot secreta o cantitate mică de fluid în timpul activității sexuale (poate maximum 1-2 mililitri). Ar fi corect din punct de vedere medical să numim asta ejaculare, dar fluidul nu va sări la distanță și nici nu va avea un volum prea mare.

Într-un studiu, 38 de femei au fost puse să se masturbeze pentru a avea orgasm (confirmat de monitoare care măsurau contracțiile mușchilor pelvieni) și nu a fost observată nicio ejaculare venind din vagin sau uretră. Totuși, dacă frecvența stropirii sau a ejaculării era de 1 la 50, să spunem pentru 2% dintre femei, acest studiu s-ar putea să nu fie destul de mare pentru a identifica aceste cazuri.

Alt studiu a monitorizat în mod special un grup mic de femei care au declarat că stropesc, adică eliberează o cantitate mare de fluid în timpul orgasmului. Au fost testate pentru a se asigura că nu suferă de incontinență. Femeile și-au golit

vezicile și au stimulat orgasme. A fost măsurată cu ultrasunete cantitatea de referință de urină din vezică, în timpul excitării și după orgasm. Urina lor a fost colectată și analizată înainte de stimulare și după orgasm, precum și fluidul „stropit“.

Rezultatele? Vezicile femeilor s-au umplut incredibil de repede în timpul stimulării sexuale. Există urină înainte de orgasm, iar după stropire, vezicile erau goale. Fluidul stropit a fost identificat în laborator ca fiind urină.

De ce se întâmplă asta? Este posibil ca atunci când femeile declară că stropesc să aibă, pur și simplu, un orgasm atât de puternic, încât mușchii pelvieni să le golească vezica și de aceea întregul fenomen este asociat cu o plăcere sporită. De asemenea, este posibil ca un răspuns sexual mai intens să rezulte în umplerea mai rapidă a vezicii.

Se mai poate și ca unele femei să aibă o cantitate mare de transudat – adică se udă foarte mult – în timpul sexului. Când au orgasm, este posibil ca acel fluid să fie secretat tot deodată.

Am văzut suficiente videoclipuri cu stropiri pentru a-mi da seama că în majoritatea cazurilor femeile și-au introdus apă (sau un alt lichid) în vagin și acum îl elimină – adică se prefăceau – sau fluidul venea clar din uretră și, prin urmare, era urină. Erau câteva cadre care arătau secreții din glandele Skene și, după cum era de așteptat, aveau doar câțiva stropi de lichid alb.

Motivul pentru care trebuie să indicăm exact din punct de vedere medical de unde provine lichidul din ejaculările și stropirile feminine este acela că unele femei se simt necorespunzătoare dacă nu pot stropi și există deja suficiente mituri sexuale care reduc plăcerea femeilor la o judecată masculină. Dacă ai scurgeri urinare în timpul sexului și ți se pare deranjant, atunci mergi la un specialist urolog (de obicei, uroginecologul este un punct bun de plecare). Dacă tu te simți bine și nu îți pasă, atunci nu prea contează ce și de unde vine.

O partidă sexuală bună nu este despre aspectele care îl fac pe bărbat (de obicei, în acest scenariu se află și un bărbat) să simtă că a realizat ceva. O partidă bună de sex este despre plăcere. Atât timp cât ai un orgasm sau două, cui îi mai pasă de altceva?

Dacă excitarea se datorează parțial fluxului sanguin crescut, ar putea vibratoarele speciale sau medicamentele să ajute la creșterea acestuia?

Excitarea sexuală provoacă umplerea clitorisului cu sânge. Există numeroase dispozitive pe piață care aspiră clitorisul pentru a atrage sângele – imaginează-ți o cupă mică de aspirat plasată pe clitoris –, bazate pe ideea că un flux sangvin mai mare poate ajuta la excitarea fizică. Există pompe manuale ieftine, precum și dispozitive medicale mai scumpe și mai sofisticate, ca Fiera Arouser și Eros Clitoral Therapy Device. Studiile pentru dispozitivul Eros sunt foarte reduse, de calitate inferioară și realizate pe pacienți care s-au oferit voluntari. Poate fi amuzant să ai mai multe opțiuni pentru stimularea clitorisului și a explorării sexuale, iar un dispozitiv care oferă o senzație de aspirare asupra glandului clitorisului – partea clitorisului cu cele mai multe terminații nervoase – ar putea fi o opțiune pentru femeile care au dificultăți în atingerea orgasmului sau care nu au avut niciodată unul. Totuși, nu știm dacă dispozitivele scumpe, precum Fiera și Eros, sunt mai bune pentru excitarea sexuală decât sexul oral, masturbarea sau un vibrator obișnuit. Nimeni nu e la fel și preferința pentru aceste dispozitive poate fi diferită în funcție de persoană.

Studiile au analizat medicamentele care cresc fluxul sangvin pentru a vedea dacă răspunsul sexual feminin devine mai bun – până la urmă, sildenafil (Viagra) funcționează pentru bărbați prin creșterea fluxului sangvin către penis. Un studiu a indicat că aceste medicamente cresc fluxul sangvin către clitoris în cazul femeilor care au declarat că au dificultăți de excitare, dar nu s-au tradus printr-o senzație de excitare sexuală. O posibilitate este faptul că senzația de excitare nu depinde doar de schimbările induse de fluxul de sânge, deoarece creierul ar avea nevoie să perceapă acea senzație ca fiind plăcută sexual.

Cum rămâne cu sexul anal?

În conformitate cu sondajele din SUA, Marea Britanie, Suedia și Croația, sexul anal a crescut în popularitate începând cu 1990. Nu se știe dacă este o creștere reală a interesului, dacă femeile chiar practică sexul anal sau dacă se simt confortabil să declare asta din cauza schimbărilor moravurilor sexuale. În prezent, 30–46% dintre femei declară că au practicat cel puțin o dată în viață sex anal și 10–12% au spus că practică frecvent sexul anal. Femeile spun că fac sex anal pentru a-i face pe plac partenerului (motivul cel mai des invocat), pentru propria plăcere, pentru că sexul vaginal este dureros sau pentru a-și păstra virginitatea.

Multe persoane declară că decid să încerce sexul anal pentru că văd asta în filmele porno, deși este important să ținem minte că pornografia reprezintă actorie, și nu un film documentar. Sexul din pornografii este la fel de real precum șofatul mașinilor din scenele de urmărire din filmele de acțiune. Este în regulă să vezi ceva în pornografii și să pui în practică, dar este posibil ca normalizarea sexului anal din pornografii să creeze convingeri false despre frecvența sexului anal în relațiile heterosexuale.

Unele femei declară că sunt constrânse să facă sex anal sau că se întâmplă „accidental“, dar de fapt este vorba despre o penetrare anală plănuită de către partenerul lor. Este important ca, atunci când discutăm despre sexul anal ca despre ceva social, să nu trivializăm sau să normalizăm acest comportament.

Sexul anal este promovat ca fiind „mai potrivit“ pentru bărbați pentru că anusul este un orificiu mai „strâmt“. Se folosește vechea scuză conform căreia vaginul este „prea larg“ pentru „plăcerea masculină“, în special după ce femeia a fost destul de activă sexual vaginal sau după sarcină.

Femeile ar trebui să încerce sexul anal dacă ideea li se pare atrăgătoare și vor să își exploreze sexualitatea, și nu pentru că partenerul crede că toată lumea o face sau pentru că este obsedat de mărimea imaginată a penisului său.

CUM SE SIMTE SEXUL ANAL? Cercetările arată că aproximativ 50% dintre femeile care fac sex anal găsesc asta excitant, deși adesea durerea este o problemă. Cel puțin 50% dintre femei declară că primul lor episod de sex anal a fost suficient de dureros pentru a se opri, așa că este important să te asiguri că partenerul tău este dispus să înainteze ușor sau să renunțe, dacă este necesar. Doar 27% dintre femeile active sexual anal spun că au dureri mici sau deloc, prin urmare este alegerea ta dacă plăcerea merită efortul.

În cazul sexului anal, este esențială folosirea unui lubrifiant bun. Acesta va reduce durerea, precum și microtrauma țesuturilor. Sexul anal este modalitatea cea mai eficientă de a transmite HIV (virusul imunodeficienței umane), din cauza combinației dintre microtraumă și celulele specifice din anus, mai susceptibile la infecția cu acest virus.

Dacă nu ești implicată într-o relație monogamă din partea ambilor parteneri sau dacă există suspiciunea transmiterii HIV, atunci este esențial să folosești prezervativul. Fie un prezervativ pentru bărbați, pentru partenerul tău, fie un

prezervativ femeiesc pentru anusul tău (consultă capitolul 25 pentru mai multe informații despre prezervative). Dacă planifici să faci și sex vaginal, ai nevoie de un prezervativ pentru penetrarea anală și de altul pentru cea vaginală. Chiar dacă ești implicată într-o relație monogamă din partea ambilor parteneri, folosirea unui prezervativ pentru sexul anal te poate ajuta în tranziția la penetrarea vaginală, fără să fie nevoie ca partenerul tău să își curețe penisul.

Un alt motiv pentru folosirea unui prezervativ este reprezentat de reducerea riscului de transmitere a virusului uman Papiloma (HPV), deoarece acest virus produce cancer anal și există informații contradictorii despre sexul anal ca factor de risc. Momentan, nu există programe de testare pentru cancer anal pentru femei, deci protejarea este cu atât mai importantă.

Pentru femeile interesate de jocul anal, fie în timpul masturbării, cu un partener femeie, fie cu un bărbat, există o multitudine de jucării anale de experimentat, cum ar fi dopurile și bilele anale. Aproximativ 4% dintre femei spun că au folosit în mod regulat dopuri anale și jucării în timpul sexului. Aceasta este o modalitate bună pentru femeile care doresc să încerce sexul anal cu un partener masculin de a afla dacă le place stimularea anală atunci când dețin controlul. Vibratoarele anale sau dildo-urile au baza lată, așa că nu ar trebui să intre în rect. Toți chirurgii pe care îi cunosc au operat pe câte cineva pentru a elimina jucăriile blocate – acestea pot provoca răni serioase în intestin și, prin urmare, este esențial să alegi un vibrator anal sigur din punct de vedere medical.

Unele femei se gândesc că penetrarea anală poate provoca leziuni. Nu există date care să sugereze că sexul anal sau joaca anală pot vătăma mușchii anali, dar în urma unui studiu (realizat pe femei cu vârsta medie de 46 de ani) s-a constatat că femeile care au făcut sex anal în ultima lună prezintă o incidență mai mare de incontinență fecală – 28% pentru femeile care făcuseră sex anal față de 14% pentru cele care nu făcuseră sex anal. Nu se menționa dacă acesta era un incident izolat în directă legătură cu sexul sau ceva care se întâmplase ulterior în acea lună. Nu era nicio legătură între incontinența fecală și jucăriile anale.

De reținut:

- Aproape 50% dintre femei sunt satisfăcute de viața lor sexuală.
 - Penisul nu reprezintă cel mai sigur mod de a produce un orgasm feminin.
 - Nu există niciun punct G; zona sensibilă pe care multe femei o descriu în interiorul vaginului face parte din complexul clitorisului.
 - Ejacularea feminină este reprezentată de mici picături de fluid, și nu este vorba despre stropit, așa cum este descris în majoritatea filmelor pornografice.
 - Pentru femeile interesate de joaca anală sau de sexul anal, o modalitate sigură și neinvazivă de început este reprezentată de vibratoarele concepute pentru stimularea anală.
-

CAPITOLUL 5

Sarcina și nașterea

Dacă un omuleț iese din corpul tău, atunci urmează și oarecare schimbări fizice. Deși sunt de părere că majoritatea femeilor înțeleg asta în mod intuitiv, intensitatea procesului sau realitatea (ori poate amândouă) sunt adesea surprinzătoare, mai ales că nimeni nu vorbește despre schimbările experimentate după sarcină. Este foarte util să știi ce urmează după ce vei încheia așteptarea, pentru a avea o referință reală, dar și pentru a ști când este cazul să te îngrijorezi din punct de vedere medical și, ca atare, să ceri ajutor.

Nu se vorbește pe față despre perioada post-partum din mai multe motive. Femeilor le este rușine atunci când corpul lor nu se conformează unui ideal inexistent, stabilit de patriarhat. Până recent, societatea și profesiile medicale s-au concentrat după naștere aproape exclusiv pe copil. Femeile obișnuiau să stea în spital după naștere mult mai mult decât stau astăzi și/sau primeau vizite acasă de la asistente bine instruite, astfel că aveau pe cine să întrebe despre dureri, despre sângerare sau despre excreție, fără să trebuiască să se gândească cum să ducă un bebeluș de o săptămână la programarea medicală.

Schimbările din timpul sarcinii

Schimbările cervixului, vaginului și vulvei pot începe devreme, încă din săptămânile 4-5 de sarcină. Fluxul sangvin ridicat și schimbările hormonale fac ca vaginul și vulva să se umple cu sânge și, prin urmare, mucoasa vaginală (pielea) poate părea albastră din cauza unei schimbări numite semnul lui Chadwick. Pielea și mușchii se înmoaie. Celulele din interiorul cervixului proliferază și se extind în partea cervixului, în vagin – fenomenul este numit ectropion. Acesta poate avea ca urmare o cantitate mărită de secreții vaginale, iar aceste celule pot sângera la atingere, de exemplu, după sexul penetrant sau un frotiu Papanicolau. Să nu presupui niciodată că aceasta este sursa tuturor sângerărilor vaginale, deoarece există și alte afecțiuni medicale serioase care pot provoca sângerări în timpul sarcinii.

Infecțiile cu candida sunt mai comune în timpul sarcinii, deși mecanismele exacte prin care acestea au loc nu se cunosc. Pot apărea din cauza nivelului foarte mare de estrogen și/sau progesteron, a suprimării sistemului imunitar de către sarcină sau din cauza altor factori.

În semestrul al treilea, aproximativ în săptămâna a 35-a, se efectuează un test vaginal pentru bacteriile numite streptococi din grupul B (strep). Aceste bacterii se află, de obicei, în vagin și/sau în rect, în cazul a 10–30% dintre femei. Este necesar tratamentul intravenos cu antibiotice în timpul travaliului pentru a reduce riscul unei infecții grave pentru nou-născut. Aceste afecțiuni nu trebuie tratate cu remedii naturiste, precum usturoi, pe care le poți găsi online. Femeile însărcinate cu grupul de streptococ B cărora nu li se administrează antibiotice prezintă 1 la 200 șanse ca bebelușii lor să dezvolte această infecție, dar dacă sunt tratate, șansele scad la 1 la 4 000.

Sexul în timpul sarcinii

Nu este anormal ca femeile să declare o scădere a dorinței sexuale în semestrelor unu și trei, fie că este vorba despre grija că sexul ar putea afecta sarcina, despre schimbarea impresiei cu privire la propriul corp, despre disconfortul din timpul sexului sau durerile de spate, nu se știe exact. Sunt și femei care declară o creștere a dorinței sexuale.

Altele se îngrijorează că sexul heterosexual în timpul sarcinii ar putea declanșa avortul sau travaliul înainte de termen și, eventual, nașterea. Din fericire, știm că femeile cu sarcini fără riscuri, care nu au simptome de infecții vaginale sau cervicale, nu sunt supuse unor riscuri mai mari de a naște prematur dacă sunt active sexual.

Contrar unui mit urban, actul sexual din apropierea datei de naștere, cu un partener masculin, nu pare să declanșeze travaliul. Se vorbește despre expunerea la prostaglandine, substanțele cunoscute pentru declanșarea travaliului, ca urmare a ejaculării, dar această teorie nu este susținută științific. Multe studii arată că sexul heterosexual nu are niciun efect asupra declanșării travaliului sau asupra reducerii riscului unei cezariene. Ideea că un penis ar fi suficient de viguros pentru a determina travaliul este, să fim sincere, puțin cam exagerată. Stimularea sfârcurilor atunci când cervixul este pregătit poate provoca travaliul în cazul unor femei, dar nu este nevoie de un penis pentru asta.

În cazul unor femei cu riscuri mai ridicate, cum ar fi, de exemplu, membranele rupte, placenta previa (când placenta se implantează peste sau aproape de cervix), risc crescut de naștere prematură (în cazul sarcinii gemelare sau al unui istoric de naștere înainte de termen), este indicată evitarea activității sexuale.

Multe persoane au auzit de embolii gazoase fatale în timpul sarcinii provocate de sex oral receptiv (cunnilingus) și sex vaginal penetrant. O embolie gazoasă este reprezentată de un infarct sau de un atac de cord din cauza unei bule mari de aer care a intrat pe arteră sau pe venă și a ajuns la creier, la inimă sau în plămâni. Placenta are legătură directă cu fluxul sangvin matern, și, prin urmare, cu suficientă presiune, este posibil ca aerul să intre prin vagin în uter și apoi în sânge. Aerul poate fi introdus de sexul oral sau de împingerile penisului.

Embolia gazoasă apare la mai puțin de una la un milion de sarcini, deci este dificil de dat recomandări demonstrate științific. Cel mai bine ar fi să se evite suflarea aerului în vagin în timpul sexului oral, iar unele persoane au sugerat că riscul emboliei în timpul penetrării ar putea fi mai mare în cazul pozițiilor în care nivelul uterului este deasupra nivelului inimii, numai că nici această recomandare nu se bazează pe studii.

Practici obstetrice antice care trebuie date uitării!

Pe vremea când încă mă pregăteam pentru a deveni ginecolog, raderea părului pubian, clismele și spălăturile cu antiseptice aplicate vaginului și vulvei erau practici comune, dar acum știm cu toții că deja sunt depășite. Aceasta nu este *Biblia sarcinii*, așa că nu căuta aici toate întrebările pe care trebuie să i le adresezi ginecologului tău, dar dacă cine te asistă la naștere susține practici care sunt expirate de mai bine de 25 de ani, precum raderea părului sau clismele, atunci mă îndoiesc și de valabilitatea altor aspecte ale îngrijirilor sale medicale. Nu este indicat să te razi nici înainte de travaliu, pentru că această acțiune provoacă microtraume care pot crește riscul de infecție.

În timpul nașterii este posibil să fie activată excreția. Este ceva complet normal. Ar trebui ca ginecologul nici să nu observe, pentru că asta a devenit o rutină. Pur și simplu ștergem scaunul. Dacă ar fi fost periculos pentru copil, nu am fi evoluat astfel încât capul bebelușului să iasă exact de lângă anus!

Trauma perineală

Trauma face parte din nașterea vaginală (și, evident, și din cezariană). Țesuturile vulvare și vaginale au evoluat pentru a se întinde, a se rupe și a se recupera – fluxul sangvin crescut și faldurile în plus din mucoasa vaginală sunt foarte utile.

Ruperea și epiziotomia (tăierea chirurgicală) sunt denumite colectiv traumă perineală. Multe femei întreabă de câte cusături au avut nevoie, dar numărul acestora nu reflectă severitatea răni. O singură cusătură poate fi executată ca un tiv și poate închide o ruptură mare. Multe cusături mici pot fi necesare pentru a remedia o ruptură mult mai mică, pentru a obține cel mai bun rezultat cosmetic. Ceea ce ar trebui să întrebi este gradul de vătămare, care este diagnosticat de ginecologi pe baza rănilor suferite de mușchi:

- De gradul 1 – nu implică mușchii. Se limitează la mucoasa vaginală și/sau vestibul (orificiul vaginal) și/sau pielea vulvei.
- De gradul 2 – se extinde la mușchi și poate varia semnificativ în mărime, adică poate fi o ruptură mică și parțială a mușchilor de sub vestibul sau până la mușchii din corpul perineal și care se oprește chiar înainte de sfîcterul anal.
- De gradul 3 – implică toți mușchii corpului perineal și sfîcterul anal (după care este divizat în funcție de ce porțiune de sfîcter este implicată).
- De gradul 4 – se întinde dincolo de sfîcterul anal, până la rect; din fericire, asta se întâmplă doar la 0,25–2,5% dintre nașteri.

Trebuie intervenit dacă rupturile de gradul 1 și 2 sângerează sau dacă reintervenția asupra lor ar duce la un rezultat cosmetic nesatisfăcător. Pot fi folosite suturile absorbabile de piele sau liantul chirurgical, dar rupturile de gradul 3 și 4 trebuie remediate chirurgical (cu suturi) – în caz contrar, există un risc ridicat de incontinență fecală. Rupturile de gradul 1 și 2 nu prezintă riscuri de incontinență urinară sau anală, dar riscul crește odată cu rupturile de gradul 3 și 4.

Epiziotomiile de rutină nu sunt recomandate de către American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG). Cele mai recente date ne spun că 12% dintre nașterile vaginale din SUA implică epiziotomii, pondere scăzută de la 33%, nivelul din anul 2000. Numărul epiziotomiilor trebuie să fie într-o

scădere continuă, având în vedere că și ACOG se declară împotriva lor. Epiziotomiile sunt asociate cu răni mai mari și cu risc crescut de incontinență. În general, epiziotomiile sunt indicate doar în situații de urgență sau de naștere bruscă. Nu cunosc niciun ginecolog care să practice epiziotomia de rutină, deși nu mă îndoiesc că încă mai sunt câțiva care fac asta. Cu siguranță este un aspect de care trebuie să te interesezi la una dintre vizitele prenatale.

Riscul de rupere în timpul nașterii vaginale variază între 44% și 79% – medicii care afirmă că pot garanta evitarea unei rupei nu sunt sinceri. Majoritatea factorilor care provoacă ruperile nu pot fi controlați, cum ar fi, de exemplu, mărimea copilului (indiferent dacă aceasta este sau nu prima ta naștere) și genetica. A fost demonstrat că anesteziile epidurale nu influențează acest risc.

Intervențiile care ar putea avea impact mic sau moderat asupra reducerii rupturii sau nevoii de epiziotomie sunt următoarele:

- Masaj perineal începând cu săptămânile 34-35. Femeile sau partenerii lor introduc 1-2 degete lubrificate în vagin, la aproximativ 5 centimetri adâncime, și aplică presiune în jos timp de două minute, apoi câte două minute pe fiecare parte, în total 10 minute, de cel puțin 1-2 ori pe săptămână. Se pot folosi ulei de cocos, ulei de măsline sau gel lubrifiant intim. În cazul femeilor care se află la prima sarcină, masajul perineal reduce cu 10% riscul rupturii care ar necesita cusături și cu 16% nevoia de epiziotomie. În termeni practici, asta înseamnă că un risc inițial de ruptură de 50% se reduce prin masaj la 45%. Dacă riscul epiziotomiei este de 12%, acesta se reduce la 10% prin intermediul masajului perineal. Masajul perineal poate reduce durerea după naștere, deși această asociere este mai puțin certă.
- Masajul perineal efectuat atunci când ești dilatăată complet (al doilea stadiu al travaliului) poate reduce gravitatea rupturii, dar nu și riscul acesteia.
- Sprijinul perineal, plasarea mâinii sau a unui prosop pe perineu și aplicarea unei presiuni ușoare, nu a fost studiat suficient pentru a spune dacă ajută împotriva rupturii sau nu.
- Compresele calde aplicate pe perineu în timpul împingerii pot reduce rupturile de gradul 3 și 4.
- Nașterea din poziția culcat pe o parte poate avea cel mai mic risc de ruptură, dar studiile nu sunt atât de avansate pentru a-i impune unei

femei să nască într-o anumită poziție, deoarece un astfel de studiu nu este nici fezabil și nici etic.

Dacă ai o ruptură care intră în sfincterul anal (de gradul 3 sau 4), se poate recomanda o doză intravenoasă de antibiotice administrată în timpul recuperării, pentru că aceasta reduce complicațiile în primele două săptămâni (8% este rata complicațiilor ce pot să intervină cu antibiotice și 24% fără).

Monitorizarea durerii după nașterea vaginală

Umflăturile, vânătăile, rupturile de mușchi și ale pielii, necesitatea unor cusături și hemoroizii pot contribui la durerea de după naștere. În general, cu cât este mai lung travaliul, cu atât sunt mai mari durerea și umflătura. De asemenea, oboseala afectează suportarea durerii – dacă nu ai dormit de 48 de ore și apoi ai împins 4 ore, atunci vei avea o durere mai mare decât cineva care a dormit bine toată noaptea, s-a trezit, a avut un travaliu de 2 ore și a împins 5 minute. Alți factori care afectează durerea includ necesitatea aspirării sau utilizarea forcepsului și depinde și dacă te afli sau nu la prima naștere. Genetica și experiențele din trecut în ceea ce privește durerea sunt importante. Un alt factor unic este reprezentat de copilul tău – stresul nașterii unui copil bolnav poate afecta modul în care procesezi durerea.

Există atât de mulți factori individuali implicați în procesarea durerii, încât nu este relevant să comparăm durerea unei femei cu a alteia. Fiecare cu durerea ei.

Este important de gestionat durerea de după naștere *pentru că* este important de gestionat. Multe instrucțiuni vorbesc despre cât de important este pentru o femeie să dețină controlul asupra durerii pentru a putea alăpta, dar mie mi se pare că este ignorat faptul că femeile trebuie să dețină controlul asupra durerii pentru că au nevoie, pur și simplu, să controleze durerea. O mamă sănătoasă este tot ce poate fi mai bine pentru un copil sănătos și eu cred că totul va fi bine, doar dacă ne concentrăm pe mamă.

Anestezicele locale pentru perineu (vulvă) sunt utilizate în regim de rutină în spitalele americane, dar nu a fost niciodată demonstrat că acestea sunt eficiente în reducerea durerii după naștere. Benzocaina, cel mai utilizat anestezic în aceste situații, este un alergen comun și sunt cazuri rare în care este absorbit și în care provoacă o afecțiune severă a sângelui, numită methemoglobinemie. În plus, când cineva ajunge să fie cusut din alte motive – de exemplu, s-a tăiat din

greșeală la mână –, nu prescriem și nici nu recomandăm anestezice locale pentru controlul durerii. Pentru că nu există date care să susțină anestezicele locale și pentru că acestea prezintă riscul de a provoca iritații sau chiar reacții alergice, ar fi mai bine să le eviți.

Opțiunile care se bazează pe dovezi științifice privind eficiența controlării durerii după naștere includ:

- GHEAȚĂ: reduce umflăturile și durerea, în special când se aplică timp de 10-20 de minute după naștere.
- BĂI DE ȘEZUT: stai într-o cadă cu apă caldă. Nu trebuie să adaugi nimic. Poți chiar și să urinezi în cadă, dacă simți că te ustură.
- PARACETAMOLUL ȘI IBUPROFENUL (SAU ORICE ALTE MEDICAMENTE NUMITE ANTIINFLAMATOARE NESTEROIDIENE SAU AINS): ibuprofenul poate avea efect mai bun decât paracetamolul. Ambele se pot lua în timpul alăptării.
- KETOROLAC (CU DENUMIREA DE BRAND TORADOL): un AINS intravenos care poate fi util mai ales pentru femeile cu rupturi de gradul 3 și 4.
- TRATAREA HEMOROIZILOR: opțiunile includ astringente precum hamamelis, steroizi aplicați local și geluri locale de amortire sau creme precum lidocaină (anestezicele se pot folosi în aceste cazuri). Dacă ai ruptură de gradul 3 sau 4, nu trebuie să folosești supozitoare rectale, pentru că acestea pot rupe cusăturile, deci apelează doar la creme, unguente sau geluri.
- PREVENIREA CONSTIPAȚIEI: încordarea va provoca dureri, poate înrăutăți hemoroizii și poate rupe cusăturile. Un laxativ stimulant, precum senozidă senokot sau lactuloză, este cel mai eficient și mai sigur pentru alăptare. Docusatul de sodiu este complet ineficient. Niciun studiu nu a demonstrat că funcționează, și totuși, dintr-un motiv sau altul, toată lumea îl recomandă. Cea mai mare problemă cu laxativele este că oamenii cred că iau ceva eficient, când, de fapt, nu este așa, și apoi se miră de ce încă sunt constipați.

Dacă durerea nu este bine controlată în spital, trebuie evitată apariția unui hematom, o acumulare de sânge care se mărește rapid și care provoacă durere – arată ca o vânătăie masivă. Hematomul poate necesita drenaj sau chiar operație, pentru a nu provoca distrugerea țesutului sau o infecție.

De asemenea, este important să te asiguri că îți poți goli vezica la șase ore de la naștere. Retenția urinară, incapacitatea de a goli vezica, poate afecta până la 4% dintre femei și poate răni vezica, dacă nu este tratată corespunzător. Nu este comună incontinența imediat după naștere, deci dacă pățești asta, anunță medicul sau moașa.

Nu este normal ca durerea să se reducă, apoi să se intensifice. Vorbește cu medicul sau cu moașa. Posibilele motive pot fi reprezentate de ruperea cusăturilor sau de o infecție.

Câteva cuvinte despre opioide

Opioidele sunt medicamente precum morfina, hidrocodona, hidromorfona sau codeina. Adesea se numesc narcotice, dar acesta nu este un termen medical. Unele femei cu rupturi de gradul 3 sau 4 sau cu epiziotomie pot avea nevoie de câteva doze de medicamente opioide, deși este foarte important să maximizăm opțiunile de nonopioide, deoarece constipația este un efect secundar bine-cunoscut. În plus, opioidele sunt transferate în laptele matern. Aceste medicamente sunt adăugate când este nevoie de ele pe lângă paracetamol sau AINS (antiinflamator nonsteroidian).

Grijile întemeiate în legătură cu prescrierea opioidelor pentru femei după naștere sunt frecvente. Un studiu ne spune că 30% dintre femeile din SUA au primit prescripții pentru opioide după nașterea vaginală, iar numărul pastilelor nu era influențat de mărimea rupturii sau de epiziotomie. Aceste prescrieri sunt exagerate și nu se știe dacă sunt o „rutină“ (nu o scuză, ci doar o explicație), dacă medicii sau moașele nu cunosc efectele medicamentelor nonopioide, dacă femeile le cer sau dacă personalul medical încearcă să evite urmărirea cazului după externare din cauza durerilor.

Studiile ne spun că 1 din 300 de femei care nu au luat niciodată opioide înainte de naștere va deveni dependentă dacă primește pentru acasă o astfel de prescripție. Sunt suficiente două doze de opioide pentru a dezvolta dependența fizică, ceea ce înseamnă că, atunci când medicația încetează, apar simptome fizice ale sevrajului, precum senzația stării de rău și durere. Sunt ușor de confundat simptomele sevrajului cu falsa opinie că opioidele ar fi ajutat, aceste simptome putând determina pacienții să reînceapă medicația cu opioide, sub falsa credință că ar avea medical nevoie de ele.

Chiar dacă iei acasă o prescripție de opioide și nu le folosești niciodată, îți pot face rău pur și simplu pentru că se află în trusa medicală. Copiii, în special adolescenții, sunt curioși în legătură cu medicamentele și pot lua, din greșeală sau intenționat, o supradoză, la fel cum pot dezvolta o dependență.

Lohiile

Sângerarea vaginală după naștere este numită lohie. Începe cu o culoare roșu aprins și gradual devine mai pală din cauza celulelor inflamatorii (semn că uterul se vindecă). În plus, odată cu lohiile se pot elimina și alte reziduuri ale mucoasei uterului care nu au ieșit cu placentă. Cusăturile se vor adăuga la secreții, pentru că se dizolvă.

Este normal să ai secreții intense, mucoase, cu urme de sânge, maronii și destul de respingătoare timp de opt săptămâni de la naștere. Îmi amintesc că eu credeam că o să dureze pentru totdeauna, dar nu a fost așa. Nu este indicat să porți un tampon sau o cupă menstruală pentru această sângerare până când nu primești acordul medicului tău.

Examinarea pe care o face medicul după naștere

Cele mai recente instrucțiuni ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) recomandă patru examinări după naștere. La fiecare examinare ar trebui să fi întrebată cum se vindecă perineul, cum funcționează vezica, cum sunt lohiile și ar trebui ca rupturile și cusăturile să fie evaluate pentru a exista siguranța că se vindecă în mod corespunzător. Trebuie făcute aceste investigații:

- În prima zi (după 24 de ore)
- În ziua a treia (48–72 ore)
- Între zilele 7 și 14
- La 6 săptămâni

Procesul de vindecare, săptămânile 6–8 și perioada de după

La 8 săptămâni după naștere, multe femei încă mai au probleme vulvare și vaginale din cauza nașterii, dintre care cele mai comune sunt hemoroizii (23%), constipația (20%) și secrețiile vaginale (15%). Dar cele mai multe dintre probleme se vindecă cu timpul.

Dacă consideri că s-au rupt cusăturile sau că rana se desface, nu aștepta până la controlul de la 6 săptămâni. De asemenea, dacă durerea crește în intensitate, dacă ai febră sau secreții urât mirositoare, sună medicul sau fă imediat o programare. Acestea pot fi semnele unei infecții.

Când să începi practicarea exercițiilor pelviene

Sistemul francez de sănătate este adesea cel standard pentru terapia pelviană post-partum – implicarea online este reprezentată de un program național pentru vindecarea pelvisului în săptămânile 6–8 de la naștere, deși conform instrucțiunilor din 2016 ale Collège National des Gynécologues Écologues et Obstétriciens Français (CNGOF), terapia fizică de rutină pentru pelvis nu este recomandată în absența incontinenței. Acest lucru ar părea că umbrește sistemul francez, care este oricum mult înaintea altor multe țări în acest domeniu, dar se pare că nu există o tehnică sau o perioadă franceză standard.

Unele recomandări pentru terapia pelvisului după naștere implică următoarele:

- Terapia fizică pelviană nu trebuie să înceapă mai înainte de două luni de la naștere, pentru a le permite țesuturilor să se vindece și să revină la forma inițială.
- Femeile care suferă de incontinență urinară sau fecală persistentă la trei luni de la naștere trebuie să urmeze terapia fizică pelviană. Sunt recomandate cel puțin trei sesiuni cu un terapeut instruit corespunzător, precum și exercițiile efectuate acasă. Astfel, se mărește viteza recuperării, dar nu și rezultatul – dacă nu urmezi terapia, nu înseamnă că vei fi într-o stare mai proastă pe termen lung în ceea ce privește incontinența.
- Dacă vrei să îți întărești pelvisul, nu ai simptome și au trecut cel puțin două luni de la naștere, atunci exercițiile făcute acasă (consultă capitolul 10) reprezintă o modalitate bună și ieftină de a începe.

Durerea din timpul actului sexual

Majoritatea medicilor recomandă așteptarea între 4 și 6 săptămâni înainte de reluarea vieții sexuale, în cazul nașterii vaginale necomplicate. Teoretic, cervixul deschis ar putea crește riscul unei infecții (deși nu sunt sigură că asta s-a studiat în amănunt). În plus, țesuturile au nevoie de timp pentru a se vindeca.

La șase săptămâni de la naștere, 41% dintre femei și-au reluat viața sexuală, 78% după 12 săptămâni și 90–94% după șase luni. Femeile cu rupturi de gradul 3 și 4 au mai puține șanse de a reîncepe viața sexuală după șase luni (88%). Orice ruptură din timpul nașterii crește șansa ca sexul să fie dureros. Dacă ai dureri în timpul sexului la mai mult de trei luni de la nașterea vaginală, atunci ai nevoie de o examinare.

Trei dintre cele mai comune cauze ale sexului dureros după nașterea vaginală sunt următoarele:

- NIVEL SCĂZUT DE ESTROGEN ÎN VAGIN: Acesta este aproape exclusiv cazul femeilor care alăptează, fapt care poate opri ovulația. O cantitate mică de estrogen vaginal cremă poate rezolva problema în câteva săptămâni, dacă lubrifiantul se dovedește inutil. Odată cu reînceperea ciclurilor menstruale obișnuite, nivelul de estrogen va crește, iar utilizarea estrogenului vaginal poate fi oprită. Utilizarea unei cantități mici de estrogen în vagin nu afectează perioada alăptării.
- PROBLEME CU CICATRICEA SAU DURERE A NERVULUI: Ocazional, țesuturile se pot vindeca împreună și pot crea un fel de pânză de țesut la deschidere, ceea ce poate provoca durere în timpul penetrării. Durerea resimțită nu este comună, dar când țesuturile se rup sau sunt tăiate, sunt afectați și nervii. Penetrarea prelungită poate întinde nervii.
- SPASM MUSCULAR: Mușchii pelvisului pot deveni inadecvat de rigizi după naștere. Cauza nu este cunoscută, dar așa cum se poate întâmpla după o cezariană, întinderea sau rănirea mușchilor pelvieni nu pare să fie obligatorie. Teoria mea este că retragerea rapidă a progesteronului după ce este eliminată placentă predispozează spasmul mușchilor, deoarece progesteronul reprezintă un relaxant potent al acestora. Terapia fizică specializată a pelvisului este un tratament corespunzător și extrem de eficient.

EXISTĂ CUSĂTURA SOȚULUI? Printre ginecologi umblă vorba că la naștere ar pune o „extra cusătură“ pentru a „strâmta“ lucrurile pentru partener. În cei peste 25 de ani în domeniu, am auzit un singur medic, mai în vârstă, în urmă cu mulți ani, care a făcut o glumă proastă pe acest subiect, dar nu am văzut pe nimeni să fi făcut asta cu adevărat vreodată. Dar am auzit parteneri care să glumească despre asta în camera de nașteri și alți câțiva care chiar au întrebat *serios* dacă

este posibilă o extra cusătură. Am întrebat mulți medici ginecologi despre „cusătura soțului“ și aproape toți mi-au împărtășit experiențe identice cu ale mele.

Este important să nu confundăm o rană care nu s-a vindecat corect sau una care nu a fost operată corect (din greșeală) cu una cusută prea strâns intenționat. După naștere, umflătura este destul de mare și, ocazional, acest aspect poate cauza o refacere destul de dificilă din punct de vedere tehnic, chiar și pentru un medic talentat. Cusăturile se pot desface la câteva zile sau după naștere și atunci marginile rănite se vindecă incorect sau într-un mod mai puțin optim. Din păcate, există și incompetență.

Este posibil ca unii medici îngrozitori să fi executat „cusătura soțului“? Nu m-ar surprinde. Până la urmă, există câțiva piloți care vin băuți la muncă și câțiva reporteri care inventează surse pentru știrile lor. Însă nu pot verifica ideea conform căreia această practică ar fi una comună. Ca medic specializat pe durerea din timpul actului sexual, declar că nu am întâlnit niciun astfel de caz în mai mult de 23 de ani de profesie.

Dacă o femeie se simte prea strâmtă după naștere și/sau are dureri persistente în timpul sexului, de obicei cauza este spasmul muscular. Strâmtarea orificiului vaginal după o naștere vaginală din cauza vindecării incomplete a pielii – fie din cauza modului în care s-au vindecat țesuturile, fie din cauza calității procedurii – chiar se întâmplă, dar, din experiența mea, aceasta este mai puțin comună decât spasmul muscular.

Efectele pe termen lung asupra funcției sexuale

Sunt studii care au avut ca rezultat dovada că nașterea afectează funcția sexuală pe termen lung. Un studiu amplu efectuat cu peste 1 000 de femei, provenite dintr-un mediu etnic divers, a arătat că nu există nicio asociere între metoda de naștere, complicațiile de la naștere și gradul de satisfacție sexuală pe termen lung.

Mi s-a părut surprinzător, deoarece după o naștere vaginală, unele femei se recuperează cu dificultate din punct de vedere sexual.

Cred că răspunsul este și amplu, și simplu. Există atât de multe variabile în funcția sexuală, dar probabil că cea mai importantă este reprezentată de un partener grijuliu pe care îl iubești și care este un iubit tandru (adică tipul de

iubit de care ai nevoie). De asemenea, durerea din timpul sexului și dificultățile în a avea orgasme sunt foarte comune înainte de sarcină și pot apărea și în cazul femeilor cu cezariană, și în cazul celor care nu avut nicio sarcină.

După ce a analizat femeile de peste 40 de ani, acest studiu ne spune că 56% dintre femei și-au pierdut interesul pentru sex, 53% făceau sex mai puțin de o dată pe lună și 43% erau satisfăcute foarte puțin. Vestea proastă este că aceste procente includ un număr mare de femei. Vestea bună este că metoda de naștere nu pare să fie un factor influențabil. Funcția sexuală nu se referă doar la o anumită parte a corpului, ci la întreaga persoană.

Din alt punct de vedere, schimbarea libidoului, prioritățile sexuale și satisfacția față de relația sexuală se modifică și în cazul bărbaților homosexuali care adoptă copii. Pe scurt, copiii schimbă lucrurile chiar dacă nu există durerea de la naștere sau schimbările hormonale cauzate de sarcină și de perioada post-partum.

De reținut:

- 44–75% dintre femei vor avea rupturi în timpul nașterii.
 - La 6 săptămâni de la naștere, 41% dintre femei au reînceput viața sexuală.
 - Alăptarea este asociată cu durerea în timpul sexului în primele 6 luni.
 - Terapia fizică pelviană este clar recomandată dacă suferi de incontinență; altfel, exercițiile Kegel sunt la fel de eficiente.
 - Metoda de naștere poate avea impact pe durată scurtă asupra funcției sexuale, dar nu și pe termen lung.
-

RUTINA ȘI ÎNGRIJIREA VAGINALĂ

CAPITOLUL 6

Îngrijirea medicală

Vulva și vaginul nu au nevoie de consulturi regulate. Dacă ai anumite simptome sau dacă ceva te îngrijorează, cum ar fi o durere sau o mâncărime, sau dacă pur și simplu ai câteva întrebări, atunci trebuie să fii consultată, dar altfel medicul nu are de ce să îți evalueze regulat vulva sau vaginul pentru prevenirea afecțiunilor. Unele organe au nevoie de examinări pentru menținerea sănătății, cum este cazul monitorizării tensiunii, începând cu vârsta de 18 ani, pentru a depista hipertensiunea, sau al testării pentru cancerul de colon, pentru persoanele cu risc scăzut, de la 50 de ani. Totuși, nu totul are nevoie de consult, iar vulva și vaginul intră în această categorie. De fapt, nu mai sunt recomandate examinările pelviene anuale.

Analizele *versus* testul de diagnosticare

Analizele sunt efectuate atunci când nu există simptome ale unei afecțiuni – ideea este aceea de a depista și de a trata înainte de apariția simptomelor, pentru a reduce complicațiile și chiar pentru a salva vieți. În ceea ce privește tractul genital inferior, cele mai bune exemple sunt testele pentru chlamydia și cancer cervical. Niciuna dintre aceste afecțiuni nu prezintă simptome în stadiile de început, dar depistarea lor din timp și începerea imediată a tratamentului reduc complicațiile. În cazul cancerului cervical, testarea chiar salvează vieți.

Analizele pot fi efectuate de către toată lumea – de exemplu, toate femeile ar trebui testate pentru cancer cervical. Analizele pot avea ca țintă și indivizi cu riscuri ridicate, cum sunt persoanele cu parteneri sexuali multipli și care au infecții cu transmitere sexuală.

Pe de altă parte, un test de diagnosticare este efectuat pentru a identifica anumite cauze ale simptomelor. De exemplu, dacă cineva are ulcer pe piele, se poate lua o mostră pentru testarea pentru herpes sau se poate face biopsie pentru a identifica afecțiuni ale pielii. Un aspect important pe care medicii nu îl explică întotdeauna este acela că testele de diagnosticare pot fi solicitate și

pentru a elimina posibilitatea existenței anumitor afecțiuni – deci răspunsul pe care medicul îl poate căuta ar fi „nu este cancer“. Aceste teste pot fi foarte frustrante pentru pacienții care cred că vor primi un răspuns definitiv. Un scenariu comun în cazul vulvei este biopsia pentru mâncărimile persistente. Biopsia (o procedură minoră, prin care se recoltează 3-4 milimetri de piele) poate fi recomandată pentru a depista din vreme un cancer. Deși biopsia poate ajuta la diagnosticarea cauzei mâncărimii, de multe ori rezultatele nu sunt specifice și deci cel mai bun lucru pe care îl poate face biopsia este să elimine posibilitatea cancerului (ceea ce este, totuși, foarte important).

Ghid elementar pentru ciclul menstrual

Deși aceasta este *Biblia vaginului*, și nu *Biblia uterului și a ovarelor*, ar fi util să cunoști toate schimbările care au loc în fiecare lună în timpul ciclului menstrual pentru a putea înțelege informațiile din această carte.

Menstruația este eliminarea mucoasei interne a uterului (endometrul) atunci când nu are loc o sarcină. Vârsta medie de menarhă – primul ciclu menstrual – este de 12-13 ani. Prima zi a ciclului menstrual sau ziua 1 a ciclului este prima zi de sângerare (deci prima zi a menstruației). De obicei, sângerarea menstruală durează 3–7 zile (consultă capitolul 17, pentru mai multe detalii despre cantitatea de sânge eliminată).

Ciclul menstrual este reglat de mai multe circuite hormonale complexe care lucrează în armonie. Câteodată, vizualizez aceste circuite ca trei jongleri care trebuie să arunce din când în când una dintre mingile lor celuilalt, în timp ce toți continuă să jongleze. Dacă totul merge bine, atunci sistemul funcționează perfect; totuși, o aruncare întârziată sau o minge scăpată aruncă totul în haos. În cazul menstruației, cei trei jongleri sunt hipotalamusul (o parte a creierului), glanda hipofiză (glandă endocrină, localizată în creier) și ovarele.

Hipotalamusul eliberează un hormon, numit hormonul eliberator de gonadotropină (GnRH), iar acest proces poate fi ușor deranjat de stres, de tulburări de somn și de modificări în greutate. GnRH determină glanda hipofiză să elibereze hormonul de stimulare foliculară (FSH), care le spune ovarelor să înceapă dezvoltarea foliculilor (ovule). Foliculii produc estrogen, care îngroașă mucoasa internă a uterului. Estrogenul oferă un răspuns glandei hipofize. Când nivelul de estrogen este destul de ridicat, glanda hipofiză

eliberează un hormon, numit hormonul luteinizant (LH), care declanșează ovulația.

După ovulație, ovulul se îndreaptă spre trompele uterine și spre uter, iar țesutul lăsat în urmă (precum coaja de ou, dar mai moale), numit corpus luteum, produce progesteron. În timp ce estrogenul îngroașă mucoasa internă a uterului (precum cărămizile așezate unele peste altele), progesteronul stabilizează căptușeala (precum mortarul). Corpus luteum poate produce progesteron doar timp de 14 zile, asta dacă nu primește un semnal de sarcină. În lipsa fertilizării, corpus luteum se micșorează, iar progesteronul este retras rapid, ceea ce provoacă eliminarea căptușelii uterului sub formă de menstruație. Și am ajuns la începutul ciclului, ziua 1 fiind ziua în care începe sângerarea.

Estrogenul și progesteronul au efecte majore dincolo de ovare, uter și vagin. Schimbările ciclice pot afecta starea emoțională, sistemul imunitar și chiar și sensibilitatea la atingere.

Când ar trebui să merg la ginecolog sau la un alt medic specializat în sănătatea femeii?

Unele femei preferă ginecologul, deși majoritatea preferă să meargă la medicul de familie și la asistenții medicali. Chiar și anumiți pediatri se pot ocupa de sănătatea reproductivă. Specialistul la care trebuie să mergi pentru consultări regulate și simptome, precum mâncărime sau infecții cu transmitere sexuală (ITS), poate varia în funcție de mai mulți factori.

Vizita la medic în legătură cu sănătatea reproductivă preventivă este recomandat a se face între 13 și 15 ani. Vizita poate fi la orice medic care nu se simte stingherit să vorbească cu adolescenții despre sex și sănătatea reproductivă. Vizita reprezintă oportunitatea de a discuta orice neliniște despre sănătatea reproductivă, precum protecția menstruală sau protejarea în timpul sexului. Examinarea pelviană nu este necesară dacă nu există simptome, iar în cazul adolescentelor care nu sunt active sexual, examinarea pelviană (adică controlul medical realizat în interiorul vaginului) poate fi evitată aproape întotdeauna.

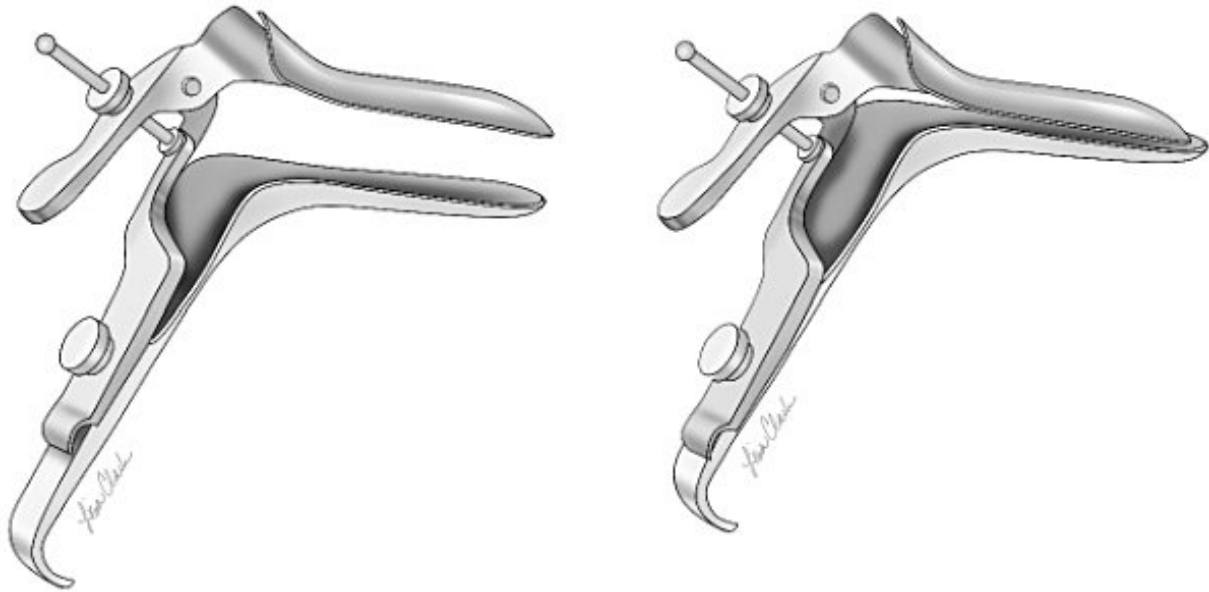
Investigațiile pentru ITS trebuie începute imediat ce adolescenții devin activi sexual și continuate până la vârsta de 24 de ani (vezi capitolul 28). Indiferent

dacă ai fost sau nu activă, investigațiile pentru cancer cervical încep la vârsta de 21 de ani (consultă capitolul 26). Nu este niciodată o idee proastă să vizitezi medicul doar pentru a vă cunoaște. Astfel, nu vei mai fi stresată cu privire la persoana cu care vei împărtăși informații intime înainte de a fi nevoie să discutați. Pentru femeile care nu au fost niciodată active sexual sau nu au fost examinate pelvian, această vizită poate fi utilă mai ales pentru a se familiariza cu ce implică examenul și echipamentul medical.

Orice femeie care a ajuns la vârsta de 24 de ani sau orice tânără care și-a început viața sexuală ar trebui consultată anual pentru testarea chlamydiei. Nu se exclud nici testările pentru alte infecții transmise sexual. Testarea urinei este foarte eficientă și poate să excludă examinarea pelviană, iar această testare este clar mai acceptabilă pentru orice femeie, indiferent de vârstă.

Ce este o examinare pelviană?

Examinarea pelviană are două componente: observarea interiorului vaginului cu un dilatator pentru a vedea vaginul și cervixul sau atingerea în interiorul vaginului cu degetele (cu mănuși lubrificate) – cealaltă mână poate apăsa pe abdomenul inferior pentru a simți uterul și ovarele. A doua parte din examinare poate fi numită examinare internă sau examinare bimanuală și evaluează mușchii pelvieni, prolapsul organelor pelviene și orice masă vaginală sau iregularități în vagin sau în zona pelviană (asta înseamnă pe sau în jurul ovarelor sau uterului). Câteodată este necesară o examinare rectală (inserarea unui deget înmănușat în rect). Depinde de motivul examinării dacă este nevoie de o examinare internă și/sau de una rectală.



Imaginea 6: Dilatator deschis (stânga) și închis (dreapta).

ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI

Dilatatorul este un instrument care ajută investigarea interiorului corpului. Există mai multe tipuri, iar cel utilizat pentru testarea cancerului cervical sau pentru ITS se numește dilatator bivalv. Acesta este compus din două lame (nu sunt ascuțite, ci doar ușor curbate).

Dilatatorul bivalv este introdus închis, pentru a face introducerea mai puțin dureroasă, și apoi se deschide, după ce se este introdus în adâncime. Există un șurub sau ceva asemănător care ține lamele deschise în timpul examinării. Când dilatatorul este deschis, îi permite medicului să vadă cervixul și partea superioară a vaginului. Marginile dilatatorului sunt deschise și, prin urmare, dacă dilatatorul este rotit, pot fi inspectați pereții vaginului.

Există diferite tipuri de dilatatoare, toate cu modificări minore, pentru că și femeile sunt diferite. Dilatatoarele comune sunt Pedersen, Graves și Cusco, numite după bărbații care au conceput modificările. Un Graves este mai lat la capăt (util pentru a vedea cervixul în timpul procedurilor), dar nu este utilizat aproape niciodată pentru examinările obișnuite. Capătul mai lat poate face introducerea mai dureroasă.

Dilatatoarele au mărimi diferite; un dilatator strâmt are aproape lățimea unui deget și poate fi folosit pentru a nu produce prea mult disconfort. Compar asta

cu probatul hainelor la magazin – mereu mi s-a spus să încep cu cea mai mică pereche de pantaloni care cred că m-ar putea încăpea.

În general, femeile care au folosit tampoane sau cupe menstruale sau care sunt active sexual vor suporta bine dilatatoarele și examinarea pelviană efectuată de un medic care știe să le facă să se simtă relaxate, înaintează ușor, este conștient de indiciile care sugerează că examinarea a devenit dureroasă și știe să se oprească și să se asigure dacă este în regulă să continue sau dacă trebuie să facă procedurile necesare.

Dilatatoarele și examinările pelviene nu trebuie să fie dureroase; este normal să simți presiune sau disconfort, dar nu durere. Dacă doare, atunci spune-i medicului și cere-i să se oprească.

Examinările anuale pelviene nu mai sunt recomandate, pentru că investigațiile medicale ale organelor pelviene și vaginului, realizate prin această modalitate, nu sunt fiabile pentru identificarea afecțiunilor medicale – pe scurt, este un consult minor. Dacă nu ai simptome, asta înseamnă că după investigațiile pentru cancer cervical examinarea ta este completă.

DILATATOARELE SUNT O MOȘTENIRE RASISTĂ? Unor femei nu le place ideea de dilatator pentru că li s-a spus că a fost inventat de dr. Marion Sims, cunoscut unora drept „tatăl ginecologiei moderne americane“, iar altora, inclusiv mie, drept un medic de calitate inferioară și un bărbat îngrozitor, care experimenta pe sclave, fără acordul acestora, și care practica medicina doar pentru bani.

Prin folclorul medical umblă vorba că dr. Sims a dezvoltat prima tehnică chirurgicală reproductibilă pentru fistulele vezico-vaginale (o conexiune între vezică și vagin, provocată de rănilor de la naștere). Nu este așa. Au fost alți chirurghi înainte de el care au realizat această operație, și citind lucrările confrăților lui, este clar că tehnica lui nu era ușor de reprodus (sau poate deloc). De asemenea, Sims a deschis primul spital public pentru femei, dedicat vindecării rănilor provocate de sarcină și naștere. Fistulele reprezentau o sursă semnificativă de stres pentru femei, iar Sims s-a gândit că va putea aduna o avere dacă ar putea crea o tehnică de ajustare fiabilă a fistulelor. Din cauza nerespectării anumitor reguli, în cele din urmă, lui Sims i s-a cerut să părăsească spitalul.

Sims chiar a conceput un dilatator pentru a ajuta la observarea vaginului în timpul operației, dar acesta nu este dilatatorul bivalv. De asemenea, Sims nu a fost singurul care a gândit un asemenea dilatator. Primul dilatator datează din vremurile romanilor (unul a fost dezgropat în Pompeii), iar din 1818 este cunoscut un prim dilatator vaginal care a fost folosit de chirurghi. În 1825, o moașă franceză, Marie Anne Boivin, a modificat dilatatorul și ceea ce folosim astăzi este o versiune a creației sale – o lamă superioară și una inferioară, care pot fi deschise pentru ca laturile (pereții vaginali) și partea superioară (cervixul) să poată fi văzute. Dispozitivul lui Sims are o singură lamă și un mâner mult diferit.

Este revoltător cum, pe lângă toate practicile lipsite de etică medicală și rasiste pe care Sims le aplica femeilor, a șters cu buretele informația că dilatatorul bivalv a fost creat de o femeie.

Deși cred că designul dilatatoarelor poate fi modificat pentru a oferi femeilor experiențe mai puțin neplăcute și pentru a le expune medicilor o panoramă mai bună, pentru moment poți fi sigură că dilatatorul folosit de medicul tău nu a fost conceput de Sims și nici nu este bazat pe designul lui.

ÎNTOTDEAUNA SUNT DUREROASE EXAMINĂRILE CU DILATATORUL? Doar dacă există unul dintre următoarele motive: suferi de o afecțiune sau medicul tău are o tehnică deficientă.

Dacă ai dureri doar la examinările pelviene, atunci tehnica este problema. Dacă ești neliniștită sau dacă ai trecut printr-o experiență traumatizantă, fie o traumă sexuală, fie una asociată unei examinări medicale, aceste amintiri pot reveni în timpul consultului și pot crește șansele de a avea dureri în timpul examinării, dar nu ele sunt cauza.

Dacă ai dureri la introducerea tampoanelor sau cupelor menstruale ori în timpul activității sexuale, atunci este posibil să suferi de o afecțiune care ar provoca durerile vaginale sau vulvare, iar acestea fac examinările pelviene mai dureroase. Totuși, chiar și în aceste situații, cel mai bine este să te oprești și să faci o analiză a opțiunilor pe care le ai. Tehnicile examinărilor pot fi modificate aproape întotdeauna pentru a diminua experiențele dureroase. Multe femei îmi spun că este extrem de important pentru ele să știe că medicii fac tot posibilul pentru a minimaliza durerea.

Singura situație în care o examinare dureroasă ar trebui să continue, și chiar și în acest caz este nevoie de acordul pacientei, este o urgență medicală – adică dacă suferi de hemoragie și medicul trebuie să oprească imediat sângerarea sau să prevină alte complicații, precum o transfuzie. În afara departamentului de urgență, aceste situații sunt rare. Nu se aplică testările pentru cancer cervical, evaluării durerii din timpul sexului sau altor simptome discutate în această carte.

Unele femei se dau curajoase, altele cred în mod eronat că examinările pelviene cu ajutorul dilatatorului ar fi dureroase pentru toate femeile, iar altele clar au dureri, dar sunt ignorate de medici. Pentru că nu fac parte dintre acești medici, nu cred că am o explicație pentru aceste manifestări. Tot ce știu este că evaluez femei cu dureri în fiecare zi și în fiecare zi aud că pentru pacientă a fost examinarea cel mai puțin dureroasă de care a avut parte vreodată. Este mai bine să fii cu gândul la rezultat și să începi cu puține informații, iar apoi, în timp ce afecțiunea medicală începe să se amelioreze, se pot efectua mai multe evaluări, dacă este necesar. Multe testări pot fi făcute doar cu un tampon, deci de cele mai multe ori dilatatoarele pot fi evitate, cu excepția cazurilor de vaginită. Dar chiar și atunci putem începe cu tampoane, cu creșterea încrederii și cu strategii pentru reducerea durerii. Un dilatator strâmt, pe care îl tolerează multe femei, este adesea și singurul necesar.

Posibilele dezavantaje ale vizitelor rare

Examenul ginecologic anual chiar este ceva de domeniul trecutului. Există multe avantaje pentru a evita testările inutile. Femeile evită examinările fizice invaziv-intruzive, care pot fi jenante și/sau dureroase. Mai sunt și beneficiile reducerii costurilor, precum și a grijilor în privința rezultatelor fals pozitive. În medicină, avem un jargon pentru aceste rezultate accidentale și totuși lipsite de sens pe care acum suntem obligați să le demonstrăm ca fiind inutile – pseudodescoveriri.

Există un dezavantaj care nu a fost studiat: femeile care nu merg anual la medic pentru a-și verifica sănătatea reproductivă pot avea o relație mai distantă cu acesta. Când vezi pe cineva o dată la trei sau la cinci ani, este mult mai dificil să vorbești despre probleme intime decât atunci când vă întâlniți o dată pe an. Este adevărat că atunci când examinările pelviene anuale erau recomandate,

mulți medici nu întrebau niciodată nimic despre sex și deci aceste vizite implicau multe frustrări. Nu sunt sigură că mai puține vizite vor ajuta cu ceva.

Adesea mă întreb dacă consultările anuale prin telefon ar fi utile; așa, medicul ginecolog ar putea asculta povestea femeii și i-ar putea spune dacă are nevoie de testarea pentru ITS, în afara recomandărilor de investigații de rutină, ar putea întreba despre sănătatea sexuală sau despre alte aspecte legate de vulvă și vagin și ar putea oferi sfaturi pentru sănătatea reproductivă, în funcție de vârsta pacientei. Femeile sunt expuse la multe informații greșite și la dezinformare, încât oportunitatea de a consulta medicul merită să fie studiată.

De reținut:

- Nu sunt recomandate examinările anuale pelviene.
 - Examinările pelviene nu trebuie să fie dureroase.
 - Dacă este nevoie de dilatator, cele mai mici sunt Pedersen și Cusco și adesea acestea sunt suficiente.
 - Dilatatorul bivalv, folosit pentru examinările vaginale și frotiu Papanicolau, nu a fost inventat de dr. Sims.
 - Singurele evaluări regulate asociate cu sănătatea vaginală sunt testările pentru cancer cervical și ITS.
-

CAPITOLUL 7

Alimentația și sănătatea vaginală

Există un mit conform căruia alimentația are un impact direct asupra sănătății vaginului. În ultimii 25 de ani, mulți reporteri mi-au luat interviuri pe această temă. De multe ori, am oferit un raport detaliat despre cum este imposibil de demonstrat din punct de vedere biologic o conexiune directă intestine–vagin, și de fiecare dată apăreau titluri precum: „Mănâncă ananas pentru un vagin mai dulce!“ sau „Elimină candidoza renunțând la pâine!“. Părea să fie adevărat că fraza „Vaginul tău nu vrea decât să ai o dietă sănătoasă și echilibrată!“ nu era suficient de sexy.

Te întrebi ce rău poate să facă?

Această presupusă conexiune directă dintre alimentație și vagin este o neînțelegere totală a modului în care funcționează corpul... și faptele contează. În plus, ideea de a consuma anumite alimente pentru a schimba modul în care miroase vaginul susține o credință veche care spune că este ceva în neregulă cu un vagin normal și sănătos. Este doar o reinterpretare a vorbelor.

Cealaltă problemă legată de aberațiile despre alimentație și vagin este că alimentele pot provoca o hiper-vigilență alimentară severă și restricții. Pe scurt, ortorexia vaginală (ortorexia este o tulburare de alimentație, manifestată prin atenție excesivă asupra alimentelor percepute a fi sănătoase și evitarea alimentelor considerate dăunătoare). Am pierdut șirul femeilor care mi-au spus că nu au mâncat o felie de tort sau o prăjitură de ani buni, încercând să scape de candidoză, și totuși au aceleași simptome. Disperarea din aceste voci nu este de ignorat. Și serios acum: este absolut în regulă să mănânci o felie de tort sau o prăjitură din când în când.

Dacă ai un miros vaginal care te îngrijorează, ar trebui să citești capitolul 43 și să consulți un medic sau o asistentă – cu siguranță că remediul nu se află la magazinul alimentar.

Ar putea fructele să influențeze mirosul vaginului?

Secrețiile vaginale reprezintă o combinație de celule epiteliale din pereții vaginali, fragmente descompuse, produse de bacteriile vaginale sănătoase (lactobacili), mucoasa cervicală și o cantitate mică de transudat (fluid care se scurge printre celule). Consultă capitolul 2 pentru o recapitulare. Substanțele produse de lactobacili contribuie cel mai mult la mirosul vaginal, la fel cum mirosul corpului are legătură cu secrețiile descompuse de bacteriile de piele și produse de glandele sudoripare specializate.

Mâncarea nu va distruge lactobacilii, nu îi va determina să se reproducă și nici nu va schimba produsul metabolismului lactobacililor. Pentru ca alimentația să schimbe rapid mirosul vaginal printr-un tip de fenomen mănâncă-asta-apoi-miroase-așa, o substanță volatilă (adică ceva care se poate evapora și să producă un miros) ar trebui să supraviețuiască digestiei sau să fie creată de digestie și apoi să ajungă în vagin. Ceea ce ar rămâne în sânge ar trebui să fie incredibil de puternic pentru ca și cea mai mică urmă de fluid din fluxul sangvin să ajungă în vagin. Atunci ar trebui, cumva, să nu afecteze mirosul corpului sau mirosul urinei.

Pe scurt, este nevoie de ceva magie pentru ca alimentele să schimbe mirosul vaginului.

Dar usturoiul și sparanghelul?

Există câțiva metaboliți volatili din alimente cunoscuți pentru impactul asupra mirosului corpului. Acestea au mirosuri înțepătoare sau serbede, deci nu dulci sau plăcute. Cel mai cunoscut exemplu este mirosul urinei după consumarea sparanghelului. Deși mecanismul real nu este cunoscut încă, majoritatea cercetătorilor cred că unele persoane metabolizează acidul aspartic din sparanghel într-un compus care miroase a sulf, eliminat prin urină. Aproximativ 40% dintre oameni sunt capabili să miroasă acești metaboliți neplăcuți. Motivul pentru care unele persoane pot detecta mirosul urât, iar altele nu, poate fi legat de genetică. Și usturoiul are metaboliți volatili, descriși ca având miros de usturoi și/sau de varză, detectați în urină și în laptele matern. Țesutul rinichilor și al sânilor conține anumiți metaboliți activi concentrați, așa că este normal ca atunci când mănânci mult usturoi, un metabolit urât mirositor să se poată concentra în urină și în laptele matern și să influențeze mirosul.

Metaboliții nu se concentrează în vagin.

Legătura dintre zahăr și candidoză

Există o legătură între zahărul din sânge și infecții, dar consumul alimentelor bogate în zahăr nu are un impact direct asupra vaginului.

După cum am discutat în capitolul 2, și merită să mai menționăm încă o dată, până la 3% din fluidul vaginal este reprezentat de glicogen, un zahăr înmagazinat. Acesta conține și glucoză. Cantitatea de glicogen și de zahăr variază și depinde de faza ciclului menstrual, dar câteodată poate fi mai ridicată decât cea de sânge.

Nu este posibil să schimbi nivelul de zahăr din vagin prin dietă, deoarece zahărul provine din celulele mucoase (piele). De fapt, cercetătorii au încercat să crească zahărul înmagazinat în celulele mucoase, determinând femeile să mănânce mai mulți carbohidrați, dar a fost inutil. Într-un alt studiu, femeile au ingerat o cantitate de zahăr echivalentă cu cea din două doze de cola, iar cercetătorii au tras concluzia că nivelul de zahăr din vagin nu a crescut, nici măcar în cazul femeilor cu istoric al infecțiilor cu candida.

Vaginul tău are nevoie de zahăr, dar nivelul de zahăr din vagin nu are nicio legătură cu alimentația.

Infecțiile cu candida reprezintă o problemă majoră întâlnită în unitatea de terapie intensivă. Toate avem candida în intestine, în vagin și pe piele, așa că atunci când suferim intervenții invazive care rup stratul protector al pielii, candida normală, care până acum își vedea de treabă, poate intra în fluxul sangvin. Aceasta este o infecție sistemică cu candida și este foarte gravă. Fără terapie intravenoasă, poate fi fatală. Cercetătorii au analizat dietele și suplimentele nutriționale pentru persoanele din unitatea de terapie intensivă pentru a încerca să reducă colonizarea candididei și infecțiile cu candida, iar până astăzi nu au avut niciun rezultat. Dacă dieta ar putea reduce colonizarea candididei, am fi știut deja. Medicii care vând diete speciale și care nu au publicat niciodată lucrări în acest domeniu nu dețin răspunsul secret la întrebarea „cum să reducem colonizarea candididei“. Ideea unei diete anticandidoză nu este sprijinită de biologia elementară și nici de cercetările de până acum.

Există studii care arată că femeile care suferă de diabet (o suferință asociată cu un nivel ridicat de zahăr în sânge) prezintă riscuri mai mari de a avea candidoză vaginală și ca aceasta să se extindă și să provoace infecții. Este adevărat și că acest aspect este complex, iar motivele nu sunt înțelese în totalitate. Recent, au apărut date care indică drept cauză creșterea glucozei din *urină*. Când nivelul de zahăr din sânge este ridicat, zahărul în exces se varsă, literalmente, în urină. Când femeile își golesc vezica, pe piele ajunge o cantitate microscopică de urină. Deși vaginul a evoluat și tolerează zahărul, pielea vulvei nu face asta, iar expunerea la glucoza de aici poate favoriza dezvoltarea candidiei, provocând infecții vulvare cu candida. O parte din candida poate ajunge în vagin, provocând infecții vaginale.

Această teorie este susținută de o alertă de siguranță din partea Food and Drug Administration (FDA) cu privire la o infecție gravă a organelor genitale (fasciită necrozantă, cunoscută și ca bacteria care se hrănește cu piele) asociată cu o categorie de medicamente, numite inhibitori ai co-transportor 2 sodiu-glucoză (SGLT2). Acestea includ canagliflozină, dapagliflozin și empagliflozină. Medicamentele sunt folosite pentru a reduce nivelul zahărului în sânge la persoanele care suferă de diabet de tipul 2 și funcționează ajutând rinichii să elimine mai mult zahăr. Asta poate duce doar la o cantitate mai mare de glucoză pe piele și poate favoriza dezvoltarea bacteriilor patogene (dăunătoare).

Nivelul mare de zahăr din sânge poate afecta modul în care sistemul imunitar răspunde în fața infecțiilor sau chiar bacteriile sănătoase care țin infecțiile la distanță.

Este posibil să fi citit toate acestea și tot să nu fii convinsă că nu există nicio legătură între zahărul din dietă și candida din vagin (în cazul femeilor care nu au diabet), pentru că ți se pare că ai simptome vaginale de fiecare dată când mănânci zahăr.

Răspunsul este ceea ce se numește „efectul nocebo“, adică efecte negative pentru sănătate provocate de așteptări negative (pe scurt, un răspuns placebo neplăcut). Este rezultatul condiționării și în special al credinței că se va întâmpla ceva negativ. Asta nu înseamnă că cineva care are simptome de iritație după ce consumă zahăr se prefacă sau că ele nu sunt reale. Există schimbări chimice reale în creier, care determină mâncărimea sau iritația, dar cauza

acestor schimbări este reprezentată de așteptările negative, și nu de zahăr. Efectele nocebo sunt bine studiate. Toate studiile clinice pentru medicamente includ un grup care ia placebo, pastile inerte de zahăr, dintre care o pondere de 2–5% dintre persoane întrerup placebo din cauza efectelor adverse grave percepute ca având legătură cu acel medicament. Pentru că aceste persoane nu au primit medicamentul adevărat, simptomele lor pot fi explicate doar prin intermediul așteptărilor negative sau al efectului nocebo.

Consumul de pâine, bere sau vin ar putea provoca infecția cu candida?

Drojdia este folosită pentru a face vin, bere și pâine, așa că este ușor de înțeles de unde a apărut mitul care spune că alcoolul sau pâinea provoacă candidoză. Simțul realității ne spune că nu poate fi adevărat, la fel cum francezii se bucură de produse fine de panificație și de vin de sute de ani, iar franțuzoaicele nu sunt afectate de infecțiile cu candida.

Știința susține simțul realității. Drojdia cel mai des folosită pentru pâine și alcool este *Saccharomyces cerevisiae*, iar această specie *rareori* este cauza infecțiilor vaginale cu candida (aproape 1% dintre cazuri). Maiaua dezvoltă ciuperci sălbatice, precum *Saccharomyces exiguus*, *Candida milleri*, *Candida humilis*, în mediu, dar acestea nu vor provoca infecții vaginale cu candida (dezvoltă și *S. cerevisiae*). Dacă aceste constatări nu sunt suficiente, atunci ia în considerare faptul că ciupercile din pâine, vin și bere pasteurizată sau filtrată sunt moarte. Berea nefiltrată sau nepasteurizată poate conține urme de ciuperci inactive, dar nici acestea nu sunt tipul potrivit.

Am aflat că o femeie pretinde că a făcut pâine cu maiaua crescută cu ajutorul ciupercilor din vagin, iar acesta este locul potrivit pentru a discuta despre această poveste. În primul rând, nu putem ști dacă ce a cultivat din vaginul ei era *Candida albicans* (cea mai comună cauză a infecțiilor cu candida) sau oricare altă ciupercă. Credința că ai cultivat ceva nu este echivalentă cu demonstrația științifică că așa și este. Vaginul este plin cu bacterii și orice tampon neprelevat corespunzător într-un laborator poate dezvolta tot felul de microorganisme, majoritatea nefiind ciuperci. În al doilea rând, maiaua acestei femei, ca toate tipurile de maia, ar fi putut aduna ciuperci sălbatice din aer, de pe suprafața făinii etc. și așa, chiar dacă ar fi reușit să dezvolte ciuperci din

vaginul ei, nu ar fi adăugat nimic la coacere, în afară de faima temporară de pe internet, și, bineînțeles, și mai multă confuzie despre candidoză și ciuperci.

Dacă vrei să demonstrezi că ciupercile vaginale pot coace pâine, atunci ai nevoie de probă de cultură de *C. albicans* pe care să o adaugi direct în făină, așa cum faci cu drojdia cumpărată de la magazin, dar acesta pare un exercițiu extrem de inutil. Așa că mai bine nu facem asta.

Cele mai benefice alimente pentru vagin

În ceea ce privește vaginul, nu există alimente bune sau rele. Știu că această afirmație supără multe persoane, dar chiar nu există alimente bune sau rele, cu excepția acizilor grași trans, care sunt acizi grași modificați, asociați inflamațiilor și afecțiunilor cardiace. Există toate motivele să îi eviți (asta înseamnă să spui la revedere glazurilor din conservă). Există diete sănătoase și diete mai puțin sănătoase, o alimentație bună reprezentând o metodă eficientă de medicație preventivă, dar consumul unui anumit aliment drept tratament nu este valabil pentru vagin.

Cum rămâne cu sucul de merișoare pentru prevenirea infecțiilor la nivelul tractului urinar sau al vezicii? În prima parte a anilor 1900, înaintea metodelor moderne de diagnostic al infecțiilor vezicii și înaintea administrării antibioticelor, medicii recomandau sucul de merișoare deoarece acidul hipuric eliberat în timpul metabolizării merișoarelor face urina foarte acidă. Teoria era că aciditatea va face mai dificilă dezvoltarea bacteriilor. Merișoarele conțin și lectină (o proteină), care poate preveni legarea bacteriilor de celulele din tractul urinar (aderența bacteriilor la celule este un pas necesar pentru producerea unei infecții). Deși ambele ipoteze sunt plauzibile din punct de vedere biologic și merită urmate, multe studii au arătat că sucul de merișoare nu prezintă *niciun beneficiu*. În plus, sucul nu are valoare nutrițională, deci este doar sucul naturii. Sucul de merișoare, chiar și cel fără zahăr adăugat, conține o grămadă de zahăr, unele mărci având aceeași cantitate ca un suc acidulat.

Două studii minore au făcut legătura dintre dieta bogată în grăsimi saturate (grăsimi animale, carne și lactate) și vaginoza bacteriană, dar rezultatele sunt departe de a fi ceva sigur. O dietă bogată în grăsimi poate reprezenta doar o corelație, nu și o cauză, adică este mai posibil ca femeile cu aceste tipuri de diete să prezinte alți factori de risc pentru vaginoza bacteriană. Cum ar putea fi

posibilă această conexiune din punct de vedere biologic rămâne un mister. Există și alte motive de sănătate, nu numai a vaginului, pentru a încerca să eviți dietele bogate în grăsimi saturate.

Consumul a cel puțin 25 de grame de fibre pe zi este cel mai bun sfat preventiv pe care îl pot oferi în ceea ce privește vaginul, pentru că fibrele sunt probiotice, adică hrănesc intestinalele cu bacterii bune. Fibrele atrag și apă în scaun, înmuindu-l și ajutându-l astfel să înainteze mai repede și să prevină constipația. Constipația poate determina încordarea care poate provoca spasme ale pelvisului (potențiale cauze ale durerii din timpul sexului sau durerii pelviene) și hemoroizi. Americanul de rând consumă doar 7-8 grame de fibre pe zi, prin urmare recomand calculul cantității de fibre, adică notarea tuturor alimentelor consumate timp de 1-2 zile, iar apoi verificarea procentului de fibre, pentru a ști cât consumi și pentru a face modificările necesare. Eu sunt puțin leneșă și mănânc în majoritatea zilelor cereale cu doar 8–13 grame de fibre per porție, deci știu că sunt la o treime sau la jumătatea drumului înainte de a-mi începe ziua.

Multe persoane întreabă despre alimentele fermentate, precum iaurt, zeamă de varză acra sau kombucha pentru a ajuta organismul la cultivarea bacteriilor bune. În mod normal, aceste alimente nu conțin tulpinile potrivite de lactobacili pentru sănătatea vaginală, deși este posibil să conțină bacterii sănătoase pentru intestine. Unele studii au făcut legătura dintre produsele din lapte fermentat, precum iaurtul, și diminuarea cancerului de vezică, a afecțiunilor cardiace, a afecțiunilor gingivale și a celor cardiovasculare. Fermentația potențează valoarea nutrițională a legumelor și poate crește nivelul de fier disponibil pentru absorbție. Multe femei au deficiență de fier, deci acestea nu le-ar face rău.

Este *posibil* ca bacteriile fermentate din lactate și legume să aibă un efect benefic asupra bacteriilor normale din intestine după administrarea antibioticelor, dar nu există studii în legătură cu impactul asupra sănătății vaginale. Probabil că nu este o strategie proastă să consumi alimente fermentate în timpul tratamentului cu antibiotice, pentru a încerca să minimalizezi impactul antibioticelor asupra bacteriilor din intestin (aceasta este o cauză a diareei provocate de antibiotice). Totuși, din moment ce nu există studii care să dovedească faptul că așa ceva funcționează, nu mi-aș face griji că nu îți plac alimentele fermentate și că această strategie nu te atrage. Personal, urăsc varza

murată și kombucha, iar ca să le dau o șansă ar trebui să existe câteva studii serioase care să demonstreze clar că protejează bacteriile din intestin după consumul de antibiotice.

De reținut:

- Alimentele nu pot schimba mirosul vaginal.
 - Nu există o dietă anticandidoză. Dacă nu suferi de diabet, alimentele consumate nu îți vor provoca infecție cu candida (și chiar dacă ai diabet, mai afectate sunt urina și sistemul imunitar).
 - Nu există dovezi că sucul de merișoare previne infecțiile vezicii.
 - Consumul a 25 de grame de fibre pe zi te va ajuta să îți menții intestinele sănătoase și, indirect, îți va ajuta vaginul.
 - Alimentele fermentate ar putea (cu accent pe „ar putea“) să fie de folos când iei antibiotice.
-

CAPITOLUL 8

Adevărul despre lenjeria intimă

Aproape tuturor femeilor li s-a spus cel puțin o dată (și adesea mai mult decât o dată) să poarte lenjerie albă și din bumbac, ca recomandare medicală pentru a preveni infecțiile cu candida și alte afecțiuni vaginale. Acest sfat pare să transforme vaginul și vulva în locuri ale unor accidente iminente. Vulva poate face față urinei, fecalelor și sângelui, iar vaginul rezistă la sânge, ejaculări și bebeluși, deci această idee conform căreia o pereche de tanga neagră prevestește apocalipsa vaginală sau vulvară este absurdă.

Îmi place lenjeria sexy. Poate din cauza anilor în care mama îmi cumpăra tipul de lenjerie pe care credea ea că „fetele bune“ (adică cele care fac sex doar pentru procreare) trebuie să o poarte – hidos de florale și de mari. Poate fi și din cauză că am purtat toată viața uniforma de chirurg și singura posibilitate de alegere a vestimentației era a celei de dedesubt. Oricum, dacă ar fi fost periculos pentru vulvă să port dantelă sau materiale vopsite, nu m-aș fi expus la aceste riscuri.

Lenjeria albă din bumbac chiar nu mă poate proteja împotriva infecțiilor cu candida?

Mitul lenjeriei albe de bumbac a început înainte să se știe despre ecosistemul vaginal sau despre biologia infecțiilor cu candida. Nu știu sigur cât de vechi este acest mit, dar nu m-ar surprinde dacă ar data din vremea când femeile erau sfătuite să se spele cu Lysol, iar dantela reprezenta o dovadă de desfrâu.

Există studii de proastă calitate care fac legătura dintre lenjerie și dresul de „poliester“ cu infecțiile cu candida. Au fost intervievate femei care aveau un istoric de infecție cu candida și femei fără acest istoric și au fost întrebat ce fel de lenjerie poartă. Infecțiile cu candida nu au fost demonstrate cultural (standardul de aur), ci s-a acceptat autodiagnosticarea. Aceasta reprezintă o problemă, pentru că 70% dintre femeile care se diagnostichează singure cu infecție cu candida greșesc. Când se întâmplă ceva rău, precum iritarea vulvei sau a vaginului, femeile tind să își amintească lucrurile nocive asociate cu aceste simptome, spre deosebire de femeile care nu au avut experiențe urâte, cărora să

le poată asocia simptomele. Acest fenomen se numește amintire părtinitoare. În cele din urmă, dacă ai mâncărimi și iritații intense și ți s-a spus să porți lenjerie albă de bumbac, iar tu nu ai făcut asta, probabil că este vorba despre un efect placebo. Majoritatea studiilor recente de calitate superioară nu au demonstrat nicio conexiune între lenjerie și infecțiile cu candida.

Pentru ca lenjeria să provoace probleme, ar trebui ca aceasta să schimbe ecosistemul (poate alterând pH-ul pielii), să adune umiditate excesivă sau să provoace fricțiune. Combinația dintre umiditate și fricțiune poate provoca microtraume care să permită ciupercilor obișnuite de pe piele să provoace infecții.

Lenjeria nu poate schimba pH-ul vaginal, pentru că această schimbare este ceva ce are loc intern. Există câteva studii care cercetează efectele hainelor strâmte asupra pielii vulvare, dar nu au fost demonstrate efecte asupra colonizării bacteriene sau a pH-ului. Un studiu a evaluat lenjeria nouă pe care o poartă atleții (lenjerie de corp pentru sporturi de performanță), care nu este din bumbac, ci este concepută pentru a absorbi umiditatea de pe piele, pentru a crește confortul (lenjeria udă nu este plăcută), și nu s-au observat motive de îngrijorare pentru sănătate. Tanga nu pare să aibă nici ea efecte negative.

Singurul lucru care ar putea schimba pH-ul și micromediul vulvei ar fi ceva ocluziv, ceva impermeabil precum plasticul sau latexul. Asta poate fi o problemă pentru femeile care trebuie să poarte zilnic lenjerie impermeabilă din cauză că suferă de incontinență.

Lenjeria trebuie să se potrivească – dacă tragi de tur, dacă intră în interior sau dacă se freacă de piele, poți dezvolta o iritație, dar, de obicei, acel tip de lenjerie ar fi destul de inconfortabil pentru a-l purta suficient de mult încât să ajungi să ai o problemă de sănătate. Probabil că cel mai bine ar fi să nu porți lenjerie din plastic sau din latex, pentru că orice te face să transpiri reprezintă o problemă.

Cum rămâne cu costumul de baie?

Mă intrigă scenariul în care femeile stau întreaga zi în costumul de baie ud. Mă întreb dacă persoanele care promovează panica acestor costume de baie a și văzut vreodată un astfel de articol modern. Costumul meu de baie se usucă destul de repede. Aceasta *este* și ideea. În plus, puțină apă pe piele nu va face niciun rău. Dacă așa ar fi stat lucrurile, evoluția noastră nu ar fi fost una fericită.

Umiditatea care se usucă relativ repede nu va provoca probleme. Dacă stai câteva ore în haine ude, poți dezvolta iritații ale pielii, numite macerații – o rană superficială a pielii, provocată de combinația dintre umiditate și fricțiune. De aceea, alergătorii aplică vaselină între coapse înaintea unei curse lungi, pentru a preveni macerația de la fricțiune și transpirație. Deci, dacă mai pui ceva peste costumul de baie ud learcă, te poți irita, dar factorul de confort al pantalonilor sau lenjeriei ude probabil că va determina majoritatea femeilor să se schimbe înainte de a suferi o rănire superficială a pielii.

Chiar este nevoie să port lenjerie de corp?

Nu există motive medicale pentru a purta sau nu lenjerie. Multe femei îmi spun că nu poartă lenjerie pentru a lăsa „vaginul să respire“, dar vulva și vaginul nu au plămâni. Vaginului nu îi plac nici oxigenul și nici aerul. Articolele ocluzive, precum produsele pentru incontinență, pot afecta integritatea pielii, deci o pauză de la aceste produse ar ajuta pielea. Altfel, nivelul de circulație al aerului provenit de la lipsa lenjeriei este alegerea ta.

Unele femei cred că este inconfortabil contactul direct al cusăturii pantalonilor cu pielea, altora nu le pasă, iar unora chiar le face plăcere. Este în regulă. Totul se reduce la confort, la părerea despre lenjerie și la preferința de a spăla secrețiile vaginale de pe pantaloni, pijama sau lenjerie.

Contează cum spăl lenjeria de corp?

Femeilor le sunt promovate două lucruri total opuse despre lenjerie: că practic trebuie să o sterilizeze, dar în același timp să folosească detergenți nu foarte concentrați.

Să începem cu simțul realității. De fiecare dată când îți golești vezica sau intestinele, pe piele rămâne o cantitate microscopică de urină și fecale. Nu este posibil ca vulva să fie sterilă. Vaginul este plin de bacterii. Singurul mod în care ai putea înrăutăți lucrurile, din punctul de vedere al bacteriilor, ar fi să speli lenjerie în apa de la canalizare (bine, exagerez puțin pentru efect). Poți purta aceeași lenjerie timp de o săptămână și, deși poate mirosi puțin a stătut de la mirosul corpului, nu va provoca nicio infecție.

Lenjerie curată ar putea conta din punct de vedere medical după epilare, deși efectul nu a fost niciodată demonstrat. Toate formele de îndepărtare a părului pubian, cu excepția tunsului, provoacă microtraume, deci pare normal să te

îmbraci cu o lenjerie proaspăt spălată. Ține minte: majoritatea infecțiilor vulvare de piele sunt provocate din cauza existenței unei rupturi a pielii care permite ciupercilor sau bacteriilor normale de pe piele să treacă de prima linie de apărare.

Spălatul cu apă fierbinte pare inutil în contextul detergenților moderni. Cu siguranță că acasă nu fac economie, dar îmi spăl hainele cu apă rece pentru a economisi bani (energia este foarte scumpă în California) și pentru a proteja mediul. Fiecare strop de energie folosit are impact asupra mediului.

Parfurmurile sunt cunoscute ca iritanți (nu contează dacă sunt produse de origine vegetală sau create în laborator), așa că ar fi bine să eviți produsele parfumate care ar intra în contact cu pielea, mai ales lenjeria, pentru că vulva este mai predispusă reacțiilor alergice. Produsele le poți aplica fără probleme în orice parte a corpului, mai puțin pe vulvă. Recomand să folosești un detergent din categoria celor „sigure“. Dacă nu ai probleme, atunci probabil că proverbul „dacă ceva merge bine, nu îți face de lucru să îl repari“ se poate aplica în acest caz, dar de ce să te expui inutil la un potențial alergen?

Dacă te îngrijorezi că ai putea avea o reacție la detergent, iar trecerea la unul „sigur“ nu te-ar ajuta, atunci următorul pas ar fi să te consulți cu ginecologul pentru a elimina alte cauze posibile. Dacă nu se depistează nimic, atunci mergi pentru testare la alergolog sau la dermatolog (câteodată testează pielea pentru posibile reacții locale).

Balsamul de rufe și foliile de uscare pot provoca reacții iritante, deci recomand să le eviți. Un capac de oțet alb distilat în compartimentul de balsam funcționează bine cu mașina de spălat, pentru a înmuia hainele – este ieftin și probabil mai prietenos cu mediul. Un alt beneficiu al oțetului în detrimentul balsamului este că ultimul poate crește intensitatea mirosului și mucegaiului dacă folosești o mașină de spălat cu încărcare frontală.

Dar ce să fac dacă lenjeria de corp mă irită?

Dacă este potrivită ca mărime, dacă nu este din plastic sau din latex, dacă folosești detergent fără parfum și nu folosești balsam sau șervețele parfumate în uscătorul de haine, atunci cauza problemelor nu este lenjeria. Cel mai comun scenariu este blamarea lenjeriei pentru simptomele care nu au legătură cu aceasta. Unele cauze comune ale durerii sau iritației la atingerea ușoară sau la fricțiunea blândă a lenjeriei sunt vulvodinia, o afecțiune nervoasă a vulvei, și

afecțiunile pielii, precum lichenul scleros sau lichenul simplu cronic (consultă capitolele 33 și 35).

De reținut:

- Poartă lenjeria de corp care îți place și care ți se potrivește.
 - Evită să stai în haine ude atât de mult încât să te iriți.
 - Este indicat să porți o pereche curată de lenjerie după epilarea părului pubian.
 - Lenjeria ocluzivă poate provoca iritații.
 - Când consideri că ai simptome din cauza lenjeriei, cel mai probabil ai simptome asociate în mod greșit cu aceasta.
-

CAPITOLUL 9

Informații utile despre lubrifianți

Femeile declară că folosesc lubrifiant pentru a face sexul mai amuzant și mai relaxant, dar și pentru a încerca ceva nou. Este important să aplici lubrifiant atunci când folosești prezervativul, pentru a reduce riscul ca acesta să se rupă... și nu, saliva nu se pune, pentru că nu este un lubrifiant bun. În ciuda a ceea ce ai văzut în filme, ar fi bine să eviți mierea. Am întâlnit câteva consecințe iritante.

Conform unui sondaj din 2014, 65% dintre femei declară că au folosit lubrifianți la un moment dat, iar 20% au spus că au folosit lubrifianți în ultimele 30 de zile.

Există afecțiuni medicale care provoacă uscarea vaginului, deci dacă nu ai avut niciodată nevoie de lubrifiant și deodată simți că ecosistemul tău s-a schimbat de la un mediu de grădină la deșert, merită să verifici cauza cu medicul tău. Cauza cea mai comună este menopauza, iar alte cauze ale uscăciunii vaginale includ infecțiile cu candida, alăptarea, anticoncepționalele pe bază de hormoni, care nu conțin estrogen (de exemplu, injecțiile cu Depo Provera și implantul Nexplanon), și spasmul muscular din jurul vaginului (strâmtarea provoacă fricțiune și poate fi percepută drept uscăciune).

Aud de la unele femei că partenerilor „nu le place” lubrifiantul sau spun că le-ar afecta erecția. Sunt doar câțiva mililitri de lubrifiant, deci nu e ca și cum penisul ar fi scufundat în piftie. Nu sunt urolog, dar dacă partenerul tău folosește această scuză, că ai fi „prea udă”, atunci fie nu știe ce înseamnă un vagin excitat, fie își proiectează asupra ta afecțiunea medicală, cum ar fi, de exemplu, disfuncția erectilă.

Lubrifierea vaginală face parte din actul sexual și poate varia în funcție de zi și de partener. Durata preludiului și penetrarea îți influențează și ele nevoile. Câteodată, mintea este cu mult înaintea corpului, așa că puțin ajutor venit din conținutul unei sticle te poate duce mai repede unde ai nevoie.

Indiferent de motiv, lubrifiantul este prietenul tău! Mă gândesc la lubrifiant ca la ochelari – unele persoane au avut mereu nevoie de ei, altele necesită ochelari când îmbătrânesc, iar unele au nevoie de ochelari doar pentru citit. Nu judecă nimeni după ochelari.

Ține minte: nu contează cum ajungi la petrecere, contează că ești acolo!

Tipuri de lubrifianți

Raftul cu lubrifianți de la farmacie sau din mediul online poate fi copleșitor, pentru că există o mulțime de opțiuni, mai ales la magazinele de specialitate cum sunt sex-shopurile, deși la multe dintre acestea există și o persoană informată care îți poate oferi detalii despre toate produsele.

Există câteva categorii de lubrifiant: pe bază de apă, de silicon, hibride (silicon și apă), pe bază de ulei și ulei pur (de măsline sau de cocos). Lubrifianții cu silicon rămân mai mult pe țesut decât cei pe bază de apă, deci trebuie să reaplici mai puțin și pot fi folosiți la duș sau în cadă. Unele persoane spun că cele cu silicon se curăță mai greu decât cele pe bază de apă. Uleiul este foarte persistent și multe persoane preferă senzația pe care acesta o oferă, dar uleiul poate păta cearceafurile. Lubrifianții pe bază de apă sunt mai ușor de curățat. Toți lubrifianții sunt buni pentru sexul anal.

Unor persoane chiar le pasă de senzația oferită de lubrifiant – senzațiile sunt ceva foarte personal. Eu sunt de părere că există două componente care trebuie luate în considerare: alunecarea și aderența. Alții sunt mai deranjați de problema curățării, pentru unii gustul este o problemă și mai sunt și cei cărora chiar nu le pasă, atât timp cât este ud și rezolvă treaba! Partea bună cu lubrifianții este că poți să fii curioasă și să încerci mai mulți pentru a-i găsi pe cei potriviți ție.

Pe lângă senzație și problema curățării, este important să te asiguri că lubrifiantul nu irită țesuturile vaginale și nu afectează negativ bacteriile sănătoase. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) are instrucțiuni pentru lubrifianții pe bază de apă, adică recomandă un pH de 3,5–4,5 (același cu pH-ul vaginal) și o osmolalitate mai mică de 380 mOsm/kilogram (concentrația moleculelor în apă – o osmolalitate scăzută înseamnă mai puține molecule, iar una ridicată, mai multe).

Osmolalitatea secrețiilor vaginale este de 260–280 mOsm/kilogram. Dacă osmolalitatea lubrifiantului este ridicată, poate atrage apa din țesuturile vaginale, poate duce la iritație și microtraume grave și, teoretic, poate crește riscul contractării de ITS în cazul expunerii. OMS nu recomandă lubrifiantii cu osmolalitatea mai mare de 1 200 mOsm/kilogram. Aceste recomandări nu se aplică siliconului și lubrifiantilor din ulei pur, pentru că nu conțin apă, prin urmare nu au pH (pH-ul măsoară atomii de hidrogen din apă) și nici osmolalitate.

Trebuie să te gândești și la compatibilitatea cu prezervativele, lubrifiantii pe bază de ulei putând afecta prezervativele din latex. Cele pe bază de silicon și apă sunt în regulă. Poți folosi orice lubrifiant împreună cu prezervativele din poliuretan. Compatibilitatea cu jucăriile sexuale poate reprezenta o problemă în cazul lubrifiantilor cu silicon, care pot degrada jucăriile din silicon, deci respectă întotdeauna recomandările producătorului pentru alegerea lubrifiantului potrivit. Lubrifiantii cu silicon conțin aceleași ingrediente de bază: ciclometiconă, dimeticon.

Există anumite ingrediente specifice despre care trebuie să știi mai multe în ceea ce privește siguranța. Pentru că brandurile pot schimba ingredientele, este important să verifici eticheta:

- GLICERINĂ (GLICEROL) ȘI PROPILEN GLICOL: aceștia sunt conservanții pe care îi găsești în mulți dintre lubrifiantii pe bază de apă. Au o osmolalitate ridicată, deci OMS recomandă ca volumul total de glicerol să fie mai mic de 8,3%. Pentru că ciupercile folosesc glicerină/propilen glicol ca sursă de alimentare, este posibil ca aceștia să contribuie la infecțiile cu candida. Lubrifiantii cu o cantitate mare de glicerină pot provoca o iritație ce poate fi confundată cu candidoza.
- PARABENI: conservanții din unii lubrifianti pe bază de apă. Aceștia sunt disruptori endocrini, adică pot acționa ca niște hormoni asupra țesuturilor, cu un potențial efect negativ, deși cantitatea din lubrifiant este considerată a fi sigură. Oxigenul este periculos pentru plămâni atunci când este 100% pur, dar cele 17 procente din aer nu sunt, deci doza este cea care contează în ceea ce privește siguranța. De exemplu, multe plante sunt disruptori endocrini, precum levănțica și canabis (marijuana), dar oamenii uită în mod convenabil de acestea, chiar dacă

studiile au demonstrat că există motive de îngrijorare. Parabenii sunt bine testați pentru reacțiile alergice și este puțin probabil să provoace iritații.

- GLUCONAT DE CLORHEXIDINĂ: este tot un conservant. Într-un experiment, s-a demonstrat că a omorât toate bacteriile bune, deci cel mai bine ar fi să îl eviți.
- POLYQUATERNIUM: un conservant care poate crește replicarea HIV-1. Nu există suficiente studii care să spună că aceasta este definitivă, dar până apar mai multe date, OMS sugerează să îl eviți.
- LICHIDE CU EFECT TERMIC SAU CRIOGENIC ORI LUBRIFIANȚI CARE PROVOACĂ „FURNICĂTURI“: ingredientul activ poate avea o concentrație ridicată de propilenglicol, alcool, elemente de origine vegetală, mentol și chiar capsaicină (ceea ce face ca ardeiul iute să ardă, iar în vagin chiar ai putea să simți o arsură!). Unele dintre acestea pot irita, iar altele, precum mentolul, nu sunt testate pe vagin, deci nu știm prea multe despre ele. Dacă ceva este promovat ca „natural“ sau „pe bază de plante“, nu înseamnă neapărat că oferă siguranță.
- HIDROXIETILCELULOZĂ: agentul care produce „alunecarea“ conținut în lubrifiantii pe bază de apă. Unii lubrifiantii organici sunt naturali pentru că sunt făcuți din derivate din plante, dar acești compuși se găsesc în mulți lubrifiantii, deci nu reprezintă ceva special sau rar. Pot fi folosiți și de candida pe post de hrană.
- LUBRIFIANȚI „NATURALI“ SAU „ORGANICI“: sunt termeni de marketing. Toți lubrifiantii pe bază de apă conțin conservanți, deci „natural“ nu înseamnă fără conservanți. Un lubrifiant chiar face reclamă la conservanți spunând că aceștia conțin „suficiente elemente pentru siguranță și insuficiente pentru a fi dăunătoare“. Nu cred că există vreun producător care vrea să facă rău, nici ei nu vor să se dezvolte bacteriile. Personal, urăsc astfel de tertipuri din publicitate, pentru că sunt concepute pentru a ne face să uităm că producătorul autointitulat „natural“ pare să ofere exact aceleași lucruri precum produsele „convenționale“.
- PE BAZĂ DE ULEI: conține diferite uleiuri, precum ulei de migdale, de floarea-soarelui și unt shea. Unele conțin ceară de albine și vitamina E. Fiecare brand are amestecul lui.

- ULEIURI DE GĂTIT: ulei de măsline sau ulei de cocos. Un studiu a făcut legătura dintre uleiuri și o incidență mai mare de colonizare a candidiei, iar altul care a analizat uleiul de măsline la femeile aflate la post-menopauză nu a descoperit efecte negative. Timp de mulți ani, medicii au recomandat Crisco, dar acesta conține acizi grași trans, dăunători sănătății (consultă capitolul 7). Deși nu este probabil să poată fi absorbit, ideea de a intra în contact cu un ulei asociat cu afecțiunile cardiace, cu orice parte a corpului tău, pare irațională. Deși uleiul de cocos nu a fost studiat, am avut mulți pacienți care l-au folosit foarte mulți ani și nu îmi amintesc să se fi plâns cineva.
- VASELINĂ: a fost asociată cu vaginoza bacteriană în cadrul a cel puțin două studii atunci când a fost utilizată ca lubrifiant. Evit-o.

Am nevoie de un lubrifiant special pentru a rămâne însărcinată?

Studiile din laborator (in vitro) au sugerat că anumiți lubrifianți pot afecta calitatea spermei; dar rezultatele sunt contradictorii – câteodată, lubrifianții prietenoși cu sperma au împiedicat-o să înoate, iar în alte studii, aceiași lubrifianți nu au făcut asta. Unele date sugerează că o concentrație mai mare de 10% de glicerină ar putea fi problema, dar nimic nu este sigur. Au fost studiate și uleiul de măsline, de rapiță și uleiul mineral, și doar uleiul de măsline pare să fi avut în laborator efecte negative asupra spermei. Unii se întrebă dacă parabenii din anumiți lubrifianți pot afecta sperma, dar nu există dovezi reale care să susțină această idee.

Există lubrifianți despre care se afirmă să sunt siguri în ceea ce privește sperma, dar un studiu care a observat femeile care încercau să rămână însărcinate nu a găsit nicio diferență între procentele femeilor care foloseau lubrifiant prietenos cu sperma și ale celor care nu făceau asta.

Ciudat, poți spune! Ei bine, acoperirea spermei cu lubrifiant dintr-un vas Petri este diferită față de ce se întâmplă în vagin. Ține minte că și saliva reduce motilitatea spermei și nimeni nu le spune cuplurilor care vor să conceapă să evite sexul oral.

Ce ar trebui să faci? Pentru o femeie de rând care încearcă să rămână însărcinată, știința despre un lubrifiant special pare cel mult ambivalentă, dar

evitarea unui lubrifiant cu un conținut ridicat de glicerină este cel mai bun lucru care se poate face pentru vagin, deci acestea sunt cele care trebuie evitate.

Lubrifiantii „prietenosi cu sperma“ costă de două ori mai mult, deci ar fi bine să îi lași deoparte dacă nu ești diagnosticată cu vreo problemă de infertilitate legată de funcția spermei sau dacă așa îți recomandă medicul ginecolog – este posibil ca și cel mai mic impact al unui lubrifiant să reprezinte o problemă pentru sperma cu motilitate extrem de scăzută.

De reținut:

- Nu este anormal să ai nevoie de lubrifiant pentru a te bucura de sex.
 - Dacă partenerul spune că lubrifiantul îi afectează performanța sexuală, el este cel care ar trebui să meargă la medic, nu tu.
 - Evită lubrifiantii pe bază de apă, cu osmolalitatea sub 1 200 mOsm/kilogram.
 - Hidroxietylceluloza, un ingredient prezent în lubrifiantii „naturali“ și „convenționali“, poate fi asociată cu infecțiile cu candida.
 - Nu există date suficiente care să demonstreze că „lubrifiantii prietenosi cu sperma“ sunt necesari cuplurilor care nu suferă de infertilitate masculină.
-

CAPITOLUL 10

Exercițiile Kegel

În anii '40, dr. Arnold Kegel, un ginecolog din California, a descoperit că slăbirea mușchilor pelvieni contribuie la incontinență în situațiile când se pune presiune (eliberarea de urină când tușești și când strănuți) și câteodată a numit-o și „afecțiune femeiască“ sau „plângeri confuze referitoare la tractul genital al femeii“. Ultimele două pot fi un cod pentru durerea din timpul sexului și pentru dificultatea de a avea orgasm, dar ar fi greu de confirmat. Asta dovedește că în acele vremuri până și ginecologii trebuiau să folosească eufemisme.

Înainte de dr. Kegel, pelvisul era total ignorat de medicină, reprezentată aproape în întregime de medici bărbați care nu abordau funcția sexuală într-un mod serios. Normele sociale le descurajau și ele pe femei să discute despre problemele sexuale – femeile interesate de sex erau considerate „desfrânate“. În plus, majoritatea disecțiilor pe cadavre sunt efectuate pe corpuri de bătrâni, iar masa musculară se reduce odată cu vârsta. Dacă experiența mea din facultatea de medicină și din laboratorul de anatomie ar fi fost singura sursă didactică, probabil că și eu aș fi spus că pelvisul este un grup minor de mușchi.

Dr. Kegel a constatat că lipsa de fermitate a pelvisului era ceva obișnuit după naștere și a făcut înțeleapta observație, și prin prisma realității, care spunea așa: dacă exercițiile ar putea întări mușchi precum bicepșii, de ce nu am putea aplica același concept pelvisului?

După studii aprofundate, dr. Kegel a dezvoltat ceea ce el a numit perineometru, un balon comprimabil care intră în vagin, atașat de un ecran, asemănător manșetei de la aparatul de măsurat tensiunea, fără partea care se atașează de braț. Femeile introduceau balonul în vagin și îl strângeau cu mușchii pelvisului, iar ecranul afișa răspunsul puterii pe care o avea strânsoarea. Tehnica dr. Kegel despre care vorbește în lucrarea sa originală nu a fost modificată prea mult de atunci și multe dintre observațiile inițiale au putut fi aplicate tehnologiei moderne, precum ultrasunetele sau IRM-ul, care nici măcar nu existau pe vremea când el profesa.

Să ne amintim de pelvis

Dacă îți amintești despre ce am vorbit în capitolul 2, există două straturi de mușchi pelvieni – cel profund, levator ani (pubococcigian, puborectal și iliococcigian) este hamacul care se întinde de la osul pubian până la șolduri și coccis și reprezintă grupul implicat în exercițiile Kegel sau ale mușchilor planșeului pelvin.

Relaxarea și rănirea pelvisului, cel mai adesea prin ruptura mușchiului în timpul nașterii, pot provoca incontinență și prolaps, precum și intensitate scăzută a orgasmelor. Pe măsură ce îmbătrânim, pierdem masă musculară și asta se aplică și pelvisului – de aceea, unele afecțiuni apar sau se agravează cu vârsta.

Cui îi este recomandat să facă exerciții pentru mușchii pelvieni?

Exercițiile pentru mușchii pelvieni pot face parte din terapia pentru incontinență urinară, în cazul în care întâmpini dificultăți în a avea orgasm, sau dacă ai orgasme slabe, în cazul prolapsului organelor pelviene și al incontinenței fecale.

Pot exercițiile pentru mușchii pelvieni, efectuate de femeile cu vârsta cuprinsă între 20 și 40 de ani, fără simptome, să prevină incontinența sau alte probleme de sănătate? Nu există informații concrete pentru femeile care nu au simptome și care efectuează exerciții pentru mușchii pelvieni, deși un studiu a indicat că femeile care făceau aceste exerciții au declarat că vaginul lor se simte mai puțin „slăbit“, fără a se produce și îmbunătățiri în viața sexuală.

Este greu de spus dacă exercițiile pentru mușchii pelvieni ar trebui efectuate preventiv, deși, logic vorbind, dacă faci aceste exerciții corect, vei fi mai pregătită pentru ele pe viitor, în cazul în care ar apărea simptome care ar trăda afecțiuni pelviene. Dacă vrei să faci aceste exerciții pentru a-ți îmbunătăți viața sexuală, atunci acestea ar putea fi distractive. Dacă simți că ai grijă de tine efectuând aceste exerciții, este în regulă, atât timp cât le faci corect și nu ești descurajată dacă nu vezi nicio diferență concretă.

Exercițiile Kegel pot ajuta femeile cu vezica prea activă sau incontinență presantă să ajungă la baie fără să aibă scurgeri. Asta pentru că un set rapid de contracții determinate de exercițiile pentru mușchii pelvieni (numite lovături

rapide), aplicate atunci când simți că faci pe tine, pot ajuta vezica să se relaxeze pe moment, astfel încât să ajungi uscată la baie. Nu e rău să ai abilitatea asta.

Cum știi dacă pelvisul meu este slăbit?

În afară de eventualele simptomele de incontinență, poți afla asta consultând medicul, asistenta sau un terapeut specializat în afecțiuni pelviene. Ei vor introduce un deget înmănușat în vagin și îți vor cere să strângi mușchii. Pentru că unele femei au probleme în localizarea pelvisului, poate fi utilă folosirea unui scenariu, conform căruia ai fi în lift și strângi de parcă ai vrea să ții gazele înăuntru.

Există un sistem formal de evaluare a puterii pelviene. Nu trebuie neapărat să-l cunoști, dar dacă vrei să știi, este un o scară de la 0 la 5: 0 = nicio contracție, 1 = tremur, 2 = slab, 3 = moderat, 4 = bun și 5 = puternic. Nu trebuie să-ți faci pelvisul atât de puternic, încât să ridice o placă de surf sau niște pietre, ceea ce aparent este numit pe internet Kung Fu vaginal – nu inventez termenii aceștia, doar explic științific. Ridicarea obiectelor grele cu pelvisul poate duce la ruptura mușchilor și ar fi un risc inutil. Nu e ca și cum ai avea nevoie să spargi nuci cu pelvisul.

Ultrasunetele și dispozitivele biofeedback (un senzor pe care îl strângi cu mușchii vaginali și care oferă un răspuns vizual pe un ecran, aproape la fel ca dispozitivul original al dr. Kegel) pot fi folosite pentru a măsura contracția, dar pentru o evaluare inițială, acestea nu sunt necesare. Poate că sunt spectaculoase, dar sunt și scumpe. Ultrasunetele sunt utile pentru femeile care nu pot face exerciții pentru mușchii pelvieni, în ciuda indicațiilor precise, pentru că depistează dacă există mușchi ruși.

Pentru că mușchii pelvieni funcționează în afara controlului nostru conștient (de exemplu, nu te gândești să golești vezica sau să ai un orgasm), multe femei nu îi pot contracta la cerere, fără antrenament. Chiar și după examinare, evaluare și instrucțiuni, mai mult de 30% dintre femei tot au dificultăți. Cea mai comună greșeală este încordarea mușchilor gluteali (fesieri), a mușchilor aductori ai șoldului (încordarea coapselor) sau a mușchilor abdominali, în loc de cei ai pelvisului. Ținerea respirației este ceva normal și unele femei se încordează sau se apleacă (ca în cazul excreției). Alți factori care contribuie la dificultățile exersării încordării mușchilor pelvieni, în afară de tehnică, sunt rupturile mușchilor și deteriorarea nervilor.

Problemele cu învățarea efectuării corecte a exercițiilor pentru mușchii pelvieni pot reprezenta o parte dintre motivele pentru care acestea nu sunt considerate o terapie preventivă pentru femeile care nu prezintă simptome, deoarece, în majoritatea studiilor, experții specializați nu au verificat și tehnica.

Exerciții pentru mușchii pelvieni: noțiuni de bază

Primul pas este să înveți cum să identifici mușchii. Iată câteva sfaturi:

- Imaginează-ți cum ridici cu vaginul o bucată de marmură.
- Pune o oglindă între picioare și privește orificiul vaginal când faci exercițiile pentru prima dată sau când vrei să vezi ce se întâmplă. Orificiul vaginal ar trebui să se ridice și să se retragă în sus.
- Încearcă să oprești fluxul urinei când ești la toaletă. Dacă încetinești sau oprești fluxul, atunci folosești mușchii potriviți. Ține minte cum se simte, dar fă asta doar o dată sau de două ori pentru că este doar de probă, nu un exercițiu. Urinatul este un reflex complex și, dacă îl întrerupi prea mult, ar putea să nu mai funcționeze cum vrei!
- Imaginează-ți că ești într-un lift aglomerat și strânge mușchii pe care i-ai folosi pentru a opri gazele. Dacă faci acest lucru corect, ar trebui să simți o senzație de tragere în corp.
- Introdu un tampon lubrifiat în vagin și strânge mușchii pelvieni în timp ce tragi ușor de ață. Ar trebui să simți o rezistență. Este o formă de răspuns biologic simplu.
- Introdu un deget sau două în vagin și strânge mușchii pelvieni. Ar trebui să simți că te strâng.
- În timpul sexului, exersează pe penisul partenerului sau pe degetele partenerei și întreabă dacă simte strângerea.
- Dacă nu ești sigură că procedezi corect, atunci ar trebui să mergi la un cadru medical specializat pe mușchi pelvieni.

Exerciții pentru mușchii pelvieni: exercițiile concrete

După ce ai identificat mușchii, poți să treci la exerciții. La început, așază-te pe spate cu genunchii îndoiți și respiră adânc, încercând să te relaxezi. Asigură-te că abdomenul (pereții abdominali), fundul și partea interioară a coapselor sunt mereu relaxate și asta te va ajuta să localizezi corect pelvisul.

Există două tipuri de exerciții: contracțiile susținute și impulsurile rapide:

- O CONTRACȚIE SUSȚINUTĂ: implică menținerea strânsorii sau contracției. Începe prin a strânge pelvisul timp de 5 secunde, apoi relaxează-l complet 10 secunde (sau timp de două respirații, dacă îți este mai ușor). Fiecare contracție și relaxare reprezintă o repetare. Poți face 10 repetări, de trei ori pe zi. Crește durata contracțiilor repetate până la 10 secunde, deci 10 repetări de 10 secunde, de trei ori pe zi.
- IMPULSURI RAPIDE: o contracție simplă și o eliberare trebuie să dureze 1-2 secunde – 5 impulsuri rapide reprezintă un ciclu de impulsuri rapide. Poți face 5 cicluri de impulsuri rapide cu 5–10 secunde de pauză (deci 25 de impulsuri rapide) într-un set. Exersează un set de impulsuri rapide, de trei ori pe zi.

Dacă simți că îți vine să tușești sau să strănuți, încearcă să faci o contracție susținută chiar înainte de asta, pentru a te ajuta să previi pierderile de urină. Dacă simți că trebuie să urinezi urgent și te temi să nu ai pierderi, atunci fă un set de impulsuri rapide. Acestea vor relaxa temporar mușchii vezicii și îți vor oferi timpul necesar pentru a ajunge calmă la toaletă.

Durează cam 6–12 săptămâni pentru a putea observa efectele pozitive. Ca în cazul tuturor exercițiilor, consecvența este cheia. După 4-5 luni de exerciții zilnice, vei simți beneficiile. Pentru început, te poți limita la trei zile pe săptămână.

Exercițiile Kegel nu funcționează pentru mine. Ajutor!

Dacă îți este greu să deprinzi tehnica sau dacă după câteva luni nu vezi nicio schimbare, consultă un ginecolog cu experiență în domeniu și/sau un fizioterapeut specializat în afecțiunile pelvisului care te poate ajuta să corectezi tehnica și să elimini cauzele medicale pentru care mușchii nu se contractă, precum ruptura de mușchi sau deteriorarea nervilor. Dacă nu faci corect exercițiile pentru mușchii pelvieni, poți avea dureri, fără să mai menționăm frustrarea de a face ceva zi de zi, fără a obține vreun beneficiu. Un medic specialist poate exclude și afecțiunile care s-ar putea ascunde în spatele slăbiciunii pelvisului.

Multe femei vor avea de câștigat de pe urma unui fizioterapeut specializat. Adesea sunt necesare doar câteva vizite, dar ține minte că progresul depinde în mare parte de cât de des faci exercițiile. Fără acestea, progresul poate fi destul de lent. Fizioterapeuții pot avea și alte instrumente, precum dispozitive biofeedback și chiar electrostimularea, care trimit un impuls electric slab către mușchii pelvieni, pentru a crește fluxul sangvin și pentru a-i determina să se contracte, ajutând astfel creierul să izoleze mușchii.

Dispozitive și aplicații pentru antrenarea pelvisului

O abordare mai puțin tehnologică este reprezentată de greutatele vaginale, prezentate pentru prima oară în anii '80, și care erau făcute, de obicei, din silicon medical, din cilindri sau din bile de oțel. Studiul original a folosit un set de nouă greutăți între 20 și 100 de grame, dar acum există într-o varietate de „seturi“ (de obicei de patru sau mai puține). Deși introducerea greutății creează o activitate motorie (însemnând că stimulează mușchii pelvieni), metoda este, în principal, despre reținerea celei mai mari greutăți împotriva forței gravitaționale, în timp ce stai în picioare 15 minute, de două ori pe zi. Multe femei nu folosesc greutatele în mod corect, pentru că ele pot fi reținute și contractând fesierii, coapsele sau abdomenul, în timp ce rămân în vagin, deci trebuie avut grijă la tehnică. Greutățile cu sfoară pot fi introduse vaginal și, în timp ce stai întinsă, poți trage de sfoară și contracta pelvisul pentru a reține greutatea, deși această metodă nu a fost studiată.

O evaluare a datelor arată că greutatele nu sunt mai eficiente decât efectuarea exercițiilor pentru mușchii pelvieni fără utilizarea acestora. Dar dacă te motivează sau dacă îți place ideea, mai ales că unele dispozitive pot fi încorporate în jocurile sexuale (de exemplu, compania Lelo face bile care vibrează și care pot fi introduse în vagin), atunci greutatele pot fi o opțiune pentru tine.

O altă opțiune este dispozitivul care oferă feedback la domiciliu. Probabil că mai există pe piață dispozitive puțin tehnologizate precum „perineometrul“ original al dr. Kegel, o pompă compresibilă pentru vagin, atașată la un cadran – cu cât strângi mai tare, cu atât mai mult se mișcă acel cadran.

Acum există dispozitive cu bluetooth, iar cadranul care oferă feedback este chiar telefonul tău. Două astfel de dispozitive sunt Elvie și PeriCoach. În ciuda

eforturilor celor de la Elvie și a sprijinului Asociației Internaționale de Uroginecologie (IUGA), nu există studii clinice publicate până în 2018. Am trimis un e-mail companiei pentru confirmare. Este descurajator să auzi celebritățile că menționează produse ca acestea ca făcând parte din regimul lor vaginal, dar să nu existe și studii care să investigheze aceste afirmații.

Se pare că dispozitivele cu tehnologie redusă dedicate pelvisului nu oferă beneficii doar din efectuarea exercițiilor, deci fără date științifice este greu să recomanzi aceste dispozitive noi, care funcționează prin bluetooth. Dacă un astfel de produs chiar îți se pare atrăgător și te motivează pentru a face exercițiile, atunci poate că 130 de dolari merită efortul. Dar dacă îți cântarul de baie într-un colț, nefolosit, atunci întreabă-te de ce lucrurile ar sta altfel cu acest dispozitiv? Dacă folosești toate funcțiile SmartWatch-ului tău în mod regulat, probabil că versiunea high-tech a dispozitivelor pentru pelvis poate fi utilă.

Indiferent dacă folosești un dispozitiv, greutatea pelviene sau un aparat cu bluetooth, asigură-te că acesta poate fi curățat corespunzător. Nu alege infamul ou de jad de la GOOP, care nu este nici antic, nici chinezesc.

Aplicațiile de pe telefon reprezintă o altă opțiune, oferă sfaturi în ceea ce privește tehnica, educația și pune la dispoziție mementouri, deși nu îți pot spune și cât de bine efectuezi exercițiile din punct de vedere mecanic. Un studiu a analizat aplicația gratuită numită Tăt (Universitatea UMEA) și a descoperit că femeile care o foloseau progresau mai bine decât cele care nu o aplicau.

Până în 2019, pe piață existau mai mult de 100 de aplicații, deci cum faci să alegi? Un studiu din 2018 a ales 32 de aplicații în engleză pentru exercițiile pentru mușchii pelvieni, destinate femeilor neînsărcinate, și le-a evaluat din punctul de vedere al conținutului, al ușurinței cu care puteau fi utilizate și al intimității oferite. Unele aplicații adună informații care ar putea fi vândute unor terțe părți pentru a lua în considerare natura intimă a acestor date, iar la alte aplicații femeile pot renunța ușor.

Cele două aplicații cu cele mai mari scoruri oferite de experți, Kegel Trainer și Kegel Trainer Pro, au avut și cele mai mari note la capitoul satisfacția utilizatorului și ambele sunt sprijinite de IUGA.

De reținut:

- Slăbiciunea pelvisului poate contribui la incontinență, prolaps și orgasme slabe, iar exercițiile pentru pelvis (exerciții pentru mușchii pelvieni) pot fi de ajutor.
 - Nu există date care să dovedească cât de bine funcționează exercițiile pentru mușchii pelvieni ca metodă preventivă pentru femeile fără simptome.
 - Exercițiile pentru mușchii pelvieni pot fi dificil de executat – chiar și cu ajutor, unele femei contractă mușchii greșiți.
 - Multe femei se descurcă destul de bine acasă cu exercițiile, după ce beneficiază de instructajul potrivit.
 - Niciun studiu nu a arătat că dispozitivele, chiar și cele scumpe, ar aduce beneficii în plus. Un studiu arată că aplicațiile ar putea fi utile.
-

ÎNGRIJIREA ȘI IGIENA PIELII

CAPITOLUL 11

Igiena vulvei: săpunuri, geluri de curățare și șervețele intime

Vulva, ca restul corpului, necesită puțină igienă sau chiar deloc, din punct de vedere medical. Știi că pentru multe persoane poate fi un șoc, dar cât de mult te speli este ceva personal, care depinde de cum ai fost educată, de preferințele tale, de locul în care trăiești, de cât de mult ți-ai murdărit corpul și de cât de mult transpiri. Singura parte a corpului tău care necesită curățare regulată, din punct de vedere medical, sunt mâinile. Când deschidem uși, dăm mâna cu alte persoane sau preparăm mâncare, riscăm să transferăm virusuri sau bacterii de pe mâini pe nas, gură sau ochi. Nu dăm noroc, nu mâncăm și nici nu tăiem pui crud cu vulvele.

În plus, vulva a evoluat pentru a rezista spermei, sângelui, fecalelor și urinei cu mult înainte ca românii să amestece o pastă alcătuită din grăsime și cenușă pentru a crea primul săpun.

Tot ce trebuie să știi despre îngrijirea vulvei

Motivul principal pentru care femeile declară că își spală vulva este pentru a preveni mirosurile și pentru „a se simți curate“. Este important să ții minte că acest concept al curățării femeii a fost pentru început propagat de o societate dominată de bărbați, care timp de secole, dacă nu chiar mai mult, au decis că părțile genitale și secrețiile normale ale femeilor sunt „murdare“.

Un alt factor influent este industria de produse de igienă feminină, în valoare de câteva milioane de dolari pe an. Nu te păcăli singură: ele nu sunt pentru sănătatea ta, ci pentru a face femeile să creadă că prin anatomia lor normală sunt murdare și că sentimentul de „prospețime feminină“ este echivalent cu cel de „încredere, confort și igienă“. Da, este o replică din reclama unui produs cunoscut. Majoritatea reclamelor pentru aceste produse sunt versiuni prea puțin actualizate ale reclamei pentru soluția de spălat Lysol din anii '30 și '40.

Eu miros vulve (și vagine) toată ziua. Face parte din meseria mea, pentru că unele afecțiuni vaginale sunt asociate cu anumite mirosuri. Vulvele sănătoase nu miros mai mult decât orice altă parte a corpului. Consult femeii care nu s-au spălat în ziua respectivă sau care vin direct de la sală și care nu au niciun miros.

Unele femei sunt conștiente de mirosul lor din zona inghinală provenit de la glandele sudoripare apocrine, glandele sudoripare specializate din zona inghinală și din zona anusului. Este echivalentul mirosului de la subraț pentru tractul genital. Glandele sudoripare apocrine sunt localizate adânc în foliculii de păr și secretă sebum, o substanță uleioasă densă care devine parte din mantaua acidă. Bacteriile de piele pot descompune aceste uleiuri, eliberând substanțe chimice volatile cu mirosuri specifice. Sângele de la menstruație reacționează și el cu lipidele de pe suprafața pielii și oxidează moleculele de fier din hemoglobină, producând mirosul metalic distinct al sângelui. Alți factori care trebuie luați în considerare în ceea ce privește mirosul și frecvența cu care te speli sunt incontinența, reziduuri de ejaculare, lubrifiant și, dacă ai o afecțiune de piele, este posibil ca unguentele locale și cremele să nu se absoarbă deloc, iar resturile să aibă câteodată un miros medicinal.

Spălatul este foarte important pentru femeile cu incontinență urinară moderată și severă, precum și pentru cele cu incontinență fecală. Urina și fecalele pot distruge mantaua acidă a pielii și pot provoca inflamarea și rănirea pielii, deci este importantă curățarea pielii care a fost murdărită în astfel de moduri, pentru a limita vătămarea.

Ce este recomandat să speli

Să începem prin a spune ce NU este recomandat să speli. Orificiul vaginal sau vestibulul are o structură mucoasă, adică același tip de țesut din vagin, și nu are nevoie să fie spălat. Labiile mici nu au glande sudoripare apocrine care să producă miros, iar pielea de pe ele este cea mai subțire din cadrul vulvei și cea mai susceptibilă la iritații. O bună regulă de bază este să nu introduci produse de curățare între labiile mici, ci doar apă. Partea din interiorul coapselor, labiile mari, muntele pubian și împrejurul anusului pot fi spălate cu produse de igienă.

Apa *versus* săpunurile *versus* gelurile de curățare

Curățarea vulvei nu a fost studiată niciodată. Asta chiar este interesant dacă avem în vedere multitudinea de produse care susțin că sunt testate ginecologic sau certificate spre a fi utilizate.

Sfaturile care urmează sunt extrapolate din studiile efectuate pentru a afla cea mai bună metodă de a curăța zona acoperită de scutece la copiii născuți prematur și la cei născuți la termen. Evident că nu este o comparație directă, dar pentru că labiile mici au pielea mai subțire decât restul corpului și sunt implicate urina și fecalele, cred că aceasta este cea mai bună asemănare.

Este posibil ca apa să nu îndepărteze complet sebumul și fecalele și, prin urmare, unele femei vor dori să folosească ceva în plus, deși nu toate au afecțiuni ale pielii sau piele sensibilă și se irită de la orice, deci nu ar putea folosi decât apă. Am în grijă multe femei cu astfel de afecțiuni și, atât timp cât nu suferă de incontinență fecală, nu par să existe probleme de sănătate.

Unele femei vor să folosească zilnic produse de igienă, altele de câteva ori pe săptămână, unele doar după sex sau în timpul menstruației, pentru a elimina mirosul de sânge oxidat. Altele se mulțumesc să se spele doar cu apă. Ai în vedere că nu trebuie să îndepărtezi resturile de mâncare arsă de pe tavă, și nici să omori virusul gripei, deci nu este nevoie să folosești nimic dur sau bactericid.

Există două tipuri diferite de produse care trebuie luate în considerare: săpunul și gelurile de curățare. Săpunul rupe o parte din mantaua acidă – uleiurile și bacteriile naturale importante pentru apărarea pielii. Dacă un produs este declarat săpun, nu-mi pasă cât de blând pretinde să fie – riscă să usuce pielea, te poți simți iritată și ai putea fi mai susceptibilă la microtraume. Cealaltă problemă cu săpunul este că odată amestecat cu apa produce o reacție chimică ce crește pH-ul pielii la 10-11. Dacă îți amintești, pH-ul pielii vulvare este acid, între 5,3 și 5,6.

Gelurile de curățare nu sunt săpunuri, ci sunt surfactanți sintetici și alte substanțe chimice menite să îndepărteze murdăria și să lase mantaua acidă intactă. În general, gelurile de curățare sunt mai bune pentru piele decât săpunurile. Eu folosesc peste tot doar geluri de curățare pentru corp, în afară de mâini, pe care le spăl cu dezinfectant pe bază de alcool. Folosesc același gel de curățare pentru față, pentru corp și pentru vulvă pentru că sunt leneșă și mi

s-ar părea îngrozitor să am mai multe produse la îndemână. Plus că în baie am un spațiu limitat.

Am nevoie de un produs de spălare „pentru femei“?

Nu, dar să vorbim puțin despre asta, pentru că multe femei le folosesc.

Unele dintre aceste produse pretind că reduc vaginoza bacteriană (VB). Așa ceva nu este posibil. Un produs de spălare externă nu poate avea impact asupra interiorului vaginului, iar spălăturile interne cu aceste produse (unele femei fac asta – vă rog să nu o faceți) cu siguranță că pot crește riscul de VB, omorând bacteriile bune sau iritând mucoasa vaginală. Dacă un produs pentru igiena externă pretinde că poate regla pH-ul vaginal, atunci producătorii deja au făcut o afirmație înșelătoare și mereu mă întreb ce alte afirmații false mai ascund?

Multe „produse pentru femei“ sunt parfumate, chiar și cele pentru pielea sensibilă. Parfumul este o sursă comună de iritații și alergii.

Aceste produse vin și cu mesaje distructive. O companie bine-cunoscută promovează o reclamă care sugerează că este posibil ca femeile să simtă un miros chiar și după încrucișarea picioarelor!

Zău așa!

Care sunt cele mai bune produse?

Deoarece companiile producătoare de produse de igienă schimbă frecvent formulele, este greu să faci doar anumite recomandări. În plus, pH-ul nu este afișat întotdeauna. Cu aceste mențiuni în minte, iată câteva recomandări:

- DACĂ CEVA NU ESTE STRICAT, NU ÎNCERCA SĂ REMEDIEZI: Dacă ai folosit același produs ani buni și nu ai avut nicio problemă, atât timp cât nu cureți interiorul vaginului, probabil că ceea ce faci este bine. Pielea pierde din umiditate odată cu vârsta, deci dacă acum folosești săpun, ar fi indicat să te gândești la un gel de curățare ca măsură de prevenție.
- CAUTĂ UN PRODUS CU PH-UL ÎNTRE 5,3 ȘI 7,0, DAR MAI APROPIAT DE 5,3-5,6 (PH-UL PIELII VULVEI) AR FI MAI BUN: Expunerea regulată la un pH de 7,5 sau mai mare poate distruge stratul de lipide al pielii. Un studiu efectuat pe gelurile de curățare a arătat că pH-ul produsului Cetaphil Restoraderm era de 5,93, al produsului EucerinGentle Hydrating Cleanser de 5,30, iar Eucerin pH 5 Bar Cleanser avea un pH de 5,81.

Majoritatea gelurilor de curățare nu afișează pH-ul (deși în cazul produsului Eucerin 5 acesta apare chiar în nume).

- EVITĂ PRODUSELE CU ADITIVI NATURALI SAU SINTETICI DE PARFUM: acestea sunt surse comune pentru reacții iritante și alergice.
- EVITĂ METILIZOTIAZOLINONA (MI) ȘI METILCLOROIZOTIAZOLINONA (MCI): aceștia sunt iritanți și alergeni comuni. Alți iritanți/alergeni comuni sunt formaldehida, lanolina și uleiul din arborele de ceai.
- TERMENII „BLÂND“, „PENTRU COPII“, „PH ECHILIBRAT“, „TESTAT DERMATOLOGIC“ ȘI „TESTAT GINECOLOGIC“ NU ÎNSEAMNĂ NIMIC DIN PUNCT DE VEDERE MEDICAL. Sunt doar termeni de marketing: un studiu care a analizat săpunurile și gelurile de curățare promovate pentru bebeluși a arătat că 35% dintre acestea aveau un pH mai mare de 7!
- DACĂ IRITĂ, NU-L FOLOSI: serios, nu trebuie să te obișnuiești cu produsul. Este posibil oricând să dezvolti o alergie la un produs, chiar și după 20 de ani în care l-ai folosit. În plus, companiile nu trimit mailuri de avertizare când schimbă ingredientele.
- DACĂ PREFERI SĂPUN ÎN LOC DE GEL DE CURĂȚARE: folosește un săpun fără parfum. O opțiune este săpunul lichid de Castilia (o variantă este săpunul neparfumat pentru copii de la Dr. Bronner), care pare să fie bine tolerat. Am avut și paciente cărora li s-a potrivit săpunul din glicerină fină, precum Pears.

Să folosesc uscătorul de păr pentru a usca vulva?

Nu, bineînțeles că nu. Umiditatea vulvei este un mecanism de protecție, iar uscătorul de păr poate distruge mantaua acidă și poate usca prea tare pielea, chiar și dacă suflă aer rece.

Câteva cuvinte despre șervețelele umede

Până la 40% dintre femeile din America de Nord au folosit șervețele umede pentru exteriorul vulvei. Este ușor de observat cum au fost acceptate; par să existe în toate farmaciile, unele celebrități le promovează și sunt utilizate și pe bebeluși, deci trebuie să fie blânde și sigur de folosit! Promovarea acestor produse se bazează pe ideea că anatomia normală a femeii are nevoie de curățare adițională după folosirea toaletei, în comparație cu bărbații. De ce ar

avea nevoie femeile de mai multă igienă anală decât bărbații după excreție? Asta este misoginie.

Șervețelele umede sunt utile pentru a îndepărta fecalele și urina de pe pielea organelor genitale pentru că enzimele, chimicalele și bacteriile din fecale și urină, precum și umiditatea, pot distruge mantaua acidă și pot produce iritarea și ruperea pielii. De aceea șervețelele umede sunt utile pentru bebelușii care au incontinență și care poartă scutece ocluzive care mențin scaunul lipit de piele. Un prosop și un gel de curățare funcționează la fel de bine; totuși, posibilitatea folosirii acestora în afara casei sau chiar acasă poate fi problematică. Dacă suferi de incontinență fecală sau urinară, atunci șervețelele umede pot fi utile când nu ești la tine acasă și din când în când, atunci când nu ai prosopul la îndemână. O altă opțiune la fel de bună ar fi utilizarea bideului.

Care este problema cu șervețelele umede?

Sunt o modalitate comună de a face dermatită de contact vulvară și anală. Este de 15 ori mai probabil ca vulva să se irite din cauza acestor produse decât alte părți ale corpului. În loc de șervețele umede intime, ar trebui să se numească șervețele umede iritante.

Dacă analizăm toate șervețelele umede de pe piață, trebuie să luăm în considerare peste 100 de potențiali alergeni. Cei mai comuni alergeni din șervețelele umede includ parfumurile („naturale“ sau sintetice) și următorii conservanți: metilizotiazolinonă (MI), metilcloroizotiazolinonă (MCI), propilen glicol (PG), bronopol (2-bromo-2-nitropropan-1,3-diol) și iodopropinil butilcarbammat.

O evaluare recentă a alergenilor din șervețele umede a identificat produsele cu cei mai puțini alergeni. Aici este o listă cu produsele companiilor care nu vând și geluri de duș (încerc să nu fac referire la companiile care vând produse despre care știm că le fac rău femeilor):

- Equate Baby Everyday CleanWipes, Fragrance Free
- Lady Groomer Woman Wipes, Fresh Scent Flushable Moist Wipes
- Pjur Med Clean Personal Soft Cleaning Fleece
- Pure Touch Individual Flushable Moist Feminine Wipes
- Swipes Lovin Wipes Unscented
- Up&Up Extra Large Cleansing Washcloths

Nu trebuie să interpretezi asta ca pe o listă cu produse care sigur nu te vor irita. Ingredientele se schimbă și expunerea repetată poate duce la sensibilizare și reacții alergice. Pentru că producătorii elimină uneori ingredientele care provoacă iritații și reacții alergice, substanțele care le înlocuiesc pot fi la fel de dăunătoare sau chiar mai nocive.

De fiecare dată când mă șterg, văd urme de scaun, așa că trebuie să mai șterg încă o dată și încă o dată; șervețelele umede mă ajută să curăț peste tot

Știi că este un titlu lung, dar aud asta foarte des. Acesta este un loc potrivit pentru a evalua ștergerile.

În timpul excreției, este posibil să nu golești complet rectul sau, dacă faci asta, scaunul, care se află mai sus, pur și simplu să coboare în rect. Rectul este un buzunar de colectare, aflat deasupra canalului anal. Frecarea sau stimularea sfîcterului extern anal, cum ar fi de exemplu o ștergere agresivă, declanșează un reflex care provoacă relaxarea sfîcterului și eliberarea unei cantități mici de scaun din rect. Poți vedea asta pe hârtia igienică și vei crede în mod eronat că nu te-ai șters bine. Deci, iei mai multă hârtie igienică sau un șervețel și ștergi iar și iese altă cantitate mică de scaun. Și iar. Și iar. Cu cât ștergi mai mult, cu atât mai mult iriți pielea, iar tu vei crede că te-ai iritat pentru că aveai urme de scaun pe piele.

Zonele pe care este în regulă să le ștergi sunt în afara perineului și în jurul anusului, deși când ajungi direct pe sfîcterul anal extern (orificiu) dai de o zonă care nu trebuie ștersă și unde este preferată tamponarea. Altă opțiune ar fi utilizarea bideului.

De reținut:

- Curățarea prea intensă poate fi o sursă de iritație, pentru că poate distruge mantaua acidă.
- Sunt preferate gelurile de curățare în locul săpunului.
- Evită produsele de spălare feminină, pentru că este mai probabil să conțină iritanți și alergeni și transmit un mesaj distructiv, patriarhal.

- Dacă nu suferi de incontinență, păstrează-ți banii și salvează-ți vulva evitând să cumperi șervețele umede.
 - Ștergerea agresivă în jurul anusului poate, în mod paradoxal, să provoace eliberarea scaunului în hârtia igienică.
-

CAPITOLUL 12

Igiena vaginului: spălături, aburi, spray-uri și potpuriuri

Vaginul este ca un aparat electrocasnic care se curăță singur.

Dacă vaginul nu are nevoie de ajutor în ce privește igiena sau îngrijirea, atunci de ce există acest capitol? Multe femei se spală vaginal prin cel puțin o metodă (câteodată chiar mai multe), deci medicina nu face o treabă bună când prezintă riscurile curățării vaginale într-un mod adecvat. Plus că patriarhatul este un dușman neobosit.

Speranța mea este că te pot convinge să renunți la aceste produse, în caz că le folosești. Dacă nu le folosești, atunci aceste informații suplimentare despre ele te pot ajuta să pornești o conversație cu o prietenă sau cu o membră a familiei care le utilizează.

Istoricul igienei vaginale

Îngrijirea vaginală are un istoric complex și ar fi dificil să distrugi secole de informații greșite și misoginie.

Ideea conform căreia un vagin sănătos este murdar și/sau ar avea nevoie de un fel de pregătire pentru bărbați este unul dintre exemplele pericolelor introduse de credințele medicinei antice.

Multe culturi dețin practici vechi de utilizare a astringenților și a antisepticilor vaginali care usucă suprafața vaginului pentru ca bărbații să se bucure de „sex uscat“. De-a lungul istoriei, femeile au folosit o varietate de produse, precum acidul fructelor sau bile de stejar⁴, pentru a usca suprafața vaginului. Fricțiunea crescută datorată uscăciunii și/sau disconfortul evident al partenerei se pare că excitau anumiți bărbați. Adesea m-am întrebat dacă normalizarea unei practici care făcea sexul dureros pentru femei era un fel de centură de castitate invizibilă. Am auzit de la multe femei ale căror parteneri au disfuncții erectile că aceștia au și mai multe șanse de a-și pierde erecția la folosirea lubrifianților, iar multe femei pun pe primul loc plăcerea partenerului și îndură sexul

dureros. Nu m-ar surprinde dacă practicile „antice“ de uscare a vaginului ar fi normale și pentru partenerii de azi cu disfuncții erectile. De-a lungul istoriei, este posibil ca mulți bărbați să fi fost speriați de secrețiile vaginale, așa cum unii sunt și în ziua de azi.

O altă credință care a contribuit la practica spălăturilor vaginale sau intravaginale și care încă mai este valabilă și astăzi este ideea greșită conform căreia încercările de a curăța sperma din vagin pot reprezenta o metodă contraceptivă. Dar nu este așa. Până ai ajuns la duș, o cantitate suficientă de spermă a trecut deja de cervix și este în drum spre trompele uterine. În plus, spălăturile nu trec de cervix.

Femeile din ziua de azi spun că se spală intravaginal pentru „prospețime“, termen care nu are o definiție medicală și nici măcar una culturală.

Medicina are un istoric negativ în ceea ce privește spălăturile și igiena vaginală. Mulți medici, la sfârșitul anilor '70 și chiar și în anii '80, recomandau spălăturile. Acestea erau privite ca o soluție facilă de a scăpa de o mulțime de probleme de sănătate specifice femeii, precum durerea din timpul sexului sau libidoul scăzut. Mulți medici, aproape toți bărbați, au recomandat mamelor și bunicilor noastre spălăturile. Este ușor de observat cum este nevoie de mai mult de două generații pentru a putea elimina această idee, după ce generații întregi de femei au fost instruite că vaginul lor este murdar și că ele constituie o sursă de stres marital din punct de vedere medical și social.

Un alt motiv invocat pentru spălăturile vaginale este sexul cu un bărbat, pentru că multor femei nu le place ejacularea în vagin sau sperma care se scurge pe picior. Femeile mai introduc și șervețele umede în vagin pentru a șterge sperma.

Înțelepciunea igienei vaginale s-a cam dus. Big Feminine Hygiene (BFH) sunt companii care vând produse de igienă, spray-uri, șervețele umede sau care promovează produse de control al mirosului vaginului sau de curățare vaginală. Producătorii de produse de igienă sunt încă pe piață, dar au apărut și alte produse noi. În plus, Little Feminine Hygiene (LFH) intervine în peisaj. Celebrități precum Gwyneth Paltrow sau practici din domeniul SPA-ului, cum sunt băile cu aburi pentru vagin, sunt bazate pe ideea că există „toxine“ sau „impurități“ care trebuie eliminate. Același mesaj distructiv, pus într-un ambalaj diferit. Toate companiile care promovează articole despre băile cu

aburi pentru vagin profită de pe urma acestor informații false pentru că articolele se vând foarte bine. Și, bineînțeles, multe afaceri mici se afiliază cu Little Feminine Hygiene și vând pe Etsy sau pe Instagram batoane de îngustare a vaginului sau bile făcute în casă din ierburi, pentru „curățare“.

Se investesc mulți bani în rușinea vaginului.

Ce vreau să spun prin curățarea intravaginală?

Cea mai comună metodă este reprezentată de spălături, adică inundarea vaginului cu o soluție „medicală“. Există dispozitive mici cu ajutorul cărora, sub presiune, se împinge fluid în vagin și altele care îi permit fluidului să ajungă în vagin prin forța gravitației. În America de Nord, majoritatea femeilor cumpără soluții de spălare prefabricate, cele mai comune fiind cele din oțet și iod, iar altele și le prepară singure.

Spălăturile nu sunt singura metodă folosită de femei pentru curățare. În afară de aceasta, femeile introduc în vagin șervețele umede intime, folosesc produse de igienă intimă (chiar dacă pe ele scrie că pot fi utilizate doar extern), supozitoare cu deodorant și chiar spray-uri cu deodorant.

Deși nu este certificat științific, multe femei îmi spun că introduc degetele în vagin pentru a scoate secrețiile. Nu e la fel ca în cazul spălăturilor sau șervețelilor umede, dar clar nu este nevoie de așa ceva. Secrețiile ies când sunt pregătite. Mereu vor exista secreții și pot părea ciudate sau lipicioase, făcându-te să crezi că nu sunt normale, dar nu este așa.

Alte metode de curățare sunt băile cu aburi pentru vagin, la SPA sau acasă, cu o varietate de ierburi sau plante (mixturi de plante pentru curățarea vaginului) și chiar ozon (foarte, foarte periculos).

Câte femei își curăță vaginul?

Depinde de populația pe care se fac sondajele, pentru că există mari diferențe regionale și culturale. În America de Nord, până la 57% dintre femei s-au spălat vaginal în ultimul an. Alte studii spun că numărul femeilor care se spală regulat (cel puțin o dată pe lună) variază între 12 și 40%, iar 6% folosesc regulat șervețele umede, „feminine“ sau de bebeluși, pentru a se curăța vaginal.

Printre femeile care se spală vaginal, 20% fac asta cel puțin o dată pe săptămână. Femeile care practică spălăturile încep de tinere, 80% înainte de a

împlini 20 de ani. Este posibil ca ele să folosească alte produse pentru curățarea vaginală.

De unde primesc femeile mesaje despre curățarea și spălăturile vaginale?

Majoritatea femeilor declară că au învățat această practică de la mamele lor, dar altele află din mass-media, de la prieteni sau sunt autodidacte. Având în vedere existența tuturor produselor de pe rafturi, articolele din presă care se scriu mereu despre întreținerea vaginală, postările de pe social media și filmările de pe YouTube, precum și fascinația în legătură cu procesul de îngrijire a vaginului observată la celebrități, este ușor de înțeles cum o femeie care nu a auzit niciodată acasă despre curățarea vaginală să creadă că își poate neglija vaginul. Este posibil ca femeile care nu au învățat acasă despre irigatoare să nu își amintească de unde au aflat de ele, pentru că aceste mesaje sunt peste tot.

Mai mult de 50% dintre femeile care se curăță intravaginal declară că sunt încurajate de partenerul lor sexual să facă asta. Femeile mai tinere sunt mai pasibile să cedeze presiunii partenerului; într-un sondaj, 77% dintre femeile cu vârsta cuprinsă între 18 și 25 de ani au declarat că s-au spălat vaginal pentru că așa a vrut partenerul lor.

Pericolele implicate de rutina spălării vaginale

Multe studii ne spun că spălăturile vaginale sunt periculoase, pentru că distrug bacteriile sănătoase ale vaginului și stratul protector de mucus. Asta face ca femeile să fie mai vulnerabile la vaginoza bacteriană (un dezechilibru bacterian din vagin) și crește riscul infectării cu gonoree sau cu HIV, în cazul în care ar fi expuse. În mod paradoxal, distrugerea bacteriilor bune poate duce la intensificarea mirosului vaginal.

Pericolul șervețelelor umede introduse vaginal, al spray-urilor igienice (sunt concepute pentru vulvă, dar aproape 1% dintre femei declară că le folosesc vaginal) și al supozitoarelor de control al mirosului nu a fost cercetat, dar multe conțin produse care irită și se dovedesc a fi potențiali alergeni. Aproape toate conțin parfum. Șervețelele umede, spray-urile și supozitoarele de control al mirosului pot distruge foarte ușor bacteriile bune și pot irita mucusul și mucoasa vaginului, la fel ca produsele de spălare interioară. Toate conțin

mesaje periculoase pe ambalaj, precum „acoperă eficient mirosurile naturale“ și „conține arome tropicale“.

Este un vagin, nu o piña colada.

Studiile ne spun că spălăturile vaginale cu săpun cresc riscul transmiterii HIV de aproape patru ori – nu se știe dacă din cauza distrugerii lactobacililor sau a mucoasei protectoare, ori din cauza iritației și a microtraumei. Chiar și spălarea vaginului cu apă crește riscul infectării cu HIV de 2,6 ori, în cazul expunerii!

Produsele naturale sau de origine vegetală nu sunt deloc mai bune. Ierburile, lămâia și sucul de lime, astringenții precum bilele de stejar și alte produse de strâmtare au un risc ridicat de distrugere a bacteriilor vaginale, distrugând de fapt stratul mucos și iritând țesutul vaginal, odată cu producerea microtraumelor. La fel ca spălăturile, aceste produse ar putea, în mod paradoxal, intensifica mirosurile vaginale și crește riscul reacțiilor iritante și al alergiilor, precum și riscul infecțiilor transmise sexual.

Băile cu aburi pentru vagin implică poziționarea deasupra unui vas cu ierburi aburinde. Se pare că cel mai comun remediu este pelinul, o rudă apropiată a potențialului alergen ambrozie, dar sunt recomandate și multe alte produse din plante. Ideea din spatele acestei practici este, conform lui Gwyneth Paltrow, o adeptă a metodei, că aburul „curăță“ uterul. Fizic, așa ceva este imposibil, pentru că aburul nu poate trece de cervix ca să ajungă în uter (pentru ca ceva să poată face asta, trebuie să fie sub presiune mare sau să înoate bine, ca sperma). În plus, uterul nu are nevoie de curățare. Dacă aburul ar ajunge în vagin, l-ar irita și, bineînțeles, l-ar putea arde. Dacă pe lângă abur intră și aer, acesta poate favoriza dezvoltarea bacteriilor periculoase.

Probabil că mare parte din abur ajunge doar la nivelul vulvei, dar nici acesta nu este un loc potrivit pentru alergeni. Nu aduce niciun beneficiu, lansează informații anatomice și fiziologice greșite și are potențialul de a răni. Pe scurt, este o înșelătorie.

În unele țări, femeilor li se poate sufla ozon în vagin. Această practică poate fi extrem de periculoasă, pentru că ozonul este un gaz foarte primejdios. În plus, pe lângă distrugerea vaginului, dacă iese o cantitate de ozon în cameră și o inhalezi, acesta îți poate afecta serios plămânii. Stai departe de ozon!

Dacă spălăturile vaginale sunt într-adevăr periculoase, de ce continuă femeile să le practice?

Studiile ne spun că majoritatea femeilor care se spală sau folosesc alte produse făcute de Big Feminine Hygiene cred că acestea sunt sigure, pentru că, altfel, așa-i că nu le-ar mai vinde magazinele?

Magazinele vând și țigări.

Deși studiile ne spun că un procent semnificativ de femei declară că se spală vaginal, doar câteva recunosc că fac asta (vă spun din propria experiență). Teama mea este că femeile ascund asta de cadrele medicale pentru că nu vor să primească o predică (nu ar trebui să ținem predici, ar trebui să informăm) sau nu cred că este neapărat dăunător pentru ele. Este posibil și ca unele să fie conștiente de pericol, dar să prefere să folosească un irigator, și este și cazul celor care primesc această instrucțiune de la partenerii masculini – fie implicit, fie ca o cerere directă sau chiar un ordin.

Mai mult de 90% dintre femeile care declară că folosesc irigatoare nu au nicio intenție să renunțe la ele și, prin urmare, este probabil să existe o varietate de motive complexe sociale, relaționale sau culturale.

De reținut:

- Vaginul este ca un aparat electrocasnic care se curăță singur.
 - Oricine spune că spălăturile vaginale sau strâmtarea vaginului sunt recomandate greșește.
 - Spălăturile vaginale vor distruge bacteriile bune și mucoasa, crescând șansele mirosului, vaginozei bacteriene și infecțiilor transmise sexual.
 - Băile cu aburi pentru vagin, ozonul și produsele „antice” de strâmtat sunt la fel de periculoase ca toate produsele din farmacie.
 - Șervețelele umede nu trebuie introduse în vagin.
-

Note:

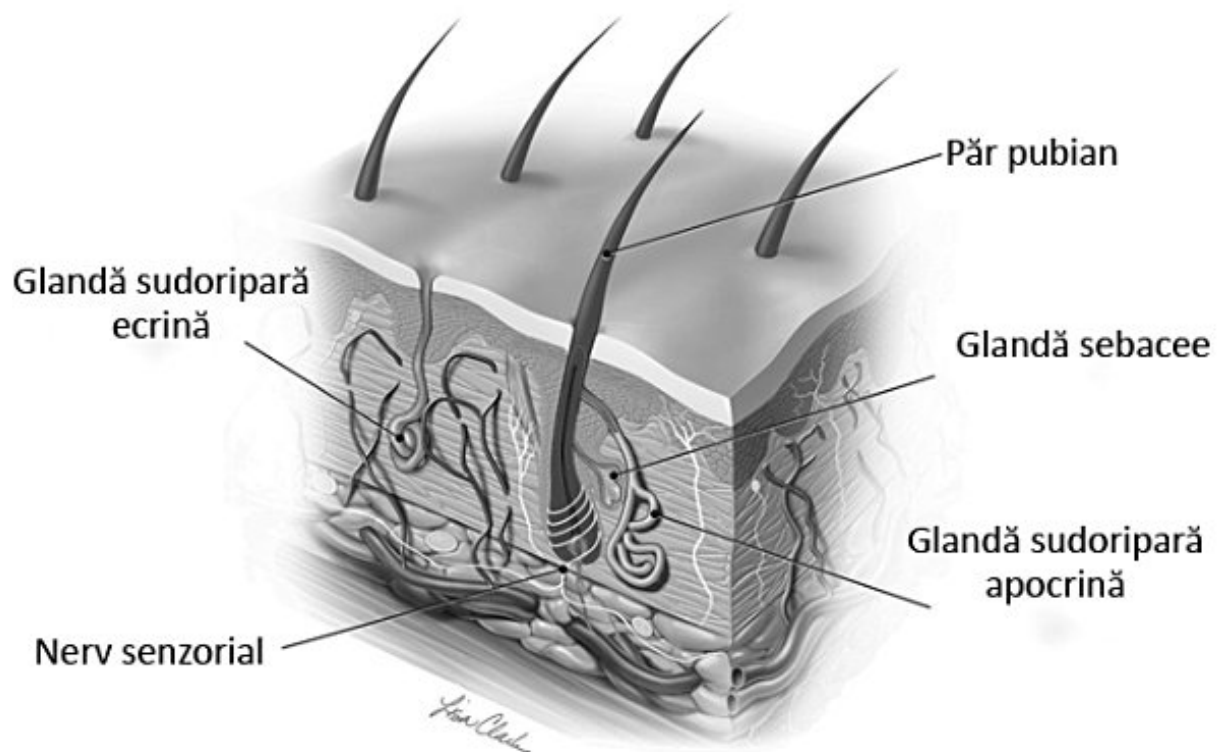
⁴ Nu este vorba despre ghinde, ci despre „oak galls”, denumire dată cuiburilor de viespi construite pe ramurile stejarilor și care au formă sferică. (*N. red.*)

CAPITOLUL 13

Îndepărtarea și îngrijirea părului pubian

Părul pubian are rostul lui – iată o afirmație care șochează majoritatea oamenilor. Se dezvoltă la pubertate, iar funcția lui este să protejeze vulva, oferindu-i protecție fizică, captând murdăria microscopică și reziduurile și menținând umiditatea (dacă îți amintești, pielea vulvară are un conținut ridicat de umiditate).

Două glande diferite, glandele sebacee și apocrine, se golesc în părul pubian și secretă sebum și grăsimi care ies la suprafață prin părul pubian și care devin parte din mantaua acidă, stratul protector gras al pielii.



Imaginea 7: Păr pubian și glande sudoripare.

ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

Părul pubian poate avea un roși în plăcerea sexuală, pentru că trasul părului pubian stimulează receptorii de atingere (fiecare fir de păr este atașat de o

terminație nervoasă). Este posibil și ca părul pubian să aibă un rol în dispersia mirosului și în împrăștierea sau captarea feromonilor.

Părul pubian este diferit din multe puncte de vedere de părul de pe cap. Foliculii de păr sunt spațial diferiți (de aceea nu poți lua păduchi pubieni în cap – au nevoie de foliculi de păr, cu o anumită distanță între ei). Părul pubian poate avea o culoare diferită de părul de pe cap. Spre deosebire de părul de pe cap, părul pubian nu va crește la nesfârșit (asta ar fi reprezentat o provocare fizică pentru reproducere) și nu se schimbă în timpul sarcinii sau după naștere. Cantitatea de păr pubian și grosimea fiecărui fir de păr scad cu vârsta, și de asemenea albește.

Mentalități cu privire la îndepărtarea părului pubian

Momentan, îndepărtarea părului pubian este o practică foarte populară, și tinerele studente sunt mai predispuse la îndepărtarea sau tunderea părului pubian decât femeile mai în vârstă, deși practica este răspândită pretutindeni. Într-un sondaj, 83% dintre femeile cu vârsta între 18 și 65 de ani au declarat că își îndepărtează părul pubian parțial sau complet – îndepărtarea completă a părului pubian se poate face în mai multe moduri, dar 76% dintre tinerele studente din SUA și Australia și-au îndepărtat complet părul pubian cel puțin o dată. Aproximativ 60% dintre bărbați spun că preferă ca parteneră o femeie fără păr pubian, în timp de doar 23% dintre femei spun că preferă ca partenerul lor masculin să nu aibă păr în zona pubiană. În ciuda numărului mare de femei care spun să își îndepărtează părul pubian, doar 4% declară că discută despre aceste metode cu medicul lor, de unde a apărut și nevoia acestui capitol!

Îndepărtarea părului pubian se practică de mult timp. În Egiptul antic, părul pubian este reprezentat de un triunghi inversat, iar în morminte au fost găsite lame concepute pentru îndepărtarea părului pubian. De-a lungul istoriei, multe femei utilizau îndepărtarea părului pubian ca metodă de a scăpa de păduchi. Unele chiar purtau peruci de păr pubian pentru a ascunde această problemă și pentru a masca ulcerațiile genitale de la sifilis, care ar fi fost mai vizibile în absența părului pubian. Îndepărtarea părului pubian este practică și în anumite religii.

Părul pubian al femeilor nu este înfățișat în sculpturile antice sau în alte opere de artă – realizate aproape în exclusivitate de bărbați. Această absență nu este din cauza faptului că artiștii nu știau cum să reprezinte părul – femeile aveau aproape întotdeauna părul de pe cap redat în cel mai mic detaliu. Sculpturile antice grecești înfățișează adesea păr pubian în cazul bărbaților, precum și penisuri cu o anatomie detaliată (deși mici, din moment ce sexualitatea nu se potrivea cu intelectul, iar o minte scilpitoare era idealul), dar statuile care înfățișează femei nu prezintă niciodată labii sau păr pubian, ci numai o ridicătură. Nu se știe dacă absența părului pubian din lucrările de artă occidentale era din cauza faptului că acesta era idealul de frumusețe, din cauză că afișarea părului pubian nu era adecvată sau că era scandalosă ori din cauza asocierii cu păduchii (deși poți face păduchi și în părul de pe cap). Prima descriere a părului pubian feminin din arta occidentală a fost prezentă în *Maja dezbrăcată* de Goya, la sfârșitul secolului al XVIII-lea, și a fost ceva scandalos la vremea lui, chiar dacă abia erau vizibile câteva fire de păr.

Părul pubian vizibil era definiția nudității publice, așa că dansatorii de cabaret și erotici își îndepărtau părul pubian pentru a arăta mai multă piele. Nu se știe dacă absența aproape permanentă a părului pubian feminin din pornografie este o modă preluată din acea vreme, o preferință masculină sau doar o practică ce permite o vizualizare mai bună a penetrării vaginale a penisului. Ultima idee mi se pare ofensivă. O gaură cu toate urmele de feminitate îndepărtate pentru o panoramă mai bună dedicată masculilor este cât de poate de reductivă. Sper că nu am dreptate.

Părul pubian și „igiena“

Cu această istorie multiculturală despre cum s-a efectuat îndepărtarea părului pubian, este ușor de înțeles de ce oamenii au ajuns să creadă că părul pubian este „murdar“. Până recent, medicina nu a fost de ajutor în spulberarea acestui mit. Vreme îndelungată, medicii au insistat, în numele „igienei“, ca femeile să se epileze înainte de nașterile vaginale.

Vulva a fost expusă la sânge, fecale, urină și fluide seminale cu mult înainte ca oamenii să poată îndepărta părul sau să se poată spăla cu săpun. Dacă absența părului pubian ar fi fost benefică din punctul de vedere al bacteriilor, atunci părul pubian nici nu ar fi existat.

Îndepărtarea părului pubian cauzează răni – peste 50% dintre femeile care au îndepărtat părul pubian declară că au avut cel puțin o complicație precum laceratii, arsuri, mâncărimi și infecții. Aproape 4% au mers la medic din cauza rănilor. Dintre toate rănilor genitale care ajung la departamentul de urgențe, 3% apar din cauza îndepărtării părului pubian. Intervențiile chirurgicale legate de rănilor provocate de epilare, cum este, de pildă, drenarea unui abces sau cusăturile, nu sunt ieșite din comun. Rănilor sunt raportate de femeile care își îndepărtează complet părul pubian.

Un studiu a demonstrat că rănilor provocate de lamele de ras sunt cel mai des întâlnite leziuni și că acestea trimit femeile direct la secția de urgență, iar alt studiu constată că femeile care se epilează cu ceară raportează mai puține răni. Deși epilarea cu ceară este efectuată mai rar decât cea cu lama de ras, s-au raportat și arsuri provocate de ceară, așa că nu ar fi corect să spunem că ceara (sau zahărul) ar fi mai sigură. Femeile care își pun partenerii să le epileze sunt și mai susceptibile să fie rănite.

Infecțiile pot fi prevenite? Nu a fost cercetat, dar folosirea unui șervețel antibacterian sau spălarea cu săpun antibacterian probabil că este o idee bună înainte de orice metodă de îndepărtare a părului. Aceasta este singura excepție pe care o am în ceea ce privește săpunul. Îndepărtarea bacteriilor de pe piele înainte de operațiile chirurgicale a demonstrat că reduce infecțiile, deci putem aplica același principiu și în cazul acesta.

Femeile cu diabet și nivel ridicat de zahăr în sânge și cele cu un sistem imunitar slab ar trebui să renunțe la îndepărtarea părului pentru că este mult mai probabil ca rănilor acestora să se transforme în infecții grave.

Îndepărtarea părului pubian este asociată și cu riscuri crescute de infecții transmise sexual (ITS). Într-un studiu, 8% dintre femeile care nu se epilau versus 14% dintre cele care se epilau (deci aproape dublu) au declarat un istoric de ITS – persoanele care îndepărtau complet părul pubian erau mai susceptibile de un istoric de ITS. Studiul care lua în considerare vârsta, frecvența actelor sexuale și numărul partenerilor care se epilau a fost asociat cu o rată mai mare de ITS.

Persoanele care își îndepărtau complet părul pubian erau de 4 ori mai dispuse la a raporta un istoric de contractare a ITS de piele pe piele, precum herpes sau virusul Papiloma uman (HPV), în comparație cu cele care nu făceau asta. Un

alt studiu a făcut legătura între îndepărtarea părului pubian, în special îndepărtarea completă, și infectarea cu HPV și cazurile de cancer vulvar.

Deși aceste studii nu certifică o cauză și un efect, în care pot fi implicați și alți factori, ipoteza conform căreia microtrauma îndepărtării părului este un portal potențial al contractării HPV și a herpesului are o fărâmă de adevăr. O altă posibilitate este aceea ca lipsa părului pubian să schimbe ecosistemul; de exemplu, schimbarea mantalei acide sau a umidității, într-un mod care favorizează ITS.

Alte motive pentru a îndepărta părul pubian

Aproape 40% dintre femei declară că își îndepărtează părul pubian înainte de a merge la examinarea pelviană. Vă rog să nu mai faceți asta!

Atractivitatea, conformarea la normele sociale, îmbunătățirea funcției sexuale, ascunderea părului alb, intensificarea feminității sunt de asemenea unele dintre motivele menționate pentru îndepărtarea părului pubian. Există date care spun că primele organe genitale fără păr pe care le vezi te fac să le consideri referința pentru „normal” sau tipic. Cu alte cuvinte, dacă ai în vedere absența aproape completă a părului pubian din operele de artă încă din Antichitate și în zilele noastre din pornografie, este ușor de observat cum absența părului pubian a fost acceptată ca normă socială.

Nu există date științifice care să sugereze că îndepărtarea părului pubian îmbunătățește funcția sexuală. Este posibil ca femeia să se simtă mai bine în pielea ei sau mai sexy, deoarece creierul este cel mai puternic organ când vine vorba despre orgasm, iar acesta ar putea fi un efect indirect. Pentru că părul pubian este atașat la nervi, ipoteza conform căreia îndepărtarea părului reduce senzația sexuală pare mai plauzibilă. Și trasul de părul pubian poate intensifica stimulii sexuali. Nu au fost studiate senzațiile cu și fără părul pubian.

În ceea ce privește asocierea lipsei părului pubian cu feminitatea, ei bine, aceasta este o enigmă socială interesantă. Apariția părului pubian face parte din pubertate, tranziția de la copilărie la maturitate. Părul pubian este pur și simplu un semn biologic al feminității.

Metode uzuale de îndepărtare a părului

Există două metode principale de îndepărtare a părului: depilarea și epilarea. Depilarea implică îndepărtarea părului de la suprafață sau fix de sub suprafață, iar epilarea înseamnă îndepărtarea întregului fir de păr, cu tot cu bulb. Depilarea ține aproximativ două săptămâni, în funcție de cât de repede îți crește părul, dar epilarea implică îndepărtarea întregului fir de păr cu tot cu bulb și ține până la 6-8 săptămâni. Părul este atașat la nervi, de aceea epilarea poate fi dureroasă.

Știm multe despre radere, în principal prin prisma bărbaților și părului facial. Mulțumim, tipilor, dar mă doare numai când mă gândesc. Mă înfurie faptul că nu avem datele necesare pentru a informa femeile în mod corect despre diferențele medicale pertinente în ceea ce privește cele două metode. Majoritatea informațiilor primite de femei sunt empirice sau fac parte din marketingul companiilor care vând lame de ras, al altor dispozitive de îndepărtat părul pubian sau al saloanelor de cosmetică.

O evaluare a metodelor: pro și contra

Cea mai sigură recomandare medicală este un aparat de tuns, care taie părul la limita pielii și nu produce traume atunci când este folosit corect. Cu toate acestea, multe femei doresc să-și îndepărteze părul pubian și nu folosește la nimic să le spun eu „nu-ți îndepărta părul pubian“. Femeile sunt libere să aleagă ce vor să facă cu corpul lor, iar dacă din punctul lor de vedere riscul unor răni ușoare sau al contractării ITS merită efortul, atunci merită să renunțe la părul pubian. Toate avem propriul raport de riscuri–beneficii.

Femeile cu un sistem imunitar slab, de exemplu, cele care fac chimioterapie și femeile cu diabet și cu un nivel ridicat de zahăr în sânge, ar trebui să evite îndepărtarea părului. Ambele situații sunt asociate cu risc ridicat de infecții grave. Femeile cu risc ridicat de ITS ar trebui să evite tunsul sau să se tundă cu cel puțin o săptămână înainte de contactul sexual, pentru a permite microtraumei să se vindece.

Studiile care au analizat rănilor raportează cele mai mari riscuri ca fiind asociate cu raderea, deși aceste studii este posibil să nu fie exacte, dacă raderea este cea mai comună tehnică.

Tehnici de epilare

Raderea este tehnica ce implică folosirea unei lame de ras pentru a tăia părul chiar de la suprafața pielii sau exact de sub aceasta. Nu există studii despre raderea părului pubian, deci sfatul meu este adaptat pornind de la recomandările care s-au făcut bărbaților care au *pseudofolliculitis barbae* (fire de păr crescute pe sub piele, în mod cronic, din cauza raderii). Tehnica se referă, în general, la minimalizarea traumei (leziunea provocată de lamă este o iritație dureroasă, din cauza traumatizării pielii) și la a nu rupe sau tăia părul de sub piele, pentru că aceasta crește riscul de păr crescut sub piele. Câteva informații importante legate de această tehnică:

- CEL MAI BUN MOMENT DE A TE RADE: după un duș scurt, pentru că umiditatea determină foliculii de păr să se umfle, făcând tăierea mai ușoară.
- FOLOSEȘTE UN PRODUS EMOLIENT PENTRU A PREGĂTI PIELEA: adică cremă de ras, și nu săpun, în timpul dușului. Astfel, microtrauma este minimalizată.
- RADE ÎN DIRECȚIA CREȘTERII PĂRULUI: astfel se reduce riscul ruperii firului de păr sub piele.
- FOLOSEȘTE UN APARAT DE RAS CU O SINGURĂ LAMĂ: cele cu lamă dublă ridică firul de păr cu prima lamă și îl taie cu a doua, dar cu cât este mai joasă tăietura, cu atât mai adânc se retrage firul de păr în folicul și crește riscul de păr crescut sub piele.
- NU TRAGE CU MÂNA DE PIELEA ÎNTINSĂ: asta crește riscul tăieturii sub piele.
- SCHIMBĂ LAMA DE RAS REGULAT: nu folosi aceeași lamă de ras timp de un an – nu că eu aș fi făcut asta vreodată.
- IA ÎN CONSIDERARE FOLOSIREA UNUI APARAT DE RAS ELECTRIC ȘI UTILIZEAZĂ-L CONFORM INSTRUCȚIUNILOR: de obicei, acesta nu taie atât de aproape de piele ca lama.

Depilatoarele chimice sunt de obicei pe bază de hidroxid de calciu și hidroxid de sodiu. Acestea se aplică pe piele și distrug legăturile disulfurice din proteinele firelor de păr, ceea ce dizolvă firul de păr și permite îndepărtarea acestuia. Cea mai mare problemă este reprezentată de iritarea locală a pielii și de reacțiile alergice. Fii prudentă și evită să atingi zonele cu piele mai delicată dintre labiile mici.

Epilarea

Epilarea cu ceară și zahăr implică aplicarea unei substanțe care aderă la foliculii firelor de păr și extrage părul când banda aplicată este smulsă de pe piele cu destulă forță. Ceara poate fi fierbinte (există riscul unei arsuri) sau rece, iar zahărul se aplică doar fierbinte. Ceara fierbinte poate fi tare sau moale, ambele putând fi aplicate cu un băț de lemn – ceara întărită se smulge cu degetele, iar ceara moale necesită aplicarea unei benzi epilatoare. Folosirea zahărului implică caramelizarea acestuia până când arată precum o bomboană lipicioasă. Se aplică cu un băț și apoi se smulge cu degetele. În cazul epilării cu ceară, părul poate fi tras în orice direcție, pentru că se lipește bine. Tehnica zahărului este mai dificilă, pentru că acesta nu este la fel de adeziv, deci părul trebuie tras în direcția creșterii, pentru a minimaliza ruperea.

Dacă zahărul este mai puțin adeziv, ar putea să fie și mai puțin traumatic pentru piele? Nimeni nu a studiat asta, deși dacă este destul de aderent pentru a smulge părul, atunci este evident că poate provoca o microtraumă pielii. Nu sunt cercetări care să fi demonstrat dacă ceara smulge mai multe straturi de piele decât zahărul, așa că am experimentat singură pe o parte a bikiniului cu ceară dură și pe partea cealaltă cu zahăr (ambele tehnici fără utilizarea benzii de epilat, pentru a reduce variabilele). Am cerut unui prieten de sex de masculin să compare apoi finețea, fără să-i spun care e partea cu ceară și care cea cu zahăr. Epilarea cu ceară a fost la fel de dureroasă ca aceea cu zahăr și ambele părți păreau să fie la fel de fine. Preferința trebuie să fie o alegere în funcție de ce este mai bine pentru pielea ta.

Dacă te epilezi la salonul de înfrumusețare cu ceară sau cu zahăr, întreabă dacă folosesc bețe de lemn individuale pentru fiecare aplicare, pentru că nu vrei să curgă două straturi, ceea ce poate adăuga bacterii la ceara caldă sau la zahărul pe care îl folosesc pe tine și pe restul clientelor. Durerea smulgerii părului poate fi diminuată aplicând ferm mâna pe piele imediat după îndepărtarea cerii. Unele saloane sfătuiesc clientele să aplice medicamente care amortesc pielea înainte de epilare, precum lidocaină. Nu aș face asta cu ceară fierbinte sau cu zahăr, pentru că trebuie să știi cât de fierbinți sunt ca să nu te arzi.

Unele epilatoare sunt dispozitive care prind firul de păr și îl smulg. Imaginează-ți-le precum pensetele pe steroizi. Există foarte puține date despre ele, iar în

cadrul studiilor care analizează riscurile raderii, probabil că sunt trecute la categoria „alte”. Sunt la fel de dureroase precum epilarea cu ceară.

Îndepărtarea părului cu laserul este o tehnică de aplicare a energiei în formă de lumină pentru a distruge foliculul de păr. Melanina din păr absoarbe lumina, deci este nevoie de o anumită lungime de undă pentru ca melanina să absoarbă lumina, o variație între 690 și 1 200 nanometri. Părul alb și blond este cel mai greu de tratat, pentru că acesta conține cea mai mică cantitate de melanină care să absoarbă lumina. Printre laserele folosite se numără Ruby, Alexandrite, Diode, Neodymium:YAG, și Intense Pulse Light. Rata de succes la un an după tratament poate ajunge la 80%, dar rezultatele pot varia. Laserul nu este considerat o metodă permanentă, pentru că foliculul de păr se poate reface. Lasere diferite funcționează pentru diferite culori de piele și tipuri de păr, deci recomand consultarea unui dermatolog certificat sau a unui chirurg plastician cu o experiență mai vastă – sunt mai experimentați și oricum ai vrea pe cineva care are mai multe tipuri de laser. Dacă nu au decât un ciocan, cu toții ar trebui să arătăm ca un cui. Îndepărtarea părului cu laser poate ajuta anumite femei cu hidradenită supurativă, o afecțiune inflamatorie cronică a pielii (adesea numită în Europa acnee inversă) care afectează foliculii de păr.

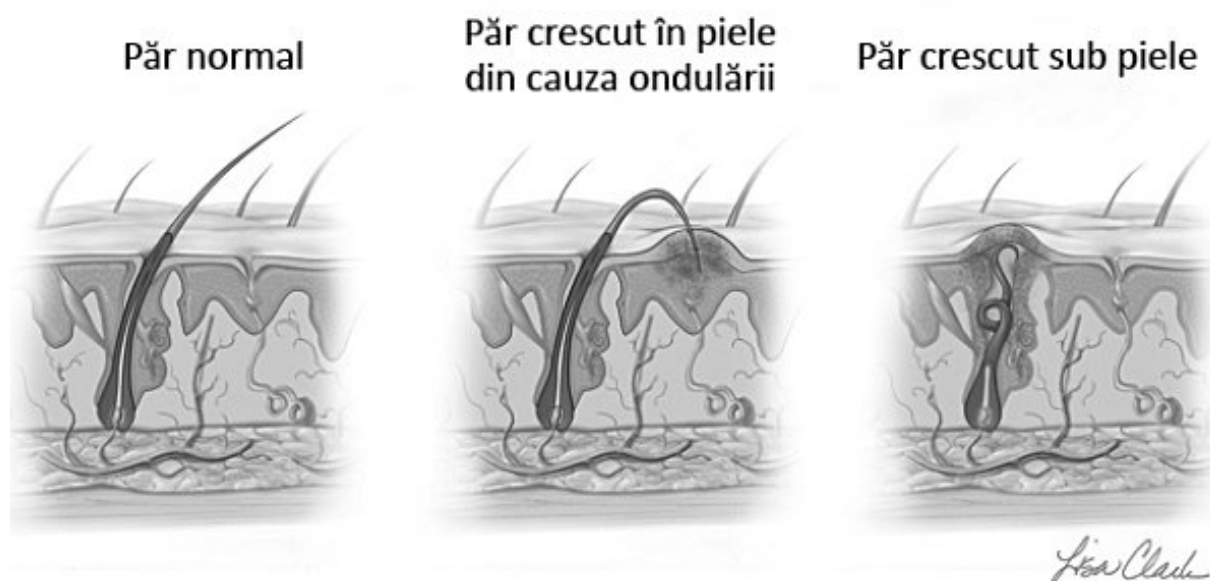
Singura metodă cu adevărat permanentă de îndepărtare a părului este electroliza. Această procedură implică introducerea unei sonde în foliculul de păr și eliberarea unui curent electric care să distrugă foliculul, pentru ca părul să nu mai poată crește. Există trei tipuri de electroliză: galvanică, termoliză și metoda combinată. Metoda de galvanizare durează mai mult pentru fiecare folicul (până la trei minute, față de cele câteva secunde pentru termoliză) și este mai dureroasă, dar are mai multe șanse de a îndepărta permanent părul. Tehnicile combinate par să fie cele mai eficiente, având în vedere eficacitatea și aspectul tratamentului. Pentru că firele de păr sunt eliminate unul câte unul, acesta este un proces destul de lent. Complicațiile electrolizei includ cicatrici și schimbări de pigment din cauza inflamației. Electroliza este recomandată înainte de chirurgia genitală în cazul bărbaților transsexuali, pentru că este singura formă permanentă de eliminare a părului.

**Păr crescut în piele, leziuni
cauzate de aparatul de ras și infecții**

Firele de păr crescute în piele apar când părul se rupe chiar sub suprafață și inflamația sau trauma blochează deschiderea foliculului sau provoacă îndoirea firului de păr și creșterea sub piele. Părul foarte creț prezintă cel mai mare risc, pentru că este predispus la îndoirea naturală – de aceea este posibil să nu ai niciodată fire de păr crescute sub piele pe picioare, dar acestea să apară în zona inghinală. Cel mai mare risc poate fi reprezentat de radere, pentru că vârful ascuțit și tăiat al părului poate penetra pielea. Genetica poate influența forma foliculului de păr și producția de sebum, făcând unele femei mai predispuse la asta.

Inflamația părului de sub piele poate provoca umflături dureroase. Dacă bacteriile sunt prinse aici, pot să apară și infecții.

Cea mai importantă tehnică este cea prin care acorzi atenție maximă procesului pentru a minimaliza ruperea firelor de păr, dar pentru că toate metodele de epilare implică îndepărtarea părului de sub suprafața pielii, nu se pot elimina complet riscurile. Alege metoda care funcționează cel mai bine pentru tine. Mulți esteticieni recomandă exfolierea înaintea epilării cu ceară sau zahăr, pentru ca aderența să fie mai mare. Asta poate îmbunătăți tehnica. Este posibil și ca îndepărtarea celulelor moarte de piele să reducă blocajul foliculului de păr.



Imaginea 8: Păr normal, păr crescut în piele din cauza ondulării, păr crescut sub piele. ILUSTRĂȚII DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

Cum rămâne cu recomandările saloanelor de a folosi produse scumpe cu alfa hidroxi acizi, precum acid glicolic sau salicilic? Aceste produse ar trebui să descompună sebumul, deci teoretic ar putea preveni creșterea părului în piele, dar nu există date în ceea ce privește siguranța folosirii lor în zona genitală. Este alegerea ta dacă vrei să încerci aceste produse; totuși, pe piață există și șervețele umede de unică folosință cu acid salicilic, extrem de ieftine, pentru acnee, și acestea ar fi utile și pentru tratarea zonelor izolate sau pentru aplicarea cu precizie, pentru o fracțiune din costuri. Șervețelele umede au o concentrație de 0,5–2% și ar fi bine să începi cu cea mai mică concentrație.

De obicei, părul crescut în piele iese singur. Dacă vezi o umflătură care nu se află chiar lângă labiile mici sau lângă anus, atunci poți aplica cremă cu 5% sau 10% benzoil peroxid pentru a usca zona și pentru a reduce inflamația și bacteriile. Dacă vezi un fir de păr că iese la suprafața pielii, îl poți smulge cu o pensetă curată, dar nu rupe pielea pentru a-l scoate, pentru că astfel poți introduce bacterii și provoca infecții serioase.

Iritarea foliculului de păr poate provoca o inflamație numită foliculită, adică umflături mici și iritate. Inflamațiile minore se vindecă singure, dar dacă asta nu se întâmplă, atunci poate fi utilizat un steroid care se aplică local, cu potență scăzută.

Tăieturile, abraziunile și părul crescut în piele pot provoca infecții. Dacă zona înroșită se extinde mai mult decât umflăturile de pe piele sau dacă apare puroi ori dacă durerea este insuportabilă, atunci ar trebui să mergi la medic. Dacă îți apar regulat noduli mari și leziuni cu drenaj care arată ca o acnee teribilă și crezi că ar fi din cauza îndepărtării părului, ar fi o idee bună să te consulte medicul și să se asigure că nu suferi de o afecțiune inflamatorie a pielii, numită hidradenită supurativă.

Părerea personală a unui ginecolog despre îndepărtarea părului

Îți voi spune ce fac eu și de ce. Asta nu înseamnă că și tu trebuie să faci la fel, pentru că tehnica mea nu a fost studiată pe scară largă. Totuși, aidoma multor altor femei, m-am luptat și eu ani buni cu părul crescut în piele și cu leziunile provocate de aparatul de ras și am încercat o varietate de măsuri, alegându-le

pe cele care erau potrivite pentru mine. Accept faptul că îndepărtarea părului pubian prezintă riscuri, dar prefer să nu îl văd cum iese prin lenjeria intimă.

Prima strategie este să nu îndepărtez părul pubian de pe labii sau din jurul anusului. Cu cât te apropii mai mult de mucoasă, cu atât riscul de iritare este mai mare. Dermatita perianală (inflamare cronică și înroșirea pielii) poate fi foarte greu de tratat și nu vreau să cresc riscurile provocând microtraume în acea zonă. În plus, îndepărtarea totală a părului prezintă cel mai ridicat risc. Tund labiile mari.

Nu mă rad, și nu fac asta din cauza riscului crescut de rănire. Nu am încredere în mine să țin la duș produsele indicate de pregătire a pielii și știu că aș putea trece cu lama peste pielea uscată sau puțin pregătită. Știu și că aș fi în stare să păstrez aceeași lamă mai mult decât pe oricare iubit al meu. De aceea mă epilez cu ceară. Zahărul a fost OK, dar mie nu mi-a oferit nimic în plus față de ceară și mi s-a părut că apucatul și trasul, care sunt necesare (mai mult decât la ceară), sunt enervante.

Îmi pregătesc pielea pentru epilare aproape la fel cum fac în cazul operațiilor. Dacă aceste metode reduc riscul infecțiilor de după operație, atunci trebuie să le reducă și după radere. Curăț zona cu câteva ore înainte cu șervețele antibacteriene pentru piele. Acestea ar putea irita vaginul și anusul, deci nu le folosesc pe labiile mici sau în zona anală. După operație, înfășor rănilor cu pansament curat pentru 24 de ore, deci îmi iau lenjerie curată la salon pe care să o port apoi. Merg la un salon care nu folosește aceleași spatule de ceară de două ori și îi cer esteticieni să verifice temperatura cerii pe interiorul coapsei.

Evit să curăț sau să traumatizez zona în restul zilei. În ziua următoare, încep să folosesc crema hidratantă și gelul de curățare, iar după o săptămână tamponez cu acid salicilic, pentru a îndepărta sebumul și a preveni astuparea foliculilor de păr.

De reținut:

- Îndepărtarea părului pubian sau tunderea este foarte comună: majoritatea femeilor declară că au făcut asta la un moment dat, iar altele spun că o fac regulat.
 - Doar 4% primesc sfaturi de la medici, deși există foarte puține informații despre cum să instruiști femeile în legătură cu cele mai sigure tehnici.
 - Îndepărtarea părului pubian nu aduce niciun aport igienei și sunt date științifice care demonstrează că ar fi asociată cu riscurile crescute ale infectării cu HPV și herpes, deși nu se cunoaște mecanismul exact.
 - Cea mai bună metodă de a preveni creșterea în piele a firelor de păr este reprezentată de metodele de minimalizare a ruperii părului.
 - În cazul în care te gândești la îndepărtarea părului cu ajutorul laserului, cere mai întâi opinia unui dermatolog autorizat sau a unui chirurg plastician.
-

CAPITOLUL 14

Loțiuni hidratante cu rol de protecție și produse de toaletă

Există o piață în continuă creștere pentru cremele hidratante speciale pentru vulvă și pentru produse de toaletă, mai ales pentru bile și sare de baie, unele fiind dedicate în special „sănătății“ vulvare sau vaginale. Modul în care unele dintre aceste produse sunt promovate ne face să credem că este un adevărat miracol că vulva a supraviețuit fără ele până în zilele noastre.

Sunt anumite beneficii pe care le-ar oferi cremele hidratante și îți dă o stare de bine să ai dulăpiorul din baie plin de produse de toaletă sau de borcane împopoțonate. Fiecare dintre noi definește diferit ce înțelege prin îngrijirea de sine. Produsele care mă bucură pe mine sunt pantofii, dar pot înțelege cum pentru alte femei atenția înseamnă dulăpiorul din baie, când arată precum o farmacie eclectică. Orice produs ai folosi, trebuie să te gândești de ce l-ai ales: din motive medicale sau din plăcere. Nu este greșit ca plăcerea să fie factorul motivant, dar eu recunosc că mă păcălesc când îmi spun că pantofii scumpi mi-ar face bine la picioare.

Ce este o cremă hidratantă?

O cremă hidratantă este o substanță aplicată local, care crește hidratarea pielii, protejând și remediind stratul exterior – *stratum corneum*. Ingredientele principale active dintr-o cremă hidratantă includ unul sau chiar pe toate dintre următoarele:

- Un emolient, care lubrifică și înmoaie. De exemplu, glicol, gliceril stearat sau uleiuri.
- Un agent ocluziv, care învăluie pielea și are rolul unei protecții care împiedică pierderea apei. De exemplu, vaselină, dimeticoni (derivați din silicon) sau uleiuri.
- Un umectant, care atrage apa din atmosferă și o aduce pe piele. De exemplu, glicerol și acid hialuronic.

Produsele comerciale pot conține și emulgatori (pentru a împiedica separarea compușilor din ulei și apă), conservanți și alte ingrediente, precum parfum. Unele dintre produsele de pe piață conțin și apă, care nu are decât un efect extrem de efemer asupra hidratării.

Are vulva nevoie de o cremă hidratantă?

Vulva este mai hidratată decât restul pielii. Părul pubian și mantaua acidă reprezintă mecanisme de apărare care protejează împotriva deshidratării. Învățarea în vârstă, iritarea pielii din cauza incontinenței, a săpunurilor, a șervețelelor umede, a îndepărtării părului pubian și a folosirii uscătorului de păr pentru vulvă (să nu faci asta!) pot afecta în mod negativ umiditatea pielii. Pierderea umidității din vulvă poate provoca simptome de uscăciune și iritare și poate crește susceptibilitatea pentru microtraume.

Cremele hidratante ajută la protejarea pielii și pot trata xeroza, termenul medical pentru piele uscată. Pot reduce extinderea înroșirii, mâncărimea și fisurile. Depinde de simptome, precum mâncărime vulvară sau iritație, și de riscul personal de a avea piele uscată (de exemplu, dacă îți îndepărtezi părul pubian și/sau folosești săpunul în mod regulat, în loc de gel de curățare) dacă ai nevoie de cremă hidratantă.

Unii factori care provoacă uscăciune pot fi ameliorați. Ai putea decide să nu îți mai îndepărtezi părul sau să renunți la săpunurile parfumate, deși sunt femei care pentru nimic în lume nu ar face asta. Învățarea în vârstă, un factor care implică deshidratarea, nu face posibil ca procesul să fie reversibil, indiferent de ce spun autoproclamații experți în antiîmbătrânire. Medicamentele pot duce la uscarea pielii și e posibil să nu mai poți opri tratamentul, cum este cazul chimioterapiei pentru cancer sau retinoidelor orale pentru acnee severă. Pentru că vulva este mai sensibilă la deshidratare, primele simptome, și câteodată singurele, pot să apară în acest loc. Afecțiunile medicale, cum sunt incontinența sau afecțiunile pielii care distrug mantaua acidă, pot fi greu de tratat, deci este posibil ca oprirea cauzei disfuncției stratului protector al pielii să nu se poată realiza.

Dacă vulva pare uscată și/sau are mâncărimi, poate fi o idee bună să încerci un emolient, dar dacă după o săptămână sau două de utilizare nu se observă

ameliorări, atunci este recomandat consultul medical pentru a elimina posibilitatea oricărei alte afecțiuni.

Ar fi bine să folosesc preventiv cremă hidratantă?

Nu știm dacă o cremă hidratantă constituie o întreținere bună a pielii pentru femeile care nu au nicio problemă, dar doresc să prevină. Pare intuitiv din punct de vedere medical să nu fie o idee chiar proastă, mai ales dacă ai 40 de ani sau mai mult, sau dacă îți îndepărtezi foarte des părul sau dacă nu poți renunța la iritanți precum săpunurile sau șervețelele umede. Probabil că este util în situația în care ai incontinență sau o afecțiune a pielii care afectează vulva, precum lichenul simplu cronic (o afecțiune care seamănă cu eczemele) sau lichenul scleros. Dacă ai o afecțiune a pielii care îți afectează vulva, ar fi o idee mai bună ca înainte de a cumpăra un emolient să discuți cu medicul tău.

Am început să folosesc un emolient când am ajuns la menopauză și mi-am simțit vulva mai suplă după câteva săptămâni. Nu-mi dădeam seama cât de mult mă obișnuisem cu uscăciunea și cât de mult am ajuns să aștept momentul de „aaa!“ imediat după fiecare aplicare. Dacă nu te simți uscată sau nu folosești regulat pe piele produse care irită ori un emolient, probabil că ar trebui să încerci unul dintre aceste lucruri ca să observi cum te simți și să decizi apoi mai departe.

Sunt și dezavantaje?

Unele produse pot bloca porii și pot provoca foliculită, adică acnee pe vulvă. Există și riscul iritării și al reacțiilor alergice, precum există inconvenientul de a folosi ceva în mod cronic. Înțeleg că unor femei le place să aplice creme sau unguente ca regim de înfrumusețare, dar pentru mine nu pare decât un alt lucru pe care am să îl uit, așa că în cazul meu a fost nevoie de motivare pentru a urma un regim. Poate că utilizarea unei creme hidratante mă face să mă simt bătrână? Acum folosesc din plin, dar mi-a luat câteva săptămâni să reușesc să fac asta.

Care este cea mai recomandată cremă hidratantă?

Nicio cremă hidratantă nu a fost studiată în mod special pentru vulvă, deci acesta este un domeniu în care pot oferi doar sfaturi generale. Iată câteva dintre produsele comune și informațiile disponibile:

- ULEIUL DE COCOS: a fost studiat pe pielea bebelușilor prematuri, fără efecte nocive, și s-a comportat mai bine decât uleiul mineral în prevenirea pierderii apei din piele. Lipidele din ulei învăluie pielea și pot avea o activitate antiinflamatorie benefică. Are în compoziție un singur ingredient, deci dacă irită nu ar fi niciun mister de rezolvat. Este mai ieftin decât alte opțiuni, se absoarbe bine și miroase frumos. Unii cercetători au sugerat că uleiul virgin de cocos, obținut fără chimicale sau încălzire, poate oferi o activitate antiinflamatorie mai intensă, dar că nu există date certe pentru a susține ipoteza. Uleiul de cocos este un agent emolient și ocluziv.
- ULEIUL DE MĂSLINE: a fost studiat drept cremă hidratantă vulvară pentru supraviețuitoarele cancerului de sân care nu puteau folosi estrogen și a fost bine tolerat. Este emolient și are și proprietăți ocluzive.
- ULEIUL PENTRU BEBELUȘI SAU ULEIUL MINERAL: produs din vaselină distilată. Deși urăsc termenul de „natural“, nu ar fi greșit să spun că uleiul mineral este la fel de „natural“ ca uleiul de cocos, pentru că ambele provin din natură. Un derivat din petrol sună înfricoșător, dar acesta a fost utilizat timp îndelungat și are un istoric al siguranței utilizării. Uleiul mineral cosmetic este sigur de folosit pentru uz extern. În afara SUA, uleiul mineral este adesea numit parafină lichidă sau *paraffinum liquidum*, care sună a leac vrăjitoresc. Este un agent emolient și ocluziv.
- VASELINA SAU PETROLATUM: o combinație de uleiuri minerale și ceară. Este un produs rafinat, care nu este fabricat în laborator, deci care ar putea fi etichetat ca „natural“. Funcționează ca emolient și înveliș ocluziv. Este foarte bun în oprirea deshidratării și bine tolerat. Și acesta este doar pentru uzul extern.
- ORICE CREMĂ SAU UNGUENT PENTRU IRITAREA PROVOCATĂ DE SCUTECE: de obicei conține o combinație de emolienți, produse ocluzive și umectanți. Ingredientele pot include lanolină, petrolatum, ulei de ficat de cod, ulei mineral, parafină, aloe vera, ceară și dimeticon, precum și conservanți. Empiric, aș spune că A&D poate fi tolerat mai bine, dar are lanolină și unele femei pot fi alergice la acesta.
- VMAGIC, UN BRAND SPECIAL DIN ULEIURI (MĂSLINE, AVOCADO ȘI CĂTINĂ), CEARĂ DE ALBINE ȘI UN AMESTEC BREVETAT DE MIERE ȘI PROPOLIS (UN FEL DE LIPICI DIN PRODUSE APICOLE): este mai scump decât dacă ai cumpăra

direct uleiurile și niciun studiu nu arată că uleiurile de avocado sau de cătină ar aduce ceva în plus față de uleiurile de măsline sau de cocos pe care le ai deja în dulapul din bucătărie. Dacă un produs scump îți face plăcere, atunci acesta este cel bun. Produsul pretinde să fie „fără-chimicale“, ceea ce este o afirmație falsă, pentru că totul conține chimicale, inclusiv apa. În unele reclame, am observat că se folosește refrenul „sentiment de prospețime“, pentru care mai că îmi vine să îmi dau și viața.

- VITAMINA E: se comercializează în capsule pe care unele femei le sparg pentru a folosi uleiul din interior. Nu sunt ferm convinsă de siguranța oferită de acest medicament. Deși nu a fost studiat efectul local, administrarea dozelor mai mari de 400 UI/zi de vitamina E crește riscul decesului din orice cauză. Nu îmi fac griji în legătură cu vitamina E absorbită local sau care ar putea omorî pe cineva, dar ipoteza din spatele vitaminei E și riscul crescut de deces au legătură cu proprietățile antioxidante care pot ajuta celulele canceroase să crească mai repede decât cele sănătoase. Cunoscând acestea, ne putem poate gândi cum ar favoriza creșterea celulelor canceroase infectate cu virusul Papiloma uman (HPV)? Nu ne putem baza pe ce încă nu cunoaștem și, pentru că există alte uleiuri care pot fi utilizate, este greu de recomandat în schimb vitamina E.

Produse de evitat

Nu folosi creme și unguente cu acid salicilic sau retinol (întâlnit în cremele de față), pentru că pot fi iritante. Evită produsele care pretind să revigoreze vulva – 0,5% dintre femei declară că folosesc sau au folosit aceste produse. Produsele cu aplicare locală pentru revigorarea pielii funcționează prin afectarea producției de melanină, pigmentul care produce culoarea pielii. Acesta conține, de obicei, unul sau mai multe dintre aceste ingrediente: acid ascorbic (vitamina C), acid retinoic, alfa hidroxi acid sau acid salicilic. Hidroxichinona este disponibilă în SUA, dar interzisă în Europa. Aceste produse nu au fost testate pe vulvă și multe dintre ele sunt iritante. O altă teamă este reprezentată de o piață destul de mare de produse ilegale de albire a pielii și de ingrediente periculoase, precum mercur, care au fost găsite în produsele din Europa și din Asia.

Melanocitele și melanina fac parte din sistemul imunitar, deci pe lângă iritațiile provocate de produse, pot să apară și alte simptome. Dacă ai pete întunecate care te deranjează, mergi la un medic și obține diagnosticul corect. Dacă problema este pătarea ușoară generalizată a pielii labiilor și/sau în jurul anusului, cel mai probabil cauza este îndepărtarea cronică a părului.

Unde să aplic crema hidratantă?

Pe labiile mari, perineu (între orificiul vaginal și anus) și pe pielea din jurul anusului. Încearcă să nu îți intre în vagin sau în anus – doar uleiul de cocos sau uleiul de măsline este sigur.

Alte probleme?

Nu toate produsele care conțin ulei sunt compatibile cu prezervativele din latex. Nu avem informații care să spună cât de mult ar trebui să aștepti după aplicarea uleiului pentru a nu compromite integritatea prezervativului din latex. Probabil că sunt de ajuns câteva ore, dar este doar o aproximare și nu trebuie luată ca o regulă sigură.

Dacă folosești ulei de cocos, asigură-te că toată lumea din casă știe că uleiul de cocos din baie este doar pentru uz cosmetic. Într-o seară, o prietenă mânca prăjituri făcute de fiica ei de 14 ani. Când a întrebat ce ingrediente folosise, fiica ei a spus că a pus ulei de cocos. A urmat o pauză apăsătoare, timp în care prietena mea a verificat mental locul în care se afla singurul borcan de ulei de cocos rămas în casă – era cel din baie. Acum rămăsese cu dilema dacă să spună sau nu familiei că mânca prăjituri de vulvă?

Bilele efervescente și spumantul de baie

Bilele efervescente și spumantul de baie oferă plăcere multor persoane. Sunt drăguțe, miros bine și adaugă un element în plus îngrijirii. Multe dintre aceste produse sunt vândute sub pretextul unei stări de bine, adică cu promisiunea unor efecte medicale. Mirosul și delicatetea apei pot fi plăcute și te ajută să te relaxezi, dar finețea pielii și proprietățile emoliente nu oferă beneficii de lungă durată. Poți folosi aceste produse doar din plăcere.

Există cel puțin o bilă de baie care pretinde să fie benefică pentru pH-ul vaginal. Acesta este cel mai mare avertisment împotriva ei, deoarece compania

probabil crede că vaginul se umple cu apă în timpul unei băi. Când faci baie, nu îți speli și vaginul. Apoi trebuie să reținem faptul că niciun produs cu aplicare locală nu poate altera pH-ul vaginal decât temporar și că încercările de a altera pH-ul sunt de obicei dăunătoare pentru vagin.

Bilele de baie și spumantele au parfum, iar dacă sunt frumos colorate, atunci conțin și vopsea. Unele au chiar și scilpici (extrem de îndrăgit la mine acasă). Momentan sunt foarte entuziasmată de bilele de baie, pentru că unul dintre fiii mei este dependent de ele. Sunt uimită că societatea se concentrează pe mirosurile nonexistente ale tractului genital feminin, în timp ce ignoră în mare măsură murdăria adolescentului masculin, majoritatea acestora având o aversiune față de apă. Dacă bilele de baie îl conving pe fiul meu adolescent să își curețe festinul de sebum alimentat de testosteron de pe piele, atunci bile de baie să fie.

Riscul acestor produse de a provoca iritații sau reacții alergice nu este influențat de natura lor sintetică sau de origine vegetală. În afară de iritații și de alergii, nu există dovezi convingătoare că bilele efervescente de baie și spumantele de baie ar provoca infecții ale tractului urinar, deși o reacție iritantă a vulvei poate fi ușor confundată cu o infecție a vezicii, deoarece simptomele sunt destul de asemănătoare. Înainte de pubertate, fetele prezintă un risc mai mare pentru reacțiile iritante pentru că labiile lor sunt foarte mici și nu acoperă vestibulul (orificiul vaginal), iar mucoasa și orificiul vaginal nu conțin estrogen, deci pentru unele fete aceste produse de baie pot fi iritante.

Spumantele de baie care produc bule uimitoare sunt, în principal, diluate cu săpun lichid și, după cum am mai spus, săpunul îndepărtează stratul gras protector al pielii, la fel cum, paradoxal, poate usca pielea. Dacă vrei să le folosești, ține minte aceste informații și cel puțin nu le utiliza în fiecare zi. De obicei, conțin un surfactant, precum lauril sulfat de sodiu sau SLS, care poate provoca reacții alergice pentru 3–5% dintre persoane.

Dacă ți se pare că produsele de baie aduc un plus de finețe și de confort, dar vrei alternative fără parfum și fără vopsea care să nu irite deloc și dacă poți renunța la bule, atunci încearcă următoarele:

- SĂRURI EPSOM, CITRAT DE MAGNEZIU. Acestea au fost folosite mulți ani, deci au un istoric destul de lung. Nu aduc nimic în plus sănătății, dar par să nu prezinte niciun risc. Poți adăuga și ulei de măsline sau de

avocado în apă, dacă îți sunt pe plac. Pentru o vreme, pielea ta va fi foarte fină. Este plăcut, dar nu are niciun beneficiu medical.

- OVĂZ (CEL OBIȘNUIT, CARE SE PREPARĂ ÎN 5 MINUTE, NU CEL DUR): pune o mână de ovăz într-un ciorap legat la capăt și aruncă-l în apă. Ciorapul împiedică împrăștierea ovăzului în apă și transformarea băii într-un terci dezgustător. Ovăzul are proprietăți antiiritare. Nu are efect de durată, dar poate fi confortabil când stai în apă și poate ameliora starea de mâncărime. Foloseam această metodă când copiii mei erau iritați din cauza scutețelor.

Dacă vrei să îți faci un spumant de baie (să nu te aștepți să ai și bule mari), iată și rețeta:

- 2 linguri de ulei de măsline, de avocado sau de migdale
- 2 linguri de miere
- 1/4 cană de săpun lichid de Castilia (fără parfum)
- una sau două picături de extract de vanilie sau orice alt ulei esențial care nu îți irită pielea, doar dacă dorești

Dacă vrei bule uriașe, trebuie să cumperi spumantul. Dacă nu te irită și nu îți usucă pielea, atunci factorul de plăcere merită efortul. Dacă ai pielea crăpată sau iritată, atunci produsele de baie pot crește riscul de iritații. Deoarece vulva este mai sensibilă la iritanți, o reacție negativă la unul dintre aceste produse poate fi mâncărimea sau iritația vulvară.

De reținut:

- Emolienții pot fi utili pentru vulvă, în special în timpul menopauzei, pentru pielea uscată și în cazul incontinenței.
- Emolienții scumpi nu au niciun avantaj evident în fața celor ieftini precum uleiul de cocos, uleiul de măsline sau vaselina.
- Spumantele de baie nu provoacă infecții ale vezicii, dar în cazul unor femei, în special înainte de pubertate, pot irita vestibulul.
- Dacă îți plac bilele de baie sau spumantele de baie și nu te iriți, atunci probabil că această plăcere merită riscurile potențiale.

- Există opțiuni ieftine, făcute în casă, cu riscuri mici de iritare, pentru cele care pot renunța la bule.
-

PRODUSE ȘI MITURI DESPRE MENSTRUATIE

CAPITOLUL 15

Adevărul despre sindromul șocului toxic

Sunt destul de în vârstă ca să îmi pot aduce aminte de apogeul temerii de sindrom de șoc toxic (SST) din 1979 și 1980. Tocmai îmi venise menstruația și curând după aceea poveștile cu bacteriile care mâncau carne și stăteau la pândă în vagin erau peste tot. Au speriat multe femei care nu mai voiau să folosească tampoane și această teamă a fost exploatată de cei care au sugerat în mod eronat că femeia este într-un fel ruinită dacă introduce un produs menstrual în vagin înaintea penisului viitorului și teoreticului soț. Frica de SST vinde reviste, aduce clicuri și a fost adoptată de cei care promovează ideea că produsele menstruale „naturale“ sunt cumva mai bune. Dacă la tabuurile culturale adăugăm și sensibilitatea ridicolă a societății la menstruație, obținem un teren fertil pentru informațiile greșite.

Din fericire, eu am antidotul. Faptele reale.

Ce este sindromul de șoc toxic?

Sindromul de șoc toxic, sau SST, este un răspuns grav la o toxină intrată în fluxul sangvin. Toxina este o substanță produsă de organism – bacteriile, plantele și animalele pot produce toxine. Un bun exemplu este veninul șarpelui.

Există două tipuri de bacterii care pot produce o toxină capabilă să provoace SST: streptococul din grupa A, același care provoacă streptococul din gât, și stafilococul auriu. Streptococul din grupa A nu trăiește în vagin, deci nu provoacă SST menstrual sau mSST (streptococul din grupa B se află în vagin, dar nu produce toxine). Majoritatea cauzelor mSST sunt în legătură cu o toxină numită SST-1, produsă de stafilococul auriu. SST este definit ca fiind menstrual dacă se manifestă în timpul sau la 2-3 zile de la încheierea menstruației. SST nonmenstrual afectează femeile și bărbații în mod egal și de obicei se manifestă după o intervenție chirurgicală sau provocarea unei răni, precum o arsură. Afectează aproximativ 0,3/100 000 de persoane anual.

Simptomele de mSST sunt febră, o iritație asemănătoare arsurii solare care se exfoliază, tensiune mică, stare de vomă și diaree. Organele pot ceda și lipsa fluxului sangvin către membre poate duce la amputații (din fericire, aceste cazuri sunt extrem de rare). Durata medie de spitalizare este de șase zile și puține femei ajung să fie într-o stare suficient de gravă pentru a avea nevoie de terapie intensivă. Cu îngrijirea medicală adecvată, riscul decesului este mai mic de 4%. Supraviețuitorii pot avea astfel de episoade din nou, pierdere de memorie și probleme serioase de sănătate. Este o boală gravă.

Între 1979 și 1980, au existat 1 264 de cazuri de mSST în SUA, dintre care 72 de femei, adică aproape 6% dintre cele afectate, au murit. Riscul de mSST a scăzut și raportul din zilele noastre este de aproximativ 1/100 000 dintre femeile aflate la vârsta reproductivă. În 2015, ultimul an pentru care s-au raportat informații complete, 47 de femei din SUA au avut SST (majoritatea cazurilor au avut legătură cu menstruația, dar statisticile nu fac diferența între mSST și SST nonmenstrual).

Complexitatea SST menstrual (sau mSST)

Stafilococul auriu este colonizator, adică mulți dintre noi îl avem în organism, doar că nu ne provoacă probleme în mod evident. Aproximativ 10% dintre femeile aflate la vârsta reproductivă sunt colonizate vaginal cu stafilococul auriu (folosirea tampoanelor nu crește riscul de colonizare) și 1% dintre femei conțin o genă capabilă să producă SST-1. Acestea sunt singurele femei cu risc de producere a mSST.

Cantitatea de stafilococ auriu din vagin crește în timpul menstruației, iar fierul din sânge crește producția de SST-1. Din fericire, corpul are mecanisme naturale de apărare împotriva SST: 80% dintre femei au anticorpi protectori care neutralizează toxina (de aceea, tinerele prezintă cel mai mare risc de mSST, pentru că au avut mai puțin timp la dispoziție să dezvolte anticorpi) și unele femei nu au receptorii necesari de pe țesuturile vaginale pentru ca toxina să se atașeze pe celule și să obțină accesul la fluxul de sânge.

Având în vedere că 70% dintre femei au folosit tampoane la un moment dat în viața lor, 1% dintre femei au bacteria care produce SST-1 și doar 0,01% dintre femei fac într-un an mSST, se dovedește că aceste mecanisme de apărare sunt, în general, foarte eficiente.

Tamponul Rely: o lecție istorică importantă despre menstruație

În anii '70, Procter&Gamble a vrut să intre pe piața tampoanelor cu un produs revoluționar, care trebuia să distrugă concurența. Până atunci, toate tampoanele aveau aceleași componente de bază: un cilindru de bumbac, bumbac reiat sau un amestec de bumbac și celofibră, care inițial se expanda pe lungime. Răspunsul celor de la Procter&Gamble a fost tamponul Rely. Era făcut din spumă de poliester, sub formă de cuburi și fragmente mici, și carboxil celuloză (un agent gelifiant, folosit și în alimente precum budinca – un moment potrivit pentru a le reaminti tuturor că doar pentru că poți mânca ceva nu înseamnă că acel produs este sigur și pentru vagin!), puse într-un ambalaj ca un săculeț de ceai. Sloganul era: „Absoarbe chiar și grijile.“ Am încercat Rely când aveam 14 ani și tamponul a absorbit atât de mult sânge, încât scoaterea lui a fost precum nașterea unei piersici. Nu făcusem sex înainte și nu am nicio îndoială că în timpul îndepărtării am provocat microtraume.

Produsele menstruale din SUA sunt reglementate de Food and Drug Administration (FDA), astfel că toate dispozitivele medicale și produsele care diferă substanțial de cele de pe piață trebuie să trimită mostre de evaluat pentru a putea fi comercializate. Tehnic, produsele menstruale sunt evaluate, și nu aprobate de FDA. Documentația de la FDA pentru Rely a început înainte ca această regulă să fie aplicată, deci a fost acceptat fără evaluare. A urmat o campanie agresivă de marketing și până la sfârșitul anilor '70, cam 25% dintre americance foloseau Rely.

Apoi au început să apară cazurile de mSST.

Rely avea o problemă încă de la stadiul de concept. Cuburile de spumă le ofereau bacteriilor o suprafață mai mare de dezvoltare și introduceau mai mult oxigen decât un tampon obișnuit. Celuloza (agentul de îngroșare) era un mediu bun de creștere a bacteriilor. Unii producători au adăugat tampoanelor poliacrilat, un material absorbant, pentru a concura cu Rely, probabil asta contribuind la problema cu mSST.

Rely a fost retras de pe piață pe 22 septembrie 1980, iar cazurile de mSST au început să scadă. Poliacrilatul a fost eliminat din tampoanele din SUA în 1985.

Gândește-te la tamponul Rely de fiecare dată când vezi un tampon nou „inovativ“ sau o cupă menstruală care a ajuns pe o platformă de finanțare, pentru că designerii îndrăzneți nu sunt întotdeauna de încredere. Dacă un

produs diferă în orice mod semnificativ de tamponele sau de cupele menstruale tradiționale, atunci sunt necesare studii de certificare a siguranței, precum și evaluările celor de la FDA.

Dacă Rely nu mai este pe piață, de ce continuă să apară cazuri de mSST?

Toate tamponele, buretele contraceptiv, diafragma și cupele menstruale cresc riscul de mSST. Nu se știe prea bine cum se întâmplă asta, dar mecanismele principale par să includă unele, dacă nu toate variantele de mai jos:

- INTRODUCEREA OXIGENULUI ȘI A DIOXIDULUI DE CARBON ODATĂ CU INTRODUCEREA TAMPONULUI ETC.: ambele ajută bacteriile să se dezvolte. Când sunt inserate, cupele menstruale pot introduce mai mult oxigen decât tamponele.
- PERMITEREA DEZVOLTĂRII BACTERIILOR CARE NU PRODUC SST-1: alte bacterii produc dioxid de carbon (este un produs secundar al respirației bacteriilor) care pot ajuta la dezvoltarea stafilococului auriu.
- ANUMITE FIBRE ALE TAMPOANELOR CARE FAVORIZEAZĂ DEZVOLTAREA BACTERIILOR: studii mai vechi au sugerat că bumbacul era mai puțin predispus la favorizarea creșterii bacteriilor decât vâscoza, deși o cercetare mai nouă, care reproduce mediul sărac în oxigen al vaginului, ne spune că dezvoltarea stafilococului auriu și SST-1 poate fi mai prolifică în cazul tamponelor făcute doar din bumbac. Nu presupune că bumbacul este mai sigur.
- CUPELE MENSTRUALE FĂCUTE DIN SILICON ȘI ELASTOMERI TERMOPLASTICI PROVOACĂ APARIȚIA BIOFILMELOR: acesta este un strat protector care le permite bacteriilor să nu fie detectate și distruse de sistemul de apărare al vaginului. Un studiu sugerează că unele cupe menstruale făcute din elastomeri termoplastici pot induce mai puțin biofilm decât cele din silicon.
- ABSORBȚIA: cu cât mai mare este absorbția tamponelor, cu atât mai ridicat este riscul.
- TRAUMA PROVOCATĂ DE INTRODUCEREA TAMPONULUI ETC. ȘI DE SCOATEREA ACESTUIA: poate introduce toxina de SST direct în fluxul sangvin, trecând de mecanismele normale de apărare.

Sfaturi practice pentru a te proteja de mSST

Este imposibil ca riscul produselor vaginale să fie redus la 0, dar dacă luăm în considerare numărul ridicat de femei care folosesc tampoane și numărul mic al celor care dezvoltă mSST, riscul este scăzut. În Marea Britanie, riscul de mSST este acum mai scăzut decât cel de SST provocat de alte cauze. Pentru a face o comparație ilustrativă, în SUA, riscul de a face mSST în fiecare an este acum la același nivel cu cel de a fi lovit de trăsnet. Unele femei vor considera că acest risc este scăzut, iar altele îl vor considera ridicat, deși eu le amintesc mereu femeilor că în fiecare zi suntem expuși la pericole mult mai mari decât folosirea unui tampon sau a unei cupe menstruale. De exemplu, aproape 6 000 de pietoni sunt omorâți în fiecare an, și cu toate acestea nu le spunem femeilor să nu meargă la plimbare. Femeile pot face abces și alte infecții serioase din cauza îndepărtării părului pubian. Toate intervențiile prezintă riscuri și doar tu îți poți evalua raportul de risc *versus* beneficiu.

Riscul de mSST este mai mare în cazul tinerelor. Asta nu înseamnă că fetele de 15 ani nu ar trebui să folosească tampoane, ci este doar o informație la care să te gândești atunci când iei decizii pentru corpul tău. Chiar și pentru femeile cu vârsta sub 24 de ani, riscul de mSST este tot mai mic decât 2 la 100 000 de femei pe an.

Sfaturi practice despre tampoane:

- **ALEGE-LE PE CELE CU CEA MAI MICĂ ABSORBȚIE:** unii producători vând cutii cu tampoane de diferite mărimi. Dacă ai doar din cele mari sau super-plus (femeile de peste 40 de ani știu despre ce vorbesc), atunci este posibil să folosești un tampon prea absorbant pentru zilele mai ușoare (dacă ai așa ceva).
- **SĂ NU CREZI CĂ TAMPOANELE FĂCUTE DOAR DIN BUMBAC SUNT SIGURE:** un studiu recent a arătat că amestecurile de celofibră ar fi mai sigure. Nu se știe dacă studiile din laborator se aplică în viața reală.
- **AI GRIJĂ LA TRAUMA PROVOCATĂ DE INTRODUCEREA TAMPONULUI ETC. ȘI DE SCOATEREA ACESTUIA:** folosirea unui tampon mai puțin absorbant în zilele cu scurgeri mai puține ar putea fi utilă.
- **RECOMANDAREA DE A SCHIMBA TAMPONUL O DATĂ LA 8 ORE NU SE BAZEAZĂ PE CERCETĂRI ȘTIINȚIFICE, DAR SE PARE CĂ ESTE CEL MAI BUN SFAT AL „EXPERTILOR“:** schimbarea mai frecventă nu va reduce riscul, ba chiar îl poate mări, pentru că mai multe inserări înseamnă și introducerea de

mai mult oxigen și dioxid de carbon în vagin, pe lângă alte traume pe care le poate provoca.

Sfaturi practice în privința cupelor menstruale:

- NU TE GÂNDI CĂ ACESTEA OFERĂ UN RISC MAI SCĂZUT DECÂT TAMPOANELE: s-a demonstrat că utilizarea lor favorizează mai mult dezvoltarea stafilococului auriu și SST-1 decât în cazul utilizării tampoanelor.
- ALEGE CEA MAI MICĂ CUPĂ CARE AR FI EFICIENTĂ PENTRU TINE: asta înseamnă că ai putea avea cupe de mărimi diferite, pentru zilele mai puțin sau mai mult abundente.
- FOLOSEȘTE DOUĂ CUPE, PENTRU CĂ INSTRUCȚIUNILE PRODUCĂTORULUI DE ALE CLĂTI ÎNTRE UTILIZĂRI NU „GARANTEAZĂ” DISTRUGEREA SST-1: cupele trebuie opărite între utilizări, deci cel mai bine ar fi să ai mereu una curată la îndemână.

Bureții-de-mare

Un burete-de-mare este un organism acvatic, alcătuit din spongina. Acesta nu are organe specializate (plămâni, inimă, rinichi etc.), ci respiră și simte filtrând apa de mare prin micile lui orificii și de aceea are o suprafață mare. Bureții sunt foarte absorbantți – aproape 2/3 din burete reprezintă un spațiu gol, capabil să rețină fluide. În plus, spongina se umflă pentru a preveni lichidul să se scurgă. Se expandează în toate direcțiile. Pe scurt, sună precum versiunea naturii a tamponului Rely – multe suprafețe expuse bacteriilor, multe buzunare de aer, capacitate de absorbție mare și creșterea volumului, care poate provoca microtraume în timpul îndepărtării.

Curățarea corespunzătoare a unui burete este destul de dificilă. Când sunt folosiți în bucătărie, trebuie să fie spălați cu apă fierbinte în mașina de spălat, cu detergent și înălbitor pentru a omorî bacteriile, dar nimeni nu a studiat cum să curățăm buretele-de-mare de stafilococul auriu (bacteria care provoacă SST) sau de toxina SST. Am încercat să fierb unul timp de o oră și s-a întărit, s-a micșorat și și-a schimbat culoarea.

Un studiu din 1982 ne spune că femeile care folosesc bureți-de-mare au o cantitate mai mare de bacterii în vagin în timpul menstruației, inclusiv stafilococ auriu, decât femeile care folosesc tampoane sau absorbante. Între

menstruații nu au existat diferențe, deci problema cu bacteriile potențial periculoase pare să fie legată strict de bureții-de-mare. Nu avem nici cea mai mică idee despre cum bureții afectează producția toxinei SST. Evaluarea bureților-de-mare de către FDA în anii '90 a arătat că spațiile mici ale acestora erau pline cu murdărie microscopică și resturi (ceea ce nu este surprinzător, având în vedere că bureții filtrează apa oceanului).

În SUA, este ilegal să vinzi bureți-de-mare pentru uz menstrual și FDA a trimis avertismente câtorva comercianți. Nu există studii care să certifice că bureții sunt siguri, iar cine spune asta, în opinia mea, nu este etic.

Produse din spumă de poliester

În unele țări, există bureți menstruali făcuți din aceeași spumă de poliester precum tamponul Rely. Este aceeași spumă folosită și pentru buretele contraceptiv, care prezintă risc de mSST. Unele femei folosesc bureții cosmetici din poliester pe post de „urgență menstruală“.

Deși nu știm cum spuma de poliester din Rely a contribuit în mod specific la mSST, nu are logică să folosim un produs făcut din același material ca tamponul care prezintă cel mai mare risc de mSST. Nu găsesc studii cu privire la siguranța spumei de poliester (tamponane sau bureți cosmetici), deși am pus un burete cosmetic din spumă de poliester în apă și acesta a eliberat o cantitate impresionantă de aer în comparație cu un tampon super-plus, ceea ce nu este deloc bine. Personal, aș renunța la produsele din spumă de poliester.

Tamponane croșetate sau tricotate

Au auzit că unele femei își fac propriile tamponane și că s-ar găsi de cumpărat de pe Etsy (am petrecut multe ore în universul Etsy). Aceste tamponane sunt făcute, de obicei, din bumbac. Nimeni nu le-a trimis la FDA pentru aprobare și nu există informații despre cum ar putea irita țesutul vaginului sau despre cum ar putea afecta dezvoltarea bacteriilor sau producerea toxinei vinovate de sindromul de șoc toxic.

Deși se susține că aceste tamponane sunt făcute 100% din bumbac, asta nu înseamnă că sunt similare cu cele din comerț. Am cumpărat trei și am fost uimită de cât de larg sunt tricotate – rămâne o groază de aer care va fi introdus, iar acesta este mecanismul-cheie în producerea toxinei care provoacă sindromul

de șoc toxic (SST). Nu se știe nici cum trebuie să fie curățate pentru a omorî bacteriile și toxina SST.

O altă problemă – nu că ar mai fi nevoie de vreuna – este absorbția. Niciunul dintre cele trei tamponare testate nu a absorbit mai mult de 5 mililitri, ceea ce este mai puțin decât un tampon comercial de mărime normală.

Renunță la tamponarele croșetate sau tricotate.

Ar putea tamponarele sau cupele menstruale să ofere mai multă siguranță?

Să luăm în considerare sutele de mii de femei din SUA care folosesc tamponare și cupe. Riscul de mSST este de aproximativ 1/100 000 de femei pe an. Deci ar fi o provocare să se facă un studiu care să demonstreze că un produs ar fi mai sigur decât altul. Evenimentele rare sunt foarte dificil de studiat din punctul de vedere al prevenirii, deși asta nu înseamnă că producătorii nu ar putea încerca. Rezultatele de laborator care ar arăta că un anumit produs ar putea inhiba producerea toxinei SST ar fi un bun început. Un design mai sigur ar putea lua în considerare materiale care rezistă la biofilme, care introduc mai puțin aer odată cu tamponul etc. și minimalizează trauma de inserție și de îndepărtare.

Nu există teste care să spună ce prezintă risc de mSST și ce nu, și nici teste pentru stadiile inițiale ale mSST. Un alt domeniu de cercetare ar putea implica recunoașterea persoanelor care sunt purtătoare de gena producătoare a stafilococului auriu, prezența anticorpilor protectori sau un test pentru detectarea din timp a mSST, deoarece intervențiile timpurii îmbunătățesc rezultatele.

De reținut:

- Doar 1% dintre femei prezintă riscul dezvoltării mSST, pentru că vaginul lor este purtător de gena stafilococului auriu și aceasta poate produce toxina.
- Mecanismul-cheie în cazul mSST pare să fie introducerea de oxigen în vagin, dar pot fi implicați și alți factori.
- Nu considera cupele menstruale mai sigure decât tamponarele.

- Tampoanele făcute doar din bumbac par să nu fie mai sigure decât cele din bumbac și celofibră.
 - Nu folosi bureți-de-mare.
-

CAPITOLUL 16

Există toxine în tampoane și în absorbante?

Este greu să afli despre produsele menstruale din alte surse decât cele științifice, pentru că multe persoane sunt panicate în ceea ce privește menstruația. Unul dintre cele mai comune mituri pe care sunt rugată să le demasc este existența „toxinelor“ în absorbante și tampoane. Frica vinde.

Câteva cuvinte despre reglementările sanitare

În SUA, Food and Drug Administration (FDA) reglementează toate produsele pentru igiena menstruală. Aceste produse (absorbante, tampoane etc.) nu sunt aprobate de FDA, ci mai degrabă sunt înregistrate și acceptate pentru comercializare. Ca produsele să fie înregistrate la FDA înseamnă că au fost verificate în timpul fabricației, iar plângerile și evenimentele adverse trebuie să fie urmărite. FDA poate cere în orice moment verificarea acestor documente, iar dacă nu sunt în regulă, producția/vânzările ar putea fi oprite și luate măsuri adiționale de sancționare.

Absorbantele fără parfum și cele parfumate care folosesc anumite materiale studiate și aprobate de FDA sunt dispozitive medicale din clasa I, adică nu necesită noi verificări, dacă produsul nu diferă din punct de vedere material de cel aprobat anterior. Produsul este înregistrat și ajunge pe piață.

Absorbantele parfumate care folosesc materiale noi și orice alt dispozitiv de protecție menstruală introdus în vagin (de exemplu, tampoane și cupe menstruale) sunt dispozitive medicale din clasa a II-a. Producătorii de tampoane sunt obligați să trimită rapoarte care să dovedească similaritatea acestor produse cu cele aflate deja pe piață sau, dacă vin cu un design sau cu un material nou, să prezinte certificări de siguranță. Cupele menstruale se procesează rapid și pot ajunge pe piață fără aprobarea FDA, dar produsul tot trebuie să fie înregistrat.

Cercetând site-ul celor de la FDA, am găsit scrisori adresate anumitor companii în care FDA își exprima îngrijorarea cu privire la procesul de fabricație și la recomandările de curățare a cupelor menstruale, ceea ce arată că

procesarea rapidă a cupelor menstruale nu este echivalentă cu un motiv de nevinovăție.

Cum rămâne cu toxinele ascunse?

Miturile despre toxinele ascunse și pericolele reprezentate de tampoane și cupele menstruale sunt vechi. Mai vechi chiar și decât Google! Îmi amintesc că am fost întrebată despre tampoane și azbest încă de la începutul anilor '90. Nu există așa ceva. Nu a existat niciodată. Un alt mit care există dinaintea internetului spune că endometrioza poate fi provocată de cupele menstruale. A existat chiar și o petiție la FDA pentru a le interzice pe piață. Nu există nicio legătură între acestea.

Producătorii de absorbante și tampoane din SUA nu sunt obligați să listeze ingredientele pe ambalaj sau pe site și adesea acesta este un motiv de îngrijorare. Tocmai pentru că sunt de părere că toate produsele trebuie să aibă ingredientele listate, am făcut câteva cercetări pentru această carte și am verificat mai multe tampoane și absorbante, toate având ingredientele afișate. Am verificat mai multe „companii mari” și produse „naturale” care aveau aprobare de la FDA și erau conforme.

Nu am primit nicio explicație satisfăcătoare la întrebarea de ce producătorii de produse „naturale” nu mint în legătură cu ingredientele lor, dar „companiile mari” fac asta întotdeauna.

Care-i treaba cu reziduurile?

Pentru ca un tampon să fie aprobat, producătorul trebuie să demonstreze că nu conține erbicide și pesticide sau, dacă acestea sunt prezente, trebuie să arate cum a constatat că produsele nu afectează uzul uman.

Cel mai răspândit mit are legătură cu dioxinele carcinogene, cunoscute în cazul animalelor și probabil și al oamenilor. Nimeni nu vrea să-și introducă în vagin posibile produse carcinogene! Metodele mai vechi folosite pentru albirea bumbacului și în fabricarea vâscozei produceau niveluri scăzute de dioxine. Metodele de înălbire au fost schimbate (vinovatul a fost clorul elementar), dar încă mai există urme de dioxină în tampoane, absorbante și scutece de unică folosință, chiar și în cele făcute 100% din bumbac. Asta nu este din cauza

producției problematice, ci a faptului că dioxina se află în toate materialele în stare brută, în bumbac sau lemn, ca urmare a poluării.

Expunerea la dioxinele din tampoane este de mii de ori mai mică decât la cele din alimente și nu există nicio diferență între nivelul de dioxină din tampoanele făcute 100% din bumbac de la „magazinele de alimente sănătoase“ și nivelul de dioxină din tampoanele „convenționale“, fabricate din amestec de bumbac/celofibră.

În mod interesant, s-a demonstrat că tamponul cu cel mai ridicat nivel de dioxină provenea de la o companie „organică“. Conform unui studiu, „expunerea la dioxinele din tampoane este de aproximativ 13 000–240 000 de ori mai mică decât expunerea din alimente“. Deci chiar dacă folosești 12 000 de tampoane într-o viață, nici măcar nu te apropii de nivelul scăzut de expunere alimentară și nu există nicio dovadă că produsele 100% din bumbac ar oferi o expunere mai mică.

Un alt mit care circulă pe internet spune că tampoanele „convenționale“ conțin glifosat, un ingredient prezent în erbicide, precum RoundUp. Cei de la OMS listează glifosatul ca posibil carcinogen, deși numeroase cercetări științifice dezaprobă acest fapt.

„Rezultatele“ (mă chinui să le definesc așa) despre tampoanele cu glifosat nu sunt publicate, ceea ce le face la fel de credibile precum orice alt zvon. Glifosatul funcționează prin atașarea la o enzimă pe care oamenii nu o au și care nu este absorbită prin piele sau mucoasă, cum e și cazul vaginului, deci în ceea ce privește tamponul nu pare a fi o problemă.

Cum rămâne cu celelalte produse? Există specialiști care au susținut că au găsit carcinogeni, iritanți și alte chimicale nocive în tampoane și absorbante. Problema este că analiza nu a fost publicată în jurnalele de specialitate, deci experții nu pot spune dacă rezultatele sunt valide sau nu. Este posibil ca nici metodele de testare să nu fie precise. De exemplu, un grup de cercetători a testat absorbantele arzându-le și măsurând gazele emise, dar aceasta nu este o metodă de testare adecvată. Nu-mi place această abordare. Sunt de acord că trebuie să existe transparență, dar sunt experți în domeniul sănătății mediului care ar putea face aceste testări într-un mod care ne-ar putea explica dacă rezultatele sunt valide sau nu.

Un aspect important, mereu ignorat, este că niciun producător de tampoane nu a publicat analiza de reziduuri chimice pentru a fi analizată de cei din domeniu. O companie poate susține că produsele ei nu conțin niciun fel de reziduu, dar dacă această informație există doar pe site-ul ei și nu este publicată, nu este o afirmație care se poate verifica.

În opinia mea, cel mai bun răspuns ar fi ca FDA să impună o metodă standard de detectare a reziduurilor pentru tampoane și să facă publice rezultatele. Ar fi și cea mai ieftină metodă.

De reținut:

- Deși nu este obligatoriu ca ingredientele/componentele să fie trecute pe etichetele absorbantelor și tampoanelor, vă asigur că fiecare produs pe care l-am verificat era conform prezentării trimise la FDA.
 - FDA solicită ca tampoanele să nu conțină reziduuri de erbicide/pesticide (sau să aibă niveluri atât de scăzute, încât să nu fie relevante din punct de vedere medical) – niciun producător nu transmite aceste date despre produsele de pe piață.
 - Nivelul de dioxină este la fel în tampoanele din 100% bumbac organic și în cele cu adaos de celofibră.
 - Nu există date care să indice că în tampoane ar exista glifosat – glifosatul este inofensiv pentru oameni și nu se absoarbe prin vagin.
 - Majoritatea producătorilor de tampoane „organice“ nu au trimis la FDA informații legate de siguranța utilizării produselor și acestea au fost acceptate pe piață pe baza tampoanelor aprobate deja (de FDA).
-

CAPITOLUL 17

Igiena menstruală

Studenții de la medicină învață foarte puține despre produsele menstruale în timpul facultății. Suntem învățați ce să facem în cazul unui tampon blocat și ni se mai spune că au un anumit rol în sindromul de șoc toxic, dar nu învățăm nimic practic despre cum să ajutăm femeile să aleagă ce li se potrivește. Mereu mi s-a părut ciudat acest aspect. La urma urmei, oftalmologii învață detalii practice despre ochelari și lentilele de contact și sunt ajutați de opticieni.

Ca ginecolog, sunt foarte interesată de igiena menstruală. O parte din acest interes a fost provocat de sindromul de șoc toxic – am studiat bolile infecțioase și deci am făcut o prioritate din învățarea despre produsele menstruale. De peste opt ani scriu un blog despre sănătatea femeilor și a trebuit să studiez atât de multe produse și reglementări, încât acum mă simt și ginecolog, și specialistul pe care l-am putea numi cu oricare termen utilizat pentru echivalentul opticianului, specializat în produse menstruale. Poate un menstrian?

Câteva informații introductive despre menstruație

În timpul menstruației se pierd în medie 30–50 de mililitri de lichid menstrual pe zi. În decursul unei menstruații, care durează șapte zile sau mai puțin, o femeie pierde în medie 80 de mililitri de sânge, dar această cantitate poate varia între 13 și 217 mililitri. Femeile cu menstruații abundente, numite medical menoragie, pot pierde uneori până la 400 de mililitri de sânge per menstruație, ceea ce este foarte mult!

Este important ca femeile să aleagă produsele care funcționează cel mai bine pentru ele, pentru că studiile ne spun că femeile nu sunt deranjate cel mai mult de volumul de sânge pierdut, ci de faptul că acesta se poate scurge pe haine. Uneori această scurgere poate fi un semn de menstruație abundentă, dar poate indica și alegerea greșită a unui produs.

Este interesant că nu există nicio corelație între numărul de absorbante folosite în timpul ciclului menstrual și pierderea de sânge – frecvența cu care femeile își

schimbă produsele de protecție menstruală este mai degrabă o preferință personală decât o problemă de genul absorbantul-meu-este-plin. În urma unui studiu, s-a constatat că volumul de sânge pe care îl conține un absorbant înainte de a fi schimbat variază între 14 mililitri (un absorbant complet plin, cum sunt cele de peste noapte) și mai puțin de 2 mililitri (o mică pată). O metrică des întâlnită pe care producătorii de produse de igienă personală o folosesc pentru a măsura abundența fluxului menstrual este reprezentată de numărul de absorbante folosite în decurs de una sau două ore, adică un absorbant complet plin. Dacă un absorbant plin conține 14 mililitri și raportăm asta la scurgerea dintr-o oră sau două, înseamnă că cine are parte de așa ceva necesită un consult medical, pe când 2 mililitri pe oră reprezintă ceva normal.

Sângele menstrual conține sânge venos (același care curge când te tai), precum și secreții vaginale și celule de pe mucoasa internă a uterului (numită endometru). Poate arăta ca sângele, ca o mucoasă roșie sau aproape neagră și poate avea cheaguri – toate aceste aspecte sunt normale din punct de vedere medical. Câteodată, sângele menstrual poate semăna atât de mult cu țesutul, încât poate fi confundat cu un avort. Acest fenomen medical este numit endometrioză și are loc atunci când o bucată mare de mucoasă se desprinde și iese deodată. Sângele menstrual este de obicei lichid, deoarece celulele individuale ale endometrului nu sunt lipite unele de altele. Totuși, dezechilibrul dintre hormonii progesteron și estrogen pot face ca celulele să iasă în bucăți, și nu una câte una (gândește-te la o sută de piese de Lego atașate unele de altele spre deosebire de piesele individuale). Aceasta este o problemă des întâlnită cauzată de contracepția hormonală, deoarece multe femei au dominanță de progestin (forma sintetică a progesteronului) față de dominanță de estrogen. Nu prezintă pericol din punct de vedere medical.

Femeile din SUA cheltuie aproape 3 miliarde de dolari anual pe produsele de protecție sanitară. În multe țări, aceste produse sunt taxate suplimentar, ceea ce este ridicol, pentru că ele sunt esențiale. Produsul potrivit poate reduce disconfortul, poate oferi confort mintal și poate reduce chiar și histerectomiile. Aceasta pentru că pierderea de sânge este măsurată după cât se pătează hainele, nu după volumul de sânge. Dacă unei femei îi curge sânge pe haine din cauză că folosește un produs care nu este poziționat cum trebuie sau nu i se potrivește, ar putea să creadă că are o sângerare abundentă și să apeleze la un

medic sau chiar la o intervenție chirurgicală (de exemplu, histerectomie), când ea de fapt are o problemă cu produsul folosit în timpul menstruației.

În plus, fetele și femeile fără acces la protecție menstruală nu pot profita de educația și de munca de ani buni din spatele cercetărilor.

Pe lângă faptul că aceasta ar fi decizia corectă, probabil că toate guvernele ar economisi sume bune de bani dacă ar ieftini produsele de igienă menstruală, deoarece ar reduce cheltuielile medicale și costul zilelor libere ca urmare a sângerărilor abundente cauzate de fapt de alegerea greșită a produselor de igienă menstruală.

Absorbante menstruale de unică folosință

În SUA, sunt folosite anual aproape 12 miliarde de absorbante de unică folosință, aceasta fiind cea mai comună opțiune. Absorbantele de unică folosință au un design în straturi cu următoarele componente:

- **ÎNVELIȘUL DE SUPRAFAȚĂ:** permite trecerea umidității, dar ține pielea uscată. O cantitate mai mare de umiditate transferată înapoi pe piele poate crește riscul de iritație și poate ridica pH-ul vulvar, schimbând mediul într-unul propice pentru bacteriile de piele. Partea de deasupra poate fi din bumbac sau material sintetic, precum polipropilen/polietien, același tip de material ca al hainelor atleților. Materialele sintetice permit o cantitate mai mică de umiditate transferată înapoi pe piele – în cazul unora dintre ele, aproximativ 5%. Straturile perforate de deasupra pot ajuta la reducerea umidității, permițând un oarecare flux de aer. Practic vorbind, dacă nu te simți udă, atunci absorbantul tău își face bine treaba pentru tine. Unele absorbante conțin și un emolient în stratul de deasupra, deși cercetările științifice nu l-au identificat ca fiind o sursă de iritare (să avem în vedere să aceste cercetări au fost finanțate de producător). Nu se știe dacă emolientul poate ajuta sau poate irita femeile predispuse la dermatite.
- **CHESTIA CARE ARATĂ PRECUM BUMBACUL:** de obicei, pe bază de celuloză, dar poate fi o combinație de bumbac, celuloză, celofibră și poliester. Celuloza absorbantă, extrasă din material

lemnos, a fost folosită în absorbante încă din anii '20. A fost utilizată pentru că era mai ieftină și mai absorbantă decât bumbacul.

- UN NUCLEU DIN GEL SAU SPUMĂ ABSORBANTĂ: acesta crește capacitatea de absorbție extrem de mult și permite absorbantelor incredibil de subțiri să fie foarte eficiente. Gelul absoarbe mai încet decât celuloza sau alte materiale, dar reține mai bine sângele. Nu toate absorbantele au un nucleu absorbant.
- STRATUL FINAL IMPERMEABIL: de obicei, este un plastic care împiedică scurgerea sângelui. Unele au aripi pe care să le prinzi de lenjerie pentru a ține fixat absorbantul și pentru a împiedica scurgerile laterale. Personal, cred că aripioarele sunt cea mai tare invenție a secolului al XX-lea, dar știu că sunt și femei care le urăsc.
- ADEZIVUL: este similar cu lipiciul din comerț.
- AMBALAJELE: unele pot fi reutilizate sub formă de compost, altele nu.

În general, absorbantele sunt bine tolerate. În sondajele care au urmat campaniilor de marketing pentru absorbantele cu cele mai performante ingrediente sintetice, a existat o singură plângere la un milion de absorbante livrate.

Niciun produs care atinge pielea nu poate să mulțumească pe toată lumea, dar numărul foarte mic de plângeri formale emise în cazul absorbantelor este liniștitor. Există un mit conform căruia tampoanele Always sunt mai iritante, dar studiul pe care tocmai l-am citat cu privire la reclamațiile consumatorilor cu privire la un design nou al pad-urilor a fost despre un nou pad Always cu un miez absorbant. Nu sunt aici să apăr sau să promovez Procter&Gamble, dar chiar nu există certitudini care să demonstreze că un absorbant este tolerat mai bine decât altul. Este posibil ca un brand de absorbante să te irite, iar altul nu. Sensibilitățile, spre deosebire de alergii, sunt greu de definit și de studiat. În plus, ceea ce simți la o atingere este ceva foarte personal. Ți place ce îți place, iar ceea ce pe tine te irită, poate că în cazul altora nu are acest efect.

Absorbantele care controlează mirosul pot conține în interiorul nucleului parfum sau particule minerale absorbante care încapsulează substanțele volatile. Parfumul din orice componentă a absorbantului care atinge pielea, în cazul unor femei, poate provoca infecții. Nu recomand niciun produs menstrual care conține parfum. Absorbantele pot fi și o sursă de iritare, fie din cauza

sensibilității la materiale, fie din cauza fricțiunii produse de un absorbant așezat în mod greșit.

Unele absorbante se pot utiliza pe post de compost, iar asta poate influența decizia de cumpărare.

Absorbantele zilnice

Absorbantele zilnice sunt foarte des folosite – aproape 50% dintre femeile din America de Nord și Europa le poartă ca protecție suplimentară pentru tampoane sau pentru cupele menstruale ori doar în zilele cu flux redus, iar 10–30% le poartă în fiecare zi. Oricum, toate avem secreții, așa că este alegerea ta dacă vrei să ai aceste secreții pe lenjerie sau pe absorbantele zilnice.

Multe femei se gândesc că folosirea unor absorbante zi de zi le poate afecta pielea. Problemele pielii vulvare apar, de obicei, când umiditatea este în contact cu pielea pentru perioade lungi, cum ar fi un absorbant plin sau o lenjerie udă. În timp ce majoritatea femeilor încearcă să-și schimbe absorbantele sau lenjeria imediat ce s-au udat, unele își pun întrebarea dacă un strat de plastic nu ar putea crește umiditatea și/sau schimba pH-ul pielii în cazul utilizării zilnice. Majoritatea studiilor ne spun că nu există nicio problemă cu absorbantele menstruale, dar asta presupune uz intermitent, nu luni la rând.

Absorbantele zilnice au un impact mic, dar măsurabil asupra temperaturii pielii și umidității de la suprafață (așa-zisele absorbante zilnice care lasă pielea să respire nu diminuează asta). Ceea ce nu pare să fie relevant pentru femeile fără afecțiuni ale pielii. Patru studii au analizat impactul uzului absorbantelor zilnice pentru femeile sănătoase și nu au găsit nicio asociere cu vreo problemă de sănătate. Un studiu a ținut sub observație o perioadă de 10-12 ore de purtat absorbante zilnice, timp de 75 de zile, comparativ cu un eșantion de observare care a purtat doar lenjerie și nu a stabilit nicio diferență referitor la cultura ciupercilor, la pH-ul vaginal, la inflamații sau la alte probleme de sănătate. Unele studii de calitate inferioară au corelat folosirea absorbantelor zilnice cu infecțiile vaginale. Dar dacă ai avut cândva o infecție, este posibil ca acea experiență să te facă să te gândești altfel la lucrurile pe care le-ai asocia cu infecția. În plus, infecțiile pot schimba starea secrețiilor sau a iritațiilor, două simptome care pot încuraja femeile să poarte absorbante menstruale, așa că aceasta ar putea fi o corelație, și nu o cauză.

Aceste date se aplică doar femeilor cu pielea sănătoasă. Femeile cu afecțiuni ale pielii pot fi iritate de absorbantele zilnice, deoarece micromediul de la suprafața pielii poate fi mai vulnerabil la subtilele schimbări de umiditate și de temperatură ale pielii.

Dacă preferi să folosești absorbante zilnice și nu ai nicio grijă în ceea ce privește vulva, află că nu există date care să sugereze că acestea ar fi periculoase. Le recomand pe cele fără parfum, pentru că natura lor subțire poate permite contactul acestuia cu pielea. Dacă dezvolți vreo iritație cronică sau secreție vaginală, probabil că merită să renunți la absorbantele zilnice până rezolvi problema.

Absorbante menstruale și absorbante zilnice refolosibile

În multe țări unde absorbantele de unică folosință nu sunt disponibile, absorbantele lavabile sunt cele care îmbunătățesc considerabil calitatea vieții fetelor și femeilor și care le permit să meargă la școală și la serviciu, reducând apariția complicațiilor eventualelor iritații ale pielii. Unele femei preferă aceste produse din motive de protecție a mediului.

Nu există studii referitoare la utilizarea absorbantelor textile versus cele de unică folosință. Dar analizând utilizarea scutecelor din textile versus a celor de unică folosință, ultimele tind să fie asociate cu o cantitate mai mică de bacterii pe piele și cu mai puține iritații, dar urina și fecalele nu pot fi asemănată cu sângele menstrual.

În ecuația confortului intră și factorul atingerii. Unele femei preferă să simtă un material textil, iar pentru altele acesta ar fi prea umed și nu ar oferi niciun strat superior pentru a împiedica transferul umidității.

Dacă ceea ce folosești nu te irită, atunci probabil că este potrivit pentru tine. Unele femei nu suportă să simtă pe piele absorbantele de unică folosință, unele preferă absorbantele lavabile din motive de protecție a mediului, iar altele simt că absorbantele lavabile sunt mai umede decât și-ar dori.

Lenjerie specială pentru menstruație

Nu este la fel ca atunci când ți-ai putea distruge lenjerie din cauza unui tampon, ci este un tip de lenjerie care absoarbe sângele în locul absorbantelor, tampoanelor sau cupelor menstruale. Se spune că această lenjerie poate absorbi

cel puțin echivalentul unui tampon plin cu lichid, dar capacitatea de absorbție a unui tampon variază în funcție de dimensiunea lui. Rata de absorbție a lenjeriei speciale pentru menstruație se încadrează între 5 și 25 de mililitri.

Lenjeria specială pentru menstruație conține straturi absorbante din microfibre sintetice și aparent și o componentă de poliuretan (plastic), dar companiile se apără afirmând că materialul lor este marcă înregistrată și nu avem acces la lista componentelor. Sunt scumpe, iar dacă ai o menstruație echivalentă cu trei sau patru tampoane ori absorbante pe zi, atunci ai avea nevoie de vreo trei perechi de lenjerie doar pentru o singură zi. Vei mai avea nevoie și de o pungă, ca să-ți iei acasă lenjeria murdară, pentru că la 40-50 de dolari perechea n-ai vrea să o arunci după prima utilizare. Nici nu le poți dezlipi ca pe un absorbant, deci dacă porți pantaloni sau colanți, trebuie să-i dai jos întâi pe aceștia, ceea ce poate fi destul de dificil într-o baie publică. Dacă vrei să porți lenjerie două zile la rând, este posibil să ai nevoie de mai multe perechi sau să ai unde să le speli.

Site-ul WireCutter (afiliat cu *The New York Times*) a făcut o recenzie și a testat mai multe branduri, declarând că preferatele lor sunt Dear Kate și Thinx. Dacă te interesează astfel de lenjerie, îți sugerez ca mai întâi să citești recenziile despre produse.

Având în vedere prețul și gradul de absorbție, probabil că se potrivesc cel mai bine ca rezervă pentru tampoane sau cupe menstruale sau pentru zilele mai ușoare. Ar putea fi o opțiune bună și pentru adolescentele aflate la pubertate care nu au menstruații regulate și pentru bărbații transsexuali care iau hormoni și au menstruații mai ușoare.

Nu există niciun motiv de îngrijorare că ar exista probleme majore de sănătate asociate cu aceste produse. Materialul care atinge pielea pare similar cu stratul de deasupra al multor absorbante, iar o versiune pentru incontinență (același material de bază și același design) a fost testată în câteva studii făcute publice și s-a dovedit că nu produce iritații ale pielii.

Thinx fabrică și prosoape absorbante mari pentru sex în timpul ciclului. Costă 369 de dolari. Cred că poți cumpăra o mulțime de prosoape albastru-închis de banii ăștia.

Tampoanele

De-a lungul vremii, femeile au folosit o varietate de produse vaginale, dar primul brevet din SUA pentru un tampon a fost acordat în 1933 pentru Tampax, numele fiind o combinație între „tampon“ și „pachet vaginal“.

Designul standard al tamponului include două componente: compresa, partea absorbantă, și ața. Tampoanele moderne absorb pe lungime, căci dacă ar fi absorbit pe lățime, în momentul în care ar fi îndepărtate ar provoca durere și microtraumă. În SUA, ambalajul și aplicatorul sunt considerate componente ale tamponului și toate acestea trebuie trimise la FDA pentru aprobare înainte de comercializare.

Tampoanele originale erau alcătuite doar din bumbac, dar celofibra (mătasea artificială), o fibră sintetizată din esență lemnoasă, a fost adăugată pentru că era mai ieftină decât bumbacul și mai absorbantă.

Absorbția tamponului este standardizată de FDA (vezi tabelul) – 1 gram de sânge este aproximativ egal cu 1 mililitru de sânge.

Tabelul 1: Capacitatea standard de absorbție a unui tampon

Capacitatea de absorbție	Volumul de sânge
Modic/slab	< 6 grame
Normal	6–9 grame
Super	9–12 grame
Super Plus	12–15 grame
Ultra	15–18 grame

Cantitatea de lichid reținută de un tampon în laborator poate fi diferită de cea reținută în vagin, fără să existe scurgeri. Un studiu a analizat Tampax pentru a stabili absorbția reală, iar un tampon complet plin normal, super și super-plus a avut fiecare o absorbție mai mică decât media din tabel sau de la limita inferioară.

Alte informații despre tampoane

Când un tampon este bine poziționat, nu ar trebui să iasă.

Tampoanele nu trebuie purtate în timpul sexului, ar putea să fie dureros pentru tine și pentru partenerul tău de sex masculin. Poate provoca traume. Poți purta tampoane în timpul sexului oral.

Nu există niciun risc de îndepărtare a steriletului dacă poți tampoane.

Tampoane „trădătoare“

Este posibil să uiți de tampoane. Câteodată, femeile nu mai pot scoate tampoanele și sunt prea rușinate pentru a merge la medic... sau chiar uită de ele. Se întâmplă mai des decât crezi, așa că nu trebuie să-ți fie rușine. Eu am introdus din greșală un al doilea tampon fără să-mi dau seama ore întregi, până când mi-am dat seama ce mă deranjează. Vaginul tău este mai spațios decât ai impresia. Consumul alcoolului este și el un factor care contribuie la uitarea tampoanelor.

Cel mai comun semn pentru un tampon uitat este secreții urât mirositoare, pentru că tamponul devine locul perfect pentru dezvoltarea bacteriilor. Dacă găsești un tampon uitat când ești acasă și îl îndepărtezi singură, ar fi bine să mergi apoi la o examinare medicală. Dacă ești la urgențe sau în cabinetul medicului și îți scot tamponul uitat, să nu fii rușinată de miros. Se întâmplă destul de des și vrem să te ajutăm să te simți mai bine și chiar suntem pregătiți să facem asta. Tampoanele uitate sunt destul de comune, încât toate cabinetele sau camerele de urgență în care am lucrat au un protocol informal de a scăpa de ele expunând cât mai puțin miros posibil.

Care-i treaba cu aplicatorul de tampoane?

Inițial, au fost concepute pentru că se credea că femeile sunt prea mofturoase pentru a se atinge singure, deși acesta pare a fi un fenomen izolat, în principal, în America de Nord. Tampoanele fără aplicator te obligă să introduci degetele în vagin, deci un aplicator ar reduce contactul cu sângele, dar nici așa nu îl elimină de tot. Aplicatorul nu oferă o poziționare mai bună.

Sfaturi utile atunci când folosești pentru prima dată tamponul

Dacă ai făcut sex penetrant cu un penis sau cu degetele, poate fi mai ușor să introduci un tampon, dar fiecare dintre noi este diferită. Statul pe vine sau cu un picior pe toaletă sunt poziții bune de încercat, pentru că deschid pelvisul. Dacă ești încordată, mușchii pelvieni se pot contracta și te vei simți de parcă lovești un perete, fiind posibil ca tamponul să nu poată fi introdus.

Dacă ai emoții sau aceasta este prima dată când introduci ceva în vagin, recomand cel mai subțire tampon, împreună cu un aplicator de plastic. Aplicatoarele de plastic au vârfuri rotunde și sunt mai fine decât tampoanele în

sine sau un aplicator de carton. Poți aplica și lubrifiant plasticului, iar dacă ai nevoie să ajustezi puțin unghiul sau îți ia ceva să faci următorul pas, aplicatorul nu va ceda precum cel de carton, în caz că se udă.

Dacă nu poți introduce tamponul, încearcă să introduci degetul în vagin – dacă intră fără probleme, atunci încearcă din nou cu tamponul. Dacă nici asta nu funcționează (și crezi că ai putea face asta fără să te doară), îți recomand să te întinzi pe pat și să deschizi picioarele precum o broască, cu o pernă sub șolduri. Respiră încet și adânc și încearcă din nou. Dacă nu funcționează nici așa, atunci mergi la un medic. Probabil că totul este în regulă și a fost doar o problemă de tehnică/emoții/spasm muscular, dar e posibil ca femeile să aibă un sept (extra țesut himenal în vagin) care blochează calea. Dacă introducerea devine dureroasă, oprește-te. Este mai bine să primești un sfat din partea unui medic. Experiențele dureroase nu sunt necesare și cred că ai vrea să elimini orice afecțiune medicală.

Cupele menstruale

Sunt sigură că aproape toată lumea a văzut un absorbant sau un aplicator de tampon rătăcit pe plajă, deci nu e de mirare că din ce în ce mai multe femei aleg cupele menstruale, care sunt refolosibile și mai prietenoase cu mediul. Cupele menstruale sunt făcute din silicon, latex sau un elastomer termoplastic, un polimer făcut din cauciuc. În general, sunt considerate sigure pentru persoanele alergice la latex, dar îți recomand să verifici întotdeauna instrucțiunile de pe ambalaj și să întrebi medicul dacă sunt șanse să fii alergică la latex.

Cupele și sindromul de șoc toxic au fost dezbătute în capitolul 15 – să nu ai impresia că ar fi mai sigure decât tamponurile și îți recomand să ai la îndemână măcar două, pentru a le putea curăța corespunzător înainte de refolosire (asta dacă nu vrei să folosești o metodă alternativă până cureți cupa).

Niciun producător al cupelor de pe piață nu a publicat studii legate de siguranța utilizării lor. Cupele menstruale se foloseau cu mult înainte ca FDA să schimbe regulile certificării. De exemplu, Tasette este o cupă menstruală de prin anii '50, care arată exact la fel ca acelea de astăzi. O lucrare din 1959, care descria beneficiile tamponurilor și cupelor, spune că aceste cupe menstruale

erau o modificare a diafragmelor, deci se pare că la bază au fost aprobate pentru uz pe baza asemănării cu diafragma.

Informațiile publicate despre cupele menstruale sunt puține. În general, există mai multe informații despre tampoane. Asta nu înseamnă că cupele nu ar fi sigure, dar mi se pare ironic că mulți consumatori pledează împotriva marilor producători de absorbante și tampoane din cauza lipsei de date și de transparență, când aproape că nu există nimic oficial despre cupele menstruale. Nu există studii în legătură cu răspunsul țesuturilor vaginale la folosirea cupelor menstruale câteva zile la rând. Eu, personal, nu am observat nicio problemă cu ele, dar pur și simplu nu au fost studiate.

În cadrul studiului FLOW (Finding Lasting Options for Women – unele acronime ale studiilor sunt chiar grozave), 91% dintre femeile care au încercat o cupă menstruală au spus că vor continua să o folosească și că o vor recomanda și altora. În alt studiu, după ce mai multe femei au folosit absorbante și tampoane pentru trei cicluri menstruale și apoi cupe menstruale pentru următoarele trei cicluri menstruale, majoritatea au ales cupele ca fiind mai confortabile și mai eficiente în colectarea sângelui menstrual. Iritația și dificultățile legate de introducerea lor sunt cel mai des întâlnite la primele două menstruații, iar la a treia menstruație deja sunt notate mai puține probleme (este o traiectorie similară cu prezervativele pentru femei, de la o utilizare la alta). Nu pare să existe un risc ridicat de infecții vaginale sau infecții ale vezicii pentru cupe versus tampoane.

Tehnica de introducere a cupelor menstruale este foarte asemănătoare cu cea a tampoanelor, dar cupele sunt mai largi și trebuie să te asiguri că sunt introduse destul de adânc, astfel încât să nu le simți când stai jos. Este posibil să ai nevoie de câteva încercări până să le poți scoate fără ca baia ta să arate precum scena unei crime. Cel mai bine este să le scoți când stai pe toaletă, pentru a putea arunca imediat sângele. Eu sunt expertă la introdus și la scos chestii din vagin, iar la primele două utilizări am făcut o ditamai mizeria. Recomand ca primele încercări să le faci în intimitatea băii tale.

Există atât de multe cupe pe piață (sunt mai mult de 20 de producători, majoritatea cu mai multe tipuri de cupe și de mărimi diferite), încât este dificil să recomand ceva. Nu există nici studii despre ele. Majoritatea producătorilor publică dimensiunile, dar, având în vedere numărul lor, este o cantitate destul

de mare de informație de evaluat. Există site-uri unde femeile au publicat date despre toate cupele și mărimile disponibile, deci pentru o novice în domeniul cupelor ar fi un bun început. Un site cu multe informații este putacupinit.com.

Un studiu care le-a oferit femeilor fără experiență în utilizarea cupelor cupe de aceeași mărime nu a raportat eșecuri printre femeile care fuseseră însărcinate sau în funcție de vârstă, deși, sincer vorbind, nu acesta era scopul studiului. Și chiar este posibil să nu fi abordat rezultatele într-un mod care să poată oferi răspunsul la întrebare. Aceiași producători de cupe includ vârsta de 30 de ani în recomandările lor de mărime, dar nu te poți trezi la 30 de ani cu vaginul mărit ca prin minune. Fără studii pe care să te poți baza este dificil de înțeles diferența dintre o recomandare medicală și o aproximare. Credeam că mărimea diafragmelor contează, dar nu există date științifice care să demonstreze că diafragma de mărimea modelului standard (de 70 de milimetri) este la fel de eficientă precum una instalată de un medic. Introducerea cupei trebuie să fie confortabilă, nu trebuie să o simți când o porți și trebuie îți permită să îți golești vezica fără dificultate.

Unii producători de cupe nu recomandă utilizarea cupelor dacă ai sterilet, de teamă că este posibil să le scoți pe amândouă deodată. Am o prietenă care și-a scos steriletul când și-a scos tamponul (a fost implicat un consum excesiv de alcool, așa că judecata ei despre ceea ce apuca și cât de tare trăgea se poate să fi fost afectată) – totuși, nu pare obișnuit nici în ceea ce privește cupa, nici în ceea ce privește tamponul.

Cupele menstruale de unică folosință

Momentan, pe piața din SUA există două produse: Flex și SoftDisc. Acestea au un inel ferm, iar cupa este făcută dintr-un material care pare învelit în plastic. Ambele companii susțin că sunt făcute din „polimer“, o moleculă alcătuită din unități mai mici. Ambele produse sunt deținute acum de aceeași companie. Înainte să fuzioneze, le-am trimis un e-mail – una dintre ele a spus că ingredientele sunt secrete, iar cealaltă nu a răspuns nimic. Lipsa de transparență a produselor nu se limitează la absorbante sau la tampoane.

Dispozitivele de pe piață sunt aprobate pentru a fi folosite pe baza similarității lor cu prima cupă de unică folosință fabricată de Ultrafem în anii '90. Ultrafem a fost aprobată pe baza similarității cu alte materiale. Din câte știu

eu, nimeni nu a publicat niciun studiu despre cupele menstruale de unică folosință. Asta nu înseamnă că nu sunt sigure, seamănă destul de mult cu diafragmele, dar înseamnă că nu avem informații certe în privința lor.

Mi-au trecut pe la ureche afirmații care spuneau că aceste cupe de unică folosință sunt „singurele produse purtate intern, neasociate cu SST“, ceea ce este și nu este adevărat. Tehnic vorbind, SST (sindromul de șoc toxic) asociat cu aceste cupe menstruale de unică folosință nu a fost raportat, dar acoperă o parte destul de mică a pieței și există mai puțin de 50 de cazuri de SST pe an, prin urmare nu sunt destul de multe utilizate pentru a evalua riscul. SST a fost raportat în cazul diaframelor, deci riscul există și oricine insinuează altceva minte.

Cupele menstruale de unică folosință sunt adesea comercializate ca produse pentru sex în timpul menstruației, fără a murdări nimic. Evident, sexul este murdar oricum, mai ales dacă este implicată și o ejaculare. Sângele se curăță mai greu de pe cearcașuri, iar unele femei au menstruația atât de abundentă, încât le este afectată experiența. Am încercat aceste cupe pentru sex (nu există o testare mai bună a produselor pentru menstruație decât ciclurile speciale și abundente ale vârstei de 40 de ani) și au funcționat destul de bine. Câteodată au permis scurgeri, altădată nu. Pentru mine nu au fost destul de impresionante pentru a le cumpăra din nou, dar poate funcționează în cazul altor femei. M-am întors la vechea mea metodă: un prosop albastru-închis.

O altă întrebare a cupelor de unică folosință poate fi atribuită femeilor care adoră cupele, dar vor fi într-o situație în care nu le pot curăța, de exemplu, dacă pleacă într-o călătorie în care aleg să doarmă în cort.

De reținut:

- Protecția menstruală eșuată (cum sunt scurgerile) este mai deranjantă decât volumul de sânge pierdut.
- În general, absorbantele de unică folosință sunt bine tolerate.
- Absorbantele zilnice folosite permanent nu par să fie asociate cu probleme medicale pentru femeile care nu au afecțiuni ale pielii vulvare.

- Lenjeria pentru menstruație pare să fie sigură, este potrivită pentru fluxurile reduse, dar este și foarte scumpă.
 - Cupele menstruale pot fi puțin dificil de introdus la primele menstruații, dar până la al treilea ciclu devin destul de apreciate.
-

MENOPAUZA

CAPITOLUL 18

Menopauza

Peste 60 de milioane de femei din SUA sunt la menopauză, adică a trecut un an de la ultima lor menstruație sau au suferit o intervenție în urma căreia le-au fost îndepărtate ovarele înainte de debutul menopauzei naturale. Vârsta medie pentru menopauza neindusă chirurgical este de 51 de ani. Vârsta la care femeile ajung la menopauză nu are legătură cu vârsta la care au avut primul lor ciclu menstrual (ceea ce în medicină numim menarhă). Singura excepție este atunci când ciclul menstrual începe la 16 ani sau mai târziu, pentru că în cazul acesta și menopauza poate fi puțin întârziată.

Elementul definitoriu al menopauzei este reducerea dramatică a nivelului hormonilor reproductivi, estrogen și progesteron.

Abecedarul ciclului menstrual

Fiecare ciclu menstrual este o interacțiune complexă între creier, ovare și mucoasa internă a uterului (endometru). Un hormon, numit FSH (hormonul de stimulare foliculară), declanșează dezvoltarea foliculilor în ovare, foliculii produc estrogen, iar în timpul ovulației este eliberat un ovul.

Odată cu vârsta, abilitatea foliculilor de a produce estrogen scade, deci creierul produce un nivel mai mare de FSH pentru a încerca să stimuleze ovarele (ca atunci când ridici vocea când știi că cineva este în camera cealaltă și nu auzi dacă îți răspunde la întrebare sau nu).

Fără suficient estrogen pentru a oferi răspuns creierului, nivelul de FSH rămâne ridicat (e ca și cum creierul ar tot striga la ovare să producă estrogen, iar ovarele nu au niciun mecanism prin care să răspundă: „Scuze, am lichidat deja stocurile, am închis șandramaua“). Nivelul de FSH de peste 30 nanograme/mililitri este normal pentru menopauză, dar nivelul de hormoni nu contează, de obicei, pentru a diagnostica menopauza. Excepție fac femeile care au histerectomie și care, în mod clar, se bazează pe ultimul ciclu menstrual. Dacă semnele menopauzei apar înainte de 40 de ani, ar trebui suspectată insuficiența ovariană (o afecțiune utilizată pentru a numi menopauza

prematură), caz în care este recomandată testarea hormonilor pentru a confirma diagnosticul. Nu trebuie înțeleasă ca o menopauză care debutează mai devreme, ci ca o afecțiune medicală distinctă.

Tranziția la menopauză, între vârsta de 40 și 50 de ani, poate reprezenta o scădere fluctuantă de-a lungul anilor de cicluri menstruale neregulate sau o cădere bruscă – de exemplu, cicluri regulate ceas, după care nu mai apare nimic. Unele femei au simptome îngrozitoare, iar altele nu. Interesant este că simptomele nu sunt asociate cu nivelul de hormoni, ci mai degrabă sunt un amestec complex de moșteniri genetice, toleranță și o cantitate de estrogen eliberat în țesutul adipos (grăsime) care poate converti alți hormoni în estrogen, folosind o enzimă, numită aromatază.

Sindromul genito-urinar de menopauză

Obişnuim să numim atrofie schimbările vulvare și vaginale ale menopauzei, deoarece țesuturile vaginale devin mai subțiri și se pot îngusta. Dar există câteva probleme în legătură cu această terminologie. Atrofia este doar o secvență a procesului; în afară de ea, mai sunt multe alte schimbări. Deși treimea inferioară a vaginului și vestibulului (orificiul vaginal) este bogată în receptori de estrogen și, prin urmare, poate fi afectată semnificativ de menopauză, există receptori de estrogen și în clitoris, în labii, în uretră și în vezică, deci simptomele și schimbările fizice nu se limitează numai la vagin. Atrofia este sinonimă cu reducerea dimensiunilor. Femeile sunt deja subapreciate de societate pe măsură ce îmbătrânesc, așa că nu este ideal să folosim un termen care implică același concept și pentru zona genitală.

Noua terminologie, sindromul genito-urinar de menopauză (SGM), este mai cuprinzătoare și ne duce cu gândul la vulvă, la vezică și la vagin. Sunt de acord că SGM nu este un acronim atrăgător, dar este mult mai exact, cuprinzător și deloc peiorativ.

Cum este vulva afectată de menopauză

Estrogenul crește fluxul sangvin către țesuturi și ajută la menținerea rezistenței și elasticității țesutului. Pe măsură ce nivelul de estrogen scade, țesuturile devin mai fragile și pierd abilitatea de a se întinde. Pielea poate deveni mai subțire, mai fragilă, mai uscată, iar țesutul adipos se poate redistribui. Labiile mari se pot micșora sau își pot schimba forma. Labiile mici își pot reduce mărimea, iar

abilitatea de a se întinde a orificiului vaginal (a vestibulului) poate fi afectată. Cantitatea de țesut erectil din clitoris scade odată cu vârsta, dar nu se știe dacă acest proces are legătură cu nivelul de estrogen sau pur și simplu face parte din îmbătrânire (fibrele musculare se micșorează odată cu vârsta). Nu știm nici dacă pierderea volumului clitorisului are un rol în dificultățile sexuale întâmpinate de femei în timpul și după menopauză.

Albirea părului pubian este asociată cu îmbătrânirea, nu cu nivelul de hormoni. Este provocată de producția scăzută de melanină. Există puține studii despre culoarea părului pubian și îmbătrânire. Un studiu a arătat că părul pubian nu albește înainte de vârsta de 45 de ani, deși a fost efectuat pe un eșantion de doar 64 de femei. Experiența mea empirică din anii de practică și discuțiile cu prietenele susțin ideea că părul pubian alb nu este comun înainte de 45 de ani. Deși nu există studii despre albirea părului pubian versus a celui de pe cap, empiric îți pot spune că acestea nu par să aibă vreo legătură, adică albirea părului de pe cap mai devreme nu înseamnă și albirea părului pubian sau invers. Cu vârsta, părul pubian își reduce volumul.

Cum este vaginul afectat de menopauză

Lipsa estrogenului afectează depunerea de glicogen în mucoasa vaginală. Celulele pierd din volum și cantitatea de glicogen necesară hrănirii lactobacililor se diminuează, ceea ce înseamnă că aceștia încep să moară și că se creează condițiile pentru apariția diferitelor populații de bacterii. Unele femei pot observa o schimbare a mirosului vaginal. Există o reducere și a mucoasei cervicale. Se reduce și cantitatea de transudat (fluidul care iese în vagin din vasele de sânge) și, având în vedere modificarea bacteriilor, a mucusului cervical și a transudatului, vaginul poate fi mai uscat, iar lubrifierea din timpul excitației diminuată.

Țesuturile vaginale devin mai subțiri, iar abilitatea acestora de a se întinde se diminuează. În cazul unor femei, vaginul se poate micșora, mai ales în adâncime. În timp, femeile pot fi afectate de scurtarea vaginului. Combinația secrețiilor reduse cu țesuturi mai subțiri și mai puțin elastice poate provoca microtraume și chiar traume vizibile în timpul activității sexuale.

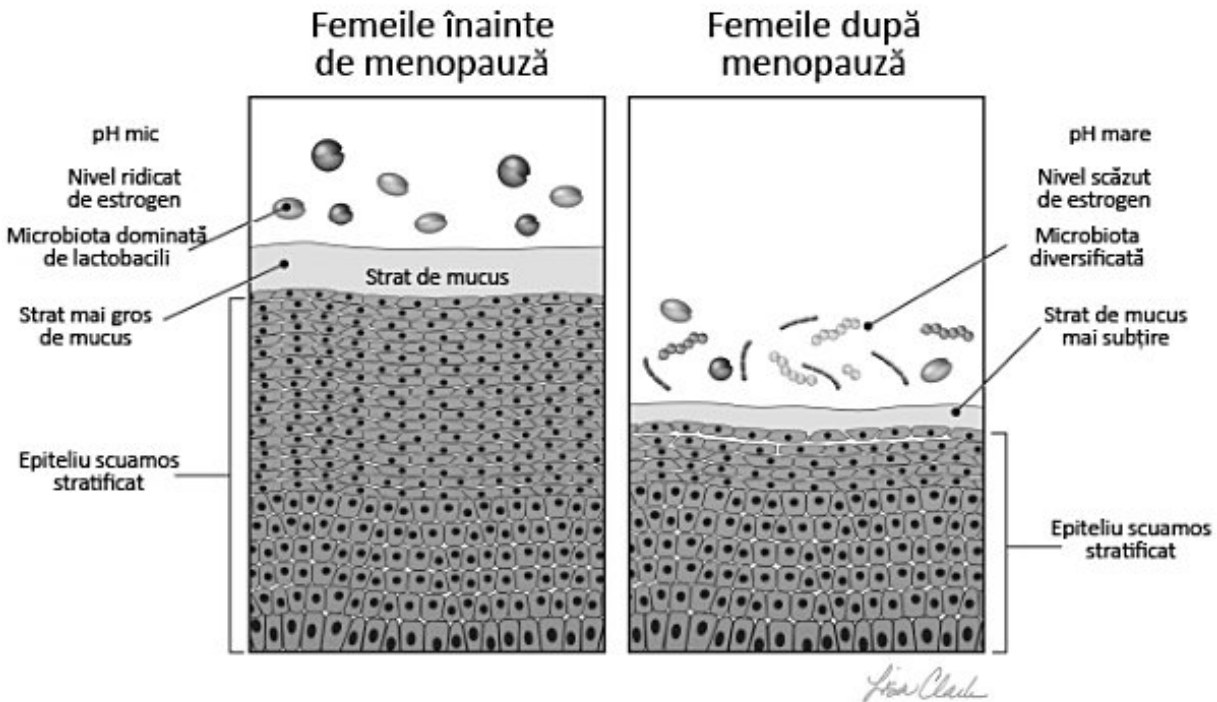
Pierderea rigidității țesuturilor poate determina celulele uretrei să se extindă și să se irite – adică să arate ca o umflătură. Poate arăta destul de urât și multe

femei se gândesc că poate fi cancer (atât de rău poate arăta). Umflăturile au, de obicei, mai puțin de un centimetru în diametru și sunt roșii și grase. Schimbarea din interiorul bacteriilor vaginale și lipsa estrogenului pentru a susține vezica și uretra pot crește riscul infecțiilor tractului urinar (ale vezicii). Aceasta poate contribui și la procentul mare de femei aflate la menopauză (50%) care raportează un fel de pierdere urinară (incontinență).

Simptomele SGM

Uscăciunea vaginală este primul simptom, dar unele femei sunt afectate și de senzația unui vagin rugos ca un șmirghel, iritație vaginală, modificarea secrețiilor, lubrifiere scăzută, durerea din timpul actului sexual, sângerare după actul sexual, nevoie intensă de golire a vezicii și infecții ale vezicii.

O pondere de 15% dintre femei raportează simptome în timpul premenopauzei și până la trei ani după menopauză, și aproape 50% dintre femei experimentează SGM. Dintre aceste femei afectate, 50% declară că simptomele le afectează viața sexuală, adică 22% dintre femeile aflate la menopauză! Femeile cu vârste între 45 și 64 de ani sunt afectate cel mai mult de aceste simptome. Nu se știe dacă simptomele de SGM chiar se reduc în timp, dacă femeile renunță să ceară ajutor pentru simptomele lor pentru că au fost respinse sau ignorate de prea multe ori, dacă femeile au fost mai puțin deranjate pentru că au apărut alte afecțiuni medicale care au devenit mai importante sau dacă prioritățile se schimbă din cauza lipsei unui partener sexual sau a unui partener capabil să facă sex.



Imaginea 9: Mucoasa vaginală. ILUSTRAȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

Ceea ce știm este că majoritatea femeilor nu atribuie aceste simptome menopauzei – doar 4% dintre femeile care au participat la un studiu legat de acest subiect au considerat că acestea pot avea legătură cu menopauza. Nimeni nu vrea să creadă că are simptome legate de vârstă (am 52 de ani, pot înțelege asta), dar în cazul femeilor mai există și o altă barieră culturală: modul unic și îngrozitor în care societatea tratează femeile îmbătrânite. Dacă este destul de dificil pentru multe persoane să vorbească despre sex, cum ar fi să vorbească despre ideea ca o femeie în vârstă să îndrăznească să fie activă sexual? Există un cult al tăcerii despre vulve și vagine îmbătrânite. Societatea vrea ca noi să fim bunici senile și detectivi excentrici. Deci pentru femei este mai greu să obțină informații despre simptomele menopauzei decât despre orice altă afecțiune comună asociată cu îmbătrânirea, cum ar fi durerile de spate sau artrita.

Nici medicina nu le prea vine în ajutor femeilor. Majoritatea femeilor cu SGM nu cer ajutor medical. Multe dintre cele care cer ajutor nu sunt întrebată despre viața lor sexuală sau despre dificultățile sexuale. Autoapărarea este importantă, dar există foarte multe alte bariere.

Schimbări tisulare în timpul SGM

La evaluarea microscopică a unei mostre de celule se poate constata că aproximativ 50% dintre femei au schimbări induse de SGM. Într-un studiu care analiza schimbările microscopice influențate de SGM, femeile cu mai multe modificări severe erau mai predispuse să raporteze dificultăți de lubrifiere în cazul activității sexuale (după cum era de așteptat), dar schimbările tisulare de la menopauză nu puteau prezice cine urma să aibă dureri în timpul actului sexual. Asta nu înseamnă că schimbările tisulare nu provoacă durere în timpul sexului, ci că durerea este complexă. Să ne gândim la durerea de spate – 60% dintre persoanele care nu au durere de spate primesc rezultate anormale în urma RMN-ului. Când vine vorba despre medicină, este important să privim lucrurile dintr-o perspectivă personală. Unele femei pot avea simptome severe de SGM și schimbări microscopice minime, pe când altele pot să nu fie deranjate de simptome, dar să aibă schimbări microscopice majore.

Un studiu care a analizat peste 800 de femei aflate la post-menopauză a descoperit că cel mai protector factor pentru schimbările microscopice din țesuturile vaginale (în afară de utilizarea hormonilor) este supraponderabilitatea: din punct de vedere medical, asta se poate explica prin faptul că țesutul adipos transformă alți hormoni în estrogen. Un factor cunoscut care crește riscul ambelor simptome ale SGM și schimbările microscopice este fumatul, pentru că tutunul are un efect antiestrogen.

Același studiu a declarat că la investigațiile microscopice aplicate femeilor afro-americe s-au observat mai puține schimbări majore influențate de SGM. Motivul este necunoscut. Ar putea fi implicați factorii genetici, diferențele din microbiomul vaginal (alcătuirea bacteriană) și alți factori. Un studiu a descoperit un nivel mai mare de estrogen la femeile afro-americe decât la cele albe. Deși lipsa schimbărilor fizice nu ar trebui confundată cu lipsa simptomelor.

Este adevărată zicala:

„Faci, nu faci sex, vremea vaginului trece?”

Aceasta este teoria conform căreia femeile care nu sunt active sexual după menopauză riscă schimbări vaginale și vulvare severe ce pot duce la cicatrizarea vaginală și la închiderea permanentă a vaginului. Sună foarte înfricoșător, dar odată ce începi să faci cercetări, afli că există o groază de presupuneri, un

articol mai vechi despre asta și, bineînțeles, și mitul conform căruia penisul este antidotul pentru orice boală.

Ideea că activitatea sexuală cu un penis salvează întotdeauna vaginul de la SGM a părut absurdă din punct de vedere biologic și lipsită de sens pentru mine, pe lângă că nu s-a dat nicio importanță experiențelor femeilor. Până la urmă, dacă sexul prevenea schimbările dureroase ale menopauzei, de ce când ajung la menopauză femeile nu mai fac sex din cauza durerii? Deși risc să dau prea mult din casă, și recunosc că este bazat pe experiența mea personală, sexul nu mi-a protejat vaginul. Am ajuns la menopauză la vârsta de 49 de ani și sexul heterosexual regulat nu m-a protejat. Într-un an, am ajuns să am nevoie de medicamente.

Teoria principală este că trauma locală provocată de sex menține țesuturile sănătoase, posibil datorită fluxului sangvin crescut (răspunsul corpului atunci când este rănit este să trimită mai mult sânge la locul afectat). În plus, presiunea repetată poate întinde țesutul. De exemplu, dacă tragi regulat de labii, acestea se vor lungi, deși țesutul nu devine mai elastic.

Se pare că ideea de a menține vaginul sănătos cu ajutorul penisului a pornit de la Masters și Johnson, cercetători în domeniul sexului, care au evaluat 54 de femei aflate la menopauză, dintre care doar trei au fost excitate prin stimulare sexuală – doar aceste femei făceau sex, în general. Bineînțeles că este foarte posibil ca niciuna dintre celelalte femei să nu fi făcut sex pentru că ar fi durut-o prea mult sau pentru că erau implicați alți factori. Este un bun exemplu de cum o observație nu implică o cauză și un efect.

Un studiu din 1981 a încercat să analizeze „conexiunea dintre a folosi și a pierde“ și a evaluat 24 de femei aflate la menopauză care făceau sex în mod obișnuit și 21 care nu făceau sex (niște numere foarte mici pentru un astfel de studiu). Au aflat și că femeile care nu făceau sex erau mai puțin afectuoase și se masturbau mai puțin. Nu au existat diferențe statistice semnificative în schimbările vulvare (există o tendință, dar nu se pune, mai ales în cazul unor cifre atât de mici) și nu au fost examinate microscopic țesuturi vaginale. Există o creștere a nivelului de hormoni masculini printre femeile care făceau sex, dar pentru a trage concluzia că sexul sau masturbarea protejează vaginul implică credința oarbă că aceste schimbări hormonale erau provocate de stimularea

sexuală și că aveau un rol protector. Nu înțeleg de ce oamenii susțin că această lucrare dovedește că sexul este protector.

După cum am discutat mai devreme, un studiu mai recent (din 2017), care a analizat peste 800 de femei și efectul net al menopauzei asupra celulelor vaginului, nu a găsit nicio diferență între schimbările celulare ale femeilor care făceau sex și ale celor care nu făceau. Dacă sexul ar proteja țesuturile, femeile care fac sex ar avea mai puține schimbări. Studiul oglindește situația întâlnită și de mine de-a lungul anilor. Simptomele vaginale ale menopauzei provoacă dificultăți sexuale pentru multe femei, dar cu siguranță nu pentru toate.

În cazuri incredibil de rare, menopauza poate provoca inflamații atât de mari, încât femeile pot suferi de cicatrizare vaginală, care necesită tratament specializat. Femeile care nu sunt active sexual este posibil să nici nu observe că se întâmplă asta. În această situație, întinderea regulată a vaginului, cu dilatatoare sau cu un penis, ar putea preveni cicatrizarea prin întinderea fizică a țesuturilor, nu prin schimbări la nivel celular. Această inflamare extremă indusă de menopauză și care provoacă cicatrizarea nu este comună. Pot număra pe degetele de la o mână cazurile întâlnite în peste 30 de ani, iar durerea din timpul actului sexual este specializarea mea. Ceea ce se poate întâmpla este ca durerea extremă de la SGM să provoace spasmul mușchilor pelvieni care înfășoară vaginul (o afecțiune numită vaginism – consultă capitolul 34). Acest spasm poate strâmta orificiul vaginal și poate apărea ca un drum blocat, agravând durerea din timpul sexului și făcând să pară că vaginul este închis.

Schimbările induse de menopauză se agravează odată cu vârsta?

Studiul din 2017 pe care l-am menționat mai devreme a descoperit că severitatea schimbărilor țesuturilor nu este bine corelată cu vârsta, dar un alt studiu mai vechi (și de calitate superioară) a găsit anumite asocieri. Însă ambele studii au analizat femeile doar la un moment dat din viața lor. Până când nu vom avea un studiu care să urmărească pe o perioadă îndelungată utilizarea tampoanelor vaginale, nu vom avea un răspuns definitiv.

Unele femei prezintă primele simptome de SGM la 10 sau mai mulți ani după ultima lor menstruație, iar altele au probleme dinainte ca ciclul să se termine, deci este clar că sunt implicați mai mulți factori. În timp ce unii factori pot fi

de factură biologică, adică nivel individual de hormoni și praguri de durere, poate trece multă vreme până când femeile să poată obține informații corecte, să se simtă confortabil să discute despre problemele lor sau să găsească pe cineva care să le asculte. Este greu de stabilit cât din această perioadă reprezintă o întârziere din cauza limitării accesului la îngrijirile medicale și cât este din cauza faptului că simptomele nu se dezvoltă cu adevărat în decurs de 10 ani sau mai mult.

SGM-ul indus medical

Medicamentele care opresc producția de estrogen sau care blochează efectele estrogenului asupra țesuturilor pot provoca SGM. Cele mai grave simptome sunt provocate de inhibitorii de aromatază, medicamente folosite pentru a trata femeile cu anumite tipuri de cancer de sân. Inhibitorii de aromatază blochează producția estrogenului în toate țesuturile, pentru că, de fapt, blochează enzima aromatază, un pas necesar în producția de estrogen. Deși majoritatea cantității de estrogen provine din ovare, există și alte surse ale acestuia, precum țesutul adipos, iar blocarea tuturor surselor de estrogen determină o scădere rapidă și drastică de estrogen.

Alte produse farmaceutice care reduc dramatic nivelul de estrogen sunt reprezentate de o clasă de medicamente numite agoniști GnRH (hormoni agoniști care eliberează gonadotropină, folosiți în tratamentul endometriozii și al cancerului de sân) – afectează modul în care creierul comunică cu ovarele. Impactul poate fi sever pentru multe femei, dar pentru că nu blochează producția de estrogen din țesutul adipos ar mai putea beneficia de o anumită cantitate activă de estrogen în organism și, ca atare, unele femei ar putea fi scutite de simptomele SGM.

Tamoxifen, un alt medicament împotriva cancerului de sân, blochează efectul estrogenului asupra țesuturilor. Tamoxifen acționează asupra unor țesuturi ca un antiestrogen, iar asupra altora ca un estrogen. De exemplu, este un antiestrogen pentru sânii (de aceea este folosit pentru cancerul de sân), dar în uter acționează precum un estrogen. Impactul asupra vaginului este variabil și unele femei vor avea simptome de SGM, iar altele nu.

Unele medicamente utilizate în chimioterapie opresc funcția ovarelor. Asta depinde de tipul și de doza chimioterapiei, durata tratamentului și vârstă –

femeile de peste 40 de ani sunt supuse unor riscuri mai mari. Mecanismele nu sunt clare, dar se crede că unele dintre aceste medicamente declanșează moartea foliculilor din ovare. Pentru unele femei, efectele vor fi permanente, adică toți foliculii sunt epuizați, iar pentru unele, foliculii rămași se pot recupera în timp și pot reîncepe să producă estrogen.

De reținut:

- Schimbările fizice ale menopauzei afectează clitorisul, labiile, vaginul, uretra și vezica.
 - 50% dintre femei au simptome asociate cu sindromul genito-urinar de menopauză sau SGM.
 - Cel mai comun simptom este uscăciunea vaginală.
 - 25% dintre femei raportează dificultăți sexuale asociate cu menopauza.
 - Majoritatea femeilor nu sunt întrebată despre simptomele de SGM pe care le resimt, așa că este important să nu uiți să militezi pentru drepturile tale.
-

CAPITOLUL 19

Tratarea sindromului genito-urinar de menopauză (SGM)

Simptomele SGM (sindromul genito-urinar de menopauză) afectează aproximativ 50% dintre femei. Pentru mai multe informații despre schimbările vulvare și vaginale asociate cu menopauza, mergi înapoi la capitolul 18. Aici ne concentrăm pe tratament.

Cele mai comune simptome care le determină pe femei să ceară asistență medicală sunt starea de uscăciune, durerea din timpul sexului și iritația. Alte simptome deranjante includ senzația ca de șmirghel, arsura vaginală, secrețiile vaginale și mirosul vaginal. Unele femei devin mai susceptibile la infecția vezicii.

Vârsta medie la care se ajunge la menopauză este de 51 de ani, dar nivelul de hormoni începe să scadă mai devreme de această vârstă. Vârsta medie pentru apariția simptomelor poate varia, dar dacă nu mai ai menstruații sau sunt din ce în ce mai rare și ai 40 de ani sau mai mult, atunci trebuie să iei în considerare SGM pentru simptomele vulvare sau vaginale.

Durerea și microtrauma mărite asociate cu SGM pot agrava afecțiunile preexistente ale vulvei și vaginului, precum afecțiuni ale pielii și vulvodinia, o afecțiune care provoacă nevralgiile vulvare. Poate fi dificil de stabilit care simptome sunt provocate de SGM și care de alte cauze, deci este destul de rezonabil să începi tratamentul pentru SGM și apoi să reevaluezi totul după 6-8 săptămâni pentru a vedea ce simptome au continuat să se manifeste.

Multe femei cu SGM suferă indiferent dacă sunt tratate sau nu. În capitolul precedent am discutat despre problemele pe care femeile le întâmpină cu medicii care nu le suspectează de SGM sau nu le ascultă neliniștile. Din păcate, terapia întâlnește și alte bariere, printre care se numără și următoarele:

- **PREȚUL:** prețul produsului poate împiedica unele femei să cumpere cele mai eficiente soluții pentru ele.

- NEMULȚUMIREA SAU INCONVENIENTELE OPȚIUNILOR: unele dintre femei sunt deranjate de murdărie, li se pare că produsele sunt iritante sau nu vor să aibă zi de zi grija utilizării acestora.
- NEÎNȚELEGEREA FAPTULUI CĂ AȘTEPTAREA ESTE NECESARĂ PENTRU A VEDEA REZULTATELE: perioada minimă de utilizare după care apar rezultatele este de șase săptămâni, dar multe femei opresc tratamentul mai devreme, crezând că terapia nu este eficientă.
- TEAMA DE HORMONI: multe produse poartă pe ambalaj mesaje înfricoșătoare cu privire la hormoni.

Atenție la îngrijirea vulvei

Indiferent de simptome, o îngrijire bună a pielii vulvare reprezintă un bun început, pentru că deshidratarea asociată cu avansarea în vârstă poate agrava simptomele de SGM. Printre recomandări ar fi următoarele:

- FOLOSEȘTE UN GEL DE CURĂȚARE, NU SĂPUN: după cum am discutat în capitolul 12, săpunul usucă.
- CÂND NU EȘTI ACASĂ ȘI NU AI ALTERNATIVE, LIMITEAZĂ UZUL ȘERVEȚELOR UMEDE LA GESTIONAREA INCONTINENȚEI: pe măsură ce îmbătrânești, pielea poate fi mai sensibilă la iritațiile produse de aceste produse.
- DACĂ AI INCONTINENȚĂ URINARĂ, FOLOSEȘTE ABSORBANTE PENTRU INCONTINENȚĂ, NU ABSORBANTE MENSTRUALE: volumul de lichid pierdut în incontinență este mai mare decât este conceput un absorbant de noapte să rețină. În plus, lichidul iese tot odată, nu treptat, în 24 de ore. Absorbantele menstruale îți pot menține pielea udă din cauza urinei, crescând iritația și ruperea pielii.
- FOLOSEȘTE ZILNIC O CREMĂ HIDRATANTĂ PENTRU VULVĂ: consultă capitolul 14. Uleiul de cocos, uleiul de măsline și vaselina sunt alternative bune și ieftine.
- DACĂ ÎȚI EPILEZI PĂRUL PUBIAN, FOLOSEȘTE UN APARAT DE TUNS PENTRU LABII ȘI MUNTELE PUBIAN: părul pubian păstrează umiditatea și astfel captează umiditatea în zona vulvei.
- DACĂ FUMEZI, ÎNCEARCĂ SĂ RENUNȚI: fumatul afectează nivelul de estrogen.

Creme hidratante pentru vagin

Cremele hidratante pentru vagin trebuie să rehidrateze țesuturile vaginale și să înlocuiască lubrifierea. Se folosesc regulat, nu doar în timpul sexului. Studiile ne spun că aceste creme hidratante pentru vagin sunt bine tolerate, în general, și pot ameliora simptomele, mai ales senzația de uscăciune. Cremele hidratante sunt cel mai eficiente când există un singur simptom principal care te deranjează. Este puțin probabil să trateze mirosul, pentru că nu înlocuiesc lactobacilii (bacteriile bune).

Cremele hidratante vaginale au un efect temporar asupra pH-ului vaginal, adică utilizarea produsului scade pH-ul, dar nu determină dezvoltarea lactobacililor, pentru că nu crește nivelul de glicogen (zahărul înmagazinat). La microscop, s-a observat cum cremele hidratante nu îmbunătățesc considerabil aspectul țesuturilor.

Cremele hidratante pot fi pe bază de apă (glicerina este un ingredient comun), silicon, ulei sau acid hialuronic ori o combinație între acestea. Acidul hialuronic este o moleculă zaharoasă din și în jurul celulelor de piele, pe care le lubrifică și le hidratează.

Cremele hidratante pentru vagin sunt concepute pentru ca ingredientele active să adere la mucoasa vaginală, pentru a rămâne acolo mai multe zile. Majoritatea trebuie introduse vaginal la fiecare două-trei zile. Aceste produse sunt destul de eficiente când sunt utilizate frecvent. Adesea, reprezintă partea placebo din studiile pentru hormonii vaginali și câteodată acționează aproape la fel de bine precum dozele mici de estrogen. La încetarea tratamentului, simptomele revin.

Majoritatea cremelor hidratante pentru vagin de pe piață nu afișează pH-ul sau osmolalitatea, deci nu se poate evalua siguranța utilizării pe termen lung pentru țesuturile vaginale, în special în cazul femeilor expuse la HIV. Puținele studii care s-au făcut au vizat perioade scurte, adică doar 12 săptămâni de utilizare. Nu se știe dacă în timp un produs cu osmolalitate mare poate irita, de exemplu, după 12 sau 24 de luni de utilizare. Ține minte că toate companiile pot schimba rețetele, deci osmolalitatea și pH-ul acestor produse pot varia în timp. Dacă nu prezinți risc pentru ITS și produsul folosit nu te irită, atunci probabil că este potrivit pentru tine.

Tabelul 2: Nivelul de pH și osmolalitatea cremelor hidratante utilizate frecvent pentru vagin (date din 2018)

Produs	Bază	pH	Osmolalitate
HYALO GYN	Acid hialuronic	N/A	N/A
K-Y Liquidbeads	Silicon	N/A	N/A
Moist Again	Apă	5,68	187
Replens	Apă	2,98	1 491
Vagisil ProHydrate Natural Feel	Acid hialuronic	N/A	N/A
Yes VM vaginal moisturizer	Apă	4,15	250

Despre lubrifianți am discutat în detaliu în capitolul 9. Din păcate, există puține studii care analizează motivele alegerii tipului de lubrifiant, în special pentru femeile aflate la post-menopauză. Un studiu sugera că pentru femeile care nu puteau folosi estrogen, un lubrifiant pe bază de silicon ar fi fost mult mai eficient în ameliorarea durerii decât unul pe bază de apă.

Estrogenul aplicat local

Estrogenul vaginal este considerat standardul de aur pentru SGM. Dintre toate opțiunile farmaceutice și comerciale, estrogenul vaginal este de departe cel mai bine studiat.

Când în urmă cu câțiva ani au fost evaluate informațiile despre estrogenul vaginal, au fost identificate peste 1 800 de studii, dintre care doar 44 îndeplineau condițiile pentru a merita să fie analizate. În medicină, 44 de studii înseamnă destul de mult, dar reprezintă un exemplu al calității neconforme pe care o au multe studii medicale.

Estrogenul vaginal funcționează crescând procentul de glicogen din țesuturile vaginale. Glicogenul este o sursă de nutriție pentru lactobacili, care apoi produc acid lactic, scăzând pH-ul. Estrogenul intensifică fluxul sangvin și crește elasticitatea țesutului și producția colagenului (o proteină care întărește țesuturile). Rezultatul net este o accentuare a lubrifierii, a secrețiilor vaginale, a elasticității țesutului și a rezistenței. Studiile arată că estrogenul este foarte eficient pentru tratarea tuturor simptomelor de SGM, poate ameliora simptomele incontinenței urinare și reduce riscul de infecții ale tractului urinar.

În SUA, în industria farmaceutică, pentru a imita estrogenul vaginal, sunt utilizați doi hormoni: estradiol și estrogeni equini conjugați (CEE). Estradiolul este hormonul principal produs de ovare și sintetizat în laborator dintr-un alt hormon steroidian. Unii comercializează estradiolul drept un produs pe bază de plante; deși din punct de vedere tehnic au dreptate, procesul implică extragerea în laborator a colesterolului din plante, cu ajutorul produselor chimice, după care acesta este expus la alte reacții chimice care îl convertesc în estradiol. Cu siguranță că nu provine din cartofi scoși din pământ. CEE este extras din urina iepelor gestante, de unde vine și numele comercial de Premarin: PREgnant MAREs urINE (urina iepelor gestante).

Estrogenul vaginal (conform datelor din 2019) se găsește într-o varietate de forme: creme, inel, tablete și supozitoare vaginale. Dozele variază mult, de la 8 micrograme pe săptămână la 400 de micrograme. CEE vaginal există doar sub formă de cremă. Avantajul cremelor cu estrogen este că doza poate fi ajustată. Inelul, tabletele și supozitoarele au o doză unică.

Dacă principalul factor deranjant este durerea din timpul sexului, rezultatele sugerează să începi cu mai mult de 10 micrograme de estradiol, de două ori pe săptămână. Deși nu este greșit nici să încerci cea mai mică doză, iar dacă nu obții rezultatele dorite în 6-8 săptămâni, să mărești doza.

Pentru toate regimurile de estrogen, cu excepția inelului, doza se administrează în fiecare noapte, timp de două săptămâni, apoi de două ori pe săptămână. Un studiu sugerează ca femeile să înceapă cu un regim de două doze pe săptămână – poate dura cu câteva săptămâni mai mult până să apară o ameliorare, dar pentru unele persoane este dificil să schimbe regimul, iar pentru altele ar putea fi mai ușor să înceapă cu două doze pe săptămână.

CEE vaginal nu poate fi comparat direct cu regimurile cu estradiol pentru că nu există o conversie directă. De obicei, doza de început este de 0,5–1 grame, administrat vaginal, seara, timp de două săptămâni, apoi de două ori pe săptămână.

În primele săptămâni poate exista o creștere temporară a nivelului de estrogen din sânge, în special în cazul utilizării cremelor (care conțin doze mai mari de estrogen) pentru că inflamația produsă de SGM poate permite o absorbție inițială mai mare a medicamentului. Acesta poate fi motivul pentru care unele femei raportează o sensibilitate a sânilor în primele săptămâni. Odată ce

estrogenul tratează inflamația vaginală, nivelul scade – nu a fost raportat un nivel ridicat în cazul administrării tabletelor, capsulelor, inelului și a cremei cu cea mai mică doză (0,5 grame de două ori pe săptămână).

Riscurile produselor cu estrogen care se aplică local sunt scăzute. Nu există riscuri crescute de cancer mamar, infarct sau accident vascular cerebral, în ciuda celor menționate pe ambalaj. Toate produsele cu estrogen conțin un chenar negru, cu avertismente impuse de FDA, care conține următoarele efecte adverse (cu litere mari): „REAȚII ADVERSE: CANCER ENDOMETRIAL, AFECȚIUNI CARDIOVASCULARE, CANCER MAMAR și POSIBIL DEMENTĂ.” Destul de înfricoșător, așa-i? Acest avertisment se bazează pe un studiu mai vechi, care insinua o creștere foarte mică a acestor riscuri atunci când estrogenul este administrat sistemic (adică introdus în fluxul sangvin, de exemplu, cu pastile sau prin platură). Acest risc nu a fost demonstrat niciodată în cazul estrogenului vaginal, dar regulile FDA spun că atunci când riscurile există pentru o anumită formă a medicamentului, avertismentul trebuie să apară pe ambalajul tuturor variantelor.

Estrogenul sistemic

Estrogenul poate fi administrat prin platură, pastile, inel sau loțiune pentru simptomele generale ale menopauzei, cum ar fi bufeurile, sau pentru a preveni osteoporoza. Când este administrat, denumirea utilizată este terapie sistemică, pentru că intră în fluxul sangvin. Terapia sistemică de estrogen poate ajuta multe femei cu SGM, deși e posibil să nu fie la fel de eficientă ca aplicarea locală. Această variantă nu este recomandată, mai ales dacă SGM este singurul simptom deranjant, pentru că există riscuri mici – de exemplu, una din 1 000 de femei care urmează o terapie sistemică de hormoni/an face cancer mamar (pentru a pune lucrurile în perspectivă, acesta este și riscul reprezentat de consumul unui pahar cu vin pe zi). În plus, femeile care au uterul intact trebuie să ia și hormonul progesteron pentru a se proteja de apariția cancerului endometrial (cancerul căptușelii uterului).

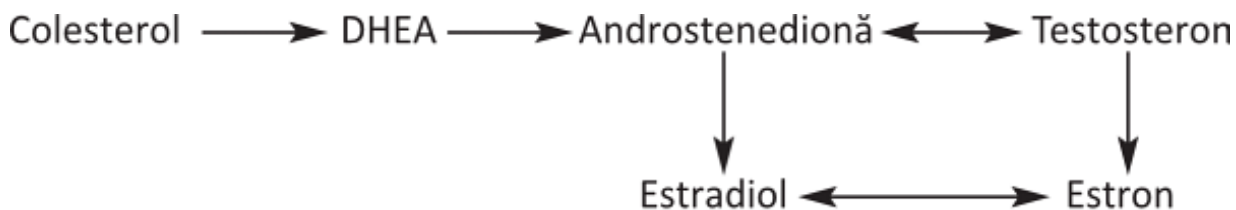
O discuție detaliată despre avantajele și dezavantajele hormonilor sistemici pentru alte simptome ale menopauzei depășește scopul acestei cărți. Poate că următoarea mea carte ar trebui să fie *Biblia menopauzei*?

DHEA-ul vaginal

DHEA (dehidroepiandrosteron) se mai numește și prasteron.

Corpul produce din colesterol hormonii sexului, precum testosteron și estradiol. DHEA este un hormon intermediar în acest proces. Săgețile cu două direcții înseamnă că producția poate avea loc și reversibil, deci estradiolul poate fi transformat în estron și estronul în estradiol. Testosteronul poate fi transformat în estradiol, dar invers nu este posibil.

Acest proces are loc în interiorul oricărei celule care conține enzima aromatază, iar țesutul vaginal conține aromatază. În cazul DHEA intravaginal, hormonul este absorbit de mucoasa vaginală, unde este transformat în testosteron și estradiol, deși nu se știe exact care este hormonul care își exercită efectele asupra mucoasei vaginale. Nivelul de testosteron și de estradiol din sânge nu crește, așa că se pare că toți hormonii produși acționează local. Endometrul nu conține enzima aromatază, deci nu prezintă riscul de a face hiperplazie (precancer) sau cancer.



Imaginea 10: Cum se produc din colesterol testosteronul și estradiolul.

Prasteronul este eficient atunci când este administrat zilnic; când este folosit de două ori pe săptămână, este mai puțin eficient, dar poate fi suficient pentru femeile care preferă acest produs și, în același timp, nu vor să își bată capul cu el zi de zi. Cel mai mare efect secundar este reprezentat de secrețiile vaginale, la care ar trebui să te aștepți de la toate produsele pe bază de hormoni, pentru că acestea cresc cantitatea de lactobacili vaginali. Prasteronul nu a fost comparat niciodată în cadrul studiilor cu estrogenul vaginal în mod direct, deci nu putem spune care produs este mai bun.

Sunt mai siguri „hormonii bioidentici“?

„Bioidentic“ este un termen de marketing, care din punct de vedere medical nu înseamnă nimic. Unii îl folosesc pentru a descrie hormonii identici chimic cu cei produși de corp, deși alții îl folosesc pentru hormonii derivați dintr-o sursă vegetală.

Unul dintre marile mituri despre „hormonii bioidentici de substituție hormonală” spune că aceștia sunt produse încapsulate, pe bază de cartofi sau de soia. Formula chimică a estradiolului este $C_{18}H_{24}O_2$ și este la fel ca aceea sintetizată de ovare sau în laborator. Ovarele produc estradiol din colesterol, iar în laborator procesul este identic: colesterolul (sau alt steroid) este convertit chimic în estradiol. Forma brută a hormonului este o pudră și nu este folosit de nicio companie farmaceutică și de nicio farmacie care posedă un laborator pentru a produce medicamente. Există doar câțiva producători care îl folosesc. O companie farmaceutică mare și o farmacie cu laborator mică pot avea aceeași sursă de hormoni în formă brută.

Așa-ziii „hormoni bioidentici” nu sunt siguri. Ar putea prezenta riscuri mai mari, după cum unele date arată că pot conține cu până la 30% mai mult estrogen decât declară pe prospect. Astfel, poți fi expusă riscului de a face cancer endometrial. În plus, femeile care au avut de vreme prima menstruație prezintă un risc mai mare de a face cancer mamar, pentru că au fost expuse mai mult hormonilor naturali produși de ovarele lor.

Tot ce contează este dacă un medicament este sigur și eficient. O dozare imprevizibilă nu este o caracteristică de siguranță. Un termen mai bun pentru „hormonii bioidentici” ar fi hormoni-de-proveniență-nonfarmaceutică.

Unii medici și farmaciști de laborator cred că este foarte important să ofere un compus alcătuit din cele trei tipuri de estrogen produs în corp: estradiol, estriol și estron. Orice formă de estradiol pe care o iei va fi convertită în estriol și estron, în funcție de nevoie. Niciun studiu nu demonstrează că versiunile compuse oferă ceva în plus față de preț.

Recomand hormonii compuși doar când cei care sunt certificați farmaceutic sunt prea scumpi. În SUA, prețurile din prezent sunt scandaloase – un tub de estradiol generic de 42,5 grame costă aproximativ 325 de dolari. Multe farmacii cu laborator propriu pot face estradiol vaginal pentru mai puțin de 100 de dolari. Dacă alternativa este să nu folosim deloc, atunci poate fi luată în considerare opțiunea estradiolului compus doar dacă există consimțământul informat despre posibilitatea administrării unei dozări inexacte.

Am nevoie de testosteron?

Nimeni nu a demonstrat că testosteronul vaginal este benefic. Poate provoca lărgirea semnificativă a clitorisului și poate fi absorbit în fluxul sangvin, provocând și alte efecte negative.

Medicamente non-hormonale

Ospemifenul (Osphena) este un medicament cu administrare orală, din clasa medicamentelor numite modulatori selectivi ai receptorilor de estrogen (SERM), adică acționează ca un estrogen pentru anumite țesuturi și ca un antiestrogen pentru altele. Pentru țesuturile vaginale acționează precum un estrogen. Este aprobat de FDA pentru tratarea simptomelor de SGM.

Pentru femeile care nu tolerează administrarea vaginală sau pentru care aceasta este dureroasă, administrarea orală de 60 de miligrame de ospemifen pe zi poate fi o opțiune potrivită. Dacă acționează drept estrogen pentru uterul femeilor care nu au histerectomie completă (adică nu mai au uter și cervix), acestea vor avea nevoie să ia progesteron (sau ceva similar) pentru a se proteja împotriva cancerului endometrial. Un sterilet cu levonorgestrel (hormonal) poate oferi protecție. Unor femei nu le place ideea de a lua două medicamente pentru o problemă vaginală, iar altele ar fi fericite să aibă o singură opțiune, cu administrare orală.

Reacția ospemifenului nu a fost studiată în detaliu în legătură cu cea a estrogenului vaginal, despre care știm că ajută 90% dintre femei. În cadrul studiilor, ospemifen a demonstrat o diferență statistică față de placebo în cazul durerii din timpul sexului, dar nu este clar dacă schimbările au fost semnificative din punct de vedere clinic – adică dacă a ajutat într-un mod relevant destul de multe femei. Într-un studiu mai amplu, 30% dintre femeile care luau ospemifen au declarat că nu aveau dureri în timpul sexului. Asta nu înseamnă că nu poate ajuta, chiar dacă o rată de succes de 30% pare destul de mică.

Alte probleme cu ospemifen includ următoarele:

- risc crescut de formare a cheagurilor de sânge
- bufeuri intense
- interacțiuni cu alte medicamente

Cum rămâne cu produsele pe bază de plante și cu „terapiile naturiste“?

Aproximativ 10% dintre femeile cu SGM încearcă produsele pe bază de plante și alte terapii alternative precum cohoș negru, trifoi roșu, talpa-gâștei și vitamina E aplicată local. Nu există studii care să dovedească eficiența acestor produse. Un mic studiu sugerează că vitamina D revigorează aspectul celulelor pentru femeile aflate la menopauză, dar nu s-au sesizat diferențe de durere sau iritație între femeile care luau vitamina D și cele care nu luau.

Femeile care suferă de cancer mamar

Toate femeile care au cancer mamar ar trebui să încerce întâi creme hidratante și lubrifianți. Dacă acestea nu dau rezultat, atunci cele mai noi instrucțiuni spun că doza vaginală de estrogen din inel și tabletele de 10 micrograme ar fi sigure pentru majoritatea femeilor cu istoric de cancer mamar, pentru că nu se absorb în fluxul sangvin. Nu avem date despre siguranța administrării DHEA vaginal, deși studiile ne spun că nu pare că ar crește nivelul de estradiol și de testosteron din sânge.

Deși nu este recomandată monitorizarea hormonală cu estrogen vaginal, multe femei cu istoric de cancer mamar se tem și este lesne de înțeles de ce. Unora li se pare liniștitor să verifice nivelul de estradiol din sânge înainte de a începe tratamentul cu estradiol vaginal, și apoi și după începerea terapiei, pentru a se asigura că nu există absorbție.

Fac excepție femeile cu cancer de sân care iau medicamente din categoria inhibitorilor de aromatază. Aceste medicamente sunt menite să îndepărteze toate moleculele de estrogen pentru femeile care au cancer ce reacționează la hormoni. În această situație, orice cantitate de estrogen, chiar și una minimă, ar fi prea mare.

În cazul femeilor care iau inhibitori de aromatază și au încercat două tipuri diferite de creme hidratante (de obicei, recomand ca unul dintre produse să fie pe bază de acid hialuronic), există puține opțiuni pentru durerea din timpul sexului vaginal. Pentru unele femei, lidocaina ar putea fi utilă (un anestezic local, aplicat pe orificiul vaginal). Altă opțiune este reprezentată de sexul anal, pentru că acele țesuturi nu sunt afectate de inhibitorii de aromatază, dar nu este ceva cu care toate femeile sunt de acord.

Pentru astfel de situații, au fost propuse lasere precum Mona Lisa sau altele asemănătoare (vezi capitolul 23). Pentru că nu sunt studiate suficient, este greu de făcut o recomandare sigură și bazată pe dovezi, deși mai multe studii urmează să fie publicate curând și putem spera că vom putea ghida mai bine femeile în legătură cu utilizarea acestor produse. Oricum, femeile care preconizează tratamente cu inhibitori de aromatază și nu pot face sex vaginal pot lua în considerare că rata de risc–beneficiu, unde riscurile pe termen lung nu sunt cunoscute aproape deloc, este rezonabilă, dacă altfel sexul ar fi imposibil din cauza durerii și dacă nu există vreo șansă de renunțare la inhibitorii de aromatază în situații de siguranță.

De reținut:

- Fii atentă la îngrijirea vulvară, ca să nu te expui la deshidratare.
 - Cremele hidratante sunt cele mai utile când există un singur simptom principal care te deranjează.
 - Estradiolul vaginal a fost cel mai studiat. Este posibil ca dozele de 20 de micrograme pe săptămână să nu fie eficiente în cazul durerii din timpul sexului.
 - Există opțiuni mai noi de luat în considerare: DHEA vaginal și modulatori selectivi ai receptorilor de estrogen (SERM).
 - Multe femei cu cancer mamar pot folosi în siguranță dozele mici de estrogen vaginal.
-

TRATAMENTE ȘI INTERVENȚII MEDICALE

CAPITOLUL 20

Canabisul

Având în vedere legalizarea din ce în ce mai extinsă a canabisului, nu este de mirare că acesta a ajuns și în vagin. Unele femei spun că experiența lor sexuală este îmbunătățită de canabis, cunoscut și ca marijuana, pentru că le-ar crește dorința, orgasmul și gradul de satisfacție. Altele se întreabă dacă aplicarea vaginală a canabisului poate fi utilă în situația afecțiunilor dureroase, precum menstruațiile cu dureri (dismenoree) sau spasmul mușchilor pelvieni (capitolul 33).

Ca toate „ideile mărețe“, și aici există o anumită plauzibilitate biologică, o mică bază științifică și multă încântare. Nu am nicio problemă cu legalizarea canabisului, dar nu sunt un fan al afirmațiilor nefondate și al produselor netestate, pentru că nu mă ajută să le ofer femeilor informații corecte.

Informații elementare

Canabisul este planta *Cannabis sativa* și conține mulți compuși farmacologici activi, cunoscuți drept canabinoizi. Ingredientul principal psihoactiv (ceea ce te face să te simți „bine“) este tetrahydrocannabinolul sau THC, iar celălalt canabinoid cunoscut este canabidiolul sau CBD, care nu contribuie la starea de „cum să fii stupefiat“. Există cel puțin 60 de tipuri diferite de canabinoizi care conțin THC și CBD. Mulți cred că CBD poate avea efect asupra durerii, deși datele științifice nu au demonstrat încă acest efect. Odată cu legalizarea, sperăm să putem avea mai multe cercetări aplicate canabisului și diferiților canabinoizi utilizați împotriva durerii.

Receptorii principali de canabinoizi din organism sunt CB1 și CB2. Avem receptori pentru canabinoizi nu pentru că am evoluat pentru a putea consuma canabis, ci deoarece corpul nostru produce propriii canabinoizi (endogeni), numiți endocanabinoizi. Prima endocanabinoidă identificată a fost în 1992 și a fost numită anandamidă, de la *ananda*, care în sanscrită înseamnă „fericire“ sau „bucurie“. Nu producem endocanabinoizi pentru a-i înmagazina, ci mai degrabă organismul îi produce ca urmare a unei nevoi.

Un motto medical care îmi guvernează activitatea, în special când vine vorba despre ceva studiat insuficient, este acesta: „Nu putem ști ce nu știm.“ În cazul canabisului, faptul că a fost ilegal așa mult timp a îngreunat cercetările. Un alt factor care a complicat lucrurile este sistemul endocanabinoid, adică ce fac endocanabinoizii noștri naturali și cum anume, un factor destul de complex și neînțeles pe deplin. Există receptori de endocanabinoizi în uter, în ovare și în trompele uterine, în pielea acoperită de păr (precum vulva) și în mușchi, deși nu știm dacă există receptori de endocanabinoizi în vagin. Din punctul de vedere al unui medic ginecolog, cred că receptorii de endocanabinoizi sunt importanți în fertilizare și în sarcină, dar ar putea avea și alte funcții.

Cum ar putea canabisul să influențeze actul sexual?

Unele femei spun că experiența lor sexuală este îmbunătățită de canabis. Mecanismul nu este înțeles. Unele ipoteze includ fluxul sangvin crescut din vagin, îmbunătățirea semnalizării nervoase în vagin sau în creier (intensificând chimicalele care îți spun că te simți bine) sau o reducere a anxietății și inhibării, ajutând femeile să se dezlănțuie sexual. Tahicardia (frecvența cardiacă crescută) provocată de canabis poate face unele femei să se simtă excitate. Există și posibilitatea efectului placebo – dacă tu consideri că ceva te va ajuta să te exciți, atunci este posibil să abordezi această oportunitate sexuală în mod diferit.

Dacă funcția sexuală chiar este influențată de canabis, atunci contează cum face asta; dacă impactul are loc asupra creierului, atunci nu are rost să fie folosit vaginal.

Pentru a ne ajuta să înțelegem mai multe despre impactul potențial al canabisului asupra funcției sexuale la femei, o echipă de cercetători a studiat dacă endocanabinoizii noștri naturali au legătură cu senzația de excitație, precum și cu semnele fizice de excitație. Pentru a face o cercetare, a fost introdus un dispozitiv vaginal care măsoară intensitatea modificărilor din vascularizarea vaginală (reprezentanta fluxului sangvin), în timp ce femeile se uitau la un video neutru (ape de mică adâncime sau păsări, fără a atinge vreun punct sensibil al iubitorilor de păsări) și apoi la un film erotic. A fost măsurat nivelul celor doi endocanabinoizi naturali în sânge. Cercetătorii au crezut că nivelul va crește, dar de fapt nivelul de endocanabinoizi naturali a scăzut odată cu senzația de excitație și cu schimbările fizice ale vaginului caracteristice excitației.

Acest studiu este interesant pentru că nu asociază sistemul endocannabinoid cu excitarea fizică, cel puțin nu într-un mod pozitiv. Autorii studiului subliniază că experiența de a se simți mai excitat sexual în timp ce randamentul sexual este, de fapt, redus fizic de o substanță este un fenomen bine cunoscut – cel mai notabil exemplu este alcoolul.

Pe baza datelor limitate pe care le avem, dacă femeile cred că fumatul sau consumul de cannabis le ajută sexual, este posibil ca asta să nu se datoreze excitării fizice influențabile din vagin sau din vulvă.

Care-i treaba cu lubrifianții care conțin cannabis?

Există lubrifianți sexuali despre care se consideră că pot îmbunătăți funcția sexuală, în baza teoriei conform căreia THC/CBD aplicat local va dilata vasele de sânge, crescând fluxul sangvin sau intensificând semnalul nervos. Pentru a face acest tip de susțineri, este nevoie de studii... care nu există. Singurul lucru pe care îl știm până în 2018 este că un studiu (cel la care tocmai ne-am referit) sugerează că endocanabinoizii naturali scad odată cu excitarea fizică. Mai știm și că impactul endocanabinoizilor asupra vaselor de sânge variază semnificativ în corp – în unele situații, pot crește fluxul sangvin, iar în altele îl pot încetini. Iar până în 2019 nu știam nimic despre receptorii de endocanabinoizi din vagin.

Lipsa informațiilor nu împiedică emiterea afirmațiilor exagerate. O companie susține că produsele ei sunt „dovedite a fi eficiente în a oferi orgasme mai puternice la 8 din 10 femei“. Dacă rezultatele nu au fost publicate într-un jurnal medical de specialitate pentru a fi citite de toată lumea, atunci eficiența nu a fost dovedită. Cred că o reclamă care ar promova cu mesajul: „Multe persoane sunt curioase în legătură cu cannabisul aplicat local. Dacă te numeri printre acestea, iată ingredientele noastre și doza potrivită“ nu ar vinde nimic. Dacă un produs este atât de eficient precum pretinde compania – iar în medicină, o rată de succes de 80% este chiar uimitoare –, atunci de ce nu dovedește asta de la sine?

POȚI SĂ TE DROGHEZI CU UN LUBRIFIANT CARE CONȚINE CANNABIS? Deși nu există studii, bănuim că THC poate fi absorbit din vagin, pentru că THC rectal este absorbit destul de bine, iar pentru multe medicamente, absorbțiile rectale și vaginale sunt similare. Dozele rectale de 2,5–5 miligrame de THC pot determina un nivel în sânge de 1,1–4,1 nanograme/mililitri. Alte ingrediente

din lubrifiant ar putea afecta semnificativ absorbția, deci fiecare lubrifiant ar trebui studiat independent pentru a obține rezultatele reale.

Ce înseamnă acest nivel în sânge? De exemplu, la un nivel în sânge de 5–10 nanograme/mililitri de THC, aproximativ 75–90% dintre persoane prezintă deficiențe privind abilitățile de performanță legate de șofat.

Canabisul afectează în mod extrem de diferit fiecare persoană. Persoanele care consumă cronic această substanță, după utilizarea unei cantități egale de THC, vor avea un nivel mai mare în sânge față de cineva care nu a consumat niciodată. Asta pentru că THC este stocat în grăsime și așa nivelul din sânge include și ce este consumat și eliberat din grăsimi.

Prospectul unui lubrifiant pe bază de cannabis susține că acesta conține 1,5 miligrame de THC și 0,5 miligrame de CBD pe aplicare și un număr de 5–10 aplicări sau 7,5–15 miligrame de THC. Asta ar putea, teoretic, produce un nivel semnificativ de THC în sânge. Dacă, într-adevăr, aceasta este doza necesară pentru un efect vizibil, pare posibil ca metoda de acțiune să implice drogarea – adică un impact asupra creierului.

Dacă vrei să folosești un lubrifiant pe bază de cannabis doar cu efect local (fără să te drogheze), atunci cea mai bună variantă la care mă pot gândi este o aplicare cu mai puțin de 5 miligrame de THC – asta presupunând că doza menționată chiar este cea din tub, iar produsul este aprobat farmaceutic, adică fiecare aplicare oferă aceeași doză.

A oferi recomandări despre lubrifiantii pe bază de cannabis este ca și cum ai prezice imaginea finală a unui puzzle alcătuit din zece piese când vezi doar două dintre ele. Deși este mai bine decât a nu cunoaște nicio piesă, nu este un început prea bun. Până la urmă, este alegerea ta dacă vrei să introduci în vagin ceva despre care există atât de puține date.

Ce trebuie să știm despre cannabisul vaginal medicinal?

Unele companii vând supozitoare pe bază de cannabis menite să trateze menstruațiile dureroase sau durerea pelviană. Precum lubrifiantii pe bază de cannabis, aceste produse nu sunt studiate suficient. Știm că un medicament (fără legătură cu cannabisul) folosit pentru a stimula contracțiile uterine funcționează puțin mai bine administrat vaginal decât oral, deci nu este imposibil ca administrarea vaginală a unui produs menit pentru crampele menstruale să

aibă un efect mai mare prin această variantă. Totuși, nu avem nicio idee de ce o doză de THC sau de CBD poate avea impact asupra uterului, dacă este nevoie doar de unul dintre ele sau de amândouă, și nu știm cum este implicat în crampele menstruale sistemul endocannabinoid.

Supozitoarele vaginale pot avea cantități semnificative de THC – un produs are 60 de miligrame de THC și 10 miligrame de CBD, deci o rație de 6:1. Prin comparație, un medicament pe bază de cannabis aprobat în Canada și Marea Britanie pentru durerile musculare, numit nabiximols (nume comercial Sativex) are THC și CBD într-o rație de 1:1. Deoarece credem că CBD este mai bun în cazul durerii (nu există studii care să spună dacă este adevărat sau nu, ci este doar o ipoteză de moment), o cantitate atât de mare de THC versus CBD ar fi o alegere medicală mai puțin obișnuită. Pentru că o doză rectală de 2,5–5 miligrame de THC poate influența nivelul din sânge chiar sub limita incapacității de șofat, există îngrijorarea că o doză de 60 de miligrame de THC vaginal poate provoca un nivel semnificativ de THC în sânge. În plus, nu știm nici dacă administrarea vaginală oferă ceva unic în plus pentru uter față de fumat sau de consumul oral.

Să sperăm că în curând vom începe să vedem cercetări publicate în acest domeniu, pentru a putea oferi sfaturi mai practice.

Există riscuri?

Canabisul nu a fost niciodată testat vaginal.

Dozele mari administrate regulat gerbililor și șoarecilor au avut un impact negativ asupra glicogenului de depozitare din uter – nu știm dacă ar putea acționa la fel asupra vaginului (consultă capitolul 2 pentru mai multe informații despre glicogen și importanța lui în hrănirea bacteriilor bune). În același studiu, s-a arătat cum administrarea regulată de cannabis a redus și nivelul de estrogen.

Nu au fost testate pH-ul și osmolalitatea lubrifițiilor, deci impactul lor din punctul de vedere al siguranței nu este cunoscut. Un pH mare sau o osmolalitate mare poate distruge țesuturile provocând iritație sau risc crescut de transmitere HIV în caz de expunere.

Un studiu care a evaluat factorii de risc pentru candidoză ne spune că femeile care au folosit cannabis (fumat sau mâncat) în ultimele patru luni au avut cu

30% mai multe șanse de a avea candida în ecosistemul vaginal în comparație cu cele care nu consumau. A fost un studiu bun, în cadrul căruia se recoltau femeilor probe pentru candidoză în mod regulat, timp de un an. Studiile despre sănătatea orală ne spun că utilizarea canabisului este asociată cu intensificarea candidozei bucale, iar folosirea cronică a canabisului pare să afecteze în mod negativ răspunsul sistemului imunitar la candidoză.

Alte îngrijorări sunt legate de canabis ca disruptor endocrin, adică o substanță care nu este estrogen, dar acționează ca acesta, exact ca BPA din plastic. Deoarece aplicarea vaginală nu este testată, nu știm dacă există un impact pe termen lung provocat de utilizarea cronică a unui disruptor endocrin în vagin, care este plin de receptori de estrogen.

Din punctul de vedere al afectării fertilității și al sarcinii, știm că semnalizarea pentru endocanabinoizi este foarte importantă în fertilizare și în stadiul de început al sarcinii și nu este cunoscut impactul unui produs vaginal asupra încercărilor de a rămâne însărcinată sau asupra sarcinilor aflate la debut.

De reținut:

- Impactul canabisului asupra vaginului este slab testat, datele pe care le avem sugerând o legătură puternică între acesta și candidoză și un impact negativ asupra hormonilor.
 - Produsele vaginale pe bază de canabis nu sunt testate din punct de vedere medical – administrarea acestora ar fi, în mare parte, „responsabilitatea cumpărătorului“.
 - Dacă vrei să explorezi un lubrifiant sexual și să eviți absorbția semnificativă (deci să nu te droghezi), cel mai bun sfat pe care îl pot oferi este o doză de 5 miligrame sau mai mică de THC.
 - Pentru că pH-ul și osmolalitatea lubrifianților pe bază de canabis și impactul acestora asupra lactobacililor nu sunt cunoscute, evită să le folosești atunci când există un risc crescut de transmitere a HIV.
 - Se crede că CBD este mai important pentru durere decât THC, deci produsele cu mai mult THC decât CBD nu par a fi menite controlului durerii.
-

CAPITOLUL 21

Contracepția

Metodele de contracepție pot afecta ecosistemul vaginal, deși grija în privința stării vaginului probabil că nu este principalul motiv pentru care alegi o metodă anticoncepțională. Nu contează cât de grozavă poate fi o pastilă anticoncepțională care conține estrogen pentru lactobacilii tăi dacă nu ești tipul de persoană care să țină minte să își ia pastila în fiecare zi. Metoda de contracepție aleasă trebuie să ți se potrivească. Dacă totuși ai anumite simptome, atunci acest capitol te poate ajuta să afli dacă metoda de contracepție este cauza și ce poți face în această situație. Dacă ai avut mai multe simptome vaginale și te gândești să începi să te protejezi sau să îți schimbi metoda de contracepție, aceste informații te pot ajuta să iei o decizie bazată pe informații.

Prezervativele

Vom începe cu acestea pentru că, indiferent dacă partenerul tău este bărbat sau femeie, prezervativele sunt cele mai potrivite protecții pentru vaginul tău. Numeroase studii arată că activitatea sexuală poate fi dăunătoare bacteriilor bune. De exemplu, femeile care nu au avut niciodată parteneri masculini nu fac vaginoză bacteriană. Femeile care au parteneri tot femei și fac schimb de secreții vaginale se pot coloniza reciproc cu tipuri de lactobacili mai puțin puternici. Prezervativele pot reduce riscul infecțiilor transmise sexual (ITS) care dăunează ecosistemului vaginal și/sau provoacă precancer sau cancer.

Prezervativele sunt clar câștigătoarele între metodele contraceptive la categoria protejarea vaginului.

Multe studii arată că femeile care se cupleză cu bărbați care folosesc prezervativele în mod regulat au bacterii vaginale mai sănătoase. Este un aspect important în mod deosebit pentru femeile cu parteneri multipli, deoarece efectele negative asupra bacteriilor bune cresc odată cu numărul partenerilor. Dacă ai un singur partener masculin și acesta are multiple partenere feminine, riscul asupra ecosistemului este ridicat. Prima linie de apărare împotriva ITS

este reprezentată de bacteriile vaginale sănătoase; femeile care au nivel scăzut de bacterii bune sau care nu au deloc sunt de patru ori mai vulnerabile la gonoree sau HIV în caz de expunere.

Nu folosi prezervative cu spermicide (nonoxinol-9 sau N-9). Știu că acesta poate părea un sfat contradictoriu, pentru că o protecție în plus ar putea fi mai sigură. Dar spermicidele reduc durata de viață a prezervativelor (fără spermicide, majoritatea prezervativelor expiră în cinci ani, iar cu spermicide, pentru că degradează latexul, în aproape doi ani), cresc costurile, cresc riscurile de infecție a tractului urinar la femei, iar spermicidele distrug bacteriile vaginale bune. Spermicidele, fie că au N-9 sau nu, nu sunt eficiente în prevenirea infecțiilor cu orice tip de ITS.

Dacă pentru tine prezervativele sunt iritante, asigură-te că nu conțin spermicide și lubrifianți și folosește propriul lubrifiant. Dacă asta nu funcționează, încearcă un brand diferit sau treci de la latex la poliuretan. Dacă nici asta nu funcționează, mergi la medic.

Relația dintre contraceptivele care conțin estrogen și vaginul tău

Contraceptivele orale care conțin estrogen au un efect benefic asupra lactobacililor. Este posibil ca acest lucru să se datoreze faptului că estrogenul determină depunerea glicogenului în epiteliul vaginului – pe scurt, oferă fertilizator bacteriilor. Studiile arată că nu există efecte negative asupra pH-ului vaginal, deși poate avea loc o creștere a cantității normale de secreții. Aproximativ 10% dintre utilizatoarele inelului vaginal contraceptiv vor raporta o creștere semnificativă a cantității de secreții.

Mai multe studii au arătat că medicamentele contraceptive care conțin estrogen protejează împotriva vaginozei bacteriene, probabil datorită creșterii numărului de bacterii bune. Există date care asociază administrarea contraceptivelor care conțin estrogen cu un risc crescut de candidoză. Nu se știe dacă se întâmplă asta pentru că estrogenul îi permite candidiei să se dezvolte mai repede decât lactobacilii sănătoși, pentru că poate afecta sistemul imunitar vaginal sau din cauza altui mecanism necunoscut. Asta nu înseamnă că pilulele contraceptive îți vor provoca cu siguranță candidoză, dar este un aspect de luat în seamă dacă te lupți cu infecții recurente cu candida.

Bacterii și biofilme

Biofilmele sunt straturi protectoare pe care le pot produce bacteriile și ciupercile pentru a le ajuta să fenteze sistemul imunitar și să nu fie afectate de către antibiotice sau antifungice (medicamente împotriva candidozei). Le poți asemăna cu o pelerină invizibilă. După ce tratamentul este încheiat, microorganismele pot reapărea, provocând din nou o infecție.

Unele obiecte străine facilitează formarea biofilmului, iar unele organisme au o predilecție mai mare pentru formarea biofilmelor, precum *Candida krusei*. Biofilmele au fost identificate în cazul cuprului și levonorgestrelului (sterilete hormonale), precum și în cazul inelului hormonal contraceptiv. În cazul steriletului, cu cât acesta stă mai mult în interior, cu atât mai mult ar putea dezvolta biofilm. Din păcate, nu există teste comerciale disponibile pentru biofilmele vaginale.

Ce înseamnă asta? Dacă nu ai simptome, atunci nu ai nimic. Dar dacă ai probleme cu infecțiile recurente, cu vaginoza bacteriană sau candidoza, ar trebui să elimini inelul contraceptiv (sau inelul cu estrogen, dacă ești la menopauză) înainte de a începe terapia și să introduci unul nou după încheierea acesteia. Evident că și contracepția de rezervă ar trebui luată în considerare, precum și cheltuielile pentru aceasta. În SUA, un NuvaRing achiziționat fără asigurare costă ușor peste 100 de dolari.

Dacă porți sterilet și ai o infecție recurentă, candidoză sau vaginoză bacteriană, ar trebui să întrebi medicul despre posibilitatea întreruperii biofilmului (mai multe despre asta găsești în capitolele despre candidoza și vaginoza bacteriană). Bineînțeles că trebuie să iei în considerare îndepărtarea steriletului. Într-un studiu pe femeile cu biofilm, în cazul afecțiunilor candidoză și vaginoză bacteriană, acestea aveau mai multe șanse de vindecare dacă li se elimina steriletul. Mai întâi, ar trebui să fie stabilit un diagnostic ferm, pentru că 70% dintre femeile care cred că au infecții vaginale sunt diagnosticate greșit, iar consultul cu un medic care înțelege biofilmele ar putea fi util.

Steriletul hormonal are și alte efecte asupra bacteriilor vaginale?

Deși studiile inițiale sugerează că nu există niciun impact, acestea acoperă doar date pe termen scurt – de 12 săptămâni. Metoda de acțiune a steriletului hormonal (progestin) schimbă mucoasa cervicală, iar mucoasa face parte din ecosistemul vaginal, deci este greu de crezut că nu există niciun efect, când

mecanismul de acțiune în sine implică o schimbare într-una dintre componentele secrețiilor vaginale!

Unele date sugerează că poate exista un risc crescut de colonizare cu bacteriile asociate cu vaginoză bacteriană în cazul utilizării steriletului hormonal, dar asocierea nu este definitivă. În general, riscul de vaginoză bacteriană pentru femeile care au sterilet, în special în cazul steriletului hormonal, ar putea fi puțin crescut, dar nu se știe dacă această creștere este provocată de bacterii sau de scurgerile permanente (acestea pot schimba pH-ul și pot afecta nivelul de lactobacili).

Aproape 7% dintre femeile care folosesc sterilete pot avea o bacterie numită *Actinomyces* identificată pe frotiu Papanicolau, posibil asociată cu biofilmele de pe ață. Deși acest organism este implicat în infecțiile pelviene, în această situație, când este identificat din întâmplare pe frotiu Papanicolau și nu există simptome, este considerată o descoperire accidentală și poate fi ignorată, adică nu este nevoie de antibiotice și steriletul nu trebuie scos.

Contracepția hormonală și transmiterea HIV în cazul contactului sexual vagin–penis

Cum ar putea contracepția hormonală să influențeze transmiterea HIV? Teoriile includ afectarea lactobacililor și a mucoasei, efectele asupra epiteliului vaginal sau sistemului imunitar și impactul asupra lubrifierii, ceea ce crește microtrauma în cazul penetrării vaginale. Unele informații mai vechi sugerau o posibilă legătură, așa că au fost depuse eforturi mari pentru a se afla dacă într-adevăr există sau nu o conexiune. Femeile care folosesc metode contraceptive hormonale pot face mai mult sex sau sex diferit, deci o legătură ar putea implica doar o corelare (de exemplu, astăzi este senin și citesc ziarul – sunt două evenimente care s-au întâmplat în aceeași zi, dar fără cauză și efect) versus legătura de cauzalitate (este senin, deci port ochelari de soare – cauză și efect directe).

OMS a analizat profund riscurile transmiterii de HIV și diferite metode hormonale de contracepție, iar concluziile sunt următoarele:

- Contraceptivele care conțin estrogen: nicio legătură.
- Contraceptivele care conțin doar progestin (fără estrogen): nicio legătură (deși rezultatele sunt mai puține).

- Steriletul cu lenonorgestrel: nicio legătură.
- Implantul cu lenonorgestrel: nicio legătură.
- Progestin injectabil (precum Depo Provera): în ciuda multor studii, există încă variabile necunoscute și nu este sigur dacă există vreo legătură sau nu. OMS încă declară că beneficiile ar depăși riscurile, dar această informație este posibil să fie luată în considerare de către femeile care prezintă risc ridicat de HIV.

Contracepția doar pe bază de progestin și iritarea vaginală, secrețiile și durerea din timpul actului sexual

Empiric, unele femei, care au folosit doar metode de contracepție pe bază de progestin, raportează iritare vaginală sau uscăciune în timpul actului sexual. În momentul examinării, unele au simptome asemănătoare cu schimbările observate la menopauză sau nivel mic de estrogen, de exemplu, inflamare microscopică, dar nu foarte severă. Progesteronul poate bloca efectul estrogenului asupra unor țesuturi, iar celulele din vagin sunt sensibile la hormoni, deci ipoteza ar fi plauzibilă. Un studiu a analizat dacă metodele de contracepție pe bază de progestin pot subția endometrul și nu s-a găsit niciun efect, deși nu a evaluat decât 23 de femei (îmi imaginez că nu este ușor să recrutezi femei pentru studiul care implică biopsia vaginală). Un alt studiu a descoperit o schimbare în glicogenul (zahărul înmagazinat care hrănește bacteriile bune) din vagin, deci acesta ar putea fi un mecanism corect.

De reținut:

- Prezervativele oferă protecție ridicată pentru bacteriile vaginale.
- Contraceptivele care conțin estrogen și inelul contraceptiv pot crește cantitatea de secreții vaginale.
- Contraceptivele care conțin estrogen dezvoltă bacteriile sănătoase din vagin, dar pot fi asociate cu un risc mic de candidoză.
- Majoritatea femeilor nu au probleme vaginale provocate de sterilet, dar în cazul candidozei și vaginozei bacteriene recurente ar trebui luată în considerare posibilitatea dezvoltării de biofilm.
- Metodele contraceptive hormonale nu par să fie asociate cu un risc crescut de transmitere de HIV, cu excepția medroxiprogesteronului

acetat injectabil (Depo Provera) – nu se știe clar dacă există vreo legătură sau nu.

CAPITOLUL 22

Antibioticele și probioticele

Există o mulțime de mituri despre impactul antibioticelor și al probioticelor asupra ecosistemului vaginal. Am auzit declarații ale autoproclamaților guru ai „bunăstării“ care spun că „antibioticele sunt napalm“, iar unele alimente sau plante, cum ar fi usturoiul sau echinacea, pot înlocui antibioticele.

Aceste presupuneri sunt false și periculoase.

Dacă ai nevoie de antibiotice, atunci chiar ai nevoie de ele. Dacă nu, nu. Dar multe persoane își fac griji în legătură cu efectul antibioticelor, adesea și din cauza acestor mesaje distructive care pot determina oamenii să își întrerupă prematur tratamentul cu antibiotice, crezând că mai puține doze vor reduce efectul negativ asupra ecosistemului vaginal. Dacă nu iei întregul tratament de antibiotice – 43% dintre oameni fac asta, din numeroase motive –, riști nu numai să te îmbolnăvești mai mult la revenirea infecției tratate parțial, ci, paradoxal, contribui și la dezvoltarea de organisme rezistente care v-ar putea face rău și ție, și celorlalți.

Este adevărat că milioane de prescrieri de antibiotice din SUA (47 de milioane sau aproape 30%) nu sunt necesare. Expunerea inutilă la antibiotice nu numai că va contribui la infecțiile cu candida, dar și la dezvoltarea problemei serioase de rezistență la antibiotice, precum și la diareea provocată de antibiotice. Deci există motive de îngrijorare cu privire la impactul prescrierii antibioticelor.

Din punct de vedere medical, cea mai indicată abordare ar fi să te asiguri că într-adevăr ai nevoie de acele antibiotice. De exemplu, o treime din populație crede în mod eronat că antibioticele pot ajuta în cazul răcelilor, dar acestea sunt provocate de virusuri, deci antibioticele nu sunt necesare. Te doare în gât? Doar 5–10% dintre cazuri sunt provocate de bacterii și au nevoie de antibiotice. Tușești cu expectorații galben închis sau verzi? Este un mit faptul că expectorațiile colorate înseamnă că suferi de infecții bacteriene, iar antibioticele nu sunt recomandate în cazul bronșitei acute. Dacă tu consideri că ai o infecție a vezicii, ei bine, stai așa, pentru că există un capitol întreg

(capitolul 36) care te poate ajuta să decizi dacă ar trebui să iei antibiotice după un consult telefonic sau să te testezi și să aștepti.

Dacă iau antibiotice, pot face o infecție cu candida?

Două studii distincte au arătat că 23% dintre femei dezvoltă o infecție simptomatică cu candida după administrarea antibioticelor. Faptul că două studii – efectuate în moduri diferite, de cercetători diferiți și din țări diferite – indică acest lucru înseamnă că rezultatele sunt de încredere. Într-unul dintre aceste studii, femeile cu istoric de infecție cu candida provocată de antibiotice prezentau un risc mai mare de dezvoltare a acestei afecțiuni după tratamentul cu antibiotice. Șansa de a fi colonizată cu candida (adică această candida există, dar nu provoacă simptome) crește odată cu tratamentul cu antibiotice.

Opinia universală este că antibioticele provoacă infecții cu candida prin distrugerea lactobacililor (bacteriile bune) din vagin odată cu bacteriile patogene (cele dăunătoare). Reducerea temporară a lactobacililor îi permite candidelor, care adesea este prezentă în mod normal, să se dezvolte mai mult decât ar trebui. Antibioticele care nu omoară lactobacili nu sunt asociate cu infecțiile cu candida și astfel se susține această teorie.

Este dificil să recomanzi o strategie de a lua medicamente împotriva candidozei care să fie valabilă pentru toate femeile care iau antibiotice – asta ar expune la medicamente 77% dintre femeile care nu au nevoie de ele, iar utilizarea neadecvată a medicamentelor pentru candidoză crește frecvența problemelor de imunitate. Dacă ai în mod regulat infecții cu candida după tratamentul cu antibiotice, poate fi rezonabil să le tratezi în același timp, adică să începi tratamentul pentru candidoză în același timp cu antibioticele sau chiar cu două-trei zile înainte, deși această strategie nu a fost testată. Cel mai bine ar fi să te asiguri că cel puțin una dintre infecțiile anterioare cu candida provocate de antibiotice a fost confirmată de o probă de cultură (consultă capitolul 31 pentru mai multe informații pentru că este vorba despre ceva important).

Există antibiotice a căror administrare implică mai puține șanse de a provoca infecții cu candida?

Din punct de vedere medical, întotdeauna este bine să iei antibioticele cele mai adecvate, adică cele care pot trata cel mai bine infecția și care au cel mai mic potențial de a provoca daune colaterale, cu cele mai mici șanse de a contribui la

problema din ce în ce mai mare de rezistență la antibiotice și cel mai mic risc de a provoca diaree.

Antibioticele pot fi cu spectru larg, adică omoară multe tipuri de bacterii, sau cu spectru redus, cu efect asupra unui tip specific de bacterii. Categorie că există cazuri când sunt indicate antibiotice cu spectru larg – de exemplu, pentru infecțiile serioase cu cauze necunoscute. Însă în multe situații instrucțiunile cer antibiotice cu spectru redus, deci, atunci când este posibil medical, acestea sunt cele preferate. Când îți este prescris un antibiotic, întreabă dacă este antibioticul cu cel mai redus spectru pe care îl poți lua pentru infecția ta. Majoritatea medicilor pe care îi cunosc ar fi încântați de o asemenea întrebare! Gestionarea antibioticelor, alegerea antibioticelor potrivite pentru anumite infecții, aduce beneficii întregii societăți și, prin urmare, noi, medicii, trebuie să promovăm această cauză.

Acceptând că nu există studii valide care să sugereze care antibiotice sunt mai dăunătoare pentru ecosistemul vaginal, am câteva indicații care ar putea avea o influență minoră asupra vaginului, presupunând că aceste antibiotice fac parte din categoria de acceptabile-pentru-infecția-ta:

- NITROFURANTOINA: acest antibiotic poate fi folosit doar pentru infecțiile vezicii. Nu penetrează țesuturile, iar într-un studiu recent dedicat infecțiilor vezicii, doar 1% dintre femei au raportat simptome vaginale (probabil un efect nocebo sau placebo negativ). Este și primul medicament din gamă recomandat în cazul infecțiilor ușoare ale vezicii.
- FOSFOMICINA: recomandată tot pentru infecțiile vezicii. Riscul pentru secreții vaginale și iritație pentru infecțiile vezicii a fost raportat la mai puțin de 1%, dovedit într-un studiu recent. Nu au fost efectuate culturi de candida, deci simptomele nu sunt cunoscute.
- TRIMETOPRIMUL/SULFAMETOXAZOLUL, METRONIDAZOLUL ȘI NORFLOXACINA: lactobaciliile sunt rezistenți în mod natural la aceste antibiotice. Un studiu a analizat în mod special norfloxacină și nu a descoperit un risc crescut de colonizare a candididei. Metronidazolul este utilizat pentru vaginoza bacteriană și tricomoniază, deci nu este indicată prescrierea în același timp și a medicamentelor pentru

candidoză. Trimetoprim/sulfametoxazol poate fi utilizat în cazul infecțiilor tractului urinar și al infecțiilor pielii (printre altele).

Evident că pot exista și alte motive pentru care aceste antibiotice nu sunt potrivite pentru tine, iar faptul că prezintă cea mai mică probabilitate să distrugă lactobaciliile este un factor care trebuie luat în considerare.

Cum rămâne cu antibioticele vaginale?

Cele două antibiotice cel mai des administrate în vagin sunt metronidazolul și clindamicina. Metronidazolul este un gel și clindamicina o cremă. Crema și supozitoarele cu clindamicină conțin ulei mineral, deci nu sunt compatibile cu prezervativele din latex – dacă te bazezi pe prezervative pentru protecția împotriva bolilor sau a contracepției, nu ar trebui să faci sex în timp ce folosești clindamicina și până la 72 de ore după administrare. Nimeni nu a studiat cât durează ca un produs să se elimine complet din vagin, deci 72 de ore ar fi un termen de siguranță. În cazul majorității produselor, la microscop încă se pot observa globule minuscule după 48 de ore de la ultima utilizare, care par să dispară după 72 de ore.

Spre deosebire de majoritatea antibioticelor orale, avem date calitative, relativ noi, despre riscul infecțiilor cu candida, iar când medicamentele unor anumite branduri au fost trimise la FDA pentru aprobare, s-a observat că în prospect includeau și riscul infecțiilor cu candida. Șansele de a dezvolta infecții cu candida de la aceste produse sunt:

- METRONIDAZOLUL VAGINAL: 1% (mai scăzut decât riscul raportat de gelul placebo!)
- CLINDAMICINA VAGINALĂ CREMĂ, PENTRU 7 ZILE: 10%
- CLINDAMICINA VAGINALĂ CREMĂ, PENTRU 3 ZILE: 8%
- CLINDAMICINA VAGINALĂ OVULE, PENTRU 3 ZILE: 3% (nu se știe de ce există o diferență între cremă și ovule)

Cum rămâne cu probioticele?

Conform Food and Agriculture Organization of the United Nations și OMS, probioticele sunt microorganisme vii care, atunci când sunt administrate în cantități adecvate, oferă beneficii sănătoase gazdei. La nivel mondial, probioticele reprezintă o afacere destul de mare și interesul pentru ele continuă

să crească. În 2012, 1,6% dintre americani foloseau probiotice, de patru ori mai mult decât în 2007.

Doar în SUA se cheltuie milioane și milioane de dolari pe probiotice. În ciuda acestor bani, există foarte puține studii calitative. Este foarte descurajant să vezi că atâția oameni cheltuie așa mulți bani și că nu le putem oferi decât foarte puține informații concrete și utile. Dacă aceste persoane ar oferi banii cheltuiți pe probiotice pentru finanțarea unui studiu, mă întreb cât ne-ar lua să ne dăm seama cum ne pot ajuta probioticele și în cazul căror afecțiuni?

Probioticele administrate celor sănătoși

Dacă te simți bine și nu ai simptome, este puțin probabil ca probioticele să sporească sau să îmbunătățească bacteriile din intestin. Există informații care sugerează că luarea probioticelor odată cu antibioticele poate diminua riscul de a face diaree din cauza antibioticelor, ceea ce e un lucru bun. Totuși, un studiu recent de mici dimensiuni a arătat că administrarea probioticelor după antibiotice a întârziat repopularea cu bacteriile bune din tractul gastrointestinal. Așadar, e corect să spunem că sunt multe lucruri despre probiotice și bacteriile intestinale pe care nu le cunoaștem pe deplin.

Probiotice administrate pentru afecțiunile vulvo-vaginale

Cele trei afecțiuni ginecologice pentru care sunt administrate probiotice sunt vaginozele bacteriene recurente, infecțiile recurente cu candida și infecțiile recurente ale vezicii. Deficiențele sau nivelul scăzut de lactobacili sunt asociate cu vaginoza bacteriană și pot avea un rol în infecțiile cu candida și în infecțiile tractului urinar, deci ipoteza este plauzibilă. Dacă intestinalele ar putea fi populate cu bacterii sănătoase, ar fi posibil ca o parte dintre acestea să ajungă în vagin?

Au existat câteva studii în acest sens, dar la analiza detaliată s-a demonstrat că nu există dovezi ale beneficiilor pentru aceste trei afecțiuni. Informațiile sunt de calitate inferioară și niciun studiu nu a analizat dacă probioticele creșteau sau nu nivelul de lactobacili vaginali.

Alte motive pentru care aceste date despre probiotice sunt descurajante includ studierea tulpinilor greșite (tulpinile care credem că sunt cele mai importante pentru sănătatea vaginală sunt dificil de crescut în afara vaginului) sau poate că femeile au nevoie de tulpini individualizate pentru flora lor ori pentru o

afecțiune medicală specifică. Este posibil și ca brandurile testate să fi fost etichetate greșit, deci nu se știe care au fost testate cu adevărat.

Bazat pe cunoașterea mea empirică, nu am observat niciun beneficiu. Recunosc că nu este un studiu, iar dacă în urmă cu 15 ani recomandam probioticele cu entuziasm, de-a lungul vremii acestea nu au părut să ajute prea mult. Multe femei sunt frustrate că au luat aceste produse scumpe, câteodată foarte mulți ani, și că simptomele au continuat.

Probioticele prezintă riscuri?

Cea mai mare problemă ar fi că este posibil să nu te ajute și să cheltui banii degeaba, plus că mai este și frustrarea de a te dedica unui regim. Fie că este vorba despre detergentul pentru haine, de lenjeria de bumbac sau de renunțarea la spumantul de baie, frustrările recomandărilor de „ei bine, nu are ce rău să facă“ oferită femeilor în legătură cu propriul corp se tot adună. Femeile simt că fac atât de multe pentru sănătatea lor și că nimic din toate acestea nu este demonstrat că ar ajuta. Există un număr limitat de hopuri peste care cineva poate trece fără să își piardă mințile.

Numesc acest fenomen povara de „ei bine, nu are ce rău să facă“. Femeile se frustră din cauza terapiilor și a recomandărilor bazate doar pe ceva mai mult decât o ipoteză, iar atunci când nu se simt mai bine imediat, au impresia că nu se vor însănătoși niciodată (au încercat toate aceste intervenții cu toată bunăvoința, deci atunci când nu funcționează, simt că nu pot fi tratate și că pur și simplu terapiile sunt ineficiente și nu funcționează). Asta le poate determina pe unele femei să încerce alternative ineficiente și potențial dăunătoare sau să renunțe pentru totdeauna la tratamente.

Cel mai îngrijorător risc în cazul administrării probioticelor este că bacteria poate ajunge din greșeală în fluxul sangvin, provocând o infecție serioasă. Există rapoarte despre astfel de accidente în cazul în care sistemul imunitar a fost compromis sau al inflamațiilor severe ale intestinelor sau fluxului sangvin redus din intestine (ultimele două situații pot facilita ca bacteriile din probiotice să treacă din tranzitul intestinal în fluxul sangvin). Dacă ai probleme serioase cu sistemul imunitar sau dacă iei medicamente care suprimă sistemul imunitar, ar trebui să te consulți cu medicul înainte de a începe tratamentul cu probiotice. La fel, în cazul în care suferi de inflamarea intestinelor sau de o afecțiune semnificativă cardiacă. Trebuie să verifici dinainte.

Unele probiotice concepute pentru tranzitul intestinal conțin ciuperca *Saccharomyces cerevisiae*. Dacă ai probleme cu infecția cronică cu candida, care în cazuri rare este provocată de *S. cerevisiae*, atunci probabil că cel mai bine ar fi să nu folosești probiotice care conțin aceeași ciupercă. Nu se știe dacă probioticele cu *S. cerevisiae* pot provoca infecții vaginale cu candida, dar cred că atunci când încerci să previi candidoza, probabil că ar fi o alegere rațională să nu iei probiotice cu ciuperci.

Până la urmă, nu știi exact ce iei. Un studiu recent a arătat că 33% dintre probiotice conțin mai puține colonii decât cele indicate pe etichetă și că 42% nu erau etichetate corect, unele aveau speciile greșite, altora le lipseau specii sau conțineau specii care nu erau trecute pe etichetă.

Din nefericire, etichetarea greșită și ingredientele necunoscute sunt ceva comun în industria suplimentelor. Procurorul General al statului New York a condus în 2015 o investigație care a descoperit că doar 21% dintre suplimentele alimentare testate (nu probiotice, dar unele reglementate asemănător) aveau menționate ingredientele de pe etichetă. Adesea, contaminanții nedeclarați erau singurele ingrediente. Un alt studiu din 2013 a descoperit că și în cazul suplimentelor pe bază de plante medicinale contaminarea și substituția erau comune. În SUA, în ceea ce privește ingredientele, puritatea și dozele suplimentelor – inclusiv ale probioticelor – aparțin unui sistem de bun simț, în mare parte responsabilitatea fiind a consumatorului.

Vreau să încerc probiotice. Ce îmi recomanzi?

Nu se pot face recomandări certe pentru probiotice, bazate pe date sigure, dar dacă nu ai contraindicații în ceea ce privește alegerea produselor care susțin că conțin *Lactobacillus rhamnosus*, *Lactobacillus reuteri* și *Lactobacillus gasseri*, eu pe acestea le-aș recomanda, pe baza dovezilor existente (așa cum sunt ele), deoarece aceste tulpini sunt considerate cele mai importante din ecosistemul vaginal. Dacă după două-trei luni nu ai observat niciun efect, atunci ar fi o risipă de bani să continui tratamentul.

Nu recomand probiotice vaginale, deoarece un bine-cunoscut cercetător mi-a spus că a trebuit să oprească un studiu cu probiotice pentru că substanțele din capsule, menite să mențină probioticele vii, hrăneau și bacteriile rele, iar femeile care le foloseau au dezvoltat mai multe infecții decât erau preconizate.

Pe scurt, buruienile creșteau mai repede decât florile cu ajutorul unui îngrășământ. Această anecdotă ne demonstrează cât de multe informații ne lipsesc, pentru că studiile care au rezultate negative nu prea se publică. Toată lumea vrea să găsească o vindecare, nu să arate că ceva este ineficient, chiar dacă ambele situații sunt surse foarte importante de informație.

Înainte de a cumpăra probiotice, pentru că sunt scumpe, recomand ca fiecare femeie să își analizeze dieta și să se asigure că este una sănătoasă. Câteva instrucțiuni de bază includ una-două porții de pește pe săptămână, fără acizi grași trans, fără fast-food și cu 25 de grame de fibre pe zi. Cu siguranță că vei avea mai multe beneficii din partea unei diete sănătoase și echilibrate decât din partea probioticelor. Dacă ai de cheltuit în plus 40 de dolari sau mai mult pe lună pentru probiotice și dieta ta ar trebui ajutată, atunci probabil că este o idee mai bună să cheltui acești bani pe schimbarea dietei alimentare.

Este necesar să folosesc acid boric în fiecare săptămână pentru a ajuta pH-ul vaginului?

Nu!

Acidul boric nu funcționează crescând aciditatea vaginului. Funcționează pentru că este toxic pentru celule. Pare să fie mai toxic pentru celulele cu candida și biofilm (coloniile de bacterii) decât pentru țesutul vaginal, deși este dăunător și pentru acesta. După două-trei săptămâni de uz, înroșirea și inflamația vaginului sunt vizibile.

Antibioticele și antifungicele nu afectează în mod normal deloc celulele umane – țintele lor sunt enzimele și structurile găsite doar în bacterii sau în celulele candidiei. Acidul boric omoară cam tot ce îi iese în cale.

Nu avem informații despre cum acidul boric influențează ecosistemul vaginal, dar analiza la microscop după două-trei săptămâni de administrare a acidului boric arată că au rămas foarte puțini lactobacili. PH-ul vaginal nu este afectat de către acid pentru mai mult de una-două ore, iar pentru menținerea unui pH mai mic de 4,5 este nevoie de bacterii care produc acid lactic.

Momentan există două situații în care se recomandă acidul boric:

- Pentru combaterea candidozei rezistente la medicamentele prescrise în mod obișnuit și la cele disponibile în raftul farmaciei.

- Ca parte din regimul pentru vaginoză bacteriană, pentru a întrerupe un biofilm suspectat.
- Acidul boric trebuie folosit doar când nu există alternative din punct de vedere medical.

De reținut:

- Fii conștientă de efectul antibioticelor și întreabă medicul despre antibioticele cu spectrul cel mai redus pentru afecțiunea ta.
 - Aproximativ 23% dintre femei dezvoltă o infecție cu candida după administrarea antibioticelor.
 - Unele antibiotice au riscuri foarte scăzute sau chiar absente de declanșare a infecțiilor cu candidoză, deci nu uita de nitrofurantoină, de fosfomicină, de metronidazol și de trimetoprim/sulfametoxazol.
 - Studiile despre probioticele pentru sănătatea vaginală sau despre prevenirea infecțiilor vezicii sunt de calitate foarte proastă și nu avem dovezi care să spună dacă sunt utile sau nu.
 - Acidul boric nu funcționează crescând aciditatea vaginului, ci este citotoxic (omoaie celulele).
-

CAPITOLUL 23

Proceduri cosmetice, injecții și „reîntinerirea vaginului“

Există o piață în plină dezvoltare pentru procedurile cosmetice și „ajustările“ vulvei. Multe dintre aceste produse și proceduri sunt slab testate sau chiar deloc. Unele sunt expuse prin metode agresive de marketing, promisiuni uimitoare care încearcă să obțină venituri din rușinea genitală și din frica de îmbătrânire insuflată femeilor de către patriarhat. Sunt femei care îmi spun că în timp ce sunt în cabinetul medicului, îmbrăcate pe jumătate sau dezbrăcate complet, observă postere care promovează operațiile de cosmetică vulvară și „reîntinerire“ vaginală, și care, în starea de vulnerabilitate pe care o resimt, le fac să își pună întrebarea: „O fi ceva în neregulă cu mine?“ Unele femei care se operează de incontinență îmi spun că procedurile „cosmetice“ le sunt promovate într-un mod agresiv.

Când vine vorba despre proceduri, termeni precum „reîntinerire“ și „reînnoire“ nu au nicio semnificație din punct de vedere medical. Aș fugi de toate procedurile promovate cu această terminologie. Dacă folosesc o terminologie inventată, fie pentru că nu cunosc conceptele, fie pentru că pur și simplu nu le pasă, nu contează, ci interesant este ce s-a mai inventat.

Cred că acele proceduri cosmetice și operațiile efectuate din motive de sănătate nu ar trebui operate de același chirurg, în același timp. Este altceva să planifici o histerectomie, să îi ceri pacientei să caute un chirurg plastician și să întrebe despre o abdominoplastie (pentru îndepărtarea pielii și a grăsimii în exces de pe abdomen) efectuată în același timp și apoi să comunici cu acest chirurg plastician pentru a stabili detaliile. Chirurgul plastician nu mi-ar fi afectat decizia chirurgicală de recomandarea unei histerectomii. Dar dacă efectueam și abdominoplastii? Acestea aduc mai multe venituri chirurgului decât o histerectomie. Aș putea fi tentată să ofer mai multe histerectomii, și apoi să le sugerez pacientelor să efectueze și abdominoplastii? Devine foarte complicat și este dificil să fim conștienți de deciziile noastre părtinitoare.

Labioplastie

Această operație se face pentru reducerea și/sau refacerea formei și mărimii labiilor mici și este foarte populară. Între 2015 și 2016, a existat o creștere a cererii de 39% pentru aceste proceduri – 97% dintre medicii primari din Australia declară că au oferit asistență femeilor care și-au exprimat îngrijorarea în legătură cu labiile lor.

Deși nu există studii, experiența mea și a câtorva medici ginecologi cu care am discutat această problemă sugerează că operațiile de micșorare a labiilor erau căutate de femeile care aveau o discrepanță mare de mărime, de obicei asociată cu o naștere vaginală sau cu o pierdere semnificativă în greutate, când una dintre labiile mici este mult mai mare în lățime (cu 3-4 centimetri) decât cealaltă. Am auzit povești în care femeile rulează una dintre labiile mici și o ascund în lenjerie precum o ureche a lui Dumbo și în care aceasta este trasă în vagin în timpul sexului. Înțeleg că aceste situații pot fi deranjante și că femeile vor să fie ca în tinerețe – simetrice.

Știm că nu există o dimensiune „normală” pentru labiile mici. Printre femeile fără simptome, labiile mici pot avea între 2 și 10 centimetri lungime și 0,7–5 centimetri lățime. Știm și că labiile mici mai dezvoltate nu provoacă mâncărime și nici iritații, deși dacă le scarpini și tragi excesiv de ele poți duce la lărgirea labiei. Există o cultură africană în care femeile practică alungirea labiilor ca o caracteristică sexuală dorită de ele, fără simptome negative sau dificultăți sexuale asociate.

Deși, ocazional, majoritatea femeilor care vor această operație de reducere au labiile minore încadrate la limita maximă a lățimii, dar declară că au probleme cu purtarea lenjeriei sau cu faptul că labiile se prind în timpul sexului, deși au labii cu mărimi în media normală. Un studiu efectuat pe femeile din Marea Britanie care s-au prezentat pentru labioplastie a descoperit că toate aveau labiile mici largi de 5 centimetri sau mai puțin, în condițiile în care media de lățime este de 2,7 centimetri pentru stânga și 2,5 pentru dreapta.

Știm că 50% dintre femei au labii mici care se întind dincolo de labiile mari și totuși 75% dintre femeile construite așa cred că este ceva anormal. Poate că femeile sunt mai conștiente de protuberanța labiilor din cauza îndepărtării părului pubian sau poate că pornografia are o influență pentru că aceasta pare să favorizeze femeile cu labiile mai mici. Știm că, în urma contactului vizual cu

organele genitale modificate, percepția normalului este alterată printre femeile cu vârsta cuprinsă între 18 și 30 de ani, deci observarea imaginilor cu labii minore mici în mod natural sau în urma operațiilor din pornografie poate altera percepția femeilor despre ce este normal. Cercetările ne spun că aproximativ 1/3 dintre femeile care vor labioplastie își amintesc anumite comentarii negative despre labiile lor versus 3% dintre femeile care nu vor această operație.

Aud uneori că mamele își fac griji în legătură cu mărimea labiilor adolescentelor. Sfatul meu este să nu te apuci să verifici labiile mici ale fiicei tale. Dacă ai zărit ceva și ți se pare că nu este normal, nu face o tragedie din asta. Dacă fiica ta nu este deranjată de simptome, atunci totul va fi complet normal. Dar dacă totuși ai nevoie de o confirmare, mergi la pediatru sau la ginecolog. Este important să nu discutați în mod insistent despre asta, pentru că tinerele își pot proiecta foarte ușor o imagine deformată a corpului lor. Dacă medicii spun că labia ei este normală, atunci crede-i. În SUA, labioplastia pentru femeile cu vârsta sub 18 ani, excepție făcând circumstanțele extreme, este considerată mutilare genitală feminină și reprezintă o infracțiune.

Înainte de a lua în considerare operația de reducere labială, este important să îți amintești că labiile mici sunt organe de răspuns sexual. Conțin țesut erectil, au terminații nervoase specializate, se umplu cu sânge și sunt atașate la vârful prepuțului clitoridian, deci fricțiunea poate intensifica stimularea clitorisului. Labiile mici au și un rol important, protejând vestibulul (orificiul vaginal). Reducerea chirurgicală a labiilor ar trebui asemănată cu reducerea mărimii penisului.

Femeile care aleg labioplastia din motive cosmetice sunt, în general, mulțumite de rezultat, deși există rapoarte care arată că unele femei cred că prepuțul clitoridian arată la fel de mare și după operație și nu sunt mulțumite de rezultat. Nu putem sublinia suficient faptul că implicațiile medicale pe termen lung ale reducerii labiilor nu sunt cunoscute. Impactul reducerii labiilor asupra senzației sau funcției sexuale nu a fost studiat adecvat. Știm că labiile mici se micșorează puțin odată cu vârsta și nu se știe dacă reducerea chirurgicală combinată cu schimbările venite odată cu vârsta poate provoca anumite simptome.

Am citit despre chirurgii plastici care fac labioplastie pentru ca femeile să arate mai „suple în hainele casual pentru sport“. Știu că unele persoane numesc acest look „camel toe“, dar prefer termenul de „decolteu labial“, iar soluția nu este chirurgia, ci hainele de sport care nu se mulează. M-am zgâit și eu la mai multe funduri de bărbați (despicătura gluteală) decât aș putea să-mi amintesc, fie că era un tip care se apleca sau că pantalonii sfidau gravitația și păreau să plutească prin magie chiar deasupra anusului, fără ajutorul unei curele. Dar nu am auzit niciodată că bărbații ar trebui să consulte chirurghi plastici pentru a-și coase despicăturile gluteale. Nu pot nici să îmi imaginez o industrie similară pentru bărbați care să profite de pe urma scurtării chirurgicale a penisurilor, pentru a arăta mai bine în blugi.

Poate că sălile de gimnastică și magazinele care vând colanți pentru yoga ar trebui să afișeze postere cu „Iubește-ți despicătura labială“.

Sexul și specializarea medicului consultat de femei pentru potențialele operații chirurgicale labiale sunt esențiale în determinarea recomandării operației. Este mult mai probabil ca chirurgii plastici să fie de acord cu labioplastia decât ginecologii, iar medicii bărbați să fie mai înclinați să accepte aceste operații decât medicii femei. O parte din literatura de chirurgie plastică sugerează că labioplastia poate fi oferită atunci când labiile mici au o lățime de 3 centimetri sau mai mult – ceea ce s-ar putea aplica la aproape 50% dintre femei! Nu cred că ar putea cineva sugera că 50% dintre bărbați sunt eligibili pentru chirurgia de reducere a penisului.

Cel mai bun sfat pe care l-aș putea oferi ar fi să mergi la un ginecolog sau chiar la un specialist în afecțiuni vulvare dacă ai simptome de mâncărime sau de iritație. Labiile nu provoacă aceste simptome. Nu uita că 50% dintre indivizi au un penis care atârnă între picioare – mai mare decât orice labie – și sunt în stare să nu-și prindă penisul în lenjerie, să meargă pe bicicletă și să stea jos confortabil.

Dacă te îngrijorează diferența de mărime, trebuie să înțelegi că labiile fac parte din răspunsul sexual și, dacă și cu această informație încă dorești să continui, alege intervenția minimă care te va apropia de simetrie (cazurile de simetrie perfectă sunt rare – amintește-ți că labiile sunt surori, dar nu gemene). Dacă labiile tale sunt mai largi de 5 centimetri sau dacă ai labii mai mici, dar

inflexibile, te poți opera, însă e bine ca înainte de asta să consulți doi medici diferiți – recomand ca cel puțin unul dintre ei să fie o femeie ginecolog.

Cea mai bună tehnică pentru labioplastie este rezecția cuneiformă, ceea ce implică îndepărtarea unui segment de țesut în formă de triunghi din capătul labiilor și evitarea conexiunilor delicate ale complexului clitorisului. Cealaltă operație implică, esențial, scurtarea marginilor labiilor care, deși pare mai simplă, elimină terminațiile nervoase specializate și poate compromite zona în care partea de sus a labiilor și a frenului se întâlnesc cu prepuțul clitoridian. Apropierea de prepuțul clitoridian poate implica și operații cosmetice mai dificile.

„Injectia G“

Implică injectarea colagenului în peretele vaginal anterior, acolo unde unii medici cred în mod eronat că există „punctul G“. Dacă ai citit capitolele 2 și 4, știi deja că nu există niciun punct G specific. Zona sensibilă din peretele vaginal anterior este extensia complexului clitoral. Ce se simte excitant în acea zonă poate să depindă și de cât de umflată și de excitată ești, așa că nu e ca și cum, în cadrul unui studiu, cele mai multe femei (oare există vreuna?) pot indica o zonă și să spună: „Fix asta e locul norocos.“ Pentru unele femei, această zonă este mai sensibilă, pentru altele nu. Este în regulă, fiecare e construit diferit.

Substanțele de umplere, precum colagenul și acidul hialuronic, ridică țesutul prin umplerea spațiilor din jurul celulelor și al fibrelor de colagen – practic, un punct G este precum suflatul în izolație. Ideea că această procedură ar putea îmbunătăți plăcerea sexuală este absurdă din punct de vedere biologic.

„Injectia O“

Aceasta este o procedură în care plasma bogată în trombocite, adică sângele fără hemoglobine și leucocite, este eliminată din corp și apoi injectată în clitoris. Ideea este că aplicarea acestei proceduri ar presupune creșterea plăcerii sexuale, dar este atât de îngrozitoare, încât nici nu știu de unde să încep.

Singurul studiu care există a fost publicat într-un jurnal atât de malefic și de o calitate atât de proastă, încât este potrivit doar să speli geamurile cu el – afecțiunea medicală care ar fi trebuit tratată în lucrare este descrisă greșit, în

mod repetat. Nu avem nici cea mai mică idee de ce ar putea face această injecție clitorisului sau mucoasei vaginale și nu știm dacă nu ar putea reactiva o infecție HPV în stare latentă. Nu există date care să ne spună ce efecte are asupra țesuturilor vaginale sau vulvare.

Injecția O nu este o minune.

Celulele stem

Celulele stem sunt celule cu abilitatea de a se diferenția sau de a se transforma în alte celule. Celulele stem pot fi recoltate din diferite surse, precum cordonul ombilical, măduva spinării și chiar din grăsime (din țesutul adipos).

În ciuda absenței cercetărilor efectuate pe aplicările vulvare și vaginale, femeilor le sunt oferite injecții cu celule stem în cazul uscăciunii vaginale, al incontinenței, al dificultății în atingerea orgasmului și al afecțiunilor pielii, precum lichenul scleros. În SUA, tehnica oferită femeilor constă în celule stem cultivate din propria lor grăsime, deci este implicată și o liposucție, care atrage și mai multe clientele. De obicei, celulele stem sunt injectate în vulvă.

Cine nu vrea să își reînnoiască vulva și în același timp să piardă din grăsime? Dacă ceva sună prea bine pentru a fi adevărat – cum ar fi o vulvă nou-nouță și tânără și să ai mai puțină grăsime –, de obicei, nu este chiar adevărat.

Un studiu a fost aplicat pe cinci pacienți (dintre care unii erau bărbați cărora li s-au administrat injecții în penis, injecțiile fiind catalogate toate ca „genitale“, de parcă penisul, scrotul și vulva ar fi același lucru), iar rezultatele nu se pot interpreta. Sunt puține studii și acestea de calitate inferioară, iar realitatea prezintă un motiv firesc de îngrijorare.

Cel mai mare motiv de îngrijorare este faptul că celulele stem pot provoca creșteri neuniforme – există date provenite de la persoane cu injecții efectuate în diferite părți ale corpului care au dezvoltat tumori groaznice, precum și alte complicații serioase.

Întinerirea vaginului

Este greu de explicat o procedură nedefinită, dar se pare că sub această umbrelă incertă sunt oferite două tipuri de operație chirurgicală: perineoplastie, tăierea mușchilor de la orificiul vaginal și coaserea mai strâmtă a acestora, și aplicarea

laserului asupra țesuturilor vaginale pentru a le face mai „elastice“, iar, uneori, și mai „strâmte“ (elastic și strâmt nu sunt același lucru!).

Perineoplastia este o procedură validă. Ocazional, când nașterea vaginală a provocat o rupere, iar vindecarea este greoaie și mușchii se vindecă distanțându-se, această procedură este oferită pentru a restabili anatomia. Câteodată este efectuată ca parte a operației de prolaps. Dar perineoplastia nu îți va oferi un act sexual mai bun. Poate trata prolapsul, dar dacă se intervine prea mult, va crea un orificiu vaginal mai mic, care ar putea provoca durere în timpul introducerii penisului. Operația poate declanșa și spasme musculare dureroase.

Dacă simți că vaginul este mai larg după naștere, soluția ar fi exercițiile Kegel și terapia fizică, nu chirurgia.

Procedurile laser sunt mai problematice. Tehnologia susține că provoacă o rană superficială, iar apoi procesul de vindecare crește fluxul sangvin și stimulează creșterea colagenului, ducând, cumva, la depunerea glicogenului, care apoi îmbunătățește colonizarea bacteriană cu lactobacili. Pentru că mucoasa vaginală (celulele pielii) se repopulează o dată la 96 de ore, este dificil de observat cum aceste schimbări ar putea dura mai mult, deși procedura promite șase luni sau mai mult.

Producătorii acestor lasere susțin că vindecă SGM (simptomele nivelului scăzut de estrogen) și incontinența. Marketingul este intens și chiar o celebritate a apărut în public și a declarat că laserul i-ar fi lăsat vaginul nou-nouț, „precum o piersică“.

Este un vagin, nu un fruct.

Aceste lasere nu sunt aprobate FDA pentru incontinență, deci compania nu poate susține asta în mod legal. Au fost aprobate pentru alte utilizări. În plus, în cazul dispozitivului Mona Lisa, mânerul care intră în vagin a fost modificat după aprobare, dar FDA nu a fost notificată.

FDA a primit mai multe raportări de răni vaginale și chiar eu am auzit de câteva de la unii medici ginecologi din țară. Am auzit și că acest dispozitiv nu este intuitiv și că poate fi ușor de folosit cu setările greșite, provocând răni. Nu se știe dacă rănilor au fost cauzate de utilizarea neadecvată, adică să nu fie vina dispozitivului, de selectarea necorespunzătoare a pacienților (afecțiunile vulvare

și vaginale ale pielii se pot agrava de la traume) sau dacă rănilor ar fi fost chiar consecințele utilizării perfecte a dispozitivului.

The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ne recomandă să avem grijă cu aceste dispozitive și declară că foarte puține sunt studiate, nepromovând utilizarea lor în afara protocoalelor de cercetare. Dacă nu ți-ai dat seama până acum, urăsc dispozitivele ostentative care vin cu promisiuni uriașe și cu certitudini incomplet demonstrate științific. Femeile merită mai mult decât niște dispozitive prost testate, mai ales atunci când plătesc mii de dolari pe ședința de tratament.

Dacă un dispozitiv este atât de revoluționar, atunci companiile ar trebui să ia atitudine și să sponsorizeze studii clinice controlate cu efect placebo care le este străin și medicilor, și pacienților, în mai multe centre alese aleatoriu, comparând dispozitivul cu dozele adecvate de estrogen vaginal. Momentan, singurul studiu care a comparat dispozitivul cu estrogen a folosit o doză de estrogen dovedită a fi inefficientă. Dispozitivul era la fel de bun precum doza inefficientă de estrogen.

Un nou studiu, aparent mai de calitate, urmează a fi publicat, deci putem spera că în curând vom obține unele date pentru a observa cât de potrivite sunt aceste terapii pentru nevoile femeilor cu simptom vaginal de menopauză și cu incontinență.

De reținut:

- Chirurgia de reducere labială este cea mai potrivită pentru femeile cu labii mai mari de 5 centimetri lățime sau cu o discrepanță de mărime mai mare decât 3 centimetri între cele două părți, care sunt deranjate de aceste aparențe sau care au simptome în legătură cu prinderea labiilor.
- Toate femeile care trec prin operația de reducere labială ar trebui consiliate și informate că labiile fac parte din răspunsul sexual și că nu se știe cum influențează labioplastia funcția sexuală.
- Chirurgii femei recomandă labioplastia în mai puține cazuri decât chirurgii bărbați.

- Sub nicio formă nu recomand injecția G, injecția O sau injecțiile cu celule stem.
 - Laserele care pretind că tratează SGM și incontinența sunt slab studiate și nu există date certe despre folosirea acestor dispozitive pentru a „strâmta“ vaginul.
-

INFECȚIILE CU TRANSMITERE SEXUALĂ (ITS)

CAPITOLUL 24

Informații generale despre ITS

Aproximativ 80% dintre femeile care au fost active sexual cu un bărbat vor avea cel puțin o infecție transmisă sexual (ITS). În cazul femeilor LGBT, numărul de posibile infecții este mai greu de stabilit, pentru că femeile lesbiene, bisexuale sau trans și bărbații trans cu vagin au fost, în mare parte, ignorați de această cercetare, pe de o parte din cauza marginalizării de către comunitatea medicală, pe de altă parte din cauza ideilor preconcepute și greșite despre riscuri.

Multe ITS au consecințe importante asupra sănătății, de la deranjante (cazul negilor genitali) la altele foarte serioase (infertilitate sau cancer). Celelalte cauze sunt discutate mult mai rar, dar au consecințe foarte importate, cum sunt riscurile ca ITS să crească predispoziția la HIV (virusul imunodeficienței umane) în cazul expunerii, deci reducerea ITS este o armă importantă în lupta globală împotriva infecțiilor cu HIV.

Prezint risc de ITS?

Ești activă sexual sau ai făcut vreodată sex vaginal sau anal penetrant ori sex oral? Dacă da, atunci răspunsul este da. Unele ITS pot fi transmise chiar și prin activități sexuale nonpenetrante, precum atingerea genitală.

Deși este adevărat că este suficient un singur act sexual cu o persoană care are ITS pentru a fi expusă la riscul unei infecții, există anumiți factori care cresc riscul, dintre care:

- **VÂRSTA DE SUB 25 DE ANI:** Anumite ITS sunt mai comune în acest grup de vârstă, iar cervixul poate fi mai vulnerabil la infecții în cazul femeilor mai tinere.
- **PARTENERI MULTIPLI.**
- **O SCHIMBARE RECENTĂ A PARTENERULUI.**
- **NEFOLOSIREA UNEI METODE DE PROTECȚIE.**
- **VAGINOZA BACTERIANĂ (VB):** indică nivel mic de bacterii protectoare. O femeie cu VB este de patru ori mai susceptibilă să facă gonoree sau

HIV, dacă este expusă.

- SEX ANAL RECEPTIV: are loc o microtraumă mai intensă și este mai ușor pentru bacterii sau pentru virus să declanșeze o infecție. Mucoasa canalului anal este mai susceptibilă la infecții.
- RELAȚIA CU UN BĂRBAT BISEXUAL: bărbații care fac sex cu bărbați au rate mai mari de a contracta ITS.
- BĂRBAȚII TRANS CU VAGIN CARE IAU TESTOSTERON ȘI PRACTICĂ SEXUL PENIS-VAGIN: schimbările provocate de testosteron pot facilita transmisia de ITS în cazul expunerii.

Multe studii ne spun că riscul poate varia și în funcție de rasă. Deși asta se datorează aproape întotdeauna factorilor socioeconomiци care afectează accesul la îngrijirea medicală dependentă de finanțe, pe măsură ce învățăm mai mult despre diferite flore bacteriene din vagin, este posibil să găsim și alte motive.

Cunoașterea factorilor de risc te poate ajuta să decizi dacă ar trebui să militezi pentru efectuarea mai multor teste. De exemplu, interesele naționale sugerează că ar trebui să testăm pentru HIV doar femeile sub 64 de ani. La nivel de populație, pare ceva eficient din punctul de vedere al costurilor, având în vedere că femeile de 65 de ani au mai puțini parteneri decât cele de 26.

Cu toate acestea, când această carte va fi publicată, eu voi avea 53 de ani (faptul că scriu asta mă face să cred că voi avea pentru totdeauna 53 de ani, ceea ce, sincer, nu ar fi rău), dar dacă voi fi singură atunci când voi avea 65 de ani, voi căuta un partener (scopul meu este să fiu activă sexual pentru cât mai mult timp posibil) și voi dori să fiu testată pentru HIV.

Cazurile de ITS sunt tot mai multe

Este greu de menționat un motiv anume pentru care se întâmplă asta, dar cel mai probabil cauza este o combinație a câtorva dintre următoarele situații:

- LIPSA FONDURILOR PENTRU DEPARTAMENTELE PUBLICE DE SĂNĂTATE: Departamentele statale de sănătate oferă teste ieftine sau chiar gratuite, te ajută să dai vestea partenerului și oferă tratament pentru infecțiile raportate. Din cauză că personalul specializat este tot mai puțin numeros și a faptului că multe cabinete se închid, din ce în ce mai puține persoane sunt testate și tratate.

- APLICAȚII PENTRU „LIPELI“: Nu toți își folosesc numele real, iar dacă te-ai combinat cu cineva prin intermediul mesageriei unei aplicații de socializare și nu ai un număr de telefon cu care ai putea identifica deținătorul, este dificil să oferi informații departamentului de sănătate. În plus, dacă apoi nu mai vrea să vorbească cu tine, nu te vei simți motivată să faci eforturi pentru a găsi acea persoană. Ar mai putea exista și alte modalități prin care aplicațiile schimbă felul în care oamenii ajung să aibă relații sexuale – schimbul de mesaje îți poate da impresia că tu cunoști deja acea persoană, așa că atunci când vă întâlniți pentru prima dată s-ar putea să ai impresia că ați avut deja vreo zece întâlniri.
- PREZERVATIVELE SUNT FOLOSITE MAI PUȚIN: Motivele sunt complexe și pot diferi de la femeie la femeie. Consumul de alcool și lipsa riscului unei sarcini datorită unei metode sigure de contracepție, precum sterilet sau implant contraceptiv, pot afecta utilizarea prezervativelor.
- PEA MULTĂ ÎNCREDERE ÎN PREZERVATIVE: Prezervativele nu sunt chei de „evadat din închisoare“. Acestea reduc ITS la fel cum centurile de siguranță reduc riscul morții în timpul accidentelor auto. Prezervativele reduc transmiterea, dar nu protejează 100%.
- EPILAREA PĂRULUI PUBIAN: Microtrauma provocată de epilare poate crește transmiterea unor ITS, deși epilarea este asociată cu eliminarea posibilității de a contracta păduchi pubieni.
- ACCESUL FACIL LA PORNOGRAFIE: Prezervativele masculine sunt folosite în aproximativ 3% dintre cazuri în pornografia heterosexuală, iar foliile de protecție pentru sex oral aproape niciodată. Unele date sugerează că persoanele cu mai puțină experiență sexuală pot fi mai puțin înclinate să folosească prezervative după ce se uită la filme porno, în comparație cu cele care nu sunt naive în ceea ce privește prezervativele sau care au primit o educație sexuală de calitate.

Incidență și prevalență

Vei auzi de multe ori acești termeni în discuția despre ITS. Incidența reprezintă numărul de cazuri noi, iar prevalența numărul total de cazuri. Gândește-te la o cadă plină cu apă: apa din cadă este prevalența, iar apa care curge la robinet este incidența. O anumită cantitate de apă se scurge mereu din cadă prin

canalizare (de exemplu, persoanele care sunt tratate sau care dezvoltă imunitate și elimină infecția); de aceea, prevalența nu ajunge niciodată la 100%.

De ce fel de teste ITS am nevoie?

Nu prea există o listă cu testele standard pentru ITS – acestea pot varia în funcție de vârstă, de locul în care trăiești (există variații regionale de ITS), dacă ești însărcinată și de ce crede medicul tău că este potrivit pentru testare. Testele pentru ITS pot include analize pentru chlamydia, gonoree, sifilis, tricomoniază, virusul imunodeficienței umane (HIV), hepatita B (HBV) și herpes. Chlamydia, gonoreea, tricomoniază și herpesul au capitole dedicate în această carte și poți citi acolo ce teste sunt recomandate. Testele de sifilis pentru femeile care nu sunt însărcinate implică un risc. Testarea pentru sifilis pentru persoanele active sexual este recomandată anual până la vârsta de 65 de ani.

Ar trebui să te testezi, dacă îți faci griji că ai fi fost contaminată – testarea ITS este recomandată femeilor care au avut mai mult de un partener, care au un partener de mai puțin de un an sau dacă partenerul a avut mai mulți parteneri.

Există mai multe posibilități de a testa ITS. În unele cazuri căutăm microbul în sine, iar în altele răspunsul corpului la acel microb. Iată câteva metode de bază:

- **TESTAREA ACIDULUI NUCLEIC:** Este identificat un fragment din materialul genetic din infecție. E ca și cum ai căuta acul în carul cu fân. Acest test atașează un magnet la ac, făcându-l mai ușor de văzut, și apoi creează replici ale combinației de ac și magnet de milioane de ori, pentru a fi mai ușor de găsit. Testarea cu acidul nucleic este foarte precisă.
- **CULTURA:** Cultivarea bacteriei sau a virusului în laborator. Dacă va crește, testul este 100% exact, dar dacă nu, nu înseamnă neapărat că testul este negativ. Unele bacterii și unele virusuri cresc atât de ușor în vagin și totuși atât de greu în laborator.
- **MICROSCOPIA:** Se ia o mostră de pe piele, din cervix sau din vagin și se analizează sub microscop pentru a observa infecția sau semnele sugestive ale infecției. De obicei, această metodă se folosește doar pentru tricomoniază (capitolul 29).
- **ANTIGENUL:** Identifică o proteină de pe suprafața unei bacterii sau a unui virus. Aceste teste sunt efectuate pe sânge sau pe o mostră din

zona infectată (de exemplu, o ulcerăție de pe cervix), în funcție de infecție. Testele de sânge sunt foarte exacte, dar testele cu mostre de la locul infectat sunt rar folosite, pentru că testele cu acid nucleic sunt mai sigure.

- ANTICORPII: Un test de sânge poate identifica răspunsul imun la un virus sau la o bacterie. Poate dura între una și șase luni pentru ca un test de anticorpi să iasă pozitiv, în funcție de infecție.

Este testul aprobat de FDA?

A fi aprobat de către FDA înseamnă că Food and Drug Administration a analizat datele trimise de companie și le-a evaluat în ceea ce privește acuratețea. În SUA, un test nu trebuie să fie aprobat de FDA pentru a fi folosit. Un test care nu este aprobat de FDA poate fi în regulă la fel de bine cum poate să nu fie exact și așa rezultatele interpretate pot varia.

Unde mă pot testa?

Testarea pentru ITS poate avea loc în cabinetul medicului, într-o clinică specializată în analize de ITS sau chiar acasă. Probele de urină și de sânge pot fi folosite pentru testarea multor ITS, deci poți sări peste programare și merge direct la laborator. Dacă nu știi unde să te testezi sau dacă vrei să mergi la alt medic decât cel pe care îl cunoști deja, cea mai bună resursă de a găsi centre de testare este prin intermediul UNOPA (Uniunea Națională a Organizațiilor Persoanelor Afectate de HIV/SIDA).

Există o varietate de kituri de testare pe care le duci apoi la un laborator sau poți trimite prin curier probele recoltate de tine. Există chiar și un test la domiciliu pentru HIV (îl găsești la farmacie și ai rezultatul în 15 minute). Testarea în afara unui cabinet medical poate depista multe ITS-uri care, altfel, nu ar putea fi descoperite. Un proiect din Baltimore, care trimitea prin poștă kituri gratuite de testare, a descoperit că 10% erau pozitive pentru chlamydia și 1% pentru gonoree, iar 86% dintre femeile care returnau aceste kituri au spus că le-ar folosi din nou dacă ar fi nevoie. Nu toate persoanele sunt relaxate când apelează la serviciile din sectoarele publice, mai ales dacă au avut experiențe negative cu medicii sau cu sistemul social. Testarea la domiciliu pentru ITS este deja o rutină în multe țări, precum Suedia, Danemarca, Marea Britanie și Olanda.

Testarea la domiciliu poate fi scumpă. Fiecare test individual poate costa între 60 și 170 de dolari, iar adesea site-urile încearcă să îți vândă teste de care nu ai nevoie, cele mai comune fiind testele de sânge pentru herpes și hepatita C (care în SUA nu mai este considerată ITS). Un kit complet cu multe dintre aceste teste poate costa 800 de dolari. Poți fi testat pentru majoritatea ITS gratis sau pentru costuri foarte mici în sistemul public de sănătate.

Nu am împlinit 18 ani. Pot fi testată și tratată fără ca părinții mei să afle?

Majoritatea statelor americane permit testarea fără acordul parental pentru pacienții de 12–14 ani, dar unele state le dau voie medicilor să informeze părinții fără permisiunea pacientului, dacă acesta este minor și dacă solicită sau primește servicii de ITS. Bineînțeles că este îngrijorător, pentru că mulți tineri nu vor ca părinții lor să afle. Minorii testați și tratați pentru ITS fără ca părinții lor să fie implicați nu au rezultate mai proaste. Implicarea forțată a părinților sau teama față de aceștia împiedică anumiți copii să fie testați.

Statele care permit notificarea părinților (în 2019) sunt următoarele: Alabama, Arkansas, Delaware, Georgia, Hawaii, Illinois, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Maryland, Michigan, Minnesota, Missouri, Montana, New Jersey, Oklahoma și Texas. Legile se schimbă, deci dacă acest aspect este important pentru tine, poți obține cele mai recente informații la guttmacher.org, care oferă o mulțime de informații despre legile referitoare la sănătatea reproductivă.

Ce înseamnă ITS raportabil?

Rezultatele pozitive merg la departamentul statal de sănătate și la centrele pentru controlul și prevenirea afecțiunilor (CDC). Nu este vorba doar despre ITS; multe infecții și afecțiuni care nu au nimic de-a face cu sexul, precum tuberculoza și nivelul crescut de plumb la copii, se raportează și ele. Se face asta pentru a ține evidența tendințelor și, să sperăm, pentru a preveni sau a limita extinderea epidemiilor. Este și o modalitate bună de a ști dacă eforturile de a controla o infecție sau o anumită afecțiune funcționează. ITS-urile care se raportează momentan în SUA sunt următoarele:

- șancrul moale (din 2012 până în 2016 au existat doar 6–15 cazuri pe an în SUA și toate au apărut la bărbați, deci asta este tot ce pot spune despre șancrul moale)
- chlamydia
- gonoreea
- hepatita B
- HIV
- sifilis

Dacă ai rezultate pozitive la oricare dintre aceste ITS, laboratorul va notifica automat departamentul tău statal de sănătate și CDC. De obicei, un reprezentant al clinicii te va contacta pentru a se asigura că ai primit rezultatele și, în cazul afecțiunii cu gonoree, chlamydia sau sifilis, că ai primit tratamentul. Te va întreba și despre partenerii pe care i-ai avut și îi va notifica și pe aceștia cu privire la expunerea lor. Notificarea partenerilor este confidențială, deci numele tău nu va fi menționat. Departamentul de sănătate îți va oferi posibilitatea de a notifica personal partenerii. Dacă ai folosit un kit la domiciliu, CDC va fi notificată în cazul rezultatelor pozitive pentru a ține evidența, dar nu va ști cine ești, deci nu vei fi contactată.

Am rezultate pozitive pentru ITS care nu este raportabil sau am folosit un kit la domiciliu – vreau să-mi notific partenerul, dar sunt prea speriată

Poți suna la departamentul local de sănătate să ceri ajutorul. Ar putea să vrea să sune ei în locul tău sau să îți ofere un scenariu pe care să îl urmezi. Dacă îți faci griji în privința siguranței tale, care este primordială, departamentul local de sănătate te poate ajuta să rămâi anonimă. În SUA, există servicii care notifică în mod anonim partenerul sexual în locul tău, precum inspot.com și STDcheck.com.

Introduci numărul de telefon sau e-mailul și trimiți un mesaj standard despre expunere. Aceste site-uri de obicei vând teste ITS, deci ai grijă să nu cedezi reclamelor.

Dacă aș avea o problemă cu ITS pe care nu aș putea să o rezolv, personal aș începe cu o clinică locală de ITS. Am lucrat foarte mult la clinica Wyandotte County STI din Kansas și, deși este o simplă clinică, se pare că aici le-au văzut

pe toate și știau cum să ajute multe persoane în moduri extrem de creative. În cadrul conferințelor la care am participat, am discutat și cu mulți dintre cei care lucrează la clinici ITS și toți păreau incredibil de pasionați și de dedicați.

De reținut:

- Toate persoanele care au făcut vreodată sex sunt supuse riscului de ITS, dar femeile de 24 de ani sau mai tinere, cu parteneri multipli, care au un partener recent sau care nu folosesc metode contraceptive prezintă un risc mai mare.
 - Vaginoza bacteriană, un dezechilibru bacterian al vaginului, crește riscul de ITS la expunere.
 - Există multe locuri în care te poți testa: la medic, la policlinică și chiar acasă.
 - Policlinicile și testele la domiciliu sunt opțiuni potrivite pentru cei care se tem de dezvăluirea identității.
 - În SUA, nu trebuie să ai 18 ani pentru a fi supus testării, dar în unele state medicul are dreptul în mod legal să contacteze părinții sau reprezentanții legali pentru a-i anunța de cazul tău.
-

CAPITOLUL 25

Prevenirea ITS

Mulți sunt de părere că doar abținerea sau prezervativele pot preveni infecțiile cu transmitere sexuală (ITS). Din păcate, acesta este un punct de vedere limitat. Abținerea nu este o metodă de protecție dorită de prea multe femei și, deși prezervativele sunt cu siguranță utile, mai există și alte metode complementare, dar rar folosite.

Multe femei nu cunosc toate opțiunile deoarece influența educației sexuale variază mult în funcție de unde trăiești și unde faci școala. Unele școli încă propovăduiesc abținerea, ceea ce este complet inadecvat. Această problemă este intensificată de faptul că femeile adesea ezită să discute cu medicul despre viața lor sexuală, pentru că alții au fost judecați greșit sau au fost ignorate. Este posibil ca unii medici să nu cunoască toate aceste opțiuni sau poate că nu le face plăcere să discute despre ele. Multe femei nu sunt conștiente de gravitatea riscurilor la care se expun. Nu toată lumea poate fi sigură că partenerii nu mai au și alte contacte sexuale sau că nu au ITS.

ITS: Există un vaccin pentru asta!

Există vaccinuri extrem de eficiente pentru două dintre ITS: hepatita B (HBV) și virusul Papiloma uman (HPV). Le poți considera vaccinuri anticancer pentru că HPV este cauza cancerului cervical și a altor cancere (al vaginului, al vulvei și al anusului), iar HBV provoacă cancerul de ficat. Tot auzi păreri despre vaccinuri miraculoase pentru cancer, dar iată că acestea două chiar există. Și este foarte bine că sunt. Partea tristă este că nu toate femeile au parte de această protecție.

Vreau să știu mai multe despre vaccinul împotriva hepatitei B

HBV este un virus transmis prin actul sexual, care afectează ficatul. Nu intru în detalii despre infecția HBV pentru că nu are impact direct asupra vaginului, a vulvei sau a rectului. Ceea ce trebuie să știi din punct de vedere ginecolog este că tractul genital este un portal de intrare (poți lua HBV și din acele reutilizate). HBV poate provoca hepatită acută, care este fatală în 1,5% dintre

cazuri. Dacă iei HBV în timpul adolescenței sau ca adult, riscul de a dezvolta o infecție cronică care poate distruge ficatul și care poate chiar provoca și cancer de ficat este de 10–12%.

HBV poate rămâne activ pe anumite suprafețe zile la rând și este extrem de contagios – chiar și cantitatea infimă de sânge de pe o periută de dinți comună poate transmite infecția. Deși persoanele cu parteneri sexuali multipli și cele care folosesc droguri intravenoase prezintă cele mai mari riscuri, aproape 50% dintre adulții care fac hepatita B nu au un factor major de risc identificabil. Vaccinul te protejează indiferent cum ai fi expus.

CDC recomandă vaccinarea universală împotriva HBV la naștere, dar multe persoane le ratează, pentru că unii părinți sunt împotriva vaccinurilor de ITS la naștere, crezând că le pot face mai târziu. Vrem ca oamenii să se vaccineze înainte de a fi activi sexual, deci așteptarea expune multe persoane inutil. De exemplu, în California, aproximativ 10% dintre copiii cu vârsta între 13 și 17 ani nu sunt vaccinați împotriva HBV, deși până când ajung în clasa a XII-a, 39% dintre adolescenți devin activi sexual, 19% dintre elevii de liceu au avut patru sau mai mulți parteneri, iar 4% dintre copii au avut deja contacte sexuale înainte de a împlini 13 ani. Da, înainte de 13 ani.

Dacă nu știi dacă ești vaccinată sau nu, cere medicului să îți facă o analiză de sânge pentru a verifica anticorpii pentru HBV. Dacă rezultatul este negativ, vaccinează-te. Este extrem de sigur și de eficient.

Vaccinul pentru virusul Papiloma uman

Vom discuta în detaliu despre HPV în capitolul următor, dar pentru început trebuie să știi că în cazul femeilor acesta este cauza cancerului cervical, precum și a multor cancere vaginale, vulvare și anale. Vaccinurile pentru HPV sunt aprobate în SUA până la vârsta de 45 de ani. Nu are nimic de-a face cu siguranța; studiile trimise la Food and Drug Administration (FDA) implică acest interval de vârstă.

Există trei vaccinuri HPV pe piață:

- GARDASIL 9: Vaccin împotriva a șapte tipuri de HPV care pot cauza cancerul (16, 18, 31, 33, 45, 52 și 58) și a două tipuri care provoacă negi genitali (6 și 11).

- GARDASIL 4: Vaccin împotriva tipurilor 16 și 18 (care determină cancer) și 6 și 11 (care provoacă negi genitali).
- CERVARIX: Vaccin împotriva tipurilor 16 și 18.

În mod ideal, vaccinul este efectuat între vârsta de 9 și 12 ani, iar înainte ca vaccinul de HPV să fie introdus, 33% dintre fete erau deja expuse la un tip de HPV până la vârsta de 19 ani. Vaccinul nu te va proteja dacă deja ai fost expusă și ai dezvoltat anticorpi. Celălalt beneficiu al vaccinării din timp este un răspuns imun mai puternic. Înainte de vârsta de 15 ani, două doze sunt suficiente, dar de la vârsta de 15 ani ai nevoie de trei doze.

Aceste vaccinuri sunt extrem de eficiente. Protejează împotriva cancerului cervical, precancerului cervixului și precancerului anusului. Vaccinurile care includ tipurile 6 și 11 sunt foarte eficiente împotriva negilor genitali. Cu timpul, ne așteptăm să fie demonstrat că reduce cancerul vulvare și vaginal asociate cu HPV. În timp ce beneficiul prevenirii cancerului este clar majorității oamenilor, mulți nu își dau seama de povara schimbărilor precanceroase, incluzând stresul rezultatelor anormale și durerea fizică și emoțională pe care le implică biopsiile și procedurile de eliminare a schimbărilor precanceroase. Repetarea testelor poate dura ani. Este greu de cuantificat posibilitatea de a nu avea aceste griji și dureri.

Vaccinul HPV este foarte sigur. Mai mult de 200 de milioane de doze au fost administrate în întreaga lume, multe dintre femeile care l-au făcut fiind monitorizate pe parcursul a 15 ani. Bolile asociate vaccinului, despre care poți găsi informații online, cum sunt poveștile despre „Gardasil Girls”², nu au apărut niciodată în studiile pe termen lung. Asta nu înseamnă că aceste fete nu au simptome, ci că afecțiunile medicale de care suferă nu sunt rezultatul vaccinului. Studiile au dovedit că nu există nicio legătură între vaccinul HPV și afecțiunile autoimune sau insuficiența ovariană prematură.

Un alt mit răspândit în online despre vaccinul HPV este că nu ar proteja femeile afro-americane, dar nu este adevărat. Dacă analizăm cele șapte tipuri de cancer provocate de HPV împotriva cărora ne protejează Gardasil 9, vom observa că acestea provoacă 79% dintre cazurile de cancer cervical la femeile albe, 82% dintre cazurile de cancer cervical ale afro-americanelor și 81% dintre cazurile de cancer ale femeilor hispanice. Vaccinul oferă protecție egală pentru toate femeile.

În SUA, vaccinul HPV este slab utilizat – doar 57% dintre fetele cu vârstele cuprinse între 13 și 17 ani au primit o doză și doar o treime sunt vaccinate complet. Vaccinarea copiilor nu îi determină pe aceștia să nu aibă relații sexuale riscante. Acest lucru a fost demonstrat prin studii. (În plus, nimeni nu își face griji că în urma instruirii copiilor de a purta centură rezultă, totuși, și șoferi neglijenți.)

Vaccinurile mă îngrijorează

Pe internet există atât de multe mituri despre vaccinuri, încât s-au scris volume întregi despre ele (unul grozav ar fi *The Panic Virus: The True Story Behind the Vaccine – Autism Controversy*, de Seth Mnookin). Iată o scurtă listă scurtă a neliniștilor în ceea ce privește vaccinurile, asociate cu HBV și cu vaccinurile HPV:

- **VACCINURILE CONȚIN FORMALDEHIDĂ:** Formaldehida este folosită în producerea unor vaccinuri, iar în doze mari poate duce la cancer. Aproape toate substanțele sunt periculoase la un anumit nivel și sigure în alte limite. Prea mult oxigen te poate orbi și îți poate distruge plămâni, dar respirăm aer, care este compus din aproape 20% oxigen, fără nicio problemă. Același lucru este valabil și pentru formaldehidă. Toți avem cantități microscopice de formaldehidă care intră în alcătuirea ADN-ului și a aminoacizilor, cărămizile care construiesc proteinele. O femeie care cântărește 50 de kilograme are aproximativ 8,75 miligrame de formaldehidă care îi circulă prin corp, iar doza pentru adolescenți/adulți din vaccinul HBV conține mai puțin de 0,015 miligrame de formaldehidă, sau mai puțin de 0,002% din cantitatea aflată în mod natural într-un corp de 50 de kilograme. Formaldehida este întâlnită în mod natural și în multe alimente. Un măr de mărime medie conține 0,945 miligrame de formaldehidă, sau de 63 de ori cantitatea dintr-un vaccin HBV.
- **MERCURUL:** Unele vaccinuri conțin etilmercur, care nu este la fel cu metilmercurul, componenta chimică ce provoacă otrăvirea cu mercur. Sună la fel, dar din punct de vedere chimic sunt total diferite. S-a dovedit că etilmercurul este sigur, dar nu necesită aici mai multe detalii, pentru că nu se află nici în vaccinul HBV, nici în cel HPV.

- **ALUMINIUL:** Acesta este un adjuvant, adică intensifică vaccinul și îți ajută corpul să producă mai mulți anticorpi protectori. Ambele vaccinuri, HBV și HPV, conțin aluminiu. S-a studiat timp de aproape o sută de ani, iar doza din vaccinuri pare să fie sigură. Aluminiul nu este esențial pentru corpul nostru, dar există în aproape tot ce consumăm, pentru că provine din sol. Doza de aluminiu din vaccinurile HBV și HPV este de aproximativ 0,5 miligrame. Pentru a face o comparație, după două zile de luat antiacizi care conțin aluminiu la doza recomandată, vei fi absorbit aceeași cantitate de aluminiu în fluxul tău sangvin.
- **VACCINURILE SUNT PREA DURE PENTRU SISTEMUL IMUNITAR:** Vaccinurile stimulează răspunsul imun. Fac asta prin intermediul antigenului (o proteină sau un carbohidrat) pe care sistemul imunitar îl confundă cu o infecție, ceea ce declanșează producerea de anticorpi protectori. Vaccinul împotriva variolei, care a apărut în 1966, avea aproximativ 200 de antigeni. Vaccinul HBV conține un singur antigen, Cervarix conține doi antigeni, Gardasil 4 are patru, iar Gardasil 9 are nouă. O răceală te expune la 4–10 antigeni, iar un streptococ din gât, la 25–50.

Metode de protecție sexuală

Majoritatea femeilor și cei mai mulți dintre bărbați, prin intermediul educației sexuale, acasă sau de la medic, primesc puține informații sau chiar deloc despre utilizarea adecvată a prezervativelor. În plus, aproape că nu apar niciodată în filme sau la televizor și sunt absente în pornografie, deci putem observa cu ușurință cum, din punct de vedere cultural, nu le este atribuită nicio valoare.

Este important și să ne amintim că nu toate femeile au posibilitatea de a alege prezervativele. Multe dintre ele nu pot cere asta partenerilor masculini de teama violenței sexuale sau fizice. Dacă și tu te afli în această situație, informează-ți medicul sau sună la Agenția Națională pentru Egalitatea de Șanse între Femei și Bărbați, la numărul de telefon pentru victimele violenței domestice 0800 500 333 (disponibil 7 zile din 7 și 24 de ore din 24). Dacă îți este mai ușor să ai o conversație online, există și site-ul thehotline.org, în engleză.

În final o să spun că utilizarea persistentă a prezervativelor este dificilă, chiar și pentru cei mai dedicați utilizatori. Înțeleg asta, dar reprezintă o metodă

importantă de protecție. Un mod eficient de a contribui la folosirea lor persistentă este de a le ține la îndemână, pentru a nu depinde de partener.

Prezervativele masculine (externe)

Prezervativele masculine pot fi folosite rulate pe penis sau pe jucăriile sexuale și sunt făcute din latex, din poliuretan sau din maș de oaie, de obicei numit piele de oaie. Prezervativele din piele de oaie nu sunt eficiente împotriva prevenirii ITS, pentru că porii materialului sunt destul de largi pentru ca virusurile să treacă prin ei. Prezervativele din latex sunt puțin mai bune decât cele din poliuretan în ceea ce privește prevenirea ITS, probabil pentru că se întind și că se mulează mai bine. Dacă prezervativele te irită sau simți că dezvoltă o infecție ori vrei să știi mai multe despre ce beneficii ar aduce vaginului, întoarce-te la capitolul 21 pentru a-ți reaminti.

Este dificil de obținut statistici exacte despre eficacitatea prezervativelor în prevenirea infecțiilor. Nu este etic să spui unui eșantion dintr-un studiu să nu folosească prezervative pentru a vedea cine dezvoltă o infecție și cine nu. În plus, statusul infecțios al partenerului (partenerilor) nu este întotdeauna cunoscut, deci cercetătorii nu știu mereu cine este expus la ITS și cine nu.

Ceea ce știm este că atunci când ești expusă la gonoree sau la chlamydia și folosești prezervative în mod constant, acestea reduc transmiterea cu aproximativ 90%. Tricomoniaza nu a fost studiată, dar probabil că se încadrează în același interval. Pentru HIV, prezervativele reduc riscul de transmitere cu aproape 85 de procente, iar pentru herpes și virusul Papiloma uman (HPV) reducerea este între 70 și 80%. Herpesul și HPV-ul nu infectează doar capul penisului, pentru că în timpul sexului va exista și frecarea vulvei expuse sau a scrotului. Nu există informații despre sifilis (probabil pentru că numărul cazurilor la femei este mai mic decât la bărbați), despre hepatita B sau despre micoplasmă. Prezervativele nu previn transmiterea păduchilor pubieni.

AM NEVOIE DE PREZERVATIVE DIN LATEX ORGANIC? Site-urile care vând așa-zisele prezervative „organice” sau „naturale” le-au promovat ca fiind „mai sigure”. Nu este nevoie să cunoști fermierul care a „cultivat” latexul.

Motivele de îngrijorare promovate de cei care profită de pe urma îngrozirii publicului în legătură cu prezervativele (de obicei este vorba despre cei care vând prezervative presupuse a fi mai sigure, dar mai scumpe, sau despre

anumite grupuri religioase) sunt în legătură cu grupul de chimicale numit nitrozamină. Acestea se pot forma în timpul procesării cauciucului în latex. Nitrozaminele din prezervativele din latex se întâlnesc și în bere, în unele brânzeturi, în mezeluri și în multe cosmetice. O singură doză de 1 gram de nitrozamină se consideră suficientă pentru a determina cancerul, dar în timpul sexului aproximativ 0,6 nanograme de nitrozamină pot migra din prezervativ în vagin. Utilizarea în medie a unui prezervativ pe săptămână timp de 30 de ani va rezulta în aproape 0,9 micrograme de nitrozamină absorbită, ceea ce reprezintă a milioana parte din acea doză cancerigenă.

Dacă pentru tine contează să fii sigur că nu există nitrozamină în prezervative, asta nu înseamnă că ai nevoie de unele artizanele. Un studiu din 2014 a demonstrat că următoarele prezervative nu conțin nitrozamină detectabilă:

- Durex Extra Sensitive
- Lifestyles Skyn
- Trojan Bareskin

CUM SĂ FOLOSEȘTI UN PREZERVATIV PENTRU BĂRBAȚI. Atunci când este folosit în mod perfect, rata de rupere a prezervativului este de doar 2%, dar în lumea reală sunt aproximativ 29% cazuri de rupere și 13% cazuri de alunecare a prezervativului în momentul folosirii. Este ușor de înțeles, având în vedere numărul de pași și entuziasmul momentului anticipat, că o utilizare corectă poate reprezenta o provocare. Am trecut prin aceste momente de genul „te roog, mișcă-te mai repede“. Dacă devii expertă și ai întotdeauna la tine prezervativul și lubrifiantul potrivit, atunci controlezi multe dintre variabile. O femeie încrezătoare, care îi pune prezervativul partenerului pentru a se proteja amândoi, ar trebui să facă parte din categoria de parteneră de rang superior. Există și prezervative pentru femei (citește mai departe pentru a afla mai multe informații despre acestea).

Dacă nu ai un penis pe care să exersezi, folosește un castravete sau o banană, pentru că ar fi dificil să înveți cum să îl pui abia la prima partidă de sex, în mijlocul faptelor, când presiunea este mare. Și chiar și cei experimentați pot da greș. Pe la 30 de ani eram o utilizatoare extrem de expertă. Când am început să ies la întâlniri, după divorț, prima dată când i-am pus prezervativul unui partener, l-am pus invers, cu partea interioară în afară. Așa că... zic și eu.

Iată o listă completă cu pașii de urmat pentru „a pune un prezervativ pe un penis“:

1. Păstrează întotdeauna un prezervativ în portofel sau în poșetă, dar nu același prezervativ mai mult de o lună.
2. Asigură-te că nu a expirat.
3. Deschide ambalajul cu mâinile, și nu cu dinții, pentru că ai putea rupe prezervativul.
4. Verifică să nu existe defecte vizibile.
5. Pune-l corespunzător, adică nu pe dos: dacă atingi vârful imediat după ce deschizi ambalajul, atunci aceea este partea din afară.
6. În timp ce rulezi prezervativul, ține vârful pentru a lăsa spațiu pentru ejaculare
7. Pune prezervativul înainte de a începe să faci sex: 43% dintre bărbați declară că adesea își pun prezervativul după penetrare.
8. Asigură-te că prezervativul este rulat complet pe penis: dacă nu verifici asta, atunci faci o greșeală din top zece.
9. Folosește lubrifianț: acesta reduce riscul ruperii și face sexul mai confortabil pentru femeie. Lubrifianții pe bază de apă și silicon sunt buni pentru latex, dar orice alt produs uleios, precum uleiul mineral, de bebeluși sau de cocos, poate degrada latexul. Poți folosi orice tip de lubrifianț împreună cu prezervativele din poliuretan.
10. Asigură-te că prezervativul nu va fi scos în timpul sexului: asta se numește escrocherie. Este sabotarea prezervativului și până la 9% dintre bărbați recunosc că fac asta. Fii clară de la început, dacă nu asta îți dorești.
11. Prinde baza prezervativului în timpul retragerii pentru a nu aluneca.
12. Nu presupune că partenerul tău știe toți acești pași.

Prezervativele pentru femei (interne)

Aceste prezervative se introduc în vagin înainte de sex. Le oferă femeilor controlul deplin asupra utilizării și nu necesită o erecție completă pentru a fi aplicate. Disfuncția erectilă (DE) împiedică mulți bărbați să folosească

prezervative. Incidența DE crește odată cu vârsta, deci dacă partenerul are peste 40 de ani și tu ai nevoie de protecție, ține câteva prezervative feminine la îndemână. Aceste prezervative pot fi folosite și de femeile care se cuplează cu femei și care vor să împartă jucăriile sexuale. Pot fi folosite și pentru sexul anal.

Un prezervativ feminin este o teacă din poliuretan, cu un inel la ambele capete. Orice fel de lubrifiant este bun și nu există pericolul alergiei la latex. Sunt mai scumpe decât un prezervativ pentru bărbați (cam de două-trei ori). Unele clinici de planning familial le oferă gratis sau la un preț redus. Nu folosi în același timp un prezervativ pentru femei și unul pentru bărbați. Asta provoacă mai multă fricțiune și poate duce la ruperea prezervativelor.

Este nevoie de practică pentru a pune un prezervativ feminin, dar rata de eșec este destul de mică după deprinderea abilităților de aplicare. Necesită mai multă îndemânare decât introducerea unui tampon, dar mai puțină decât pentru a scoate o cupă menstruală plină cu sânge. Rata de eșec (adică scurgeri sau alunecare pentru a exista transmiteri de fluid) la primul uz este de 7-8%, a doua oară de 3,2%, iar până la al patrulea uz scade la 1,2%. Până la al douăzecilea uz, rata de eșec ajunge la 0,5%.

Există multe filmări online care îți pot arăta mecanismul aplicării. Pentru că este nevoie de câteva încercări pentru a învăța tehnica, recomand să încerci mai întâi acasă, când ești singură, de mai multe ori, fără presiunea unui partener plin de nerăbdare.

Foliile de digă

Abia dacă există informații despre foliile de digă, care oferă protecție în timpul sexului oral, vaginal sau anal, și mai găsim și informații greșite printre acestea.

Foliile de digă sunt folii pătrate, din latex, care protejează vulva sau anusul în timpul sexului oral. Inițial, au fost utilizate în stomatologie, de unde le vine și numele. Pot fi înlocuite cu un prezervativ din latex tăiat, dar nu există studii cu privire la eficacitatea foliilor de digă versus cele improvizate din prezervative. Doar 10% dintre femei au folosit foliile de digă, iar cele mai multe dintre acestea nu le folosesc în mod frecvent.

Foliile de digă trebuie fixate, dar se găsesc și benzi de susținere. Gustul latexului poate fi ca de medicament și de aceea există și variantele aromate. Lubrifierea

persoanei care primește sexul oral crește senzația. Sunt de unică folosință – nu le întoarce pe partea cealaltă pentru a le mai folosi o dată.

Foliile de digă se găsesc greu în farmacii, dar le poți cumpăra de la majoritatea sex-shopurilor și bineînțeles că le găsești de cumpărat și online.

Profilaxia înainte expunerii (PrEP) la HIV

PrEP implică administrarea zilnică a medicamentelor pentru a preveni HIV. Din mai multe privințe, este asemănător unui vaccin. Prin intermediul vaccinului, sistemul imunitar al organismului este stimulat pentru a distruge virusul sau bacteria, iar în cazul PrEP, medicamentele circulă prin corp pentru a omorî virusul. Un vaccin oferă prilejul efectuării a două-trei injecții și apoi ești gata, dar în cazul PrEP trebuie să iei medicamente în fiecare zi. Dacă uiți vreo doză, cantitatea din fluxul sangvin poate să nu mai fie suficientă pentru a putea lupta cu infecția.

PrEP se adresează persoanelor cu HIV negativ și expuse la riscul de a contracta HIV. Rata de eficiență în prevenirea infecției HIV în cazul expunerii este de peste 90% (unele date recente sugerează că atunci când este prescris și luat așa cum trebuie ajunge la o rată apropiată de 100%). Mai puțin de 10% dintre persoanele eligibile iau medicamente, iar administrarea în rândul femeilor heterosexuale a fost mult mai redusă decât în rândul bărbaților gay. În SUA, a fost aprobat din 2012 și multe persoane, inclusiv medicii, nu știu nici acum prea multe despre tratament.

PrEP constă în două medicamente anti-HIV, tenofovir și emtricitabină, vândute sub denumirea de Truvada. Cel mai comun efect secundar este greața, care de obicei dispare după o lună de la începerea tratamentului. Un medicament generic a fost aprobat și este disponibil în multe țări, dar nu și în SUA, deoarece compania care produce Truvada îl blochează cu ajutorul instanțelor de judecată. În SUA, denumirea de brand Truvada valorează 2 000 de dolari pe lună (dacă nu ai asigurare medicală). Această sumă este atât de exorbitantă, pentru că mare parte din cercetări au fost inițiate de guvern și de fundații private, și nu de compania de medicamente. În SUA, majoritatea asigurărilor private și Medicaid acoperă PrEP. În Canada, unele planuri de sănătate acoperă medicamentul generic, iar altele nu. Costul pentru medicamentul generic în Canada este de 200 de dolari pe lună. În multe alte

țări, PrEP poate fi achiziționat pentru mai puțin de 100 de dolari americani pe lună și adesea chiar și cu mai puțin.

Pentru a începe tratamentul cu PrEP, trebuie să fii HIV negativ și să te testezi la fiecare trei luni – dacă devii HIV pozitiv, vei avea nevoie de alte medicamente.

Femeile sau adolescenții HIV negativ, care cântăresc cel puțin 35 de kilograme și se încadrează într-una dintre aceste categorii, ar trebui să ia în considerare PrEP:

- Dacă partenerul este HIV pozitiv.
- Dacă sunt heterosexuale care nu folosesc regulat prezervative în timpul sexului cu parteneri al căror status HIV este necunoscut, în special dacă efectuează sex anal receptiv – acesta prezintă cel mai mare risc de transmitere HIV.
- Dacă au parteneri masculini bisexuali.
- Dacă sunt transsexuali care fac sex vaginal sau anal cu bărbații care se cuplează cu bărbați.

De reținut:

- Asigură-te că ești vaccinată împotriva HPV și întreabă-ți partenerii sexuali dacă au fost vaccinați.
 - Dacă ai 26 de ani sau mai puțin, vaccinează-te împotriva HPV. Dacă ai între 27 și 45 de ani ai mai putea obține anumite avantaje, dar nu ar fi lipsit de rațiune nici să iei în considerare Gardasil 9, în funcție de riscul la care te expui și de istoricul de frotiu Papanicolau.
 - Atunci când sunt folosite corect, prezervativele pentru bărbați reduc riscul de transmitere pentru aproape toate ITS, cu excepția păduchilor pubieni.
 - Nu uita de prezervativele feminine și de foliile de digă.
 - PrEP este foarte eficient în reducerea riscului de transmitere HIV.
-

Note:

§ Sunt cazuri celebre (cel puțin în SUA) ale unor fetițe care după administrarea vaccinului au avut diferite afecțiuni care au necesitat intervenție medicală. (*N. trad.*)

CAPITOLUL 26

Infectarea cu HPV (virusul Papiloma uman)

Virusul Papiloma uman (HPV) este cea mai comună infecție transmisă sexual (ITS). Există în peste 200 de tipuri diferite și aproape 40 infectează țesuturile genitale. Impactul HPV genital diferă de la o infecție minoră și trecătoare pe care nici nu știai că o ai și care se poate transforma într-un an până la cancerul de cervix, de vulvă, de vagin și de anus. HPV genital poate provoca negi și cancer bucal și de gât.

Infecția genitală HPV este omniprezentă

Dacă ai te gând să faci sex, atunci este foarte posibil să fii expusă la HPV. Asta nu te face să fii murdară, vicioasă sau imorală, ci te face pur și simplu umană.

Până la 80% dintre femeile americane și canadiene au cel puțin o infecție cu HPV de-a lungul vieții (este posibil să aibă și mai mult de una). Prevalența (răspândirea) HPV, adică numărul persoanelor infectate momentan, variază de la țară la țară. Motivele exacte nu sunt cunoscute – probabil că este un amestec complex de variabile biologice (microbiomii vaginali variază în funcție de regiune), factori genetici și circumcizie masculină (poate reduce transmiterea la partenerile feminine, iar femeile cu parteneri circumciși au mai multe șanse să se vindece de infecție). Factorii sociali de sănătate care afectează accesul la prezervative, educația despre sexul protejat și disponibilitatea vaccinului HPV alături de disponibilitatea de a se administra vaccinul au cu siguranță un rol important.

Studiile care analizează nivelul de anticorpi care luptă împotriva HPV ne transmit că prevalența (numărul total de cazuri) scade odată cu vârsta. Medicina nu știe dacă nivelul de anticorpi pentru anumite tipuri de HPV scade în timp (unele femei care aveau rezultate pozitive la testele de sânge par să aibă acum rezultate fals-negative, deși nivelul de anticorpi pentru HPV 16 nu pare să scadă odată cu vârsta), iar asta este o urmare a vindecării virusului sau diferitelor practici sexuale cumulative.

Cel mai mare factor de risc modificabil pentru HPV este numărul partenerilor sexuali – trei sau mai mulți parteneri de-a lungul vieții cresc de șase ori riscul de a avea unul dintre tipurile care determină apariția HPV. Istoricul de chlamydia aproape că dublează riscul de HPV. Este posibil ca inflamarea cervicală provocată de chlamydia să faciliteze contractarea HPV la expunere.

Cum se produce infecția cu HPV

Virusul este un organism minuscul, alcătuit din material genetic, cu o membrană protectoare care depinde de gazdă pentru a se hrăni, a acumula energie și a se reproduce. Este parazit, adică depinde de o gazdă pentru a supraviețui, dar nu este un parazit în adevăratul sens. Parazitul se reproduce în afara celulelor noastre, în timp ce virusul își trăiește întreaga viață în interiorul unei celule. Virusurile sunt peste tot în mediul înconjurător, infectează plante, animale, oameni și bacterii – pot infecta chiar și paraziți!

HPV a evoluat astfel încât se potrivește perfect cu ciclul de viață al celulelor pielii. Infectează stratul de bază (inferior) al celulelor pielii și apoi intră în nucleu, adică în centrul de comandă al unei celule. Stratul de bază produce celule noi ale pielii, așa că, odată infectate cu HPV, toate celulele noi ajung să conțină HPV în nucleu.

Celulele noi ale pielii sunt imature. ADN-ul este programat dinainte cu instrucțiuni despre cum să se dezvolte într-o celulă a pielii matură. HPV preia controlul asupra ADN-ului celulei pentru a produce mai mult HPV și instruieste celula să asambleze ADN-ul în particule virale noi. E ca și cum ai intra prin efracție într-o casă și ai folosi imprimanta și plicurile pentru propriul interes. Când celulele pielii mor, eliberează aceste particule noi de HPV, care sunt pregătite să infecteze mai multe celule. Tipurile de HPV sunt extrem de adaptate la anumite celule ale pielii, de aceea negii plantari (inclusiv cei cauzati de HPV) nu cresc pe vulvă, iar cei genitali nu cresc pe picioare.

Pentru că HPV are nevoie să infecteze stratul de bază al celulelor, trauma, și chiar și microtrauma, facilitează acest proces. De aceea, negii genitali se întâlnesc cel mai des pe partea inferioară a vestibulului (orificiului vaginal), deoarece această zonă are parte de cea mai multă microtraumă în timpul sexului. Acesta poate fi și motivul pentru care îndepărtarea părului pubian, care

implică microtraumă, este asociată cu riscul crescut de HPV și de precancer al vulvei.

Cum poate infecția HPV să provoace cancer?

Unele tipuri de HPV sunt oncogene, adică determină cancer. HPV 16 și HPV 18 provoacă aproape 70% dintre cazurile de cancer cervical, iar tipurile 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 68, 69 și 82 provoacă celelalte tipuri de cancer. Compoziția chimică a tipurilor de HPV care determină cancerul de vulvă, de vagin și de rect nu este prea bine cunoscută, dar HPV 16 și HPV 18 au cea mai mare probabilitate să provoace schimbări precanceroase. HPV cu risc ridicat poate determina cancerul bucal și pe cel al gâtului.

Când celulele sănătoase se divid, au loc combinații normale și mutații ale ADN-ului, dintre care unele pot fi canceroase. ADN-ul deține o varietate de mecanisme de remediere care funcționează precum verificarea ortografică atunci când vânează greșeli pe care le corectează. Când greșeala nu poate fi remediată, aceste mecanisme de siguranță pot chiar să distrugă celula. Tipurile de HPV oncogene intervin în mecanismele specifice de remediere, deci mutațiile nu sunt investigate și este mult mai probabil să se transforme în cancer.

Dacă ești infectată cu un tip oncogen de HPV nu înseamnă că vei face cu siguranță cancer, ci înseamnă că ești expusă riscului. În majoritatea cazurilor, sistemul imunitar elimină virusul – la doi ani după infectare, 90% dintre femei s-au vindecat sau nu au mai avut semne ale infecției. Îngrijorarea cu privire la HPV apare atunci când virusul continuă să fie prezent. Această persistență virală expune femeile la riscul cancerului.

Este nevoie de mult timp pentru ca o infecție cu o tulpină oncogenă să devină cancer. Primul pas este displazia sau schimbările precanceroase, care de obicei apar la câțiva ani de la infectare. Sistemul imunitar poate elimina schimbările precanceroase inițiale. Timpul scurs de la infectare la cancer este de obicei mai lung de zece ani.

HPV 6 și HPV 11 provoacă majoritatea cazurilor de negi genitali. Mecanismul este același: ADN interceptat, care, în loc să afecteze supresia tumorii prin modificările survenite, determină celulele să se transforme în negi.

Un risc major modificabil al cancerului cervical este fumatul, pentru că acesta crește semnificativ riscul ca o infecție HPV să progreseze în cancer.

Cât de comune sunt cancerele provocate de HPV?

Cancerul cervical este al patrulea cel mai frecvent cancer printre femeile din toată lumea și al doilea cel mai frecvent cancer printre femeile aflate la vârsta reproductivă (15–44). Anual, peste 500 000 de femei din toată lumea sunt diagnosticate și peste 250 000 de femei mor din cauza cancerului cervical. Răspândirea cea mai mare a acestui cancer împovăraător se manifestă în țările care nu au acces la vaccinul HPV, la testele pentru precancer sau la tratamentul pentru precancer sau cancer. Cancerurile de vulvă, vagin și anus sunt mai puțin comune decât cancerul cervical. Incidența cancerului anal provocat de HPV pare să aibă valori în creștere.

Ce testări se fac pentru depistarea HPV?

Este vorba despre testarea cervicală, iar obiectivul este identificarea virusurilor oncogene sau a celor care determină cancerul sau identificarea schimbărilor inițiale precanceroase, pentru a fi monitorizate și tratate, dacă este cazul, cu scopul de a preveni cancerul. Cele două metode sunt frotiul Papanicolau – recoltarea celulelor de la suprafața cervixului pentru a fi evaluate microscopic de un patolog – sau un tampon care identifică tulpinile oncologice ale HPV cu un test de acid nucleic (ADN) sau ambele metode.

În SUA, testările cervicale încep de la vârsta de 21 de ani și continuă până la 65. Vaccinurile împotriva HPV nu afectează testele. Există câțiva algoritmi aprobați pentru testare:

- Recoltarea unui frotiu Papanicolau din trei în trei ani, de la 21 la 29 de ani. De la 30 la 65 de ani, femeile ar trebui fie să efectueze un test Papanicolau la fiecare trei ani, fie un test Papanicolau, plus unul HPV (co-test) la fiecare cinci ani; co-testarea poate fi efectuată prin prelevarea a două tamponuri cu probe sau doar unul pentru testul Papanicolau, din care se folosește lichidul citologic rămas pentru testul HPV.
- Testarea riscului crescut de HPV la fiecare trei ani la femeile în vârstă de peste 25 de ani. Poate fi efectuată fără utilizarea unui dilatator.

Femeile cu istoric negativ al testelor pot înceta investigațiile după ce împlinesc 65 de ani.

Nu este nevoie să se efectueze teste pentru tulpinile nononcogene de HPV. Nu există tratament sau recomandări pentru femeile cu rezultate pozitive la aceste teste. Există o regulă nescrisă în medicină: dacă testul nu va schimba planul, atunci nu-l solicita! Nu este recomandată testarea pentru tulpinile de risc ridicat la femeile cu vârsta sub 25 de ani, deoarece adesea rezultatele pot fi pozitive și asta poate provoca motive de îngrijorare, testele făcând mai mult rău decât bine, dacă avem în vedere perioada necesară pentru dezvoltarea cancerului cervical.

Rezultatele anormale (fie de la frotiu Papanicolau, fie de la testul HPV) necesită analize detaliate. Poate fi nevoie de repetarea frotiului Papanicolau și a testului HPV sau de o colposcopie, o procedură în timpul căreia medicul analizează cervixul cu ajutorul unor lentile speciale cu efect de lupă. Se pot recolta una sau mai multe biopsii (mici probe de țesut) din cervix. Sunt posibile multe permutări sau combinații ale rezultatelor, dar acestea nu fac subiectul acestei cărți. Totuși, leziunile de grad mic (LSIL) se traduc prin risc foarte mic de dezvoltare a cancerului și implică doar observarea și controlul medical anual. Leziunile de grad ridicat, sau HSIL, necesită tratament, în medie riscul progresiei cancerului fiind de 4% în primele 12 luni și existând posibilitatea să crească în timp.

Există o multitudine de metode pentru îndepărtarea celulelor anormale care aparțin leziunilor de grad ridicat și trebuie să luăm în considerare mai mulți factori. Pentru că îndepărtarea acestor celule poate afecta cervixul în ceea ce privește viitoarele sarcini sau o sarcină curentă, această operație nu este recomandată femeilor cu vârsta între 21 și 24 de ani sau femeilor însărcinate, dacă nu există o suspiciune majoră de cancer.

Dacă ai avut HPV, iar acum testele sunt negative, este posibil ca virusul să se ascundă?

Latența înseamnă că virusul se ascunde și că poate fi trezit la un moment dat. Nu există dovezi directe care să demonstreze că toate infecțiile HPV latente vor fi active, dar aceasta este greu de demonstrat pentru că nu este deloc ușor să găsești un virus care se ascunde într-o celulă. Unele date indirecte sugerează că

ar fi posibil, de exemplu, ca în timpul sarcinii unele femei care nu au avut niciodată rezultate pozitive pentru HPV să poată dezvolta o infecție cu HPV. Sarcina suprimă sistemul imunitar, ceea ce i-ar putea permite unui virus latent să se reactiveze.

Dacă ai avut cândva un rezultat pozitiv la un test de HPV și acum rezultatul este negativ, nu ai cum să știi dacă va fi pozitiv din nou. Ceea ce știm este că atunci când testul ADN este negativ, nu există infecții active și nici risc de transmitere. Nu există niciun test care să arate dacă ai o infecție HPV latentă, așa că mai bine renunță la această idee.

Cum rămâne cu cancerul anal?

Cancerul anal este adesea provocat de HPV. Deși se credea că sexul anal receptiv cu un partener masculin reprezintă riscul cel mai ridicat, iată că apar studii noi care arată că nu este așa. HPV are ceea ce noi numim un efect de câmp și, prin urmare, HPV depus pe cervix sau pe labii poate infecta toate celulele din zona genitală.

Dacă ai simptome anale, cum ar fi o mâncărime persistentă sau o iritație, atunci ai nevoie de examinarea rectului. Asta nu înseamnă că ai HPV anal – multe afecțiuni comune pot provoca mâncărime anală sau iritație. Femeile cu HIV și cele care au anumite tipuri de modificări precanceroase în cervix pot fi candidate potrivite pentru testul Papanicolau, dar nu există instrucțiuni clare de urmat. Momentan, testarea de rutină pentru cancerul anal sau HSIL anal nu este recomandată pentru femeile sănătoase, fără factori cunoscuți pentru simptomele de cancer anal.

Poți transmite HPV când naști?

Se numește transmitere perinatală și, pe scurt, răspunsul este da, dar asta se întâmplă destul de rar.

Transmiterea HPV în timpul nașterii a fost analizată în timpul nașterii vaginale și a cezarienei și s-a arătat că poate provoca negi pe corzile vocale ale copilului. Este o afecțiune rară (numărul persoanelor afectate este de aproximativ 2–4 la 100 000) și se numește papilomatoză respiratorie cu debut juvenil. Poate necesita numeroase intervenții chirurgicale. Având în vedere numărul femeilor cu infecții de HPV genital și raritatea papilomatozei respiratorii cu debut

juvenil, este clar că ar fi nevoie de mai mult decât o expunere virală. Nu este cert dacă transmiterea genitală de la mamă la copil poate avea loc în timpul nașterii.

Dacă am HPV, ce ar trebui să îi spun partenerului sexual?

Un frotiu Papanicolau anormal din cauza infecției cu HPV sau un test ADN pozitiv înseamnă că elimini virusul prin piele și că există potențialul risc de a transmite infecția partenerului sexual. Când partenerul este bărbat, deci nu este testat pentru HPV genital, unor femei li se poate părea un dezavantaj să mărturisească. În general, recomandăm sinceritatea ca pe cea mai bună practică.

Dacă ai fost activă sexual cu acest partener, atunci este posibil ca el sau ea să fi fost expus/ă deja și bineînțeles că nu ai de unde să știi dacă ai contractat HPV de la această persoană sau de la alt partener. Partenerele trebuie să se asigure că sunt la zi cu testele cervicale. Dacă se dorește, se pot folosi prezervativele ca metodă de protecție. Dacă partenerul tău nu a fost vaccinat împotriva HPV, ar fi bine să luați în considerare această metodă.

Pot lua HPV de pe jucăriile sexuale?

În afară de sex penetrant, de frecare și de sex oral, teoretic HPV poate fi transmis și prin intermediul jucăriilor sexuale. Sub monitorizarea unui studiu, femeile au primit două tipuri diferite de vibratoare, unul făcut din elastomer termoplastic și altul din silicon, precum și o soluție de curățare și instrucțiuni de spălare. Femeilor li s-a cerut să colecteze singure mostre pentru HPV și să ia mostre și de pe vibratoare, înainte și după folosire.

Este un studiu realizat la scară mică. Doar nouă femei au avut rezultate pozitive pentru HPV și au trimis rezultatele pentru analiză. Vârful vibratorului din elastomer termoplastic (stilul „rabbit“) a rezultat HPV pozitiv imediat după utilizare pentru 89% dintre femei, dintre care 56% au avut rezultate HPV pozitive imediat după curățare și 40% încă erau pozitive la 24 de ore după curățare. Lucrurile nu erau cu mult diferite nici pentru mâner. Vibratorul din silicon a reieșit pozitiv imediat după utilizare și curățare, dar după 24 de ore nu mai era pozitiv, deși s-au evaluat doar patru mostre.

Este greu să venim cu niște concluzii în urma unui studiu atât de mic, dar este clar că HPV poate fi identificat pe vibratoare după utilizare, ceea ce nu este surprinzător, pentru că poate trăi până la șapte zile pe anumite suprafețe. Este clar că avem nevoie de mai multe studii pentru curățarea jucăriilor sexuale astfel încât să putem preveni transmiterea între parteneri și pentru a vedea dacă persistența pe silicon este mai redusă. Până când aflăm aceste răspunsuri, femeile cu HPV pozitiv ar putea să se abțină să împartă jucăriile sexuale cu partenerii.

Cum rămâne cu negii genitali?

Un neg poate fi plat sau ridicat, adesea putând să fie îngroșat, pentru că virusul declanșează o producție adițională a proteinei numite cheratină. Negii genitali afectează aproximativ 1% din populație și sunt provocați de HPV 6 sau 11.

Negii nu devin cancer, dar un precancer al vulvei sau al vaginului ar putea fi diagnosticat greșit ca neg, pentru că arată la fel. Femeile care au contractat un virus cu risc scăzut, precum HPV 6 sau 11, este posibil să fi contractat și unul cu risc ridicat, un tip de HPV care determină cancer, deci negii genitali pot reprezenta un factor de risc pentru froțiul Papanicolau anormal.

Dacă negul arată în modul clasic, iar femeia are sub 40 de ani, nu este nevoie de o biopsie. Dacă negul este pigmentat (întunecat), ulcerat sau arată atipic, femeia are peste 40 de ani sau un sistem imunitar compromis (ia medicamente imuno-supresoare pentru un viitor transplant sau pentru artrită), dacă negul reapare după tratament sau dacă tratamentul nu este eficient, atunci biopsia este necesară pentru a elimina posibilitatea de precancer sau cancer. Negii din jurul anusului (negi perineali) ar trebui evaluați de un medic care poate face anoscopie (verifică anusul) pentru a vedea dacă prezinți negi interni care trebuie tratați.

Negii genitali se pot vindeca singuri, deci poți adopta o abordare de tipul „să așteptăm să vedem ce se întâmplă“. Dacă negii există de un an sau mai mult, remisia spontană nu este probabilă. Există multe terapii diferite, dar niciuna nu s-a dovedit superioară. Alegerea tratamentului depinde de mulți factori, inclusiv de numărul și de dimensiunea negilor, de costuri, de riscul sarcinii și de preferința pacientului.

Opțiunile de tratament se împart în cele aplicate de pacient (aplicarea medicamentului se face acasă) și în cele aplicate de medic.

Dintre terapiile aplicate de pacient menționăm:

- **IMIQUIMOD:** stimulează sistemul imunitar pentru a lupta cu negii. Crema cu concentrație de 5% se aplică de trei ori pe săptămână, iar cea cu concentrație de 3,75% se aplică zilnic pe negi, timp de 16 săptămâni. Zona pe care s-a aplicat tratamentul se spală după șase-zece ore. Efectele adverse pot consta în iritarea sau înroșirea pielii și în apariția ulceratiilor. Nu este nicio problemă dacă medicamentul ajunge pe zona neafectată. Nu există date de siguranță pentru sarcină, dar expunerea accidentală probabil că prezintă risc scăzut. Se pare că Imiquimod este opțiunea cea mai bună dintre cele aplicate de pacient, atunci când apar mulți negi.
- **PODOFILOTOXINA:** blochează abilitatea de replicare a ADN-ului de HPV (de a face mai multe copii). Este caustică, adică irită pielea din jur, deci este important să o aplici exact pe negi. Se aplică pe negi o soluție (cu un tampon de bumbac) sau un gel (cu degetul), de două ori pe zi, timp de trei zile, urmate de o pauză de patru zile. Acest ciclu poate fi repetat de patru ori. Există o limită pentru cantitatea pe care o poți folosi zilnic: 0,5 mililitri. Cel mai bine ar fi ca prima dată aplicarea tratamentului să o facă medicul și astfel vei vedea exact ce trebuie să faci și vei ști că nu ratezi niciun neg. Nu trebuie să fie folosit în cazul unei sarcini, pentru că poate provoca malformații.
- **SINECATECHINE:** este un extract de ceai verde și se aplică pe fiecare neg de trei ori pe zi, timp de 16 săptămâni. Înroșirea, arsura și ulceratiile sunt efecte secundare. Nu este recomandat persoanelor cu HIV, care sunt compromise din punctul de vedere al sistemului imunitar sau care au herpes genital. Nu se știe dacă este sigur în cazul femeilor însărcinate.

Terapiile administrate de medic pentru negii genitili includ următoarele:

- **CRIOTERAPIA:** nitrogen lichid sau o substanță specială care îngheață negii. Ciclurile de îngheț și de dezgheț determină celulele infectate cu virus să moară. De obicei, acest proces are loc în cabinetul medical.

Anestezia locală (injecții) ajută la reducerea durerii, dacă este nevoie, deși, în general, procedura este tolerată bine și fără anestezie. Este posibil să fie nevoie de mai multe sesiuni de tratament.

- **ÎNDEPĂRTAREA CHIRURGICALĂ:** negii sunt tăiați cu un bisturiu, cu foarfecă, cu un laser sau electrocauterizați în cabinetul medicului, într-un cabinet chirurgical sau într-o sală de operații, în funcție de mărimea și de numărul negilor care trebuie îndepărtați. Avantajul operației este că un specimen poate merge la patolog pentru a elimina posibilitatea de precancer sau cancer. Dezavantajele sunt durerea, care implică o potențială nevoie de anestezie, sângerarea și cicatrizarea, dacă procedura nu este efectuată corect sau dacă există complicații. Este și cea mai scumpă opțiune.
- **ACIDUL TRICLORACETIC (TCA) ȘI ACIDUL BICLORACETIC (BCA):** distrug chimic proteinele din negi. Sunt foarte caustici și trebuie să se aplice doar pe negi. Se aplică o cantitate minusculă, de obicei cu partea de lemn a unui bețișor cu tampon de bumbac sau chiar cu o scobitoare și se lasă să se usuce. Țesutul se va albi pentru ca medicul să vadă că a tratat doar negul. Dacă substanța ajunge pe piele, trebuie spălată imediat. Avantajul este că acest tratament este foarte ieftin și poate fi folosit în timpul sarcinii, iar dezavantajul este că sunt necesare aplicații săptămânale, iar dacă nu se efectuează corect, poate provoca înroșirea și apariția veziculelor pe pielea din jur.

De reținut:

- Riscul de cancer cervical este reprezentat de eșecul de a elimina tulpinile de HPV care pot fi oncogene și care pot determina cancer.
 - Testele pentru cancerul cervical încep de la vârsta de 21 de ani.
 - Nu este recomandată testarea pentru virusurile cu riscuri reduse, iar testarea pentru virusurile cu riscuri ridicate trebuie efectuată după vârsta de 25 de ani.
 - Încă nu se cunoaște care ar fi testarea optimă pentru cancerul anal.
 - HPV poate persista pe jucăriile sexuale, chiar și după ce sunt curățate.
-

CAPITOLUL 27

Herpesul vaginal (HSV)

Există peste o sută de tipuri diferite de virusuri herpetice, însă doar opt pot provoca infecții oamenilor. Două se transmit pe cale sexuală: virusul herpes simplex 1 (HSV 1) și virusul herpes simplex 2 (HSV 2).

Una dintre caracteristicile definitorii ale virusului herpes este abilitatea de a stabili latența, ceea ce înseamnă că după infecția inițială nu elimini virusul, ci mai degrabă acesta se ascunde în celule, iar reactivarea poate fi declanșată în timp.

Ideea de latență, un virus care hibernează în țesuturi, deranjează multe persoane, dar acest caz nu se limitează la HSV 1 sau HSV 2. Varicela (virusul *Varicella Zoster*) și infecțiile mononucleoze (virusul Epstein Barr sau EBV) sunt tot virusuri de herpes care provoacă infecții ce pot fi reactivate mai târziu. În cazul varicellei, reactivarea va fi sub formă de herpes zoster dureros. Reactivarea EBV nu provoacă simptome; oamenii pur și simplu au un virus bucal și nici nu sunt conștienți de acest fapt. Aproape toți oamenii au unul sau mai multe virusuri în corp.

În cazul HSV 1 și HSV 2, infecția începe din piele. Din punctul de vedere al tractului genital, infecția se poate localiza pe vulvă, în vagin sau chiar în anus. Virusul intră prin traume microscopice. Este mai probabil ca femeile să dobândească herpes prin contact sexual decât bărbații, pentru că femeile suferă mai multă microtraumă în timpul sexului heterosexual, iar mucoasa (pielea) vaginului este mai susceptibilă la infecții decât penisul.

Virusul HSV intră prin piele și începe să se replice sau să se reproducă, făcând mai multe copii virale. Câteodată, aceasta provoacă vezicule sau ulcerații, un semn vizibil și dureros al infecției, dar sunt și cazuri în care infecția inițială nu provoacă simptome. Virusul se reproduce singur și odată ce este stabilită, infecția intră în nervi și călătorește prin nerv până la corpul celulei, care de fapt este aproape de măduva spinării, unde rămâne latent. De aceea, infecția inițială și reactivarea sau herpesul sunt dureroase și nervul este inflammat.

În cazul reactivării, virusul călătorește înapoi pe nerv, producând mai multe copii. Când virusul se reproduce, ești contagioasă, iar acest proces se numește răspândire virală. Reactivarea poate provoca vezicule dureroase sau ulceratii aproape de locul original al infecției, dar este posibil și să nu prezinte simptome și să aibă loc doar răspândirea virală.

Este important să înțelegem infecțiile inițiale și reactivarea, pentru că prima dată când ai o ulceratie (durere) nu înseamnă că aceasta este prima infecție, ci că este prima infecție observabilă. Prima ulceratie poate fi o infecție nouă, dar poate fi și prima reactivare vizibilă a virusului dobândit în urmă cu câteva luni sau chiar cu câțiva ani. Nu este posibil doar privind rana să stabilești dacă este o infecție inițială sau o reactivare a uneia mai vechi.

Informații de bază despre HSV 1 și HSV 2

Se credea că HSV 1 poate infecta doar gura și HSV 2 doar organele genitale, dar acum știm că aproape 50% dintre infecțiile cu herpes genital din America de Nord sunt provocate de HSV 1. Probabil că asta se întâmplă deoarece din ce în ce mai puține persoane sunt expuse la HSV 1 în timpul copilăriei și astfel prima lor expunere poate avea loc în timpul sexului oral receptiv, și nu la creșă sau la locul de joacă (majoritatea copiilor au secreții orale).

Dacă contractezi HSV 1 oral în copilărie sau înainte de a deveni activ sexual, nu vei face HSV 1 genital pentru că ai anticorpi care te protejează. Există doar două situații în care oamenii pot avea HSV 1 și oral, și genital. Prima situație este atunci când ai contact oral și genital, când ești expus, deci când gura și organele genitale contractează infecția în același timp. Celălalt scenariu are loc în timpul infecției inițiale, înainte ca anticorpii să se dezvolte, când, tehnic vorbind, poți împrăștia infecția la celelalte părți ale corpului, iar asta se numește autoinoculație.

HSV 1 preferă gura. În timp ce veziculele recurente ale herpesului oral sunt comune, erupțiile dureroase ale HSV 1 din zona genitală nu sunt foarte răspândite. Acesta este unul dintre motivele pentru care este util să cunoști tipul de herpes genital pe care l-ai putea avea: dacă știi că erupțiile au fost provocate de HSV 1, atunci este puțin probabil să reapară și la fel de puțin probabile sunt recurențele în care răspândești virusul, deci transmiterile genitale de HSV 1 nu sunt comune. Există unele studii care sugerează că în

cazul HSV 1 este mai probabil să apară o ulcerăție genitală vizibilă decât în cazul infecției cu HSV 2.

Chiar dacă ai avut o infecție anterioară cu HSV 1, fie ea orală sau genitală, aceasta nu te protejează împotriva HSV 2. Deși, dacă ai avut HSV 1 înainte de a fi contractat HSV 2, există mai puține șanse de a face erupții dureroase (vizibile) de la HSV 2, dar tot vei răspândi virusul. Deci, dacă ai HSV 1, se reduce severitatea în cazul contractării HSV 2.

Câți oameni au herpes?

La nivel mondial, aproape 67% din populație are anticorpi pentru HSV 1, adică dovezi ale unei infecții anterioare (prevalență). În America de Nord, această cifră este în jur de 50%. Prevalența globală la anticorpii de HSV 2 este de 11%, dar este aproape dublă la femei față de bărbați (15% versus 8%). În SUA, 15,5% dintre persoanele cu vârsta între 14 și 49 de ani au anticorpi pentru HSV 2, 20,9% dintre femei și 11,5% dintre bărbați. Acest număr pare să scadă în timp, în principal printre populațiile cu cel mai bun acces la îngrijirea medicală preventivă.

Care sunt consecințele infectării cu herpes genital?

Majoritatea celor care sunt pozitivi pentru herpes, 80% dintre aceștia, nici nu știu asta. Inflamația clasică a herpesului este o veziculă care ulcerează și care apoi face o crustă. Pot apărea noduli limfatici umflați în zona inghinală, dureri ale mușchilor și temperatură crescută. Totuși, multe persoane, în special femeile, nu au niciodată dureri, iar dacă acestea apar, sunt localizate vaginal și simptomele sunt interpretate greșit, ca alt tip de infecție. Inflamațiile sau leziunile herpesului pot fi greșit diagnosticate, cum ar fi să fie considerate drept păr crescut în piele.

Deși inflamația înseamnă că există o infecție activă – adică se produc virusuri noi care pot fi transmise –, virusul este produs din când în când și atunci când nu există inflamații, iar asta se numește răspândire. Așa se transmite, de obicei, herpesul, pentru că majoritatea persoanelor nu fac sex în timpul unei inflamații active, fiind dureros. Răspândirea are loc mai des în cazul HSV 2 decât HSV 1. În general, riscul transmiterii sau contractării herpesului în cadrul unei relații heterosexuale fără prezervativ este de aproximativ 10% pe an.

O consecință importantă a infecțiilor cu HSV 2 la femei este riscul crescut de contractare a HIV în cazul expunerii. Ruperea pielii ulceratei face parte din risc, dar chiar și răspândirea HSV 2 poate provoca schimbări locale, care cresc șansele de contractare a HIV în cazul expunerii.

Femeile cu HSV genital au probleme „personalizate” în timpul sarcinii. Dacă o femeie răspândește virusul în timpul nașterii vaginale, nou-născutul poate dobândi herpes neonatal. Există aproximativ 1 500 de cazuri pe an în SUA și 50% dintre nou-născuții afectați dezvoltă o infecție serioasă ce implică sistemul nervos. Chiar și cu o terapie agresivă, pot exista consecințe devastatoare, chiar și decesul.

Aproape 75% dintre cazurile de herpes neonatal au loc printre femeile care iau herpes genital în timpul sarcinii, iar restul sunt provocate de reactivări și infecții anterioare. Există strategii pentru minimalizarea acestui risc, dar nici acesta nu face subiectul acestei cărți, pentru a-l dezbate mai pe larg. Dacă ai istoric de herpes genital, spune-i medicului ginecolog, medicului de familie sau moașei și raportează orice simptome genitale care apar în timpul sarcinii, pentru a fi evaluată și tratată corespunzător.

Diagnosticarea herpesului

Diagnosticul clinic înseamnă că medicul se uită la inflamație și spune: „Pare a fi herpes.” Adesea, acest diagnostic nu este exact, fiind recomandată recoltarea unei probe a leziunii cu un tampon (o să doară, dar nu durează decât câteva secunde). Testul cel mai comun este unul de acid nucleic (ADN), care este foarte exact. Cultura este o opțiune, dar poate rata virusul, mai ales dacă inflamația a început să formeze o crustă. Și testul de acid nucleic, și cultura pot face diferența dintre HSV 1 și HSV 2. Este un aspect important. Dacă ai HSV 1, este mult mai puțin probabil să ai leziuni recurente și răspândire virală decât în cazul HSV 2.

Analizele de sânge identifică anticorpilor, adică îți vor spune dacă ai mai avut infecții. Instrucțiunile variază mult, unele organizații medicale fiind împotriva testării, iar Centrele de control și prevenire a bolilor (CDC) au o poziție neutră și afirmă că testele de sânge pot fi doar luate în considerare.

Testele pentru anticorpilor de herpes trebuie să determine tipurile, adică să fie capabile să diferențieze între anticorpilor pentru HSV 1 și HSV 2. Pe piața din

SUA există mai multe teste (două dintre ele sunt HerpeSelect și UniGold HSV 2). Standardul de aur se numește Western Blot și este oferit la Universitatea din Washington.

Există două tipuri de anticorpi la herpes, IgM și IgG. Anticorpul IgM se dezvoltă repede după o infecție, iar anticorpul IgG le poate lua și câteva luni să se multiplice. Nu există teste sigure de IgM pentru herpes, deci nu ar trebui solicitate niciodată.

Decizia de a cere un test de sânge depinde de cum tu și/sau medicul tău veți acționa în funcție de rezultate. Cum îți vor schimba rezultatele activitatea zilnică? Scenariile în care testele de sânge pot fi utile ar fi:

- O ULCERAȚIE GENITALĂ RECURENTĂ CARE ÎNTOTDEAUNA DISPARE CHIAR ÎNAINTE DE PROGRAMARE: dacă testele de sânge IgG pentru HSV 2 sunt negative, atunci cel mai probabil nu este herpes. Trebuie doar să reții că atunci când testul este pozitiv nu înseamnă neapărat că este herpes.
- PARTENERUL SEXUAL ÎȚI SPUNE CĂ ARE UN ISTORIC DE HERPES GENITAL: dacă rezultatele sunt negative pentru HSV 2, cum le vei interpreta? Îi vei cere partenerului să ia măsuri pentru a reduce riscul de a-ți transmite virusul?
- DACĂ AI O ULCERAȚIE NOUĂ ȘI TESTUL DE ACID NUCLEIC (ADN) ESTE POZITIV PENTRU HSV 2: chiar trebuie să știi sigur dacă această infecție este una nouă. Dacă testul de sânge este negativ pentru HSV 2, atunci este probabil să fi contractat virusul relativ recent.
- TREBUIE SĂ ȘTII: dacă testul pentru HSV 1 este pozitiv, asta nu înseamnă că herpesul este oral sau genital. Dacă testul pentru HSV 2 este pozitiv, atunci clar herpesul este genital. Le vei transmite această informație partenerilor tăi? Vei insista să folosești prezervativul? Vei lua medicamente antivirale pentru a reduce riscul de a transmite herpesul altor persoane?

Tratamentul

Există trei medicamente dintre care poți alege și care sunt foarte asemănătoare: aciclovir, famciclovir și valaciclovir. Există un risc foarte scăzut de rezistență printre persoanele cu HIV negativ.

La primele erupții ale herpesului, adică prima dată când ai o inflamație, opțiunile sunt următoarele:

- Aciclovir 400 de miligrame oral de trei ori pe zi, timp de 7–10 zile
- Aciclovir 200 de miligrame oral de cinci ori pe zi, timp de 7–10 zile
- Valaciclovir 1 gram oral de două ori pe zi, timp de 7–10 zile
- Famciclovir 250 de miligrame oral de trei ori pe zi, timp de 7–10 zile

Aceste medicamente pot fi luate și în timpul erupțiilor recurente, dar tratamentul trebuie să înceapă cu o zi înaintea stabilirii leziunii sau în timpul mâncărimii sau arsurii de dinainte de erupție. Astfel se reduce durata leziunii cu aproape 24 de ore. Există multe regimuri diferite, între una și cinci zile, în funcție de medicament și de doză.

În loc să aștepti recurențele, există opțiunea terapiei suprimării, adică să iei un medicament în fiecare zi. Această strategie reduce erupțiile cu 70-80% și răspândirea și riscul transmiterii cu aproape 50%.

Dozele pentru suprimare sunt următoarele:

- Aciclovir 400 de miligrame oral de două ori pe zi
- Valaciclovir 500 de miligrame oral o dată pe zi (este posibil să fie mai puțin eficient, dacă ai zece sau mai multe erupții pe an)
- Valaciclovir 1 gram oral o dată pe zi
- Famciclovir 250 de miligrame oral de două ori pe zi

Alte strategii de prevenție sunt prezervativele, care protejează mai mult femeile decât bărbații. Utilizarea susținută a prezervativelor poate diminua în fiecare an cu până la 300 000 cazurile noi de HSV 2 din rândul femeilor. Îndepărtarea părului pubian este asociată cu o creștere a infecțiilor genitale cu HSV.

Consecințele emoționale

Una dintre cele mai dificile conversații avute cu un pacient este atunci când trebuie să îi comunici diagnosticul de herpes genital. Multe femei simt că au fost stigmatizate, deci este important să iei în considerare stările pe care le poți avea la aflarea unui rezultat pozitiv atunci când faci un test de sânge.

Studiile arată că, după ce trece șocul, majoritatea femeilor rămân cu anumite sechele emoționale pe termen lung. Cele mai multe femei sunt asigurate că herpesul nu determină cancerul, că inflamațiile recurente sunt comune și că există medicamente pentru a reduce erupțiile, precum și strategii de a reduce riscul transmiterii și de a minimaliza orice pericol din timpul sarcinii.

Mereu subliniez faptul că atunci când vedem pe cineva pe stradă cu o inflamație, foarte probabil provocată de HSV 1, nu arătăm toți cu degetul și strigăm: „Este un proscris!“ Cei mai mulți nu se gândesc la nimic, dar dacă o fac, adesea tot ce pot spune este un scurt sau un empatic: „Vai!“

De reținut:

- HSV 1 poate provoca și herpes oral, și genital, recurențele de HSV 1 în zona genitală nefiind comune.
 - 20% dintre femeile din SUA au anticorpi pentru HSV 2, care provoacă doar infecții genitale.
 - 80% dintre persoanele cu rezultate negative pentru HSV 2 nu au avut niciodată inflamații.
 - Cele mai serioase consecințe ale herpesului genital sunt riscul crescut de transmitere HIV și riscul transmiterii în timpul nașterii vaginale.
 - Medicamentele antivirale sunt eficiente în reducerea erupțiilor și a limitării transmiterii.
-

CAPITOLUL 28

Gonoreea și chlamydia

Gonoreea (*Neisseria gonorrhoeae*) și chlamydia (*Chlamydia trachomatis*) sunt infecții bacteriene cu transmitere sexuală (ITS). Chlamydia este cel mai des raportată boală infecțioasă din SUA, iar gonoreea este a doua – există aproximativ 1,6 milioane de cazuri de chlamydia declarate în fiecare an la Centrele de control și prevenire a bolilor (CDC) și încă 1 milion de cazuri care probabil că rămân nedetectate. Chlamydia este mai des întâlnită la persoanele tinere, două treimi dintre cazurile noi apar la persoanele cu vârsta între 15 și 24 de ani, iar CDC estimează că 1 din 20 de femei active sexual, de 24 de ani sau mai tânără, are chlamydia. Există mai puține cazuri de gonoree, peste 500 000 pe an, dar din nefericire și numărul lor este în creștere. În 2018, existau cu 20% mai multe cazuri decât în 2016.

În SUA, există rate disproporțional mai mari printre femeile de origine africană decât prin rândul femeilor albe – de 17 ori mai mari. Se crede că această diferență ar fi din cauza inegalităților sociale și economice care afectează accesul la produsele de îngrijire și la sistemul de sănătate.

Gonoreea și chlamydia pot trăi doar în tipuri speciale de celule ale pielii (epiteliu), numite celule columnare și tranzitionale. Aceste celule se află în cervix, în glandele din orificiul vaginal, în uretră și în rect. De aceea, după o histerectomie, dacă cervixul este îndepărtat, infecțiile vaginale au foarte puține șanse de dezvoltare, iar un test pozitiv va proveni cu siguranță din uretră sau din glandele din orificiul vaginal. Celulele columnare se găsesc și în gât, deci sunt posibile și infecțiile orale, și în pleoape, așa că un nou-născut poate contracta infecții oculare în timpul nașterii.

Femeile au șanse foarte mari de a se infecta cu gonoree dacă sunt expuse – riscul transmiterii de la un partener masculin este de 50–70% per episod de sex vaginal. Posibilitatea transmiterii de la femei la bărbați în cazul sexului vagin–penis este de aproximativ 20% per act sexual. Felația (sexul oral oferit unui bărbat) este un mod mai eficient de transmitere decât cunnilingusul (sexul oral

oferit unei femei). Nu este cunoscut riscul transmiterii de gonoree între femei prin joaca cu degetele sau prin folosirea aceluiași jucării sexuale.

Statisticile pentru transmiterea chlamydiei nu sunt cunoscute, pentru că există multe persoane infectate, dar care nu au simptome. Cea mai bună estimare ar fi de aproape 10% per act sexual prin contact vagin–penis, rata de infectare a femeilor fiind probabil mai mare decât cea de infectare a bărbaților. De asemenea, este mai probabil ca femeile să ia chlamydia orală prin felație decât prin cunnilingus. Un studiu care analizează femeile de 24 de ani sau mai tinere (cu cel mai mare risc de chlamydia) a descoperit rate egale de infectare printre femeile care fac sex cu bărbați și femeile care fac sex cu femei.

Chlamydia poate fi mai ușor de transmis prin expunerea la secreții. Deși se crede că sexul anal este cel care transmite chlamydia în rect, s-a constatat, pe baza studiilor, că această transmitere are loc din cauza contaminării cu secreții din cervix care ajung pe piele și care sunt împinse spre anus odată cu ștergerea. Și nou-născuții pot contracta chlamydia vaginală sau rectală, în timpul nașterii, de la expunerea la secrețiile vaginale.

Ce simptome provoacă gonoreea și chlamydia?

De regulă, niciunul și de aceea este atât de important să te testezi. Unele femei pot avea o iritație sau o arsură vaginală, mai mult în cazul gonoreei decât în cazul chlamydiei, dar chiar și atunci doar 20% dintre femeile cu gonoree au simptome. Unele femei pot avea secreții abundente, vâscoase, verzui sau galbene, care arată precum puroiul, pentru că asta și este (puroiul este o secreție plină cu leucocite). Chlamydia poate provoca și o inflamație ușoară a cervixului, care poate fi depistată după sexul penetrant.

Dacă nu sunt tratate, gonoreea și chlamydia pot provoca boala inflamatorie pelviană sau anexita (BIP), o infecție serioasă a uterului și a trompelor uterine. Consecințele BIP includ cicatrizarea trompelor uterine, ceea ce poate duce la sarcini ectopice (tubare), infertilitate și infecții pelviene care cresc riscul durerilor pelviene cronice. Chlamydia este adesea asimptomatică, adică poate provoca inflamarea cervixului și infertilitate, fără a da niciun semnal prevestitor.

Cine poate fi testat pentru gonoree și chlamydia?

Femeile active sexual și în jurul vârstei de 24 de ani pot fi testate în fiecare an, pentru că tratarea din timp a infecțiilor reduce riscul unor infecții pelviene severe. Aceste teste sunt dedicate tuturor femeilor heterosexuale, bisexuale, lesbiene sau trans. Bărbații transsexuali care fac sex vaginal trebuie testați și ei.

În general, incidența pentru gonoree și chlamydia scade după vârsta de 24 de ani, chiar și în rândul populației cu risc crescut. Asta nu înseamnă că nu mai apare, dar depinde de modul în care femeile de peste 24 de ani fac sex. Celulele columnare din cervix, care sunt supuse riscului de infecție, sunt mai proeminente la tinere (ceea ce se numește ectropion), deci poate fi mai ușor, din punct de vedere biologic, ca o femeie mai tânără să fie infectată cu gonoree și chlamydia în cazul expunerii.

Femeile de peste 24 de ani sau cu un nou partener în ultimul an, cele care au avut mai mulți parteneri în ultimul an și cele care au mai avut chlamydia sau gonoree ar trebui testate. Unii experți sugerează ca femeile active sexual, cu vârsta de 19 ani sau mai puțin, să fie testate la fiecare șase luni. Femeile însărcinate trebuie testate, pentru că ambele afecțiuni, chlamydia și gonoreea, sunt asociate cu anumite complicații apărute în timpul sarcinii și cu probleme ale copilului după naștere.

Pentru că gonoreea și chlamydia sunt asociate cu alte ITS (tind să vină la pachet), dacă ai rezultate pozitive, ar fi o idee bună să te testezi pentru sifilis, tricomoniază și HIV, asigurându-te că testele cervicale sunt la zi.

Pot afla când am luat chlamydia sau gonoree?

Toată lumea vrea să știe răspunsul la această întrebare. Perioada de incubație, adică timpul trecut de la expunere la un test pozitiv pentru gonoree sau chlamydia, nu este cunoscută.

Există chlamydia latentă?

Multe femei care provin din relații heterosexuale întreabă în mod special cât timp este posibil să aibă rezultate pozitive pentru chlamydia, fără a avea simptome? Se pare că această întrebare nu apare la fel de des în cazul gonoreei, probabil pentru că 80–85% dintre bărbații cu gonoree au simptome, versus 30% dintre bărbații cu chlamydia.

Nu există multe studii pe care să ne putem baza și care să ne spună cât de mult timp poate o femeie să aibă chlamydia fără să știe asta, pentru că nu ar fi etic un astfel de studiu. Extrăgând date din alte studii mai vechi, cercetătorii au tras următoarele concluzii (supoziții medicale) în ceea ce privește numărul femeilor care au rezultate pozitive pentru chlamydia și care nu sunt tratate: 50% la un an, 17% la doi ani, 8% la trei ani și 5% la patru ani.

Este posibil și ca această chlamydia să reprezinte o infecție nouă și ca cineva să fi avut o relație sexuală în afara relației oficiale. În relațiile presupus monogame și heterosexuale, aproximativ 23% dintre bărbați și 19% dintre femei recunosc că nu au fost fideli sexual.

Nu este posibil de aflat dacă o infecție cu chlamydia a fost dobândită recent sau în urmă cu câteva luni. Depinde de tine cum interpretezi rezultatele în contextul statisticilor infidelității.

Cum mă pot testa?

Testele pentru gonoree și chlamydia reprezintă teste de acid nucleic (ADN). Pot fi efectuate din urină, dintr-o mostră colectată în timpul examinării pelviene (cu un dilatator) și chiar cu un tampon vaginal colectat de tine.

Doar unele teste pot fi folosite pentru rect. Dacă ai făcut doar sex anal receptiv, informează medicul, pentru a se asigura că faci testele corespunzătoare.

Care este tratamentul pentru chlamydia?

O singură doză de 1 gram de antibiotic azitromicină sau de 100 de miligrame de doxiciclină de două ori pe zi, timp de șapte zile, sunt cele două tratamente potrivite. Dacă aceste medicamente nu sunt accesibile pentru tine sau dacă nu le poți lua din alte motive, CDC are instrucțiuni și pentru alte opțiuni.

Care este tratamentul pentru gonoree?

În cazul acesta, lucrurile sunt mai complicate, deoarece gonoreea este maestru la dezvoltarea rezistenței la antibiotice. De când antibioticele pe bază de sulfamidă au fost introduse pe piață pentru prima dată, în anii '30, gonoreea a învins multe clase ale acestora, inclusiv medicamentele cu sulfamide, penicilină, tetraciclină, unele tipuri de cefalosporine și chinolone. Apariția rezistenței a fost adesea rapidă: mai puțin de 20 de ani în cazul anumitor clase

de antibiotice. Ritmul cu care gonoreea învinge antibioticele depășește cu mult abilitatea noastră de a dezvolta clase noi de antibiotice.

Momentan, avem foarte puține opțiuni de tratament pentru gonoree. Este important de știut ce funcționează local, pentru că marjele de rezistență pot varia de la țară la țară. În SUA, tratamentul recomandat este o injecție cu 250 de miligrame de ceftriaxonă și o doză unică de 1 gram de azitromicină orală, de preferat ambele în aceeași zi, una după alta. Dacă ceftriaxona nu este disponibilă, poate fi înlocuită cu o doză de 400 de miligrame de cefixim, dar acesta are o rată de vindecare mică, deci nu este de preferat.

Monitorizare

Nu este indicat actul sexual timp de șapte zile după terminarea tratamentului pentru gonoree și chlamydia. Partenerii sexuali din ultimele 60 de zile ar trebui tratați, iar dacă aceștia nu există, trebuie tratat ultimul partener sexual. În unele state, terapia la distanță, rapidă de chlamydia pentru partener, adică oferirea prescripțiilor pentru partener, este legală și recomandată. Expunerea la gonoree impune controlul medical.

Testele de acid nucleic pentru gonoree și chlamydia pot fi pozitive până la 14 zile de la finalizarea tratamentului, deci nu este indicată reluarea testelor în această perioadă. Este recomandată retestarea după trei luni, pentru a te asigura că nu există o reinfectare.

De reținut:

- Femeile active sexual cu vârsta sub 25 de ani prezintă risc mai mare pentru gonoree și chlamydia.
- Gonoreea poate provoca secreții abundente sau arsură în timpul urinării, dar doar 20% dintre femei au simptome.
- Un simptom al chlamydiei îl pot reprezenta scurgerile după actul sexual.
- Deoarece simptomele nu sunt comune nici în cazul gonoreei, nici în cazul chlamydiei, iar infecțiile netratate au consecințe serioase, testările sunt esențiale.

- Rezistența gonoreei este o problemă semnificativă, iar opțiunile de tratament sunt limitate.
-

CAPITOLUL 29

Tricomoniaza

Tricomoniaza este o infecție provocată de un protozoar, adică un animal microscopic unicelular, oficial cunoscut ca *Trichomonas vaginalis*, dar pe scurt este numit „tric“.

Trichomonas are cinci codițe numite flagele, care îl ajută să se miște, așa că la microscop arată oarecum ca un mic calamar. Nu este parazit, pentru că se reproduce în afara celulelor umane, dar este o infecție parazitară, pentru că se hrănește cu nutrienții gazdei – în acest caz, zahărul stocat, glicogenul din vagin. Se atașează de celule cu un cârlig din coadă și provoacă o reacție inflamatorie intensă.

Trichomonas este adaptat în mod unic pentru vagin, nu poate infecta gura sau anusul, deși poate infecta uretra (la bărbați, infectează uretra și prostata). Are nevoie de un pH mare pentru a trăi și pentru a crește. În mod normal, pH-ul vaginului este de 3,5–4,5, deci o creștere a pH-ului, de exemplu, prin intermediul unei infecții vaginale, precum vaginoza bacteriană sau nivelul scăzut de estrogen, poate facilita infecția cu *Trichomonas*, în cazul expunerii.

Cât de des întâlnești tricomoniază?

Aceasta nu este o infecție raportabilă, deci incidența reală nu este cunoscută. La nivel mondial, aproximativ 8% dintre femei sunt infectate, deși în unele comunități ponderea poate ajunge la 20%. În SUA, aproximativ 2-3% dintre femeile de vârstă reproductivă (14–49 de ani) au rezultate pozitive pentru tricomoniază.

Incidența (noile cazuri) majorității afecțiunilor ITS scade odată cu vârsta, dar aceasta nu se aplică și tricomonizei. După cum era de așteptat, ratele sunt mari în rândul adolescentelor și tinerelor (între 15 și 24 de ani) și apoi scad sistematic, dar ceea ce face tricomoniază atipică este un apogeu în rândul femeilor de peste 40 de ani. O ipoteză este aceea că nivelul de estrogen începe să scadă și pH-ul începe să crească, deci este mai ușor să se infecteze cu *Trichomonas* în cazul expunerii. Bărbații trans care fac sex vaginal vor fi expuși

unui risc crescut dacă iau testosteron, pentru că vor avea un nivel redus de estrogen.

Care sunt simptomele tricomoniazii?

Incubația, adică timpul scurs de la expunere la stabilirea infecției, este de 4 până la 24 de zile.

Cel mai des întâlnite simptome ale tricomoniazii sunt secrețiile galben-verzui, durerea din timpul urinării, mirosul, mâncărimea și iritația (a vulvei sau a vaginului). Unele femei pot fi atât de inflamate, încât să sângereze puțin din pereții vaginali, sub formă de scurgere. Cele mai comune simptome ale tricomoniazii sunt întâlnite și la multe alte afecțiuni, deci nu sunt specifice, adică este foarte dificil de stabilit pe baza simptomelor dacă acestea sunt provocate de tricomoniază sau de altceva.

Este important de știut că 85% dintre femeile cu tricomoniază nu au simptome, iar până la șase luni de la expunere doar 40-50% dintre femei au simptome, deci nu ne putem baza pe acestea pentru a identifica tricomoniază. Nu se știe pentru ce perioadă poate fi infectată o femeie cu *Trichomonas* înainte ca rezultatele testelor să fie pozitive.

Care sunt consecințele?

Tricomoniază crește riscul dobândirii altor ITS și al infecțiilor pelviene (afecțiuni pelviene inflamatorii). În mod special, intensitatea inflamației tricomoniazii facilitează transmiterea. În SUA, se estimează că 6,5% dintre infecțiile HIV ale femeilor apar din cauza tricomoniazii.

Tricomoniază mai este asociată și cu nașterea prematură și greutate redusă la naștere.

Când și cum mă testez pentru această afecțiune?

De cele mai multe ori, tricomoniază nu este inclusă în testele ITS de rutină, deci dacă ceri să și se facă toate analizele, întreabă exact ce includ acestea. Nu există recomandări pentru cine ar trebui să fie testat, adică testarea se face și fără a exista simptome. Dacă ai simptome, cum ar fi secrețiile abundente sau cu miros specific, ori dacă observi o inflamație, atunci cu siguranță este recomandată testarea pentru a stabili diagnosticul.

Există mai multe teste pentru tricomoniază, unele mai exacte decât altele, deci contează să știi ce test trebuie să faci.

- ANALIZA LA MICROSCOP: numită și „muntele ud“. Acest test depinde foarte mult de abilități. Medicul ia un tampon-mostră din vagin și analizează secrețiile la microscop. Tricomoniază poate să nu fie depistată în 30–50% dintre cazuri. Dacă se observă o inflamație, atunci trebuie luată în considerare tricomoniază. Chiar dacă muntele ud este negativ, asta nu elimină posibilitatea existenței tricomoniază.
- PH-UL VAGINAL: tricomoniază are nevoie de un pH ridicat pentru a se dezvolta. Există multe cauze pentru creșterea pH-ului, dar este rar întâlnită tricomoniază cu un pH normal. Dacă pH-ul vaginal este normal, există aproximativ 95% șanse să nu fie vorba despre tricomoniază.
- TESTAREA CU AMINE: o mostră de fluid din vagin este amestecată cu hidroxid de potasiu (KOH) și dacă există o creștere excesivă a tipului de bacterii asociat cu tricomoniază, atunci este răspândit un miros ca de pește. Cealaltă cauză a unui test cu amine pozitiv poate fi vaginoza bacteriană (VB, consultă capitolul 30). Un rezultat pozitiv înseamnă că trebuie să fii evaluată în continuare pentru tricomoniază, iar un test negativ înseamnă că este puțin probabil să fie tricomoniază.

Luând în considerare aceste trei teste, dacă medicul consideră că examinarea este normală, că pielea nu s-a înroșit și nu s-a inflammat și că secrețiile vaginale observate la microscop sunt normale, că ai un pH mai mic de 4,5 și rezultat negativ la testul cu amine, atunci este puțin probabil să ai tricomoniază.

Alte teste pentru tricomoniază

Pentru multe femei, testele descrise anterior (muntele ud, pH-ul, testul cu amine și examinarea) sunt opțiuni rentabile de testare. Dacă sunt negative, atunci riscul de tricomoniază este scăzut. Dar nu toți medicii au abilitatea de a efectua un test munte ud și pH. Uneori, aceste teste nu sunt definitive – pH-ul poate fi ridicat fără a se observa tricomoniază la microscop. În cele din urmă, femeile cu risc mare de tricomoniază și cu rezultate negative obținute în cabinetul medicului au nevoie de testări adiționale.

Există câteva moduri foarte exacte de testare pentru tricomoniază, care nu implică un microscop și nici abilitatea unui pH vaginal. Acestea includ următoarele:

- OSOM: un test făcut în cabinetul medical și care durează zece minute. Acesta poate identifica aproape 83% dintre cazurile de tricomoniază. Rezultatele fals-pozitive, adică posibilitatea de a interpreta greșit o infecție, nu sunt comune.
- AFFIRM III: un tampon trimis la laborator, care poate rata 35% dintre cazurile de tricomoniază, dar care dacă are rezultat negativ, atunci este cel mai probabil să nu ai infecția.
- INPOUCH: o cultură care poate rata 20-30% dintre cazuri, pentru că *Trichomonas* este dificil de crescut în laborator. Dacă rezultatul este pozitiv, atunci cu siguranță că ești infectată.
- TESTE PENTRU ACIDUL NUCLEIC: acestea sunt cele mai exacte, dar și cele mai scumpe. Implică preluarea unui tampon din vagin sau din cervix. Momentan, există două astfel de teste pe piață: APTIMA, care testează doar existența tricomoniază, și BD MAX™, care testează și existența candidozei și a VB.
- FROTIU PAPANICOLAU: mostra pe bază de fluid este foarte exactă. Vechea metodă de frotiu Papanicolau, în care celulele sunt puse direct pe lamelă, este mai puțin exactă. În acest scenariu, este recomandat un test adițional de acid nucleic, asta dacă nu faci parte dintr-o populație cu risc crescut de tricomoniază.

Femeile care vor un set complet de teste ITS, dar care nu au simptome, ar trebui să facă un test de acid nucleic, în cazul în care nu primesc un răspuns definitiv. Dacă îți faci griji în ceea ce privește tricomoniază sau dacă vrei să fi testată pentru toate suspiciunile, atunci cea mai bună opțiune este testul de acid nucleic.

Poți lua tricomoniază de pe toaletă sau prin alte activități non-sexuale?

Acesta este un mit urban care spune că tricomoniază se ia de pe vasul de toaletă. Este un mit specific – nu îmi amintesc să fi întrebat cineva de contaminarea cu alte ITS, precum herpes sau gonoree, de pe vasul de toaletă.

Trichomonas poate trăi câteva ore în afara vaginului sau uretrei. Există raportări ale transmiterii între tinerele care folosesc același bazin pentru a-și spăla vulva. Este posibil să se transmită între femeile care împart aceleași vibratoare sau alte jucării sexuale vaginale.

Mitul cu vasul de toaletă este foarte vechi. În 1950, a fost efectuat un studiu în cadrul căruia secrețiile vaginale ale femeilor cu tricomoniază au fost puse pe o suprafață de email (asemănătoare capacului de toaletă) și lăsate la uscat. După o oră, 96% dintre paraziții *Trichomonas* erau încă activi (a fost interpretată ca o modalitate de infectare), iar după trei ore 56% încă erau activi. Abia după șapte ore nu a mai fost identificat niciun *Trichomonas* activ. Nu se știe dacă se poate provoca o infecție în acest mod, pentru că orificiul vaginal și uretra nu intră în contact cu vasul de toaletă.

Un studiu sugerează că *Trichomonas*, introdus în 500 de mililitri de apă clorurată dintr-o piscină comună, poate fi viabil timp de mai multe ore, deși, având în vedere volumul diluării în piscină (sau într-un râu), înotatul alături de o persoană infectată nu pare o metodă probabilă de transmitere.

Au existat raportate cazuri ale unor femei care au transmis fiicelor *Trichomonas* în timpul nașterii, dar asta presupune, cel mai probabil, expunerea directă la fluidul vaginal.

Dacă nu ai fost activă sexual și ai fost diagnosticată cu tricomoniază, este important să ții minte că în cazul multor metode de testare pot exista rezultate fals-pozitive. Șansa ca un test să fie fals-pozitiv este mai mică de 1%, în cazul testelor cu acid nucleic, și 0%, în cazul culturilor.

Tratament și monitorizare

Tratamentul recomandat este acela cu antibiotice, fie metronidazol 2 grame, administrat oral într-o singură doză, sau tinidazol 2 grame, administrat oral într-o singură doză. Ultimul antibiotic poate fi mai eficient și mai bine tolerat în ceea ce privește grețurile, dar este și mai scump. O altă opțiune este metronidazol 500 de miligrame oral, de două ori pe zi, timp de șapte zile. Metronidazolul aplicat local nu funcționează. În timpul tratamentului trebuie evitat consumul de alcool.

Partenerii sexuali trebuie tratați și ei, iar dacă trăiești într-o regiune în care terapia la distanță pentru partener este o opțiune (adică prescrierea de

antibiotice pentru partener), atunci întreabă medicul despre asta. Această terapie ajută la prevenirea reinfectării de la partenerii sexuali. Evită actul sexual timp de șapte zile după terminarea tratamentului. În plus, nu folosi vibratoare sau jucării sexuale pe care le-ai utilizat când aveai infecții, până când nu le cureți adecvat.

Numărul de cazuri de tricomoniază rezistentă este tot mai mare, deci dacă simptomele persistă după tratament, trebuie să te testezi din nou. Testele pentru acidul nucleic nu pot fi repetate mai devreme de 14–21 de zile după tratament, pentru că pot ieși fals-pozitive. Este recomandată retestarea după trei luni, pentru a te asigura că nu există o reinfectare. În urma unui studiu, s-a stabilit că 17% dintre femei au fost reinfectate după trei luni.

Dacă în urma tratamentului rezultatele sunt pozitive, există două posibilități: tratamentul a funcționat, dar ai fost reinfectată, sau ai un tip de tricomoniază rezistentă la antibiotice. Dacă tu și medicul tău sunteți siguri că nu este vorba despre o reinfectare, CDC are recomandări specifice pe care trebuie să le urmeze medicii și să vă trimită la un specialist în gestionarea tricomoniazăi mai dificil de tratat.

De reținut:

- Aproximativ 3% dintre femeile din SUA, cu vârsta între 14 și 49 de ani, au tricomoniază.
 - Spre deosebire de alte ITS, riscul de dobândire a tricomoniazăi crește pentru femeile de peste 40 de ani.
 - Tricomoniază poate provoca secreții abundente și/sau iritante, dar în multe cazuri nu este simptomatică.
 - Adesea, tricomoniază nu este inclusă în testele ITS de rutină, deci dacă vrei să fii testată, solicită asta în mod specific.
 - Deși din punct de vedere tehnic este posibil să te infectezi cu *Trichomonas* din activități non-sexuale, este nevoie de contact foarte apropiat, ud, precum utilizarea la comun a unui bazin pentru spălarea vulvei.
-

CAPITOLUL 30

Pediculoza pubiană

Păduchii pubieni sunt insecte numite *Pthirus pubis*, în mod obișnuit numiți crabi din cauza aspectului lor asemănător cu cel al crabilor, atunci când sunt priviți la microscop. Din punct de vedere tehnic, sunt paraziți, adică întregul lor ciclu de viață depinde de gazdă, în acest caz de oameni. Trăiesc pe și în jurul părului pubian, deși pot infecta orice zonă cu păr aspru, precum sprâncenele, genele, subrațul, părul de pe piept și barba. Au preferințe specifice de păr din cauza spațierii foliculilor – foliculii părului pubian (și ai altor tipuri de păr aspru) se află la aproape 2 milimetri depărtare, adică distanța dintre picioarele din spate ale insectei, care îi permite să se deplaseze de la un fir la altul. Păduchilor le place mediul umed, deci părul pubian este habitatul ideal.

Păduchii pubieni se deplasează prin târâre, deci se transmit prin atingere genitală (transmiterea la gene și la sprâncene are loc în timpul contactului apropiat de la sexul oral). Păduchii pubieni pot fi transmiși și prin folosirea acelorași haine sau așternuturi. Nu poți lua păduchi de pe vasul de toaletă – aceștia nu se pot prinde de suprafața alunecoasă – și nu pot fi luați nici de la animale. Nu înțeleg cum pot oamenii să întrebe dacă pot lua păduchi de la animalele lor de companie, dar uite că o fac.

Există și credința populară, greșită, conform căreia păduchii sunt asociați cu lipsa de igienă. Dar nu este adevărat.

Ca ginecolog, am primit multe apeluri disperate și urgente în mijlocul nopții de la prieteni, iar persoana care a avut cea mai mare nevoie de consiliere a fost un prieten care avea păduchi. Un parazit din afara corpului este mult mai deranjant pentru multe persoane decât o bacterie sau un parazit din interior.

O mâncărime foarte, foarte severă

Păduchii se hrănesc cu sânge, iar reacțiile la mușcături provoacă mâncărime severă – în principiu, este o reacție alergică. Îți pot apărea mâncărimi și doar citind despre asta – mâncărimea este contagioasă.

Prima dată când contractezi păduchi, apariția senzației de mâncărime poate întârzia până la patru săptămâni, pentru că durează câteva săptămâni după prima expunere pentru a deveni sensibil și pentru a avea o reacție. Unele persoane au pete albastru-gri în locul în care au fost mușcate, ceea ce poate reprezenta o reacție la saliva păduchilor. Se pot observa pe lenjerie mici picături de sânge provenite de la mușcături.

Majoritatea persoanelor cer ajutor din cauza mâncărimii, deși uneori se pot observa pe păr păduchii adulți, care au aproape 1-2 milimetri lungime. Ouăle (numite și lindini) sunt mai mici, de obicei au între 0,5 și 0,8 centimetri, sunt perlate, precum un bob mic de orez, și lipite de păr. Se văd mai greu, în afara situației în care sunt scoși cu un pieptene special (unul cu dinții foarte fini, care poate smulge lindinii).

Acea ITS care este în scădere

Incidența păduchilor pubieni era în jur de 2%, dar numărul infecțiilor noi scade vertiginos și acum a ajuns la mai puțin de 0,1% cazuri de infecție. În ultimii aproximativ 15 ani am întâlnit un singur caz. Înainte vedeam mai multe cazuri într-o lună, așa că experiența mea este categoric relevantă. O ipoteză a scăderii incidenței este îndepărtarea părului pubian. Dacă îndepărtezi habitatul, nu poți contracta sau răspândi infecția.

Cum scapi de păduchi

Tratamentul pentru păduchi implică omorârea adulților și eliminarea lindinilor. Medicamentele recomandate de CDC sunt o cremă cu permetrină, de concentrație de 1% (vândută în SUA ca Nix®) sau piretrină și piperonil butoxid (Rid®). Evită contactul cu vestibulul (orificiu vaginal), cu vaginul și cu anusul.

După ce ai îndepărtat medicamentul prin spălare, încearcă să elimini larvele și ouăle care au supraviețuit cu un pieptene des, deși poate fi frustrant să piepteni fiecare suprafață având în vedere dificultatea de a vedea toate zonele. De aceea, este recomandat să repeți tratamentul peste o săptămână, pentru a omorî toate larvele pe care le-ai fi ratat anterior, asta înainte să devină adulți și să depună ouă. În funcție de perioada pentru care ai fost infectată, pot exista sute de larve. Se presupune că Nix® omoară larvele, dar cei mai mulți dintre cei afectați

aplică tratamentul și a doua oară. Rid® nu omoară larvele, deci este oricum recomandat un al doilea tratament, la interval de o săptămână.

O terapie alternativă este loțiunea cu malathion 0,5%, pe care trebuie să o lași să acționeze timp de 8–12 ore versus 10 minute în cazul metodelor de mai sus, așa că este mai puțin utilizată. Plus că miroase oribil. Există și un medicament oral, numit ivermectină, care este clar că nu omoară larvele, iar tratamentul va trebui repetat după două săptămâni.

Un alt aspect important al terapiei este testarea pentru alte ITS, deoarece studiile spun că atunci când contractezi păduchi prezinți un risc mai ridicat de expunere la alte ITS.

Dacă suspectezi că ai păduchi pe gene sau pe sprâncene, consultă medicul, iar dacă ești însărcinată sau alăptezi, discută cu medicul înainte de începerea terapiei.

Cum să extermin păduchii din jurul casei?

Este ușor să exagerezi. Prima dată când copiii mei au avut păduchi pe cap, am exagerat aruncând din lucruri (sacrificarea cirezii de animale de pluș s-a dovedit inutilă din punct de vedere medical, dar a fost un efect secundar plăcut) și cumpărând pudre pentru a omorî păduchii pe care mi-i imaginam cum cad pe covor și cum așteaptă să vâneze, pregătiți să ne reinfecteze.

Până la urmă, aceste pudre se vând cu un motiv, nu? Este ușor să te lași purtată de val cu toate produsele de pe raftul magazinelor. Se pare că niciunul dintre acestea nu este necesar.

Pentru a omorî păduchii de pe haine, prosoape și așternuturi este suficient să speli la mașina de spălat tot ce a fost purtat sau pe care s-a dormit în ultimele două-trei zile, în apă fierbinte (la 50° C) și/sau apoi să le bagi la uscătorul cu aer fierbinte. Curățătoria chimică este o bună opțiune. Pune toate hainele sau așternuturile nespălate într-o pungă de plastic sigilată, timp de trei zile (după instrucțiunile europene). Instrucțiunile SUA recomandă izolarea articolelor care nu pot fi spălate timp de două săptămâni, dar pare exagerat, având în vedere că păduchii pubieni rezistă doar două zile fără sânge.

De reținut:

- Păduchii pubieni sunt paraziți, adaptați în mod unic pentru părul pubian.
 - Incidența scade semnificativ, în mare parte datorită tendințelor de epilare a părului pubian.
 - Cel mai comun simptom este mâncărimea vulvară îngrozitoare, care poate apărea chiar și la patru săptămâni după infectare.
 - Există tratamente medicamentoase – trebuie să te asiguri că omori toate larvele și toți păduchii.
 - Spală și usucă așternuturile, prosoapele și hainele cu apă și aer fierbinte, pentru a preveni reinfectarea.
-

AFECȚIUNI

CAPITOLUL 31

Candidoza

Candidoza este una dintre cele mai greșit înțelese afecțiuni ale vaginului și ale vulvei. Adesea este diagnosticată excesiv, adică femeilor li se spune că au candidoză, când de fapt nu au. Multe femei suferă ani buni din cauza a ceea ce pare a fi o infecție netratată cu candida, dar în realitate ele suferă de altceva. Și, în mod paradoxal, atunci când există cu adevărat, este slab diagnosticată, pentru că medicii o pot trece cu vederea în timpul examinării.

Sistemul industrial construit pe seama candidozei, atât domeniul farmaceutic, cât și cel naturist, reprezintă afaceri cu cifre mari, care complică factorul informativ cu atât mai mult. Medicamentele pentru candidoză care se găsesc în farmacii sunt intens promovate prin campanii de publicitate. Există mai multe remedii „naturale“ pentru candidoză decât pentru orice altă afecțiune ginecologică, de la diete anticandidoză la detoxificări, suplimente și supozitoare. Cantitatea de informații eronate care circulă în mediul online este impresionantă, datele eronate având rolul de a vinde produse, deși unele dintre aceste date ar putea fi emise cu bună intenție.

Există antidot? Da, datele.

Legătura dintre candida și vagin

Candida este un organism microscopic unicelular. Există multe specii de candida care trăiesc în mod normal în organismul nostru, fără a ne face rău. Dacă aș verifica la întâmplare 100 de femei de pe stradă, fără simptome vaginale, și mi-ar oferi o mostră de cultură vaginală, aproape 20% dintre ele ar avea candidoză în acel moment. Dacă aș folosi tehnologia acidului nucleic pentru a identifica unele cantități mai mici de candida și aș testa aceste femei, 65% ar avea candidoză.

Colonizarea cu candida care nu provoacă simptome scade odată cu apariția menopauzei, în cazul femeilor care nu folosesc estrogen. La prima vedere, poate părea un contraargument, deoarece am crede că pierderea lactobacililor (bacteriile protectoare), proces tipic pentru menopauză, ar favoriza creșterea

exagerată a candidiei. Acesta este un bun exemplu al complexității ecosistemului vaginal. Motivul pentru care SGM ar proteja împotriva candidiei ar fi pH-ul crescut, care ar face să fie mai dificil ca această candidă să provoace infecții. Rezervele mici de glicogen pot înfometă candida (glicogenul este o sursă de energie pentru candida și pentru lactobacili). Nivelul scăzut de estrogen din vagin poate reprezenta unul dintre motivele pentru care copiii nu fac infecții vaginale cu candida, în ciuda iritațiilor de la scutece, care sunt, de fapt, o infecție a pielii cu candida.

Este normal ca femeile aflate la premenopauză să aibă candida. Nu contează dacă ai candida, ci dacă aceasta provoacă anumite simptome. Toate testele pozitive la candidoză trebuie să fie încadrate într-un context. Unele femei pot avea simptome în cazul nivelului scăzut, iar altele pot să nu aibă simptome atunci când nivelul este ridicat.

Femeile care fac infecții cu candida sunt mai susceptibile la colonizare, dar nu se știe încă de ce unele femei sunt colonizate, iar altele nu. În plus, nu știm de ce unele femei trec de la candida normală, care nu provoacă niciun rău, la inflamație severă și mâncărime. Iată care sunt unele dintre ipoteze:

- CANDIDA AGRESIVĂ ESTE CAPABILĂ SĂ DEPĂȘEASCĂ MECANISMELE DE APĂRARE ALE VAGINULUI.
- UN MICROBIOM VAGINAL SLAB PERMITE CANDIDEI NORMALE SĂ CREASCĂ EXAGERAT: poate fi cazul lactobacililor incapabili să controleze candida sau alte mecanisme.
- EXISTENȚA UNEI AFECȚIUNI CARE FAVORIZEAZĂ CREȘTEREA: de exemplu, o cantitate mare de zahăr în urină sau o cantitate mare de estrogen.
- PROBLEMELE SISTEMULUI IMUNITAR: femeile care iau tratament care suprimă sistemul imunitar sau au SIDA prezintă risc mai ridicat de infectare cu candida.
- MICROTRAUMA: apărută în urma scărpinatului sau a sexului. Pentru ca această candidă să provoace simptome, trebuie ca ea să evite mecanismele de apărare și să se lipească de celule. Microtrauma afectează mecanismele de apărare de suprafață care previn atașarea candidiei.
- APAR RĂSPUNSURI ATIPICE LA VALOAREA NORMALĂ A CANDIDEI: o bună analogie este reprezentată de alergiile sezoniere și de curgerea nasului. Unii oameni pot tolera o anumită cantitate de polen fără să le curgă

nasul, alții sunt deranjați doar ocazional, iar alții au simptome severe la cea mai mică expunere.

- EXISTENȚA UNUI NIVEL SCĂZUT DE FIER: studiile au asociat acest aspect cu infecțiile cu candida. Două posibilități includ scărpinatul (trauma), deoarece nivelul scăzut de fier provoacă mâncărimi, sau un impact direct asupra anumitor părți ale sistemului imunitar.

În cazul infecțiilor recurente, pot fi implicați anumiți factori adiționali:

- REZISTENȚA: anumite tipuri de candidoză nu pot fi tratate de prescrierile comune sau de medicamentele disponibile în farmacii.
- BIOFILMELE: sunt structuri complexe care permit candidelor sau bacteriilor să formeze straturi protectoare și să adere la țesuturi și chiar la dispozitive, precum steriletul și inelul contraceptiv. Aceasta îi permite candidelor să evite detectarea și capturarea de către sistemul imunitar și de medicamente, și așa poate reprezenta o sursă de reinfectare.

Alți cofactori pentru colonizarea cu candida sunt fumatul și consumul de canabis. Pentru mai multe informații despre rolul lenjeriei intime (sau lipsa ei), consultă capitolul 8.

Cât de des întâlnești candidoza?

Aproximativ 70% dintre femei au cel puțin o infecție cu candida de-a lungul vieții și 5–8% experimentează infecții recurente, adică patru sau mai multe infecții pe an. Cea mai comună specie de candida este *Candida albicans* (aproape 90% dintre infecții). Alte specii care pot provoca simptome se numesc colectiv non-*albicans* și includ *Candida glabrata* (a doua cea mai comună), *Candida parapsilosis*, *Candida tropicalis* și *Candida krusei*. Este mai puțin probabil ca acestea să producă simptome vaginale sau vulvare – aproximativ în 50% dintre cazurile în care sunt identificate nu constituie și cauza simptomelor.

Însă numărul de specii non-*albicans* este în creștere. Multe sunt rezistente la medicamentele obișnuite folosite pentru candidoză și uzul exagerat al acestor medicamente a schimbat modelele de colonizare, favorizând creșterea candidelor rezistente genetic la medicamente.

Ce este o infecție cu candida?

Atunci când crește prea mult, candida provoacă reacții inflamatorii, apoi umflătură, înroșire, mâncărime, arsură și durere. Alte simptome comune sunt senzația de uscăciune și durerea din timpul sexului. Unele femei descriu secreții groase, albe și coagulate, dar acestea nu reprezintă un semn sigur de infectare. Un studiu a demonstrat că femeile care nu au infecții cu candida pot avea la fel de bine secreții groase, albe și coagulate.

Mâncărimea provocată de candida poate fi intensă. Dacă simți că trebuie să te scarpini sau dacă faci asta în somn, atunci trebuie luată în considerare candidoza. Pentru alte femei, mâncărimea este mai puțin intensă, dar predomină senzația de arsură.

Autodiagnosticarea cu candidoză este extrem de imprecisă. Simptomele clasice de candidoză sunt la fel cu simptomele clasice ale reacțiilor iritante, ale reacțiilor alergice și ale unor afecțiuni ale pielii (consultă capitolul 35). Unele femei cu vaginoză bacteriană (VB) nu simt mirosul și pot confunda iritația vaginală și arsura cu candidoza.

Dintr-un studiu care a testat femeile care plănuiau să cumpere pentru tratarea candidozei medicamente a căror comercializare nu necesită rețetă prescrisă de medic a rezultat că doar 40% dintre acestea s-ar fi putut trata corect, dacă ar fi luat acele medicamente. În afară de costurile ridicate, expunerea repetată la medicamentele pentru candidoză, fără să ai nevoie de ele, poate duce la rezistența și apariția candidozei care nu poate fi eliminată de aceste medicamente. Există și posibilitatea agravării candidozei femeilor care încearcă să se trateze singure, încercare repetată fără succes. Multe femei care au încercat aceste medicamente, adesea ani buni, îmi spun că se simt distruse atunci când eșuează o terapie care ar fi trebuit să funcționeze.

Cum să diagnostichezi candidoza

Candidoza de pe piele provoacă o iritație roșie care poate să dea senzație de mâncărime sau să fie dureroasă la atingere. Iritația prezintă, în mod obișnuit, ceea ce noi numim leziuni satelit – insule mici de iritații lângă o zonă mai afectată. Acestea sunt diagnosticate prin analizarea pielii. Dacă iritația nu este atipică, o biopsie (o mică mostră de celule de pe piele) rareori poate fi necesară.

Medicul poate observa umflătura vaginală și zona înroșită, dar pentru că este posibil ca femeile să aibă răspunsuri diferite, poate fi foarte inconfortabil ca în timpul examinării să existe extrem de puține dovezi obiective de inflamație. Medicul trebuie să îți testeze pH-ul vaginal, care nu trebuie să depășească 4,5.

Testele pentru candidoză includ următoarele:

- ANALIZAREA MICROSCOPICĂ A UNUI TAMPON: testul este foarte ieftin și rezultatul imediat. Astfel, *C. albicans* poate fi identificată, dar speciile non-*albicans* sunt prea asemănătoare pentru a fi diferențiate unele de altele. Dezavantajul este că până și medicii experimentați pot rata identificarea candidozei în 30–50% dintre cazuri.
- O CULTURĂ (O PROBĂ): un tampon este trimis la laborator și candida care crește pe acesta este identificată. Acesta este standardul de aur. Cultura identifică specia de candida, ceea ce poate fi util pentru femeile care nu răspund la terapie sau care au infecții recurente. Cultura este mai scumpă decât microscopia, dar în acest caz nu sunt necesare detaliile oferite de microscop. Rezultatele sunt gata în trei-cinci zile.
- TESTUL CU ACID NUCLEIC: există cel puțin două astfel de teste pe piață: BD MAX și NuSwab. Astfel, se pot identifica mai multe specii de candida. Avantajul este că aceste tampoane pot testa și alte infecții, dacă este nevoie, precum tricomonioza sau VB. Elimină și nevoia abilităților microscopului. Dezavantajul ar fi că, de obicei, sunt mai scumpe decât testul culturii și nu sunt acoperite de toate asigurările – pot costa până la 75–100 de dolari. Rezultatele apar după câteva zile.

Nu este nevoie să fii testată pentru candidoză

Multe femei vor să fie testate pentru candidoză, dar ar trebui să te testezi doar dacă într-adevăr prezinți simptome.

Când nu există posibilitatea unei examinări

Într-o lume ideală, toate femeile ar primi de la medici diagnostice exacte înainte de începerea terapiei, dar știu că această realitate nu există. Ar putea fi rezonabil să iei în considerare medicamentele pentru candidoză care se găsesc în farmacie sau să suni la medic pentru o rețetă, dacă îndeplinești următoarele criterii:

- Nu ești la menopauză sau ești la menopauză, dar folosești estrogen; femeile care sunt la menopauză și nu iau estrogen au șanse foarte mici de a face candidoză.
- Ai o mâncărime vaginală intensă: îți vine să te scarpini mult în interior.
- Nu ai miros.
- Nu ai sânge în secreții.
- Nu ai nevoie să fii testată pentru ITS.
- Nu ai istoric de infecții recurente (adică trei sau mai puține pe an).
- Când ai tratat simptome identice, acestea s-au vindecat într-o săptămână și nu au reapărut mai devreme de două luni.

Tratamentul pentru *C. albicans*

Clasa de medicamente se numește azoli. Este medicamentul din cremele pe care le găsești în rafturile farmaciilor și în ovule, disponibile în regim de o zi, de trei zile și de șapte zile. Toate sunt la fel de eficiente. Pentru multe femei, cremele au un puternic efect calmant, dar dacă ești foarte inflamată, orice produs ar putea să îți provoace senzație de arsură la aplicare. Unele date de proastă calitate sugerează că substanța clotrimazol ar fi cel mai bine tolerată și ar provoca cea mai mică rată de iritabilitate.

Medicamentul oral folosit cel mai des este fluconazolul (nume comercial Diflucan®, dar este disponibil și un medicament generic). O singură doză de 150 de grame este suficientă pentru infecțiile mici și moderate, iar două doze luate la o distanță de 72 de ore pot fi eficiente pentru infecțiile severe cu înroșiri accentuate și umflături. Medicamentul funcționează timp de 72 de ore, deci nu este necesar să administrezi o altă doză mai curând de atât.

Atât medicamentele orale, cât și cele aplicate local sunt la fel de eficiente – ambele vindecă infecțiile cu candida provocate de *C. albicans* în 90% dintre cazuri. Cunosc multe femei și chiar mulți medici care nu cred acest lucru, dar niciun studiu nu a demonstrat superioritatea unora față de altele. Centrele de control și prevenire a bolilor (CDC) susțin că ambele sunt adecvate; însă Infectious Diseases Society of North America (IDSA) recomandă ca primă administrare terapiile aplicate local, deoarece acestea nu afectează candida din intestine. Sunt de acord cu această abordare, iar atunci când este posibil și practic este cel mai bine să tratezi cu medicamentele care oferă cea mai slabă rată de afectare colaterală a celorlalte țesuturi.

Fluconazolul oral interacționează cu multe alte medicamente, deci trebuie să ții seama de asta atunci când alegi o terapie. Fluconazolul poate afecta substanțele care subțiază sângele și există posibilitatea să interacționeze sever cu anumite medicamente pentru colesterol, precum trazodona, un antidepressiv. Informează-ți în permanență medicul și farmacistul despre medicamentele pe care le iei. Medicamentul vaginal este absorbit într-un grad extrem de mic și nu se crede că ar avea potențial să interacționeze sever cu alte medicamente.

Informează femeile despre recomandările IDSA, dar până la urmă, dacă nu există motive de îngrijorare pentru interacțiunile cu alte medicamente, le las să aleagă singure. Multe nu suportă cremele, iar altele medicamentele le pot provoca stări de greață.

Alte sfaturi în legătură cu tratamentul:

- ÎNCEPE UN TRATAMENT CU ANTIHISTAMINICE ORALE: precum cel cu cetirizină (Zyrtec) sau loratadină (Claritin) ori versiunea generică. Acestea ajută la reducerea mâncărimii și te vei simți mai bine în scurt timp.
- UN STEROID APLICAT PE VULVĂ: va ajuta la reducerea inflamației și a mâncărimii.

Fii realistă în legătură cu perioada necesară pentru a te simți mai bine. Ar trebui să te simți mai bine după 72 de ore, dar poate dura și o săptămână până să dispară toată inflamația.

***C. albicans* care recidivează**

În general, aceasta este bine tratată cu 150 de miligrame de fluconazol, administrat o dată pe săptămână, timp de șase luni. Ideea este să suprimi candida, oferindu-i timp mecanismului care a permis apariția acesteia să se refacă. Deși în timpul terapiei majoritatea femeilor reacționează bine și nu au simptome, odată cu întreruperea acesteia, candida reapare la 30–50% dintre femei. Dacă este și cazul tău, e timpul să mergi la un specialist.

Am folosit medicamente împotriva candidozei, dar simptomele nu au dispărut

Acesta este un scenariu comun, deoarece 50–70% dintre femeile care se diagnostichează singure cu infecții cu candida în realitate au alte diagnostice.

Să detaliem, pentru că este important. Am fi generoși (în plus, calculul este mai ușor) să spunem că 50% dintre femeile care se diagnostichează singure cu infecții cu candida au dreptate. Știm că medicamentele care pot fi găsite la raft și rețetele de fluconazol funcționează în 90% dintre cazuri.

Vom începe cu 100 de femei care cred că au infecție cu candida și folosesc medicamentele comercializate la liber sau fluconazolul prescris prin telefon sau care se găsește deja în casă – 50 vor avea candidoză și 50 nu. Dintre cele 50 care au candidoză, 45 se vor ameliora și 5 nu. Cele 50 care nu aveau candidoză, nu vor fi mai bine după acest tratament. Dintre cele 100, 55 tot prezintă simptome și doar 5 (sau 9%) au candidoză. Dacă te afli printre cele 9%, trebuie să fii consultată, deoarece este posibil să ai tipul de candidoză care nu se tratează cu medicamentul pe care îl iei. Ai nevoie de o examinare și de recoltarea unei probe. Există 91% șanse să nu ai candidoză, deci trebuie să fii consultată pentru a obține diagnosticul corect. În orice caz, ai nevoie de un consult.

Femeilor care nu răspund la tratament le recomand întotdeauna un examen de recoltare a unei probe, și nu un test de acid nucleic. Dacă ai *C. albicans* care a devenit rezistentă, putem obține această informație doar din proba recoltată. Unele teste de acid nucleic nu fac diferența între toate speciile de candida, iar asta poate fi important în acest scenariu în care tratamentul nu funcționează.

Speciile non-*albicans*

În cel puțin 50% dintre cazuri, candida non-*albicans* nu este sursa simptomelor, deci primul pas ar fi excluderea altor cauze ale simptomelor. Este posibil să ai nevoie de un specialist pentru asta.

Unele dintre aceste specii pot fi tratate oral cu fluconazol, altele prin aplicarea unui tratament local, iar pentru unele este necesar acidul boric de 600 de miligrame, în capsule gelatinoase, administrat vaginal o dată pe zi, timp de două săptămâni. Rata de vindecare este de aproximativ 70%. Dacă medicul tău nu este specializat în gestionarea candidiei non-*albicans*, atunci este recomandată consultarea unui specialist.

Acidul boric este dezbătut în detaliu în capitolul 20. În cazul candidozei, acesta trebuie folosit în situații extrem de specifice: *C. albicans* rezistentă la medicamentele cu azoli și anumite tulpini de non-*albicans*.

Este posibil să am o infecție sistemică cu candida?

Nu și dacă citești această carte.

O infecție sistemică cu candida înseamnă că aceasta este în fluxul tău sangvin, iar în această situație, ai fi foarte bolnavă și la pat, în spital, poate chiar la terapie intensivă.

Terapiile care nu funcționează pentru candidoză sau care nu sunt recomandate

Terapiile de la domiciliu pentru candidoză apar ca ciupercile după ploaie – exact când credeam că le-am auzit pe toate, mai aud una. Aici sunt câteva grozăvii de care am auzit și pe care NU trebuie să le folosești:

- **USTUROIUL:** pe lângă senzația de arsură pe țesutul inflammat, efectele nu au fost testate niciodată. Proprietatea antifungică este dată de alicina chimică, dar ar trebui să pisezi sau să tai usturoiul pentru a o elibera, deci un cățel întreg ar fi insuficient. Usturoiul poate avea bacterii provenite din sol, iar un usturoi pisat ar fi aproape imposibil de scos. Am zis că te va arde? Se recomandă să îl înfășori în tifon, dar nu are sens, pentru că alicina nu este lichidă și nu trece prin tifon spre țesuturi.
- **ULEIUL DE ARBORE DE CEAI:** poate provoca reacții alergice urâte la nivelul mucoasei vaginale. Este un disruptor endocrin și nu a fost testat pentru infecțiile cu candida.
- **PRODUSELE HOMEOPATE:** unul dintre acestea, des întâlnit, conține frunze de vâsc și de eupatorium (salvie indiană). Niciun ingredient nu a fost studiat pentru candidoză, dar de data aceasta chiar nu mai contează, pentru că produsele homeopate nu conțin ingrediente active și reprezintă doar o cheltuială în plus.
- **DIETA CANDIDA:** se bazează pe falsa premisă că zahărul consumat crește nivelul de zahăr din vagin. Este greșit din toate punctele de vedere. Pentru mai multe informații, consultă capitolul 7.

Cum rămâne cu probioticele?

Sunt dezbătute în detaliu în capitolul 22, dar repet, pe scurt, că sunt produse scumpe, care nu conțin ce susțin și nu există certitudinea că ar ajuta la prevenirea infecțiilor cu candida.

De reținut:

- Candida face parte, în mod normal, din microbiomul vaginal.
 - Nu înțelegem de ce poate crește în mod anormal și de ce poate provoca simptome, dar totuși 70% dintre femei pătesc asta cel puțin o dată în viață și doar 5% au infecții recurente.
 - Majoritatea infecțiilor cu candida sunt din cauza *C. albicans*, dar un număr din ce în ce mai mare este cauzat de speciile non-*albicans*.
 - Medicamentele orale și cele antifungice aplicate local sunt la fel de eficiente.
 - Dacă tratamentul pentru candidoză nu funcționează, mergi pentru a îți se recolta o probă.
-

CAPITOLUL 32

Vaginoza bacteriană (VB)

Vaginoza bacteriană, sau VB, este un dezechilibru bacterian din interiorul vaginului. Este rezultatul reducerii bacteriilor care produc acid lactic (în principal, lactobacili), ceea ce duce la creșterea exagerată a bacteriilor patogene, precum *Gardnerella vaginalis*, *Mobiluncus curtisii*, *Mycoplasma hominis* și altele.

Simptomele variază de la abundența secrețiilor vaginale la miros și iritație, deși din punct de vedere medical femeile pot avea VB fără simptome. Adesea este raportat mirosul în urma ejaculării partenerului. Asta se întâmplă deoarece VB este asociată cu creșterea bacteriilor care produc niște compuși numiți cadaverină și putresceină, care au un miros de mosc și de pește. Când sunt amestecați cu pH-ul alcalin (sau ridicat) al spermei, acești compuși devin volatili și miros mult mai tare.

Aproximativ 30% dintre femei au infecție VB la un moment dat în viață, iar VB este cauza cea mai comună pentru vaginita acută, chiar dacă majoritatea femeilor și a medicilor dau vina, în mod greșit, pe candidoză. Este important să primești tratament pentru VB, deoarece, în cazul expunerii cresc șansele de a lua ITS – precum gonoree, chlamydia sau HIV. În plus, femeile cu VB au mai multe șanse de a dezvolta afecțiuni pelviene inflamatorii care afectează uterul și trompele uterine. VB crește riscul femeilor de a dezvolta infecții pelviene după întreruperea sarcinii și după histerectomie.

Motivul pentru care unele femei fac VB și altele nu ar putea fi legat de o combinație complexă de microbiom și expunerea la mediu. Printre motive s-ar putea număra următoarele:

- **PRODUCȚIA SCĂZUTĂ DE ACID LACTIC:** unele femei pot avea microbiom care pur și simplu nu poate produce destul acid lactic protector și de aici rezultă creșterea excesivă a bacteriilor patogene (dăunătoare).
- **EXPUNERILE LA MEDIU:** infecțiile vaginale, spermicidele, unele antibiotice și produse vaginale, spălăturile sau fumatul, toate afectează

lactobacilii. Legătura dintre spălături și VB nu poate fi supraaccentuată.

- SÂNGELE MENSTRUAL: lactobacilii se leagă de celulele roșii. Este posibil ca de aceea multe femei să raporteze simptome care revin chiar după menstruație, când numărul lactobacililor este cel mai scăzut. Femeile cu sângerări abundente pot pierde astfel mai mulți lactobacili. Sângerările neregulate pot afecta cronic numărul lactobacililor sau expunerea cronică la sânge poate crește pH-ul și/sau oferi nutrienți bacteriilor patogene pentru a crește.
- COLONIZAREA CU TULPINI MAI AGRESIVE DE BACTERII PATOGENE: unele tulpini, precum *Gardnerella* și alte bacterii dăunătoare, pot fi mai dificil de ucis.
- BIOFILMELE: acestea sunt flore complexe de bacterii care produc un strat precum folia de plastic ce le protejează de acidul lactic și alte mecanisme naturale de apărare, precum și de antibiotice. Biofilmele se pot comporta precum niște rezerve de reinfectare. Un studiu sugerează că 90% dintre femeile cu VB ar avea biofilme.

Mai multe studii au arătat că metodele contraceptive cu estrogen (pilule, inel sau plasture) protejează împotriva VB. Mecanismul exact nu este cunoscut, dar este posibil să se întâmple asta deoarece estrogenul crește depozitul de glicogen, oferind mai mulți nutrienți pentru lactobacili și alte bacterii benefice care produc acid lactic. Contracepția hormonală determină, de obicei, menstruații mai ușoare, deci mai puține pierderi de lactobacili în același timp cu sângele menstrual.

Sexul și VB

În principal, VB este asociată atât de mult cu sexul, încât dacă nu ai fost niciodată activă sexual, nu ar fi posibil să ai VB. Studiile care urmăreau femeile virgine și impactul la expunerea activității sexuale au arătat că, odată ce femeile devin active sexual, lactobacilii riscă să fie compromiși. Motivele nu sunt clare. Fie ejacularea în sine sau creșterea temporară a pH-ului are un impact direct asupra bacteriilor care produc acid lactic, fie există un alt mecanism vinovat pentru asta.

Cu cât sunt mai mulți parteneri sexuali, cu atât mai mare este riscul de VB. Multe femei nu raportează nicio problemă cu VB până când nu întâlnesc un anumit partener masculin. Există date care sugerează că unii bărbați au biofilme cu *Gardnerella* și alte bacterii patogene pe penis și, teoretic, ar putea transmite partenerelor sexuale aceste bacterii, biofilme sau abilitatea de a face biofilme. Studiile care tratau partenerii masculini cu antibiotice sunt descurajante, pentru că antibioticele au fost ineficiente din cauza biofilmelor.

Prezervativele protejează împotriva VB și toate femeile care se luptă cu VB și care au parteneri masculini ar trebui să folosească prezervativul. Nu se știe dacă acestea protejează lactobaciliile de efectele ejaculării sau de biofilme ori de orice altceva.

Femeile care fac sex cu femei prezintă același risc de VB. Poate fi din cauză că secrețiile vaginale împărtășite transmit biofilme sau că expunerea la un microbiom deficient în acid lactic favorizează colonizarea vaginului cu aceste bacterii noi.

Știm că este nevoie de mai mult decât de expunerea la bacterii pentru a provoca VB, și asta încă de pe vremea lucrării originale a dr. Gardner, din anii '50. Ceea ce aș putea caracteriza a fi un experiment teribil care nu ar fi aprobat în zilele noastre a fost proiectul prin care el a inoculat femeile cu bacteriile care aveau să-i poarte numele, *Gardnerella vaginalis*. Aceste femei nu au dezvoltat VB. El a inoculat femeile sănătoase cu secreții vaginale de la femei cu VB – urmarea: femeile au dezvoltat VB.

Aceste femei, testate în clinica privată a dr. Gardner, erau toate din rasa caucasiană și nu este clar cum de le-a fost obținut acordul și dacă ele au înțeles pe deplin implicațiile inoculării cu secreții cu vaginoză bacteriană.

Sarcina și VB

Rolul VB în complicațiile din sarcină, mai ales în avorturile spontane și în nașterile premature, nu este bine înțeles. Unele studii sugerează o asociere, dar tratamentul nu a ameliorat semnificativ rezultatele. Nu este recomandată testarea femeilor cu risc scăzut pentru naștere prematură. Pentru femeile cu risc moderat și ridicat de naștere prematură, cum ar fi o femeie cu o naștere prematură anterioară, există unele recomandări care se contrazic. Dacă ai risc crescut de naștere prematură, discută cu medicul și cere-i sfatul.

Diagnosticarea VB

Există mai multe moduri de a diagnostica VB. Metodele susținute de Centrele de control și prevenire a bolilor (CDC) includ următoarele:

- CRITERIILE LUI AMSEL: implică patru teste și ar trebui să ai rezultate pozitive la trei dintre ele pentru a avea VB. Criteriile sunt secreții clasice, un test de amine pozitive (miros când secrețiile sunt amestecate cu hidroxid de potasiu), un pH vaginal mai mare de 4,5 și evaluarea secrețiilor la microscop pentru a găsi celule-cheie, adică celule ale mucoasei vaginale împânzite cu bacterii. Inflamația observată la microscop exclude VB.
- CRITERIILE LUI NUGENT: un tampon este trimis la laborator și testat pentru concentrația de bacterii care produc lactobacili versus bacteriile asociate cu VB. Acesta este raportul standard folosit în studii. Nu este disponibil pe scară largă.
- AFFIRM VP III: teste pentru concentrații mari de *G. vaginalis*. Poate testa și tricomoniaza.
- TESTUL OSOM BV BLUE: detectează sialidaza, o enzimă produsă de bacteriile asociate cu VB.
- TESTE PENTRU ACIDUL NUCLEIC: NuSwab® și BD Max™. Aceste teste pot identifica și candidoza, și tricomoniaza. Sunt cele mai scumpe. Analizează mai multe tipuri de bacterii asociate cu VB.

Un frotiu Papanicolau nu este un test sigur pentru VB, iar probele de culturi care analizează bacteriile, precum *Gardnerella*, nu sunt recomandate pentru că nu ne putem baza pe ele suficient de mult.

Poate fi frustrant să te testezi pentru VB. Nu toți medicii pot oferi cele mai rentabile teste pentru criteriile lui Amsel, iar unele dintre celelalte teste, care nu au nevoie de microscop, pot fi foarte scumpe.

O strategie bună ar fi să triezi testele pe baza pH-ului vaginal. În opinia mea, dacă medicul nu poate stabili pH-ul vaginal, atunci nu ar trebui să se ocupe de vaginită. Este un test ușor, costă puțin și oferă multe informații utile. Testul cu amine nu are nici el nevoie de abilități speciale.

Dacă pH-ul tău vaginal este mai mic de 4,5 și rezultatul testului cu amine este negativ, atunci ai aproape 0% șanse să suferi de VB. Aceste teste nu sunt

specifice, adică poți avea un pH ridicat și emana miros din alte cauze, dar poate exista o metodă rentabilă de a te testa atunci când evaluarea la microscop nu este o opțiune. Dacă pH-ul tău este mai mic de 4,5, iar testul cu amine este negativ, nu este o decizie înțeleaptă să cheltui banii pe alte teste.

Femeile cu VB sunt adesea asimptomatice – până la 50%. Dacă te testezi pentru ITS, merită să incluzi și VB pe listă, pentru că este un factor de risc pentru ITS. Din nou, aceste teste adiționale sunt scumpe, deci dacă îți este testat pH-ul și faci și un test cu amine poți obține destule informații. Dacă plănuiești o histerectomie sau o întrerupere de sarcină, atunci se recomandă testarea pentru VB și tratamentul adecvat, dacă rezultatul este pozitiv.

Tratamentul pentru VB

Tratamentul se bazează pe distrugerea bacteriilor patogene (dăunătoare). Tratamentul recomandat se încadrează într-unul dintre următoarele regimuri de antibiotice:

- METRONIDAZOL 500 DE MILIGRAME, ADMINISTRARE ORALĂ, DE DOUĂ ORI PE ZI, TIMP DE ȘAPTE ZILE: poate provoca reacții adverse destul de serioase (vomă) dacă este luat cu alcool, deci evită consumul de alcool în timpul tratamentului și cel puțin 24 de ore după terminarea acestuia.
- METRONIDAZOL 0,75% GEL VAGINAL, O APLICARE COMPLETĂ (5 MILIGRAME) INTRAVAGINALĂ, O DATĂ PE ZI, TIMP DE CINCI ZILE: nu a fost studiat efectul consumului de alcool din timpul administrării gelului vaginal metronidazol, care rezultă în aproape 2% dintre cazurile de mostre de sânge observate în cazul administrării orale. Nu se știe dacă este suficient pentru a provoca o reacție la consumul de alcool. Poate determina producerea secrețiilor nodulare care pot fi confundate cu candidoză, deși riscul real de candidoză este scăzut. Este bine să te testezi, în cazul în care consideri că ai o infecție cu candida.
- CREMĂ CU CLINDAMICINĂ 2%, O APLICARE COMPLETĂ (5 GRAME) INTRAVAGINALĂ, SEARA, ÎNAINTE DE CULCARE, TIMP DE ȘAPTE ZILE: are riscul cel mai ridicat de infecții cu candida (consultă capitolul 20). Este pe bază de uleiuri, deci ar putea afecta prezervativele timp de 72 de ore de la aplicare.

Alte opțiuni de tratament includ următoarele:

- GRANULE DE SECNIDAZOL: 2 GRAME ÎNTR-O SINGURĂ DOZĂ ORALĂ. Aceasta poate fi o opțiune pentru femeile care nu vor să înghită pastile și nu doresc nici o terapie aplicată vaginal.
- TINIDAZOL: FIE 2 GRAME ORAL, O DATĂ PE ZI, TIMP DE DOUĂ ZILE, FIE 1 GRAM ORAL O DATĂ PE ZI, TIMP DE CINCI ZILE. Tinidazolul rămâne mai mult în fluxul sangvin, deci trebuie evitat consumul de alcool timp de 72 de ore după încheierea tratamentului. Tinidazolul este, de obicei, mai scump, dar unele studii (de proastă calitate) sugerează că poate fi mai eficient pentru bacteriile patogene. Dacă apare o recurență de VB la scurt timp după încheierea terapiei, tinidazolul poate fi o opțiune.
- CLINDAMICINĂ 300 DE MILIGRAME ORAL, DE DOUĂ ORI PE ZI, TIMP DE ȘAPTE ZILE: Are cele mai mari șanse de a provoca diaree, specifică administrării antibioticelor, și infecții cu candida.
- OVULE CU CLINDAMICINĂ 100 DE MILIGRAME, INTRAVAGINAL, O DATĂ PE ZI, ÎNAINTE DE CULCARE, TIMP DE TREI ZILE: Este pe bază de ulei, deci afectează prezervativele.

VB recurentă

Rata de recurență este mare – 20–40% dintre femei vor avea recurențe de VB la trei luni de la tratament, iar, în unele studii, aproape 60% dintre femei vor avea după 12 luni. Asta nu se întâmplă din cauză că tratamentele nu funcționează, ci mai degrabă pentru că antibioticele reduc bacteriile patogene și nu cresc nivelul celor care produc acid lactic. În plus, antibioticele nu pot penetra biofilmele pentru a trata organismele evazive și nu distrug biofilmele.

Strategiile pentru VB recurente suprimă bacteriile patogene în timp ce încearcă să încurajeze bacteriile producătoare de acid lactic să crească. Pentru femeile cu trei sau mai multe recurențe în 12 luni, există două regimuri recomandate:

- METRONIDAZOL ORAL SAU TINIDAZOL 500 MILIGRAME, DE DOUĂ ORI PE ZI, TIMP DE O SĂPTĂMÂNĂ, URMAT DE METRONIDAZOL VAGINAL 0,75% GEL DE 5 GRAME, DE DOUĂ ORI PE SĂPTĂMÂNĂ, TIMP DE PATRU-ȘASE LUNI: Aș reduce gelul metronidazol la o dată pe săptămână, după patru luni, și apoi m-aș opri, după șase luni.
- 2 GRAME DE METRONIDAZOL ȘI 150 DE GRAME DE FLUCONAZOL (TERAPIE PREVENTIVĂ PENTRU CANDIDOZĂ) O DATĂ PE LUNĂ.

Femeile care nu se vindecă după administrarea regimului de mai sus sau care au recurențe imediat după încheierea tratamentului cel mai probabil că au biofilm, fiind recomandat acid boric intravaginal 600 de miligrame zilnic, timp de 21 de zile, după medicamentele orale (primul regim), dar înainte trebuie să încerce metronidazol vaginal. Acidul boric nu funcționează prin schimbarea pH-ului, el fiind disruptiv pentru biofilm.

Nu se recomandă acidul boric administrat săptămânal și nici administrarea singulară a acestuia în tratarea VB.

Terapiile complementare de luat în calcul pentru VB recurente sau pentru a reduce riscul de VB includ următoarele:

- UZUL PREZERVATIVELOR PENTRU FEMEILE CU PARTENERI BĂRBAȚI: timp de cel puțin șase luni și chiar mai mult, dacă este posibil. Asigură-te că nu conțin spermicide.
- FEMEILE CU PARTENERE FEMEII: nu împărțiți jucăriile sexuale și luați în calcul testarea și tratarea VB a partenerii, dacă este posibil.
- CONTRACEPȚIA CU ESTROGEN: pastile, inel sau plasture. Mai multe studii arată un efect protector împotriva VB. Dacă una dintre acestea ar reprezenta o opțiune pentru tine, atunci ar trebui să o administrezi în mod continuu, pentru a nu avea menstruație.
- IA ÎN CONSIDERARE ROLUL STERILETULUI, DACĂ AI MONTAT UNUL: două studii au sugerat o conexiune între acestea. Biofilmele au fost identificate pe sterilet și riscul crește cu cât acesta stă instalat mai mult. Asta reflectă ce am observat și eu – femeii care raportează că sunt bine timp de mai mulți ani și apoi dezvoltă VB recurente după patru-cinci ani după folosirea acestuia. Trebuie să recunoaștem că nu este ceva clar și că ar putea fi o corelație, nu o relație cauză–efect. O altă modalitate prin care steriletul poate contribui la VB recurentă sunt scurgerile ușoare (care apar, de obicei, în cazul steriletului cu levonorgestrel). Steriletele sunt scumpe și pentru multe femei introducerea lor poate fi dureroasă, deci ar fi util să ai discuții amănunțite cu un expert înainte de a-l scoate. Dacă steriletul este îndepărtat, nu știm pentru cât timp ar trebui să nu îl mai porți pentru a elimina biofilmele vaginale. Nu este clar nici când ar fi recomandată introducerea unui dispozitiv nou.

- IGIENA VAGINALĂ: fără spălături, fără vaselină vaginală, fără spermicide și fără lubrifiant care să distrugă bacteriile care produc acid lactic (consultă capitolul 9).
- CUPELE MENSTRUALE: Nu cunosc nicio asociere cu acestea, dar biofilmele au fost identificate pe diafragme, deci dacă ai VB recurente, nu ar fi scandalos să te gândești că aceste cupe menstruale ar fi sursa infecției, mai ales că sângele ar putea avea un oarecare rol. Ar fi o bună soluție ca pentru o vreme să folosești absorbante sau tampoane, pentru a vedea dacă, în cazul tău, există o asociere.

De reținut:

- VB este o cauză comună a vaginitei – simptomele clasice includ iritație, secreții și miros.
 - Există mai multe teste pentru VB și sunt argumente pro și contra pentru fiecare.
 - VB are o rată ridicată de recurență, motivele nu sunt bine studiate și pot avea legătură cu problemele asociate bacteriilor care produc acid lactic și biofilme.
 - Prezervativele și metodele de contracepție cu estrogen protejează împotriva VB.
 - VB recurentă poate reprezenta o provocare – poate că ar fi timpul să consulți un medic cu experiență îndelungată.
-

CAPITOLUL 33

Vulvodinia

Vulvodinia este o afecțiune dureroasă – durerea poate fi localizată oriunde în vulvă, inclusiv în vestibul, dar se oprește la himen. Când durerea radiază în toată zona vulvei, folosim termenul vulvodinie; când durerea se resimte în vestibul, o numim vestibulodinie vulvară (a mai fost numită și vestibulită vulvară); când durerea este doar la nivelul glandului clitoral și al prepuțului clitoridian, o numim clitoridinie. Senzația cel mai des resimțită în cazul vulvodiniei este arsura, iar alte simptome sunt iritația, uneri durerea și durerea din timpul sexului.

Vulvodinia provocată apare atunci când durerea nu este resimțită până când zona nu este atinsă sau inervată într-un anumit mod. Stimulul provocator pot fi sexul sau un tampon, dar și atingerea ușoară a hainelor sau a lenjeriei intime. Vulvodinia spontană înseamnă că durerea este constantă sau apare și dispare, fără a avea legătură cu atingerile.

Ipoteza este că vulvodinia ar fi o nevralgie, adică nu există o cauză evidentă în timpul examinării, deoarece nervii au fost determinați să provoace durere de către ceva microscopic. Asta nu înseamnă că durerea nu este reală – durerea este un proces care se poate observa la microscop. La nivel celular, există o inflamație și o comunicare greșită cu neurotransmițătorii. Majoritatea afecțiunilor dureroase nu au cauze fizice vizibile. Migrenele sunt un bun exemplu.

O bună analogie pentru vulvodinie ar fi un sistem audio care nu funcționează bine. Semnalele care nu provoacă durere, cum ar fi atingerea ușoară sau lenjeria, sunt amplificate și/sau greșit interpretate. Motivul este necunoscut. Nu se poate stabili nici comunicarea eronată din sistemul nervos. Un semnal dureros al vulvei implică terminații nervoase care preiau semnalul, nervi care transmit acel semnal la măduva spinării, nervi din măduva spinării care trimit semnalul la creier, zona din creier care procesează semnalul și îl transformă în ceea ce simțim a fi durere, și apoi un sistem de rele care trimite înapoi un

semnal de atenuare pentru a reduce durerea. Problema poate apărea oriunde pe acest traseu sau chiar în mai multe puncte.

Durerea cronică poate altera nivelul de suportabilitate.

Câte femei sunt afectate de vulvodinie?

Aproximativ 8–15% dintre femei au avut sau au simptome de vulvodinie. Asta nu înseamnă că 8–15% dintre femei au dureri vulvare severe tot timpul, ci că pentru unele femei durerea poate fi prezentă pentru câteva luni sau ani, iar pentru altele poate să apară o dată și apoi să dispară. Incidența anuală, adică noile cazuri, este de aproximativ 4% și este mai des întâlnită printre tinere. Femeile hispanice au cea mai mare incidență, urmate de femeile albe și afro-americeane, care au incidența cea mai mică.

Multe femei suferă în tăcere. Aproximativ 70% dintre femeile cu vulvodinie au fost la medic în ultimii doi ani, dar nu au fost diagnosticate. Peste 50% dintre femeile cu vulvodinie au fost la cel puțin trei medici înainte de a primi diagnosticul corect.

Multe femei sunt diagnosticate greșit, câteodată ani la rând, cu infecții cronice cu candida. În timp ce candidoza poate provoca arsuri, exact ca vulvodinia, este aproape întotdeauna asociată cu mâncărimea, pe când vulvodinia nu. Acesta este un alt motiv pentru care este esențial un diagnostic exact de candidoză – adică un test de probă de cultură (consultă capitolul 31) – pentru a nu confunda vulvodinia cu candidoza. Multe terapii aplicate local pentru candidoză sunt calmante și astfel femeile cu vulvodinie pot avea beneficii temporare de la medicamentele anticandidoză, crezând, în mod eronat, că diagnosticul de candidoză a fost corect.

Cum știu dacă am vulvodinie?

Este un diagnostic prin excludere, adică sunt eliminate orice alte cauze ale durerii și, dacă simptomele se potrivesc, diagnosticul care rămâne este de vulvodinie.

Simptomele care ar trebui să te facă să te gândești la o posibilă vulvodinie sunt:

- durere resimțită în orificiul vaginal, timp de cel puțin trei luni
- dureri vulvare cu senzație de arsură

- dureri vulvare cu senzație ca de lovituri de cuțit
- dureri la atingere, provocate de introducerea tampoanelor, de masturbare, de examinările medicale și de sex

Mâncărimea face ca vulvodinia să fie mai puțin probabilă, dar constituie un avertisment. Deoarece femeile cu vulvodinie pot avea sensibilitate crescută a nervilor, este posibil să simtă mai degrabă simptome de candidoză – adică o cantitate mică de candida care pentru majoritatea femeilor nu poate produce simptome, dar care pentru cele cu vulvodinie ar putea fi un semnal extrem de dureros. Asta este ceea ce face durerea complexă – adesea sunt implicați mai mulți factori.

Este nevoie de o examinare fizică ușoară, pentru a elimina alte cauze ale durerii vulvare, cele mai comune fiind SGM, candidoza și afecțiuni ale pielii. Dacă ai SGM, majoritatea medicilor recomandă tratarea adecvată a acesteia înainte de a pune diagnosticul de vulvodinie.

Cel mai sigur semn la examinarea fizică în cazul vulvodiniei este testul cu tamponul de bumbac – atingerea vestibulului (orificiului vaginal) cu un tampon de bumbac. Dacă acesta provoacă o durere severă, dacă nu există afecțiuni ale pielii care să explice durerea și dacă testarea pentru candidoză este negativă, atunci diagnosticul de vulvodinie ar trebui luat în considerare.

Testul cu tamponul de bumbac nu este 100% sigur – unele femei au dureri doar la nivelul labiilor sau pe glandul clitoral, dar majoritatea celor cu vulvodinie vor avea rezultate pozitive.

Este important de investigat dacă există spasme ale mușchilor pelvieni (exerciții pentru mușchii pelvieni, capitolul 34), deoarece acestea au incidențe ridicate printre femeile cu vulvodinie. Durerea cauzată de exercițiile pentru mușchii pelvieni poate părea uneori ca și cum ar proveni din piele.

Există o conexiune puternică minte–corp, deci depresia și anxietatea sunt cofactori importanți pentru durere. Nu o provoacă, dar o accentuează. Gândește-te la cauza durerii ca la chibriturile care au provocat focul. Depresia și anxietatea sunt combustibilii acestui foc. Este greu de stins un foc atunci când cineva îl alimentează cu benzină. Prin urmare, ar fi o idee bună pentru femeile care au durere vulvară să fie examinate pentru depresie și anxietate și să primească tratament în cazul unor rezultate pozitive.

Care este cauza principală a vulvodiniei?

Unele femei declară că durerile au fost declanșate de evenimente dureroase, precum operații chirurgicale sau o serie de infecții cu candida. Altele spun că punctul de declanșare a durerilor a fost o situație stresantă. Stresul este dăunător pentru orice afecțiune medicală – multe dintre schimbările chimice din sistemul nervos provocate de stres pot diminua pragul afecțiunilor dureroase. Cu toate acestea, multe femei declară că nu cunosc un factor declanșator.

Nu se știe de ce vulva dezvoltă această afecțiune dureroasă unică. Există mulți nervi senzoriali în vulvă. Însă durerea cronică depinde mai mult de riscurile genetice. Ia în considerare trauma fizică a nașterii vaginale, care adesea implică ruperea vulvei. Majoritatea femeilor, chiar și cele cu răni semnificative, nu dezvoltă dureri vulvare cronice. Am cunoscut și femei care au supraviețuit unei traume pelviene majore din cauza accidentelor de mașină, având chiar fracturi pelviene, și care nu au dezvoltat niciodată dureri cronice. Durerile severe și paralizante pot apărea de la ceva aparent inofensiv, precum infecția cu candida. Și bineînțeles că durerea cronică poate să apară spontan, în același mod în care unii oameni dezvoltă colesterol mare de la anumite diete și altora colesterolul le apare spontan, în ciuda faptului că au urmat diete sănătoase toată viața.

Multe femei cu vulvodinie raportează un istoric de infecții cronice cu candida. Nu știm dacă aceste femei au sensibilitate crescută la o valoare mică de candida, dacă această candida declanșează o cascadă de inflamații și dureri care devin vulvodinie sau dacă aceste femei au fost greșit diagnosticate cu candidoză timp de ani buni, având în vedere simptomele asemănătoare ale candidozei și vulvodiniei.

Unele persoane s-au întrebat dacă pastilele contraceptive au vreun rol în vulvodinie. Ipoteza ar fi că estrogenul din pastilele contraceptive suprimă activitatea testosteronului, asemănător unui mecanism de declanșare. Nu se poate pune bază pe studiile care susțin asta. Un studiu mai extins și bine efectuat nu a găsit nicio legătură între contracepția orală și vulvodinie.

Este adevărat că hormonii au un rol important în durere, acesta fiind unul dintre motivele pentru care femeile au mai multe dureri cronice decât bărbații. Multe femei declară că durerile sunt diferite înainte de menstruație. Ar fi rezonabil să verifici dacă pentru tine există o schimbare a intensității durerii în

lipsa contracepției hormonale, deși nu există date ferme care să spună că ar trebui să faci asta și femeile nu ar trebui să se îngrijoreze pe baza informațiilor care dau vina pe contracepția hormonală pentru durerile pe care le au.

Femeile cu alte afecțiuni genitale dureroase, precum durerea cronică de vezică sau sindromul de intestin iritabil, sunt mai predispuse la vulvodinie. Femeile cu dureri cronice în zone care clar nu au aceiași nervi ca vulva, cum sunt durerile articulare temporomandibulare (sau TMJ) și migrenele, sunt mai predispuse la vulvodinie, la fel și femeile cu fibromialgie, o afecțiune dureroasă, destul de răspândită asociată cu oboseala extremă.

Unele studii sugerează și că femeile cu vulvodinie nu sunt sensibile doar la durerea vulvară, ci raportează un nivel mai mare de durere decât cel obișnuit și atunci când sunt testate cu stimuli care provoacă durerea în locuri care nu au legătură cu vulva, cum ar fi stimularea unui deget. Toate acestea sugerează că vulvodinia nu este o afecțiune medicală limitată la vulvă, ci implică și schimbări generale, în modul în care sistemul nervos procesează durerea. Nu se știe dacă aceste schimbări sunt cauza sau rezultatul durerii.

Excepție pot face femeile cu durere localizată în vestibul sau vestibulodinia vulvară. Pentru unele dintre aceste femei, anumite afecțiuni dureroase sau chiar toate pot fi cauzate de modificările de la nivelul nervilor locali.

Terapia

Femeile cu dureri vulvare pot fi ajutate cu un simplu diagnostic. Un studiu a arătat că dacă oferi informații asemănătoare cu cele din acest capitol ajuți la diminuarea nivelului de durere. Este subminant și stresant să ai simptome dureroase, iar medicii să îți spună că nu ai „nimic“ sau să fi diagnosticată în mod greșit cu o infecție cronică cu candida. Este încurajator și foarte util ca femeile să primească un nume pentru afecțiunile lor și ca acestea să fie validate ca fiind reale.

Deoarece femeile cu vulvodinie pot avea sensibilitate crescută la anumite produse, este important să te asiguri că nu folosești iritanți, precum săpun sau șervețele umede (consultă capitolele 9, 11 și 12).

Terapiile comune pentru vulvodinie includ următoarele:

- LIDOCAINA APLICATĂ LOCAL: acesta este un anesteziec. Blochează temporar semnalele de durere și oferă o ameliorare pe termen scurt. Cu cât ai mai puține dureri, cu atât există mai puțină stimulare a sistemului nervos, deci pe termen lung poate fi de ajutor.
- CREMA CU ESTROGEN PENTRU VESTIBUL: poate ajuta unele femei care au vestibulodinie vulvară.
- MEDICAMENTELE ADMINISTRATE PE CALE ORALĂ PENTRU NEURALGII: acestea afectează neurotransmițătorii care pot fi dezechilibrați și care astfel pot contribui la intensificarea durerii. Avem mai multe date despre aceste medicamente în cazul altor sindroame dureroase, precum migrenele sau fibromialgia, așa că majoritatea recomandărilor se bazează pe aceste date. Aceste medicamente sunt mai eficiente în cazul femeilor cu durere neprovocată. Unele opțiuni comune sunt nortriptilina, venlafaxina, gabapentinul, topiramatul și pregabalinul. Nu există date care să sugereze că unele ar funcționa mai bine decât celelalte. Există analize care prin testare identifică cele mai potrivite medicamente pentru durerea nervoasă, pentru persoanele care au dureri, dar niciunul dintre aceste medicamente nu a fost testat clinic. Cea mai comună greșeală în cazul acestor medicamente este că dozele administrate nu sunt destul de mari.
- TERAPIA FIZICĂ PENTRU MUȘCHII PELVIENI: poate fi foarte utilă pentru femeile care au și dureri musculare.
- BLOCANȚII NEUROMUSCULARI: implică injectarea unui medicament anesteziec steroid în jurul nervilor. Există foarte puține date corecte despre modul de utilizare al terapiilor și majoritatea recomandărilor sunt bazate pe opinia experților, nu pe studii de înaltă calitate. Pentru unele femei, aceștia pot ajuta la diagnosticare – dacă anesteziec elimină temporar durerea, atunci știi că nervii au o rată de implicare. Steroidul poate reduce inflamația, iar durerea de la nivel celular de obicei este inflamatorie (o numim neuroinflamație). Doi dintre blocații neuromusculari utilizați sunt un blocant al nervilor pudentali și un blocant ganglionar impar.
- BIOFEEDBACK: o tehnică prin care înveți să îți controlezi funcțiile corpului, precum ritmul inimii și respirația. Ești conectat la senzori care identifică semnalele corpului și folosești feedbackul biologic

(adică biofeedbackul) pentru a relaxa mușchii sau pentru a diminua durerea.

- UTILIZAREA DILATATOARELOR VAGINALE: este o formă de terapie prin desensibilizare. Dilatatoarele vibratoare pot ajuta, deoarece vibrația ajunge mai repede la creier decât durerea, iar creierul procesează preferențial mai rapid semnalul. Pentru unele femei, vibrația sexuală este utilă. Nu toate femeile pot tolera atingerea dilatatoarelor.
- UN TERAPEUT SPECIALIZAT ÎN TRATAREA DURERII: asta nu înseamnă că durerea este doar în mintea ta. Durerile provoacă suferință și a fost demonstrat că psihoterapia poate reduce suferința. Un terapeut al durerilor poate fi util și pentru a identifica acceleratorii precum depresia, anxietatea și tulburarea de stres posttraumatic (PTSD). Unele femei cu vulvodinie au un istoric de abuz sexual și poate fi util pentru ele să consulte un terapeut. Un terapeut specializat în tratarea durerilor poate fi, de asemenea, de ajutor, deoarece mulți oameni își tratează durerea cronică ca pe o durere acută. Un terapeut specializat în tratarea durerilor poate sugera modalități care, pe termen lung, pot fi mai utile din punctul de vedere al durerii. De exemplu, ritmul, care este arta frumoasă de a trăi ca broasca-țestoasă, nu ca un iepure. Dacă nu exagerezi atunci când te simți bine, împiedici remisiile (sau recăderile) și, în final, realizezi mai multe. Gândește-te la acest lucru ca făcând în mod constant un jumătate de pas înainte. Un psiholog poate oferi și terapie cognitiv-comportamentală.
- OPERAȚIA: unele femei, care raportează durere localizată în vestibul (femeile care au dureri doar în timpul sexului sau la introducerea tampoanelor), pot beneficia de îndepărtarea chirurgicală a acelei porțiuni a vestibulului. Femeile cu cel mai bun rezultat în urma acestei operații au dureri provocate și pentru o vreme pot face sex fără durere înainte de a dezvolta vestibulodinie vulvară.

Dieta săracă în oxalat

Dietele restrictive, dintre care cea mai comună este dieta săracă în oxalat, sunt des raportate în cazul vulvodiniei. Într-un studiu, 41% dintre femeile cu durere vulvară cronică au declarat că au încercat o dietă săracă în oxalat. Faptul că această dietă a devenit aproape un curent dominant dovedește lipsa de dovezi, disperarea pacienților, terapiile inadecvate bazate pe fapte, ulei de șarpe

și ceva numit efectul adevărului iluzoriu (adică confundarea repetiției cu datele certe). Pe scurt, este vorba despre pseudoștiință.

Ideea că oxalații au un rol în vulvodinie a pornit de la un singur raport de caz publicat în 1991, în care s-a descoperit că o femeie cu vulvodinie refractară avea hiperoxalurie periodică și citrat de calciu, ceea ce leagă oxalatul de urină și previne iritarea pielii, alinând simptomele.

Știința ne spune că un consum regulat de oxalați și nivelul de oxalat din urină sunt la fel la femeile cu vulvodinie în comparație cu femeile care nu au durere vulvară cronică. În cadrul studiilor, o dietă săracă în oxalat a ajutat 2,5–24% dintre femei – echivalentul sau mai rău decât rata de răspuns placebo.

Ce rău poate să facă? Nu poate fi subestimată exasperarea provenită de la încercarea multiplelor intervenții care nu funcționează sau care funcționează temporar din cauza efectului placebo, ca să nu mai menționăm banii cheltuiți pe schimbările de dietă, pe cărțile de gătit și pe mostre de urină, 24 de ore din 24, pentru depistarea nivelului de oxalat, care nu sunt indicate și nici acoperite de asigurare. Dieta săracă în oxalat este foarte restrictivă și mulți pacienți se stresează să o respecte sau se simt prost când li se pare că este prea greu de urmat.

De reținut:

- Vulvodinia este o cauză comună și frecvent nediagnosticată a durerii vulvare.
 - Dacă ai dureri vulvare, scrie o listă cu eventualele cauze și discută-le cu medicul. Dacă le excludeți pe toate, atunci este probabil să ai vulvodinie (consultă capitolul 41).
 - Spasmul mușchilor pelvieni este un diagnostic care adesea vine la pachet cu vulvodinia.
 - Depresia și lipsa somnului sunt acceleratori care fac durerea mai intensă.
 - Cele mai comune tratamente pentru vulvodinie includ medicamente pentru durerea nervoasă și anestezia locală.
-

CAPITOLUL 34

Spasmele musculare pelviene și vaginismul

Mușchii pelvieni (adică mușchii care înconjoară vaginul – consultă capitolul 2 pentru o recapitulare) pot dezvolta afecțiuni dureroase din cauza spasmelor musculare. Termenul este acela de spasm muscular pelvian sau PFMS, atunci când mușchii sunt rigizi în mod constant, iar asta poate provoca durere vaginală, durere în timpul activității sexuale și nevoia urgentă de a-ți goli vezica. Atunci când mușchii se contractă doar în anticiparea penetrării, termenul este acela de vaginism, iar singurul simptom este durerea din timpul sexului. Vaginismul este considerat un tip de PFMS.

Gândește-te la un pumn strâns. PFMS este precum un pumn care stă strâns tot timpul sau majoritatea timpului, iar vaginismul înseamnă că pumnul este strâns doar atunci când cineva vrea să dea mâna cu tine.

PFMS nu este studiat suficient. Multă vreme, medicina nu a recunoscut această afecțiune ca a fi una dureroasă. Mulți medici au ignorat spasmul muscular evident din timpul examinării sau au fost învățați să nu îl considere ceva anormal. Alții au fost învățați că aceasta e o problemă psihiatrică sau că pur și simplu femeia „nu poate să se relaxeze“.

Despre PFMS se discută foarte rar în spațiul public, așa că, atunci când sunt în situația să diagnostichez o femeie cu PFMS sau cu vaginism, nu mă surprinde că ea nu a mai auzit niciodată de asta.

Cum ajungi să faci PFMS?

Există două categorii principale de PFMS: spasm aparent, prezent de la prima încercare de penetrare, și spasm care a apărut la ceva timp după penetrarea vaginală lipsită de durere (în timpul sexului, în timpul jocului cu degetele, în timpul utilizării tampoanelor etc.).

Unele teorii cu privire la cauza PFMS includ următoarele:

- MESAJELE EXPLICATIVE DESPRE SEX: credința că sexul doare, este rușinos și folosit doar pentru procreare.

- EXPERIENȚELE MEDICALE DUREROASE: durerea pregătește sistemul nervos pentru mai multă durere. O parte din durere este formată din schimbările microscopice ale sistemului nervos, iar alta din anticipare. Asta nu înseamnă că totul este în mintea ta; durerea este determinată de funcționarea mecanismelor cerebrale, iar emoțiile sau răspunsurile, precum frica și anxietatea, schimbă semnalele chimice și experiența durerii.
- EXPERIENȚELE SEXUALE DUREROASE CONSIMȚITE: multe femei care au dureri nu le spun partenerilor și tolerează experiența. Asta duce la anticipare, care nu face decât să înrăutățească durerea. Dacă de fiecare dată când ți-aș oferi ciocolată te-aș lovi cu un ciocan, vei începe să te ascunzi când vei vedea ciocolată. Poate chiar vei urî ciocolata. Anticiparea experiențelor negative provoacă spasme musculare și pregătește sistemul nervos pentru experimentarea a și mai multă durere.
- PROCEDURILE MEDICALE/OPERAȚIILE: aceasta poate fi o operație majoră, de exemplu, o histerectomie, o naștere vaginală sau ceva care poate părea minor din punct de vedere medical, precum introducerea unui sterilet sau o biopsie cervicală. Stimularea nervoasă poate produce durere în moduri neprevăzute.
- CONSTIPAȚIA CRONICĂ: încordarea în timpul excreției poate duce la contracții musculare necoordonate. Reversul este la fel de adevărat, PFMS poate duce la constipație, deoarece mușchilor le este mai greu să se relaxeze pentru excreție.
- ALTE SINDROAME DE DURERE PELVIANĂ: există o incidență mai mare de PFMS pentru femeile cu alte sindroame de durere pelviană, cum este vulvodinia (nevralgia din zona vulvei – consultă capitolul 33), menstruații dureroase, endometrioză (o afecțiune care determină creșterea mucoasei uterului în pelvis, provocând menstruații dureroase și durere pelviană) și sindromul durerii vezicii (consultă capitolul 36). Asta poate fi cauzată de nervii comuni, care permit durerii să iradieze printre organe. În plus, dacă ceva doare, spasmul muscular este un mecanism de protecție.
- O TRAUMĂ SEXUALĂ ANTERIOARĂ: poate avea consecințe devastatoare pentru multe femei.

Pentru multe femei, PFMS poate fi o combinație de mai mulți sau chiar a toți acești factori, iar pentru altele pot exista doar una sau două cauze principale. Totul face parte din complexitate.

Simptomele PFMS

Simptomele pot varia în funcție de mulți factori pe care nu îi cunoaștem încă. De exemplu, nu se știe de ce unele femei au tot timpul mușchii pelvieni foarte rigizi, dar au dureri doar la penetrare, iar altele au dureri zilnice. Durerea este foarte complexă și o mare parte din experiența durerii – adică ceea ce simți – depinde de modul în care sistemul nervos procesează semnalele de durere, și nu de ceea ce poate găsi medicina în timpul examinărilor sau cu ajutorul studiilor imagistice, precum razele X sau ultrasunetele.

Experimentarea durerii de PFMS poate include unele sau toate dintre cele care urmează:

- **DURERE VAGINALĂ PERIODICĂ SAU PERMANENTĂ:** femeile descriu adesea această durere ca pe o presiune, ca pe niște crampe sau ca pe senzația că părțile din interior cad sau că ar avea un băț sau o minge de bowling în vagin.
- **DURERE LA PENETRAREA SEXUALĂ:** fie în cazul penetrării inițiale, fie mult în interior.
- **MENSTRUAȚII DUREROASE:** primul strat din jurul vaginului este alcătuit din mușchi netezi care se contractă pentru a ajuta la împingerea sângelui menstrual către orificiul vaginal, în timpul menstruației. Când nu este coordonată, această activitate a mușchilor poate provoca durere. Aceasta poate determina următorul strat, adică mușchii pelvieni pot avea spasme.
- **TE SIMȚI PEA STRÂMTĂ:** spasmul poate îngusta funcțional orificiul vaginal, prevenind penetrările.
- **SIMȚI UN „BLOCAJ“:** spasmul adânc poate fi atât de strâmt, încât atunci când vei încerca să introduci un tampon vei simți ca și cum te-ai lovi de un perete.
- **ORGASM DUREROS:** orgasmul reprezintă contracțiile mușchilor pelvieni.
- **O SENZAȚIE DE EXCITARE:** un orgasm este contracția mușchilor pelvieni, iar când aceștia sunt prea rigizi, pot alimenta o stare de excitare. Femeile cu tulburare genitală persistentă de excitare sau PGAD, o

afecțiune rară cu o senzație de excitare sexuală constantă, ar trebui consultate pentru spasme ale mușchilor pelvieni.

- **INCAPACITATEA DE A FOLOSI TAMPOANE SAU CUPE MENSTRUALE:** unele femei nu pot să le introducă deloc, alte spun că acestea ies, iar altele declară că nu se simt niciodată bine cu ele în interior (când sunt introduse corect, tampoanele și cupele menstruale nici nu se simt).
- **CONSTIPAȚIA:** în cazul unora, mușchii pelvieni nu pot să se relaxeze suficient pentru o excreție completă.
- **EZITARE URINARĂ:** sentimentul de golire incompletă a vezicii și/sau dificultate în inițierea jetului de urină.
- **DURERE ÎN TIMPUL EXAMINĂRILOR PELVIENE ȘI/SAU RECOLTĂRII FROTIULUI PAPANICOLAU:** stresul provocat de examinare sau anticiparea durerii pot intensifica durerea. Unele femei cu PFMS au probleme când desfac picioarele pentru examinare.

Cum să diagnostichezi PFMS

Dacă ai oricare dintre simptomele de mai sus, trebuie să iei în considerare PFMS.

Cea mai importantă parte din evaluarea PFMS este efortul maxim de a nu declanșa un spasm sau o durere. Cu cât durerea pe care o ai este mai frecventă, cu atât mai mult vei anticipa durerea și astfel examinările dureroase pot alimenta experiența dureroasă. Examinările dureroase sunt traumatizante din punct de vedere emoțional pentru multe femei, iar dacă provoacă spasme musculare, examinarea poate oferi mai puține informații. Examinările dureroase sunt dăunătoare.

Dacă ascultăm femeile vorbind despre experiențele lor dureroase, ceea ce în medicină numim istoric, adesea vom obține multe informații despre PFMS. Dacă o femeie simte că este prea mică sau prea strâmtă, simte că părțile interioare îi cad, simte că are o minge de bowling în vagin sau simte că are un blocaj în interior, atunci aproape sigur are un anumit nivel de PFMS.

În realitate, avem nevoie de foarte puține date pentru a diagnostica PFMS. În timpul unui examen ginecologic pentru a afla cauza durerilor din timpul sexului, medicul trebuie să te asigure că se va opri dacă nu te simți confortabil sau dacă tu vei dori să se oprească. Dacă nu ai posibilitatea unui astfel de control în timpul examinării, atunci se prea poate ca medicul să nu fie cel

potrivit pentru a te ajuta cu această afecțiune. Nu este nevoie de examinarea cu dilatator pentru a diagnostica PFMS. Mi-am dat seama că această informație oferită femeilor înainte de examinare le reduce semnificativ anxietatea.

Dacă ai menstruații sau ai avut la un moment dat, atunci este puțin probabil ca obstrucția internă să fie cauza. Dacă nu ai avut niciodată menstruație, atunci medicul trebuie să ia în considerare și alte diagnostice, iar acestea depășesc scopul acestei cărți.

În timpul examinării, medicul trebuie să ia în considerare câteva lucruri care să te asigure că durerea este de la PFMS, și nu din cauza altei afecțiuni dureroase:

- **ELIMINAREA POSIBILITĂȚII DE A AVEA O AFECȚIUNE A PIELII:** lichenul scleros sau lichenul plan sunt afecțiuni dureroase ale pielii (consultă capitolul 35). Tricomoniaza și ITS (capitolul 29) pot provoca o inflamare atât de intensă, încât în timpul sexului apare senzația de durere. Dacă ai avut mereu dureri în timpul sexului, aceste diagnostice nu sunt probabile. Posibilitatea unei afecțiuni a pielii ar putea aproape întotdeauna să fie eliminată doar prin analizarea vulvei, iar pentru a elimina tricomoniaza, dacă este necesar, se folosește un tampon vaginal.
- **ASIGURAREA CĂ NU AI SGM:** durerea cauzată de SGM poate provoca PFMS. Examinarea este utilă, dar nu necesară pentru a lua în considerare SGM (consultă capitolele 18 și 19).
- **EVALUAREA PENTRU VULVODINIE:** aceasta este o afecțiune dureroasă a vulvei (capitolul 33). Poate fi confundată cu PFMS, dar unele femei suferă de ambele afecțiuni. Nu este necesară o examinare vaginală pentru a diagnostica vulvodinia.
- **EVALUAREA PENTRU SPASMELE MUSCULARE:** dacă nu poți să ții picioarele desfăcute pe masa de examinare sau dacă ai tendința de a ridica șezutul, atunci ai PFMS și nu este nevoie de mai multe investigații. Dacă poți să ții picioarele desfăcute, atunci medicul ar trebui să îți ceară permisiunea să atingă orificiul vaginal cu degetul înmănușat, iar dacă tolerezi asta, atunci ar trebui să îți ceară acordul să verifice mușchii interni.

Dacă medicul nu poate elimina o afecțiune a pielii sau dacă bănuiește că este posibil ca himenul să nu fie perforat complet ori că ar exista alte cauze ale

obstrucționării și dacă nu poți tolera examinarea în cabinet, atunci este mai bine să fii examinată după sedare, chiar dacă asta înseamnă să mergi în sala de operații, decât să înduri durerea și trauma din cabinet. Anestezia modernă există cu un anumit scop.

Dacă mă doare când fac sex, să mai am contact sexual sau nu?

Este o întrebare la care nu poți răspunde decât tu. Dacă sexul este extrem de dureros, cel mai probabil va alimenta ciclul durerii, spasmele musculare și anticipația. Totuși, se presupune că sexul este ceva plăcut. Unele femei îmi spun că legătura fizică merită durerea, dar multe nu au putut să le spună partenerilor despre durere. Un sexolog sau un psiholog poate ajuta făcându-l pe partener să înțeleagă ce înseamnă durerea pentru tine.

Dacă vei continua să faci sex în timp ce te tratezi pentru PFMS, atunci asigură-te că treci printr-un preludiu adecvat. Dacă sexul ar însemna să „răsucești un sfârc, apoi să penetrezi“, atunci ar fi dureros pentru majoritatea femeilor. Folosește mult lubrifiant și concentrează-te pe zonele care nu dor, precum glandul clitorisului și labii. Încearcă să ai un orgasm (sau mai multe) înainte de penetrare. Dacă ai un partener masculin, poți să îi oferi cartea *Cum să satisfaci o femeie. Ghidul bărbaților care gândesc*^e a lui Ian Kerner – titlul însuși este un bun sfat. În cazul unor femei, după un orgasm sau două, pelvisul începe să se relaxeze, apoi penetrarea devine mai ușor de realizat.

Dacă penetrarea este prea dureroasă, multe femei cu parteneri masculini aleg masturbarea sau sexul oral ca excitații nedureroase. Chiar dacă excluzi varianta penetrării în timp ce lucrezi la mușchii pelvieni, tot ai putea avea contact sexual satisfăcător fără durere sau cu mult mai puțină durere.

Opțiuni de tratament

Există o varietate de opțiuni, iar cea ce funcționează pentru tine poate depinde de ce este disponibil pe plan local și cu ce te simți confortabil.

Dilatatoarele vaginale ajută la desensibilizarea nervilor și a mușchilor. Le poți folosi în ritmul tău, în propriul dormitor, fără presiune. Se comercializează în seturi de patru sau cinci. Începi cu cel mai mic, îl introduci cât poți de mult, te oprești când simți durere și apoi îl ții acolo timp de cinci minute. Procedezi

încet, cu respirații adânci pentru a relaxa pelvisul. Unele dilatatoare vibrează, multe femei considerând util acest aspect. Dilatatoarele se bazează pe memoria musculară, de aceea este important să le folosești timp de 5-10 minute pe zi, decât să le folosești 30 de minute, o dată pe săptămână.

Fizioterapia pelviană poate fi foarte utilă. Există fizioterapeuți specializați, cu formare avansată, precum și o varietate de tehnici. În cazul femeilor care nu tolerează penetrarea, terapia ar trebui să înceapă din exterior. Unele proceduri folosesc mașinării cu biofeedback care oferă reprezentării vizuale ale spasmelor musculare pe un ecran, ceea ce poate fi de ajutor pentru unele femei. Un fizioterapeut specializat în afecțiunile pelviene va ajunge să lucreze cu degetele înmănușate în interiorul vaginului și ar trebui să îți prescrie un regim de exerciții la domiciliu. Există anumiți practicieni de lucru ai corpului care pretind să trateze PFMS, dar nu te sfătuiesc să mergi la fizioterapeuții necertificați de APTA (American Physical Therapy Association).

O parte din schema de tratament poate include practica cu un psiholog pentru a aborda trauma, anxietatea și problemele din cuplu. Asta nu înseamnă că durerea este doar în mintea ta, ci că durerea îți afectează viața. Abordarea acestor aspecte poate reduce suferința. Femeile cu răspunsuri de anxietate extremă la gândul sau la încercările de penetrare pot considera foarte utilă practica alături de un terapeut.

Gestionarea constipației, dacă lucrezi prea mult mușchii pelvieni, este la fel de importantă, deoarece încordarea va alimenta ciclul spasmelor.

O alternativă sunt injecțiile cu toxina botulinică. Da, există botox pentru vagin. Aceste injecții se fac cu sedare, deoarece sunt dureroase. Toxina botulinică tratează spasmele musculare – acesta este mecanismul de acțiune. Deși este aprobată de Food and Drug Administration (FDA) pentru unele tipuri de spasme musculare, toxina botulinică nu este aprobată pentru PFMS. În cazul unora, injecțiile cu toxina botulinică pot ajuta la întreruperea ciclului de durere și a spasmelor. Medicamentul își pierde efectul după 10-12 săptămâni, deci este cel mai eficient atunci când este combinat cu dilatatoare și cu fizioterapie.

Ce nu funcționează?

Relaxanții musculari administrați pe cale orală sunt extrem de ineficienți. Uneori sunt folosiți pentru tratarea spasmelor acute (precum dureri bruște), dar nu sunt prea eficienți pentru spasmele musculare acute. Unele persoane pledează pentru diazepamul vaginal (Valium); dar există două studii care au demonstrat că nu este eficient. Diazepamul funcționează pentru măduva spinării și pentru creier – nu există receptori vaginali pentru acest medicament, deci dacă sunt simțite anumite beneficii, asta se întâmplă deoarece medicamentul este absorbit în fluxul sangvin, ceea ce contrazice ideea administrării lui pe cale vaginală.

De reținut:

- Spasmul mușchilor pelvieni este o cauză comună a durerii vaginale și a durerii din timpul sexului.
 - Multe femei declară că se simt prea strâmte sau că au senzația că părțile interne ar cădea.
 - Este nevoie de o examinare medicală minimă pentru a pune diagnosticul și pentru a începe terapia.
 - Antrenarea mușchilor cu dilatatoarele vaginale și fizioterapie poate fi de folos.
 - Consultarea unui psiholog sau a unui sexolog poate fi utilă femeilor care suferă de anxietate, care au traume sau probleme în cuplu.
-

Note:

↳ Traducere în română de Mugur Butuza, Paralela 45, București, 2016. (*N. red.*)

CAPITOLUL 35

Afecțiuni ale pielii

Vulva este expusă unui risc ridicat de contractare a afecțiunilor specifice pielii. Este mai predispusă la reacțiile alergice și există afecțiuni ale pielii care afectează vulva exclusiv sau preferențial.

Poate fi dificil să obții un diagnostic corect. Este posibil ca simptomele să nu fie specifice, adică ar putea însemna un număr de afecțiuni, iar diagnosticul nu este clar nici pentru un medic experimentat. Unele afecțiuni ale pielii sunt interpretate greșit. Și apoi există femei cărora li se ignoră complet simptomele și motivele de îngrijorare.

Aici intervine lupta pentru propria persoană. Dacă știi că aceste afecțiuni ale pielii există și ceea ce citești aici sună asemănător cu propria experiență, atunci poți pune întrebări pentru a te lămurii. De exemplu, poți întreba medicul cum a ajuns la acel diagnostic și ce alte opțiuni de tratament există. Eu mă bucur atunci când pacienții se documentează. În plus, oportunitatea de a-mi reconsidera diagnosticul este bine-venită. Dacă medicul este sigur de diagnostic, atunci ar trebui să te poată reasigura că ai ceea ce el crede că ai. Face parte din meseria lui.

Mulți ginecologi nu au oportunitatea de a gestiona o varietate mare de afecțiuni ale pielii vulvare în timpul rezidențiatului, pentru că multe dintre acestea afectează doar 1–3% dintre femei sau chiar mai puține. Un ginecolog generalist poate vedea doar câteva cazuri pe an, în timp ce un specialist vede două-trei femei pe zi cu aceste afecțiuni. Nu te teme să ceri trimitere la un specialist, dacă simptomele nu dau semne să dispară.

Câteva cuvinte despre biopsie

De multe ori putem pune un diagnostic în afara unei biopsii, deoarece aspectul pielii este unul clasic în aceste afecțiuni. În această situație, inițierea tratamentului și apoi evaluarea rezultatului sunt abordarea recomandată. Dacă încercările inițiale de tratament nu oferă rezultatele așteptate, atunci este posibil ca o biopsie să ofere mai multe informații.

Dar majoritatea persoanelor nu își dau seama că biopsiile nu sunt mereu definitive. Ai presupune că ar trebui să fie (până la urmă, analizează țesutul la microscop), dar în ceea ce privește afecțiunile pielii, biopsia nu oferă un răspuns binar de „da“ sau „nu“. În cazul biopsiei, un patolog analizează țesutul și face microscopic ceea ce noi facem macroscopic. Când analizez vulva, sunt atentă la cum arată zona înroșită și la grosimea pielii, dacă există ulcerații sau eroziuni. Pun toate aceste informații la un loc și spun că arată ca afecțiunea X. Patologul face același lucru, doar că microscopic, analizând tipul și distribuția celulelor inflamatorii, grosimea și aspectul epidermei (pielii) și multe alte caracteristici. Câteodată, văd ceva clasic – adică ceva care aparține unei afecțiuni, dar adesea văd câte ceva dintr-o afecțiune și câte ceva din alta. La fel cum facem noi când analizăm pielea. Pentru a complica și mai mult lucrurile, câteodată două tipuri de afecțiune a pielii apar în același timp.

Poți asemăna biopsia cu o piesă dintr-un puzzle, nu cu întreaga imagine. Un dermatopatolog (un patolog specializat în piele) mi-a spus cândva că până la 50% dintre biopsii, chiar atunci când pielea pare să prezinte schimbări clasice, pot avea rezultate nonspecifice. Asta nu înseamnă că biopsiile nu sunt utile, ci doar că este important să le cunoști limitările. Multe femei sunt dezamăgite după o biopsie nu pentru că rezultatul nu dovedește că au o anumită afecțiune, ci mai degrabă deoarece nu au fost informate despre posibilitatea de a nu fi diagnosticate sau de a primi o dovadă definitivă.

Biopsia este indicată atunci când există suspiciuni de cancer. Câteodată este greu de spus de ce o leziune prezintă risc de cancer, deși unele instrucțiuni generale indică biopsia pentru a elimina cancerul în următoarele situații:

- UN CONDILOM SUSPECT (NEG) ÎN CAZUL FEMEILOR DE PESTE 40 DE ANI: cancerele de piele pot arăta exact ca negii, când sunt în stadiile de debut.
- UN NEG CARE REVINE DUPĂ TERAPIE: multe terapii pentru negi pot face ca partea vizibilă a cancerului de piele să dispară, dar, pentru că aceasta este o terapie incompletă, cancerul ar putea reveni.
- O LEZIUNE PIGMENTATĂ RIDICATĂ SAU MAI MARE DE UN CENTIMETRU: cancerele de piele pot avea pigmenți. Excepție face o leziune clasică ridicată, numită keratoză seboreică. Poate arăta ca o bucată de ceară maronie lipită pe piele.

- UN ULCER CARE NU SE VINDECĂ: un potențial semn de cancer.

Lichenul simplu cronic

Lichenul simplu cronic este o afecțiune a vulvei care seamănă cu o eczemă. Adesea, debutează ca o dermatită iritantă de contact, adică un produs sau un ingredient a iritat sau a distrus mantaua acidă a pielii ori chiar stratul de la suprafața celulelor. Aceasta poate să apară după o singură expunere sau după mai multe expuneri repetate. Unii iritanți comuni sunt solvenții și alcoolul, care există în multe produse de îngrijire a pielii. Detergenții și plantele/produsele de origine vegetală pot fi iritanți. O infecție cu candida sau altfel de infecție poate reprezenta un factor declanșator. Îndepărtarea părului pubian poate crește riscul reacțiilor inițiale din cauza microtraumei sau a pierderii protecției fizice pe care o constituie părul. Femeile cu incontinență urinară, care poartă absorbante menstruale pentru protecție în loc de absorbante speciale pentru incontinență, pot dezvolta iritații.

Urmează apoi o senzație de mâncărime, care te face să te scarpini sau să freci zona afectată de mâncărime. Asta poate traumatiza și mai mult pielea și poate determina sistemul nervos să simtă și mai multă mâncărime. Scărpinatul și frecatul pot produce înroșirea și îngroșarea pielii vulvare. Mâncărimea poate fi intensă, iar unele femei în urma scărpinatului pot dezvolta traume semnificative ale pielii, cum sunt fisurile. Mâncărimea este adesea mai intensă noaptea, iar unele femei se pot scărpinga în somn.

Lichenul simplu cronic nu implică vaginul, deci simptomele vor fi externe sau în dreptul orificiului vaginului, nu în interior.

Din cauza scărpinatului, pot avea loc atât de multe modificări ale pielii, încât să fie nevoie de o biopsie pentru a elimina posibilitatea cancerului. Scărpinatul foarte intens poate distruge stratul de bază al celulelor pielii (stratul bazal). Asta poate provoca cicatrizare și poate determina melanocitele să elibereze pigmenți, formând zone plate și întunecate, numite melanoze. Acestea pot avea aspectul unui melanom, care este un cancer al pielii.

Tratamentul implică eliminarea tuturor posibililor declanșatori iritanți, tratarea inflamației și abținerea de la scărpinat sau frecat. Poate fi dificil să faci asta. Recomandările pot include eliminarea tuturor gelurilor de curățare sau a săpunurilor, purtarea hainelor largi, deoarece până și cea mai mică frecare poate

declanșa mâncărima, a absorbantelor pentru incontinență și încetarea procesului de îndepărtare a părului. Este posibil ca la început unele femei să fie nevoite să doarmă cu șosete pe mâini.

Medicamentul menit să reducă mâncărima și inflamația de obicei este reprezentat de o doză mare de unguent cu steroizi, aplicat local. Odată ce mâncărima este controlată, ea poate fi moderată și eliminată total. Uleiul de cocos sau vaselina pot crește umezeala și pot ajuta la protejarea pielii. Antihistaminele pot ajuta la diminuarea mâncărimii și pot avea efect sedativ, deci administrate noaptea pot reduce mâncărima. Odată ce scărpinatul a încetat și mâncărima a dispărut, medicamentele pot fi eliminate. Este posibil ca unele femei, pentru a preveni mâncărima, să aibă nevoie să folosească steroizi topici o dată sau de două ori pe săptămână.

Dacă terapia inițială este inefficientă, următorul pas este să consulți un ginecolog sau un dermatolog cu experiență în gestionarea afecțiunilor pielii vulvare. Câteodată pot fi necesare tratamente de lungă durată cu steroizi topici sau chiar cu injecții cu steroizi. Există și alte medicamente topice, numite inhibitori de calcineurină, care pot fi utile în cazul mâncărimii. Ocazional, medicamentele orale, similare cu cele pe care le folosim pentru nevralgie, pot fi necesare pentru a reduce mâncărima la nivelul sistemului nervos.

Lichenul scleros și lichenul plan

Acestea sunt afecțiuni autoimune ale pielii, care afectează 1–3% dintre femei. Lichenul scleros afectează doar vulva, deci se va opri la vestibul. Lichenul plan poate implica mucoasa, deci poate afecta vulva și vaginul (poate afecta chiar și gura). Aceste afecțiuni pot coexista. Lichenul plan este mai puțin comun decât lichenul scleros.

Lichenul scleros și lichenul plan pot provoca mâncărimă, durere, durere în timpul activității sexuale, ulcerații, fisuri și modificări ale pielii. Impactul asupra vieții sexuale și asupra modului în care femeile percep vulva din punct de vedere cosmetic este semnificativ. Ambele afecțiuni cresc riscul de cancer scuamos al celulelor vulvei – într-o perioadă de zece ani, riscul dezvoltării cancerului este de aproximativ 6%. Asta nu înseamnă că vei face cancer, ci mai degrabă că trebuie să fii monitorizată atent, iar în cazul în care apar modificări,

putem spera că vei avea parte de un diagnostic și un tratament corespunzător înainte ca acest cancer să se extindă.

Mereu întreb femeile dacă vor să vadă modificările de pe pielea lor. Folosesc o oglindă pe un băț de selfie pentru a descrie ce văd și pentru a le arăta unde trebuie aplicat medicamentul. Pentru multe femei, poate fi foarte util pentru a ști ce se întâmplă și cum să aplice corect produsele topice. Deși pentru altele poate fi deranjant. Dacă vrei să îți vezi vulva, îi poți spune medicului, dar dacă ai prefera să nu, tot este în regulă.

Lichenul scleros determină pielea să se albească și să se subțieze. Aspectul clasic apare în jurul vulvei (labiile mici) și al anusului în forma cifrei opt. Pe măsură ce boala progresează, labiile mici se pot atrofia și chiar dispărea, prepuțul clitoridian poate fuziona prinzând clitorisul, iar dacă boala nu este tratată pot apărea destule cicatrici pentru ca orificiul vaginal să se închidă, împiedicând penetrarea și chiar blocând fluxul urinei, în cazurile cele mai severe.

De obicei, lichenul plan nu provoacă aceleași schimbări albe și intense văzute la lichenul scleros și nici nu implică zona anală. Pot apărea aceleași schimbări cosmetice și funcționale, cum ar fi pierderea labiilor mici și fuziunea prepuțului clitoridian. Lichenul plan poate determina eroziunea vaginală și ulceratii care pot fi foarte dureroase și pot provoca cicatrizări care la rândul lor pot îngusta sever și chiar închide complet vaginul.

Femeile ar trebui testate pentru afecțiuni ale tiroidei, pentru că acestea sunt mai comune în rândul celor afectate de lichenul scleros. Femeile care au lichen scleros și lichen plan prezintă riscuri crescute de infecție cu candida. Motivul nu este bine cunoscut, dar poate include vulnerabilitate crescută la microtraumă, schimbări fizice ale pielii și administrarea medicamentelor topice.

Principalul obiectiv al terapiei implică reducerea traumei, deoarece aceasta poate activa afecțiunile. Femeile care se apropie de menopauză și cele care sunt la menopauză pot avea de câștigat de pe urma estrogenului topic, pentru că schimbările fizice ale SGM vor crește hidratarea și elasticitatea țesutului, reducând trauma. Restaurarea lactobacililor poate fi la fel de utilă. Săpunul usucă și ar trebui evitat. Este posibil ca unguentele și cremele să nu poată fi îndepărtate adecvat cu apă, deci ar putea fi util să folosești un gel de curățare

cu un pH apropiat de 5, fiecare utilizare controlând mirosul produsului acumulat pe piele.

Doze mari de steroizi topici (numiți Steroizi super potenți de clasa 1, cum sunt propionatul de clobetasol 0,05% și diopropionatul de betametazonă augmentat 0,05%) reprezintă terapia recomandată. De obicei, ar fi de preferat un unguent, pentru că se absoarbe mai bine în piele și tinde să fie mai puțin iritant (nu conține conservanți). Doza de început este o cantitate de mărimea bobului de mazăre, de două ori pe zi, timp de 6–12 săptămâni și apoi redusă la două aplicări pe săptămână. Administrarea trebuie ghidată de către un medic. Vaselina și uleiul de cocos pot fi utile ca emolient și pentru proprietățile de protecție pe care le au. Lichenul plan care afectează vaginul poate fi tratat cu steroizi vaginali și dilatatori pentru a preveni cicatrizarea.

Există și alte terapii și cel mai bine ar fi să consulți un ginecolog sau un dermatolog cu experiență pentru a o alege pe cea potrivită. Pierderea labiilor minore este permanentă, iar operațiile chirurgicale nu pot reface aceste modificări. Pot fi tratate chirurgical cicatrizarea orificiului vaginal, care împiedică actul sexual sau fluxul urinei, cicatrizarea prepuțului clitoridian și cicatrizarea vaginală. Aceste tratamente trebuie efectuate doar de către un ginecolog cu experiență în aceste afecțiuni și tehnici.

Molluscum contagiosum

Aceasta este o infecție cu un virus numit poxvirus. Produce papule perlate de aproape 3-4 milimetri (o papulă este o ridicătură mică și solidă, fără fluid vizibil). Ridicătura sau papula are o mică adâncitură în mijloc, ca un buric, pe care noi o numim ombilicare. Majoritatea persoanelor au câteva, dar uneori pot exista mai multe astfel de papule. Rareori este nevoie de o biopsie, deoarece aspectul este clasic. Virusul infectează doar stratul superior de piele, de deasupra membranei de bază – nu este inactiv și nu se reactivează precum herpesul sau virusul Papiloma uman (HPV).

Molluscum poate apărea pe orice parte a corpului expusă la virus. Pe vulvă, *molluscum* poate fi transmisă sexual de la contactul piele-pe-piele și posibil de la prosoapele folosite la comun. Scărpinatul și microtrauma provocată de îndepărtarea părului pot extinde virusul.

Adesea, *molluscum* dispare de la sine, deci pentru unele femei poate fi suficient să evite trauma fizică. În realitate, răspândirea virusului este comună (practic, nu este posibil să nu te atingi sau să nu te scarpini), deci adesea poate dura 8–12 luni să dispară. Motivele pentru care se dorește îndepărtarea sunt lipsa disponibilității de a aștepta, leziunile care provoacă mâncărimi și faptul că deranjează sau că a trecut destul timp și nu a dispărut.

Există o varietate de opțiuni de tratament care includ (fără a se limita la) următoarele:

- PRIN ELIMINARE FIZICĂ: leziunile sunt tăiate (chiuretaj) sau înghețate (crioterapie). Poate fi dureros, dar dacă există doar câteva leziuni, poate fi o opțiune potrivită. Nu încerca asta acasă, pentru că există pericolul să răspândești virusul sau să dezvolti o infecție bacteriană.
- TERAPII APLICATE LOCAL: se poate utiliza acidul tricloracetic aplicat de un medic, folosind partea de lemn a unui tampon de bumbac. Este posibil să fie nevoie să repeți această terapie la fiecare două săptămâni până când dispar leziunile. Crema de podofilotoxină, aplicată acasă (un ciclu de aplicări de două ori pe zi, timp de trei zile, cu o pauză de patru zile, repetat în fiecare săptămână, patru săptămâni la rând). Crema cu benzoil peroxid, de concentrație de 10%, poate fi eficientă dacă este aplicată de două ori pe zi, timp de patru zile. Și este și foarte ieftină. Crema Imiquimod, un modulator imun, aplicată de 3-5 ori pe săptămână, timp de 16 săptămâni, ar fi o altă opțiune.
- CIMETIDINA ADMINISTRATĂ ORAL: fiind un medicament pentru refluxul acid, este posibil să o cunoști după denumirea de Tagamet. Se administrează timp de două luni și poate fi o opțiune pentru situațiile în care terapia topică este prea dureros de tolerat sau este greu de suportat, din alte motive. Poate interacționa cu alte medicamente.

Hidroadenita supurativă

Hidroadenita supurativă este o afecțiune dureroasă, cronică și inflamatorie, a foliculilor de păr cu glande sudoripare apocrine. Afectează aproximativ 0,3% dintre femeile din SUA, cu vârstele între 20 și 40 de ani (grupul cu cel mai mare risc). Este de aproape două ori mai comună în rândul femeilor afro-americe și metise decât în cazul femeilor albe. Datele din Europa sugerează

că incidența poate fi de 2–4%. Nu este clar dacă este o diferență reală sau dacă datele europene sau americane sunt greșite.

Femeile dezvoltă noduli dureroși și roșii (umflături ferme de țesut sub piele), care atunci când sunt în stare inițială pot semăna cu acneea sau pot fi confundați cu firele de păr crescute în piele. Cazurile mai avansate au puncte negre, abces, leziuni care elimină puroi și cicatrici severe. În medie, unei femei îi poate lua șapte ani până să obțină diagnosticul corect, iar impactul psihic al umflăturilor dureroase, cronice, care drenează lichid și care sunt greșit diagnosticate (sau nu sunt diagnosticate niciodată) nu poate fi subestimat. Din fericire, majoritatea femeilor au forme ușoare ale acestei boli, dar 4% dintre cazuri implică o suprafață mare din vulvă afectată de abces și de cicatrici.

Cauza nu este cunoscută, deși un pas-cheie ar fi blocarea foliculului de păr și adunarea secrețiilor din glandele sudoripare apocrine care provoacă ruptura foliculului de păr. De aici rezultă infecții bacteriene și inflamații intense care pot declanșa abces și cicatrici. Odată ce răspunsul inflamatoriu s-a dezvoltat, se poate extinde la foliculii de păr adiacenți, făcând afecțiunea mai greu de tratat. Cicatrizarea nu poate fi inversată. Diagnosticarea și tratarea din timp pot avea rezultate mai bune pe termen lung.

Tratamentul implică minimalizarea inflamației. Lenjeria intimă trebuie să fie largă pentru a limita frecarea, iar îndepărtarea traumatică a părului, precum epilatul sau raderea, trebuie oprită. Unele date sugerează că îndepărtarea părului cu laserul poate fi utilă. Consultă un dermatolog certificat pentru asta. Fumatul este un cofactor bine-cunoscut, deci ar fi benefic să te lași de fumat. De asemenea, pierderea în greutate s-a demonstrat a fi un factor pozitiv.

Tratamentele specifice includ administrarea anticoncepționalelor cu estrogen sau a unui medicament numit spironolactonă (100 de miligrame pe zi) – ambele reduc efectul testosteronului asupra țesuturilor (testosteronul îngroașă secrețiile glandelor afectate). Antibioticele aplicate local și cele administrate oral sunt și ele eficiente. Afecțiunile care nu răspund la terapiile inițiale sau sunt în stare avansată, cu abces și cicatrici, trebuie gestionate de un ginecolog sau de un dermatolog experimentat.

De reținut:

- Iritanții și microtrauma înrăutățesc toate afecțiunile pielii.
 - Lichenul simplu cronic este o cauză comună de mâncărime intensă a vulvei.
 - Lichenul scleros și lichenul plan sunt afecțiuni autoimune ale pielii, care pot provoca durere persistentă și pot necesita un specialist pentru tratamentul adecvat.
 - *Molluscum contagiosum* este o infecție care provoacă leziuni mici, și câteodată și mâncărime, pe vulvă.
 - Hidroadenita supurativă este o afecțiune cronică inflamatorie a foliculului de păr, care adesea rămâne nedignosticată – intervențiile realizate din timp pot duce la rezultate mai bune.
-

CAPITOLUL 36

Infecția de tract urinar (ITU) și sindromul vezicii dureroase (SVD)

Până la 11% dintre femei au cel puțin o dată pe an o infecție a tractului urinar (ITU), iar pentru 20–30% dintre aceste femei ITU reprezintă o problemă recurentă. ITU constituie motivele cele mai comune pentru care femeile primesc rețete cu antibiotice.

Simptomele clasice sunt nevoia acută de urinare, urinarea frecventă și senzația de arsură. Unele femei pot avea dureri la nivelul vezicii și pot prezenta urme de sânge în urină. Altele pot avea incontinență sau li se poate agrava incontinența existentă. Nu toate femeile au simptome clasice, așa că diagnosticarea poate fi dificilă.

Câteva cuvinte despre teste

Există trei tipuri de teste pentru a diagnostica ITU. Acestea includ următoarele:

- **BANDA DE URINĂ:** un test rapid de urină, efectuat în cabinet, care oferă informații despre sânge, bacterii și leucocite. Aceste benzi de urină se găsesc la farmacie. Testele nu confirmă și nici nu exclud posibilitatea unor infecții ale vezicii, dar pot ridica sau elimina suspiciunile. Partea cea mai utilă este interpretarea nivelului de nitrat, un semn al prezenței bacteriilor. Deși aceste teste sunt efectuate la scară largă, în majoritatea situațiilor ele completează cu puține informații utile. Dacă simptomele sunt clasice, un test negativ nu ar trebui să te împiedice să primești tratamentul adecvat. Dacă simptomele nu sunt clasice, ai nevoie de o probă de cultură (un test definitiv). Acest test este afectat de fenazopiridină, un medicament pentru durerea de vezică ce dă urinei culoarea portocalie.
- **MICROSCOPIA URINEI:** analiza urinei în laborator pentru a observa leucocitele, bacteriile și sângele, o versiune mai exactă a benzii de

urină. Dacă microscopia identifică bacterii sau leucocite, diagnosticul de ITU este mai probabil, dar nu aduce nimic în plus față de banda de urină. Acest test nu este afectat de fenazopiridină.

- UROCULTURA: analizează bacteriile care cresc din urină. Acesta este standardul de aur. Dacă raportul indică 100 000 de colonii de bacterii per mililitru de urină, atunci avem de-a face cu o infecție. Dar există câteva probleme. Până la 5% dintre femeile aflate la premenopauză și 10–15% dintre femeile aflate la post-menopauză vor avea aceeași cantitate de bacterii și fără simptome, adică fără a exista ITU. Nu se verifică dacă proba de cultură este pozitivă, ci mai degrabă dacă rezultatul se potrivește cu simptomele. Mai știm și că unele femei pot avea ITU chiar și când nu există suficiente bacterii pentru a se putea observa o creștere a culturii. Cultura nu este afectată de fenazopiridină.

Este posibil să am ITU?

Declarația generală „poate exista o infecție a vezicii“ este potrivită pentru aproape 50% dintre cazuri. Câteva întrebări în plus pot reduce posibilitatea afectării, astfel încât să poți decide împreună cu medicul dacă ești eligibilă pentru tratamentul oferit prin telefon sau dacă trebuie să lași o mostră de urină și ai nevoie de examinare. Aceste instrucțiuni sunt valabile pentru femeile care au în fiecare an două-trei infecții ale vezicii. Femeile cu patru sau mai multe infecții pe an au ITU recurente, care se gestionează diferit.

Există o probabilitate mare de ITU odată cu creșterea frecvenței urinării (nevoi urgente de urinare), disurie (arsuri la urinare) și nicio schimbare în secrețiile vaginale. Dacă nu există dovezi de infecție la nivelul rinichilor (durere flancată, frisoane, febră mare), ar fi rezonabil să primești tratament prin telefon, fără mostră de urină. Dacă nu te simți mai bine cu acest tratament, trebuie să te consulți medicul, deoarece este posibil să nu fi avut ITU (adică diagnosticul a fost incorect) sau să ai o bacterie care necesită o terapie diferită, iar asta se poate stabili doar cu o mostră de urină.

Dacă urinezi frecvent, ai disurie și observi schimbări ale secrețiilor vaginale sau secreții vaginale pe care nu le-ai mai avut, atunci posibilitatea de a avea o infecție a vezicii este de doar 45% și ar trebui să fii consultată. În acest caz, pot fi utile testul cu banda pentru urină sau microscopia. Dacă la examinare nu

există dovezi ale prezenței infecțiilor vaginale, iar testul cu nitrat este pozitiv, șansa de a avea ITU urcă la 80%.

Dacă pe baza unor simptome diferite de urinări frecvente și disurie consideri că ai ITU, atunci ar trebui să fii consultată și evaluată. În această situație, ar fi utile o examinare sau un test la cabinet (testul benzii de urină). Este posibil să ai nevoie de o probă de cultură.

Femeile cu infecții recurente, adică cele care au patru sau mai multe infecții în decurs de 12 luni, trebuie să trimită culturi de urină. Și femeile însărcinate au nevoie să li se analizeze o probă de urină.

În așteptarea rezultatului

Poate fi dificil să aștepti rezultatul probei, dar dacă simptomele nu sunt clasice sau dacă există suspiciunea unei bacterii greu de tratat, aceasta este opțiunea potrivită. Pe lângă complicațiile administrării antibioticelor atunci când nu ai nevoie de ele – diareea și infecțiile cu candida fiind printre cele mai comune –, putem rămâne fără antibiotice eficiente din cauza problemei rezistenței la acestea. Este destul de grav să iei antibiotice când nu este necesar sau să administrezi tratamentul greșit.

În cazul unei probe de cultură, durează una-două zile să obținem rezultatul, o zi să aflăm dacă este pozitiv și încă o zi să aflăm opțiunea de antibiotice potrivită. În funcție de zona în care locuiești (tipul de bacterii și sensibilitatea la antibiotice variază semnificativ în funcție de regiune) și de câte infecții ai avut, poate fi potrivit să începi tratamentul imediat ce primești rezultatul pozitiv al probei, dar poate fi chiar mai bine să aștepti rezultatele pentru a limita daunele colaterale de la expunerea la antibiotice care nu funcționează pentru infecția ta.

Deși poate fi neplăcut să aștepti două zile, ar putea fi de folos să iei paracetamol și fenazopiridină. Există posibilitatea ca medicamentele pentru durere, precum diclofenac și ibuprofen (clasa de medicamente numite AINS sau antiinflamatoare nesteroidiene), să crească riscul infecției la rinichi, deci paracetamolul ar putea fi o alegere mai bună. Totuși, așteptarea nu îți va provoca infecție la rinichi – de fapt, după două zile 20–25% dintre ITU dispar de la sine. Deși pare o rată mică, reducerea utilizării antibioticelor cu 25% pentru ITU ar putea fi semnificativă din punct de vedere global. Este o

strategie rezonabilă pentru femeile cu simptome atipice să ia rețeta de antibiotice în timp ce așteaptă rezultatul culturii, dar este recomandat să ia antibiotice doar dacă rezultatul culturii este pozitiv și antibioticele sunt cele potrivite.

Tratamentul

Pentru femeile care nu au un istoric de infecții recurente, tratamentul inițial recomandat de antibiotice poate fi unul dintre următoarele:

- nitrofurantoină, 100 de miligrame de două ori pe zi, timp de cinci zile
- fosfomicină 3 grame, o singură doză orală
- trimetoprim-sulfametoxazol 160–800 de miligrame de două ori pe zi, timp de trei zile

Alte antibiotice sunt antibioticele cu spectru larg, adică cele care distrug o gamă mai mare de bacterii și care sunt mai predispuse să provoace efecte colaterale sub formă de diaree, infecții cu candida și să contribuie la rezistența antibioticelor. Unul dintre aceste antibiotice este ciprofloxacina, care poate afecta și tendoanele. Acest antibiotic trebuie folosit doar când proba de cultură ne spune că aceasta este într-adevăr cea mai bună alegere sau dacă există alte motive medicale, de exemplu alergia la celelalte antibiotice.

Prevenirea infecțiilor vezicii

Cel mai probabil este că femeile cu SGM pot beneficia de pe urma estrogenului vaginal, care s-a demonstrat că reduce ITU.

Sucul de merișoare, proclamat de toată lumea pentru abilitatea lui de a reduce ITU, pare ineficient. Nu se știe dacă tabletele de merișor sunt la fel de ineficiente, dar studiile sunt de calitate proastă. Nimeni nu știe nici măcar dacă acest compus din merișoare, proantocianidina, care pretinde să prevină ITU, ajunge în urină în cantități suficiente pentru a preveni aderența bacteriilor (mecanismul ei presupus de acțiune). Alte opțiuni, de asemenea netestate, includ 1 000 de miligrame de vitamina C, de trei ori pe zi, și D-manoza de 2 000 de miligrame pe zi, împărțită în două sau trei doze zilnice. Teoria de dincolo de aceste produse este asemănătoare cu cea a merișoarelor și afirmă că ar preveni aderența bacteriilor din mucoasa vezicii. Nu pare să existe niciun rău

în afară de costul ridicat. Dacă dorești să încerci una dintre aceste opțiuni și nu vezi nicio ameliorare în ITU în decurs de șase luni, atunci aceste opțiuni nu sunt eficiente pentru tine.

Femeile care au ITU declanșate de sex pot lua în considerare administrarea zilnică a antibioticelor sau administrarea unui antibiotic imediat după sex. Efectele nu au fost studiate în detaliu, dar se pare că ar fi la fel de eficiente. Ultima dintre variante reduce expunerea prelungită la antibiotice.

O recomandare clasică ar fi să îți golești vezica imediat după ce ai contact sexual cu un partener masculin. Există două studii care arată că această metodă nu este eficientă și că ar ține mai degrabă de *Superstiții* (capitolul 47). Am auzit de femei care fug la baie la câteva secunde după ejacularea partenerului și de bărbați care spun: „Adică nu avem timp pentru câteva clipe de tandrețe?”

Numesc acest tip de intervenție, precum capsulele de merișor sau golirea vezicii după sex, „Povara lui *nu poate face rău*“. Dar sunt o povară. De fiecare dată când determinăm o femeie să sară inutil print-un cerc pentru a se simți mai bine, îi adăugăm o povară. Poate fi o povară financiară, emoțională sau poate fi exasperarea de a realiza că după atâta efort nu ajungi nicăieri.

Simt că aș avea infecții recurente ale vezicii, dar testele îmi ies mereu negative

Urinarea frecventă, disuria (durerea) și urmele de sânge din urină sunt simptomele unei afecțiuni numite sindromul vezicii dureroase (SVD). Această afecțiune a mai fost numită cistită interstițială, dar SVD este o descriere mai potrivită. Ani întregi, multe femei sunt tratate cu antibiotice pentru infecții inexistente ale vezicii, când de fapt ele suferă de SVD. Alte simptome ale SVD sunt durerea din timpul sexului și dificultatea de a urina după pornirea fluxului.

SVD este un diagnostic clinic care se pune atunci când au existat cel puțin șase săptămâni în care s-a simțit durere la nivelul vezicii, în care ne-au supărat frecvent nevoia urgentă de a urina și urinarea frecventă și în care alte cauze ale acestora au fost eliminate. Cele mai importante afecțiuni care trebuie eliminate sunt ITU și cancerul de vezică. Cancerul de vezică este mult mai puțin întâlnit la femei decât la bărbați și apare rar sub vârsta de 55 de ani. Dacă ai 40 de ani

sau mai mult și ai simptome sugestive de SVD, mai ales dacă urinezi cu sânge, trebuie să ceri să fi testată pentru cancer de vezică.

Cauza SVD nu este cunoscută. Teoriile comune implică inflamația mucoasei vezicii și/sau durere la nivelul nervilor.

Femeile suspecte de SVD ar trebui evaluate pentru spasmul mușchilor pelvieni (pentru PFMS, vezi capitolul 34) și pentru vulvodinie (pentru detalii privind nevralgia vulvară, vezi capitolul 33). Endoscopia vezicii urinare, procedura numită citoscopie, poate fi recomandată pentru testarea pentru cancer de vezică, dar nu și pentru diagnosticarea SVD. Majoritatea femeilor cu SVD nu prezintă anomalii ale vezicii care să poată fi observate prin această metodă. Nu se mai recomandă testul numit instilare de potasiu, deoarece nu este util și mai este și foarte dureros.

Există multe terapii pentru SVD, dar multe dintre aceste recomandări sunt bazate pe date de calitate proastă. Variantele de terapie sunt următoarele:

- FIZIOTERAPIA PELVIANĂ: fizioterapeutul tratează spasmele musculare adiacente și poate efectua și biofeedback.
- GOLIREA TEMPORIZATĂ: este o formă de biofeedback, antrenând vezica să accepte volume mai mari.
- MODIFICĂRI DE DIETĂ: există multe alimente declarate ca fiind iritante. Iritanții comuni ai vezicii sunt cafeaua, ceaiurile, sucurile acidulate, băuturile alcoolice, îndulcitorii artificiali, citricele, sucul de merișoare, roșiile, soia și alimentele picante.
- PENTOSAN POLIULFAT: este un medicament administrat oral, care se presupune că ar ajuta la reconstruirea mucoasei vezicii. Poate dura până la șase luni ca efectele să fie vizibile. Este posibil să ajute doar 30% dintre femei, ceea ce nu este mai mult decât efectul placebo.
- INSTILAȚIILE: sunt substanțe care reduc inflamația sau care refac mucoasa vezicii și care se administrează în vezică, fiind o terapie topică. Tipurile de instilații sunt heparina, pentosanul polisulfat și un acid hialuronic cu greutate moleculară mare.
- PTNS: este o formă de neuromodulare, adică aplicarea unor electrozi care să modifice funcția nervului. Un ac de acupunctură este pus chiar sub gleznă, iar nervul de dedesubt primește un impuls electric, nerv care se conectează la măduva spinării în același loc ca nervii vezicii.

Tratamentul săptămânal, repetat 12 săptămâni, poate fi util, dacă este urmat de terapie de întreținere la fiecare 2-4 săptămâni.

- FENAZOPIRIDINA: este un medicament oral care combate durerea vezicii afectate de ITU. Pe ambalaj este menționat că nu trebuie să se depășească trei zile de administrare, dar motivul acestei atenționări nu este pericolozitatea tratamentului de lungă durată, ci diminuarea responsabilității producătorului în eventualitatea existenței unei infecții a rinichilor. Dacă alegi să tratezi durerea cu acest medicament, nu te teme să îl iei zilnic, la nevoie, dar să iei în considerare că urina va avea o tentă portocalie.
- MEDICAMENTELE ADMINISTRATE ORAL PENTRU AMELIORAREA DURERILOR: opțiunile comune sunt nortriptilina și gabapentina, dar mai sunt și alte variante.
- ANTIHISTAMINICELE: unele teorii ale SVD susțin un răspuns anormal la histamine.
- HIDRODISTENSIA: lărgirea vezicii în sala de operație prin umplerea acesteia cu lichid.
- INECȚII CU TOXINA BOTULINĂ, ADMINISTRATE ÎN VEZICĂ: acestea pot trata componenta hiperactivă a vezicii și uneori și durerea.

Dacă SVD nu răspunde la terapiile inițiale, citoscopia (analiza internă a vezicii) ar putea fi utilă, deoarece 5–10% dintre femei au ulcerații și anumite tratamente specializate ar putea ajuta la ameliorarea durerii. Menționarea altor opțiuni depășește scopul acestei cărți.

De reținut:

- ITU afectează 11% dintre femei în fiecare an.
- Senzația de arsură din timpul urinării și nevoia de a-ți goli frecvent vezica, fără a avea secreții vaginale, reprezintă semne sigure de ITU.
- Testul de urină care se găsește în farmacii nu este util.
- Urinarea imediat după sex nu reduce inflamațiile.
- Simptomele care se simt exact ca ITU, dar pentru care rezultatele probelor ies în mod repetat negative, pot fi semne ale sindromului de vezică dureroasă (SVD).

CAPITOLUL 37

Prolapsul organelor pelviene

Aceasta este o carte despre vagine și vulve, așa că de ce nu ar cuprinde și un capitol despre organele pelviene? În medicină numim prolapsul organelor pelviene (POP) coborârea sau căderea vaginului ori a uterului. Uneori se întâmplă să coboare și vezica sau intestinele. POP poate provoca uneori simptome vaginale, dar mai sunt și alte simptome care le sunt incorect asociate. Iată de ce este esențial să ai măcar câteva informații de bază despre POP.

Stai așa: vrei să spui că este posibil să îmi cadă vaginul?

Da, este posibil, dar șansele să cadă în afara corpului sunt foarte mici.

Vaginul este făcut să se întindă, căci altfel un copil nu ar putea trece prin el, iar o sarcină afectează cu precădere țesuturile cu o abilitate mai mare de întindere. Ca asta să ți se întâmple și ție depinde de mai mulți factori, inclusiv de genetică, de fumat (care slăbește toate țesuturile), de menopauză, de nașterile anterioare, de o constipație cronică (întinderea nu este bună pentru țesuturi) și de greutate (mai multă presiune pe țesuturi înseamnă șanse mai mari pentru vagin să coboare). Nu se poate prezice cu siguranță cine va face POP și cine nu.

Ce anume înțelegi prin prolaps?

Partea care începe să cadă poate fi cervixul (partea inferioară a uterului), peretele frontal al vaginului, peretele inferior al vaginului sau, dacă ai avut histerectomie, partea superioară a vaginului. Pentru a vizualiza mai bine, întoarce pe dos o șosetă – partea de care tragi reprezintă prolapsul.

Care sunt simptomele?

Aproximativ 40-50% dintre femei au POP la examinare, fără a avea simptome. Asta înseamnă că o oarecare moliciune sau un prolaps minor este ceva normal. Nu contează dacă ai POP, ci dacă acesta te deranjează. Dacă medicul menționează, după o examinare a pelvisului, că ai o formă de prolaps, să nu te îngrijorezi. Asta nu înseamnă decât că ești la fel ca multe alte femei. POP nu

reprezintă o problemă de sănătate, adică nu există consecințe severe dacă nu este tratat, așa că dacă nu te deranjează, nu ar trebui să-l deranjeze nici pe medic.

Simptomul principal al POP este reprezentat de umflătura vaginală, care afectează aproape 3-6% dintre femei. Asta înseamnă că se simte o umflătură de țesut vaginal în timpul unor activități precum ștergerea, masturbarea sau chiar atunci când te așezi. Un alt simptom comun este presiunea. Simptomele mai puțin comune includ disconfortul din timpul sexului (umflătura îți stă în drum) și obstrucționarea fluxului de urină. Ocazional, unele femei au dificultăți cu excreția și ca urmare trebuie să introducă degetele în vagin și să împingă, oferind sprijinul necesar excreției. Asta se numește atelaj. În mod normal, prolapsul nu are ca simptome durerea pelviană, durerea de spate sau durerea din timpul sexului. Dacă medicul încearcă să dea vina pe prolaps pentru aceste simptome, caută alt medic.

Testul pentru POP constă într-o examinare vaginală de către un medic instruit. Stadiul de POP este stabilit în funcție de cât de aproape este de himen partea cea mai coborâtă. Lungimea vaginului, lățimea orificiului vaginal și corpul perineal (legătura de mușchi dintre vagin și anus) sunt luate și ele în considerare. Există cinci etape ale prolapsului, de la 0 la 4, iar medicul trebuie să îți ofere un scor POP-Q în funcție de stadiul prolapsului. De obicei, scorul contează doar când vine vorba despre operația chirurgicală.

Medicul trebuie să evalueze și forța pelvisului, cerându-ți să îl încordezi (folosind un exercițiu Kegel – consultă capitolul 10). Dacă ai simptome de vezică, sunt indicate și alte teste.

Dacă simptomul principal care te deranjează este presiunea pelviană sau senzația că ceva cade, atunci este indicată și o evaluare a mușchilor pelvieni pentru spasme sau rigiditate, deoarece spasmele mușchilor pelvieni pot provoca aceleași simptome (consultă capitolul 34). Un ginecolog sau un uroginecolog (un ginecolog specializat în afecțiunile vezicii și ale prolapsului) îți poate evalua mușchii pelvieni. De asemenea, poate fi utilă și o vizită la un fizioterapeut specializat în afecțiunile pelviene, pentru a elimina posibilitatea spasmelor musculare.

Ce tratamente sunt disponibile pentru POP?

Este important să te asiguri că tratezi adecvat constipația, deoarece încordarea va agrava prolapsul. În multe cazuri, consumul unei cantități de 25 de grame de fibre pe zi va ajuta la prevenirea constipației, deși unii oameni pot avea nevoie de laxative. Laxativele osmotice sunt foarte sigure, pentru că atrag apa în scaun, făcându-l mai moale și mai ușor de eliminat. Polietilenglicol pudră 3350 este un laxativ osmotic – în SUA, numele pentru comercializare este Miralax, dar un medicament generic este la fel de bun. Câteodată, când ești în timpul excreției, ar fi util să pui picioarele pe un taburet atunci când stai pe toaletă, pentru a reduce încordarea.

Exercițiile Kegel (consultă capitolul 10) și alte exerciții de întărire a mușchilor pelvieni pot trata simptomele prolapsului. Pentru multe femei, fizioterapeuții specializați în afecțiunile pelvisului sunt foarte utili.

Un pesar este un dispozitiv care stă în vagin și sprijină țesuturile căzute. Pesarele sunt comercializate într-o varietate mare de forme și mărimi – inele, discuri cu găuri (pentru a ieși secrețiile) și chiar o variantă numită Gellhorn, care arată precum un pion uriaș dintr-un set de șah. Unele dispozitive pot părea inconfortabile, dar la fel ca în cazul tampoanelor, când sunt introduse corect, nici nu se simt. Ar trebui să le introducă un medic sau o asistentă. Ar trebui să îți zică să îți golești înainte vezica, deoarece un pesar prost introdus poate obstrucționa fluxul urinei, și să se asigure că îl poți introduce și scoate confortabil chiar tu.

Pesarele pot sta în interior timp de o lună sau mai mult (chiar trei luni) înainte de a fi curățate. Dacă sunt ținute mai mult, pot răni țesuturile vaginale. Nu poți face sex când porți un pesar, dar îl poți scoate și reintroduce apoi.

Pesarele pot trata eficient aproximativ 90% dintre femeile deranjate de simptomele POP. Există foarte puține terapii în medicină cu această rată de succes. Dispozitivele se pot înlătura dacă simți că nu te ajută sau că te deranjează. Cu cât este mai mare gradul prolapsului, cu atât mai ineficient este pesarul, dar chiar și în cazul prolapsului avansat, un pesar introdus corect va funcționa în 64–70% dintre cazuri.

Mă poate ajuta o operație?

Explicarea operației pentru prolaps nu este unul dintre subiectele acestei cărți. Sunt operații care se pot efectua vaginal și sunt și operații abdominale, realizate cu un telescop chirurgical (laparoscop). Alegerea operației depinde de partea

căzută, de severitatea afecțiunii, de simptome, dacă ai mai avut operații de prolaps înainte, de planurile viitoare privind activitatea sexuală, de prezența incontinenței și de alți factori.

Operația de prolaps schimbă anatomia vaginală – aproape 10% dintre femei ajung să aibă dureri în timpul sexului. Din fericire, de cele mai multe ori acestea se pot trata. Asta nu înseamnă că operația este ceva rău – 34% dintre femeile care aleg această operație nu fac sex din cauza umflăturii –, ci este o indicație a măsurii în care procedura este necesară. Durerea din timpul actului sexual după operația de prolaps este comună din cauza spasmelor musculare (consultă capitolul 34). Multe femei declară că operația de prolaps are un impact negativ asupra aspectului corpului lor.

S-a vorbit destul de mult în mass-media despre meșă și operația de prolaps. Meșa este un material care arată precum o plasă fină și care se folosește când țesuturile sunt prea slăbite. Este asociată cu o rată mai mare de complicații și poate eroda țesuturile, dacă ajunge în vagin. Momentan, meșa este recomandată doar când riscul ca operația să eșueze fără ajutorul ei este mare. Nu este greșit să folosim meșa, dar este greșit să o folosim inadecvat. Poate fi înțelept să ceri o a doua opinie, în cazul în care îți este recomandată meșa.

Meșa are un istoric dificil – mulți producători de dispozitive au introdus tipuri diferite de meșă pentru operația de prolaps, bazându-se pe puține studii sau chiar pe niciunul. Și mulți chirurghi le-au folosit, provocându-le femeilor dureri severe și cicatrici. Asta nu înseamnă că toate meșele sunt dăunătoare, ci că terapiile chirurgicale nestudiate nu sunt bune. Atunci când nu investim timpul și efortul necesar într-o nouă terapie, consecințele pot fi teribile și de neanticipat.

Chiar și în cazul unei tehnici chirurgicale corecte, unele femei pot avea nevoie de mai multe operații de prolaps, deoarece țesuturile lor sunt în mod inherent slăbite.

Dacă suferi de prolaps dureros, care nu a răspuns la exercițiile de întărire a pelvisului, și dacă ai încercat cel puțin două pesare care nu au funcționat sau care erau inconfortabile, atunci este posibil să ai nevoie de operație.

Deoarece operația de prolaps este, de obicei, una majoră, este mereu bine să ceri o a doua opinie și să consulți un medic ginecolog sau urolog care s-a supraspecializat în chirurgia reconstructivă pelvină. Asta înseamnă încă trei ani

de instruire după rezidențiat. Operația de prolaps este una specializată și ai nevoie de un chirurg cu o instruire bună, cu experiență și care îți poate explica riscurile și beneficiile operației.

De reținut:

- Prolapsul organelor pelviene înseamnă că o parte din vagin și/sau cervix/uter cade spre orificiul vaginal.
 - Simptomul principal al POP apare ca o umflătură la orificiul vaginal – POP nu provoacă durere în timpul sexului sau durere pelviană.
 - Sistemul de gradare POP-Q este folosit pentru a măsura exact prolapsul.
 - Exercițiile pentru mușchii pelvieni pot fi utile.
 - Pesarele pot trata aproximativ 90% dintre femeile care au simptomele POP.
-

SIMPTOMELE

CAPITOLUL 38

Cum să comunic cu medicul?

Femeile își cunosc corpul. Știu ce simptome sunt tipice pentru ele și își dau seama dacă apare ceva diferit.

Dar este la fel de adevărat că vulva și vaginul sunt naratori în care nu poți avea încredere. Prin asta vreau să spun că, din cauza conexiunilor unice, au modalități foarte limitate de comunicare a bolilor și rănilor. Pot exista multe semnale confuze, iar simptomele adesea nu sunt ceea ce par a fi. Pe lângă asta, multe dintre lucrurile pe care femeile le-au învățat despre corpurile lor și afecțiunile medicale care afectează vulva și vaginul sunt incorecte. Asta face ca autodiagnosticarea (adică diagnosticarea pe baza simptomelor sau a ceea ce simți) sau diagnosticarea prin telefon să reprezinte o provocare. De exemplu, după cum am discutat deja, 50–70% dintre femeile care pe baza simptomelor stabilesc că ar avea candidoză își greșesc diagnosticul.

Vulva și vaginul au un vocabular limitat

În medicină, simptomul înseamnă ceea ce simți, cum ar fi o mâncărime sau o durere. Vulva și vaginul au simptome limitate prin care să te alerteze că ceva se întâmplă, iar printre cele mai comune sunt:

- iritația
- senzația de glas-papir
- uscăciunea
- arsura
- mâncărimea
- furnicăturile
- durerea
- durerea din timpul actului sexual
- rigiditatea
- senzația de apăsare
- secrețiile vaginale
- mirosul

- nevoia urgentă de a goli vezica
- durerea din timpul urinării

Pentru a face comunicarea și mai dificilă, aproape toate afecțiunile au simptome comune. De exemplu, arsurile vaginale pot fi întâlnite la candidoză, la afecțiunile pielii, la spasmele musculare, SGM și la infecțiile tractului urinar. În principal, majoritatea afecțiunilor vaginale trag aceleași semnale de alarmă.

Puterea pelviană a fenomenului, zone aglomerate

Există un alt nivel de complexitate: conexiunile.

Orgasmul, urinarea și excreția au toate nevoie de interacțiuni neuronale complexe. Aceste acțiuni depind de piele, de mușchi, de nervi, de vezică și de intestine, oferind informații către sistemul nervos și apoi răspunzând corespunzător. Pentru a face asta, multe structuri pelviene, inclusiv vulva și vaginul, împart aceiași nervi.

Nervii din structurile pelviene sunt foarte aglomerați în măduva spinării – zona din măduva spinării care se ocupă de pelvis este mică în comparație cu alte zone ale corpului. Gândește-te la zona sacrală a măduvei spinării, partea care alimentează pelvisul, ca la un cablu de alimentare cu prize insuficiente – deci unele au repartitoare pentru a accepta două sau trei prelungitoare. Aceste conexiuni înguste facilitează comunicările încrucișat și ajută la buna funcționare a tuturor elementelor, dar în același timp pot provoca și mesaje intercalate.

Pentru a adăuga și mai multă confuzie, sistemul nervos nu este static. Dacă ai un simptom dureros, sistemul nervos poate da volumul mai tare nervilor din aceeași regiune pentru ca stimulii următori să fie și mai dureroși. Asta se numește sensibilizare. Este un mecanism de protecție: ești mai înclinat să protejezi o rană, dacă de fiecare dată când te atingi ești în agonie. Sensibilizarea determină radierea durerii dincolo de zona originală a răni, măbind câmpul de durere. Și asta oferă protecție. Dacă zona din jurul răni doare destul de tare, atunci este mai probabil să abandonezi orice activitate dureroasă decât să riști să rănești din nou țesuturile care sunt în proces de vindecare.

Se pot extinde și simptomele. La nivel celular, durerea este o inflamație. Dacă te doare vezica, durerea poate ajunge la măduva spinării și apoi, din cauza conexiunilor aglomerate, și la nervii care alimentează vaginul sau pielea și pot

dezvolta afecțiuni dureroase și chiar semne de inflamație observabile la microscop. Știm asta în urma studiilor pe animale. Când o substanță chimică și caustică este pusă în rectul unui șoarece, vezica acestuia este vizibil inflamată. Rana nu este provocată de chimicalele care s-ar infiltra în țesuturi, deoarece la repetarea experimentului, cu nervii vezicii tăiați, vezica nu se poate inflama.

Și ar mai fi ceva: mâncărimea, iritația și durerea – în general, toate simptomele deranjante – sunt transmise la creier prin aceleași conexiuni. Deci ceva poate pleca de la nivelul pielii ca o mâncărime, dar când ajunge la creier poate fi perceput ca durere.

Pe scurt, conexiunile sunt foarte complexe.

Nivelul de toleranță

Nivelul de toleranță variază de la femeie la femeie. De exemplu, în cazul unei afecțiuni care provoacă mâncărime, unele femei o simt imediat, iar altele abia dacă o sesizează. Este un mixt complex de biologie și experiențe. De exemplu, anumite mâncărimi sunt declanșate la nivel celular de eliberarea substanței chimice numite histamină. Unele femei eliberează mai multă histamină decât altele. Creierul altora poate răspunde diferit la semnalele de durere sau mâncărime.

Multe femei au învățat să reziste la simptome pentru că au fost ignorate. În alte cazuri, este precum broasca din fabulă, fiartă treptat – simptomele se manifestă gradual și nu sunt recunoscute decât atunci când ajung să fie destul de grave. Se poate întâmpla și opusul. Unele femei sunt extrem de vigilente, adică acordă prea multă atenție simptomelor, cum ar fi, de pildă, să își evalueze zilnic vulva cu o oglindă sau cu introducerea regulată a degetelor în vagin pentru a verifica dacă există un miros specific. Multe „produse de igienă feminină“ includ în campania lor publicitară hipervigilența. Un produs sugerează că femeile pot elibera un miros vaginal numai dacă își desfac picioarele.

Anxietatea, stresul, grijile, problemele din relație sau cele financiare, precum și lipsa somnului pot coborî pragul de toleranță și simptomele devin mai deranjante.

Alți factori care pot interveni

Informațiile greșite pe care femeile le primesc despre organele lor reproducătoare, miturile care circulă pe internet, dificultatea de a purta discuții nepretențioase despre vulva și vaginul lor – toate fac dificilă o comunicare precisă.

Un alt factor important este primirea unui diagnostic greșit. Dacă prima dată când ai mâncărime vulvară ești diagnosticată greșit cu candidoză, atunci este logic ca de fiecare dată când vei avea mâncărime vulvară să crezi, în mod eronat, că ai candidoză.

Chiar și ginecologul poate avea probleme în interpretarea propriilor semnale

Într-o noapte, pe când lucram la această carte, am simțit disconfort în labia mare stângă. M-am gândit că poate să fie din cauza lenjeriei care mă strânge – petrecusem trei ore la coafor și purtam o lenjerie care nu se potrivea perfect. Intenționasem să o schimb, dar... știți cum e.

M-am pipăit, dincolo de câmpul vizual, și am găsit o umflătură care mă durea. Mă durea chiar foarte tare. Era fie un fir nenorocit de păr care creștea în piele, fie un abces. Am luat oglinda și am văzut o pată roșie și umflată. Era dificil de observat, dar având în vedere durerea, eram sigură că diagnosticul dintâi e corect. Nu am reușit să elimin umflătura, dar mi-am traumatizat pielea, crescând intensitatea durerii. De asta nu ar trebui să intervii niciodată acasă asupra vulvei. Medicii sunt cei mai răi la urmat bunele sfaturi medicale.

Îmi imaginam că luasem bacterii care mănâncă din carne de la ceea ce cu siguranță fusese un abces sau de la încercarea mea stângace de a mă opera acasă. Am încercat să îmi dau seama cum de s-a întâmplat asta și apoi mi-am amintit de epilatul cu zahăr experimentat pentru această carte – aceasta era partea epilată cu zahăr! Mă întrebam ce titluri aveau să apară după ce muream de septicemie.

Cu cât îmi făceam mai multe griji, cu atât mă durea mai tare.

Mi-am propus să ies din această stare. Mi-am luat temperatura (normală, pfu!), un paracetamol și m-am culcat.

M-am trezit cu o durere îngrozitoare. Am ajuns la muncă și i-am spus kolegei mele că am un abces vulvar. Mă durea foarte tare. S-a uitat la vulvă, iar expresia

feței ei mi-a transmis că văzuse ceva complet neașteptat. A scos oglinda cu bățul de selfie să îmi văd vulva. Era clar: aveam o reacție iritantă sau dermatită de contact (o reacție alergică).

Eram foarte roșie, pe ambele părți. În mod ciudat, nu aveam simptome pe partea dreaptă. Punctul dureros? Poate un mic fir de păr crescut în piele, amplificat de umflătură și de iritare de la afecțiunea pielii, dar nu era destul de clar. Cu siguranță îmi traumatizasem pielea. Colega m-a certat.

Reacțiile iritante și dermatita de contact au ca simptome predominante mâncărimea sau iritația. Când provoacă durere, de obicei aceasta este limitată la un punct foarte mic, dar nimeni nu le-a spus asta vulvei, nervilor sau creierului.

De îndată ce m-am gândit la cauza problemelor pielii, în loc să mă gândesc la o eventuală infecție, mi-am dat seama că în urmă cu câteva zile mi se terminase detergentul meu fără chimicale și că într-o seară coborâsem până la magazin, de unde am luat un alt tip de detergent. Am aplicat tratamentul cu steroizi topici, am spălat toată lenjeria cu detergentul meu obișnuit și în 72 de ore nu mai aveam nimic.

Este un bun exemplu de simptome care creează confuzie. Sunt expertă, dar simptomele mele nu au fost clasice deloc. Nu am putut să mă examinez corect și durerea m-a făcut să cred că epilatul cu zahăr ar fi fost problema. Crezând că aveam un fir de păr crescut în piele sau un abces, am luat o decizie proastă, utilizând penseta. Anxietatea necrologului meu imaginar despre cum murisem de la epilatul părului pubian ca experiment mi-a amplificat simptomele.

Cum să reflectezi la simptomele tale

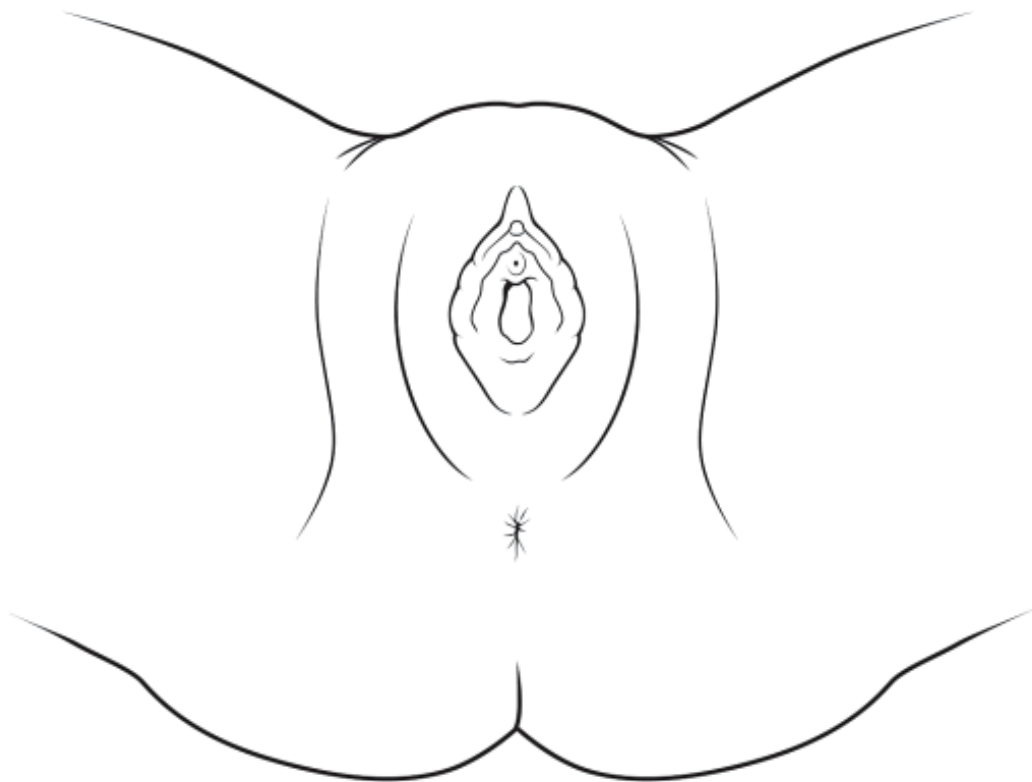
Primul pas ar fi să te gândești la factorul care te deranjează și să îl scrii sau să îl pronunți cu voce tare, pentru a observa dacă sună corect. Multe femei vin la ginecolog cu simptome deranjante și, când sunt întrebate despre ele, le este greu să le descrie. O parte din vină o are complexitatea biologică despre care am vorbit mai devreme. O altă parte de vină o poartă faptul că creierul tău știe că ceva nu este în regulă sau că este diferit, dar încă nu i-ai alocat un termen rostit. Adesea, când oamenii își rostesc simptomele cu voce tare, își dau seama că, de fapt, se gândeau la altceva.

Gândește-te la lista de cuvinte de la începutul acestui capitol și încearcă să asociezi unul sau mai multe cu ceea ce te deranjează mai mult. Acesta este factorul tău *deranjant*. Poți avea mai mulți factori deranjanți, dar poate fi util să știi care este cel mai rău simptom. Factorul deranjant poate fi și: „Mă tem că este ITS sau cancer.“ Dacă nu poți spune exact ce te deranjează cel mai mult, atunci pur și simplu spune: „Cele mai deranjante simptome ale mele sunt mâncărimea și iritația.“

Ia în considerare localizarea simptomelor: vaginul (intern), vestibulul (orificiul vaginal) sau vulva (acolo unde hainele ating pielea). Ține minte că, din cauza conexiunilor, locul în care simți simptomele nu este neapărat și sursa acestora. Altă opțiune este să faci o poză după ilustrația 11, să încercuiești zona în care ai simptomele și să i-o arăți medicului tău.

Nu folosi diagnostice pentru a-i descrie medicului factorul deranjant. Îți amintești cum m-am influențat pe mine și pe colega mea spunând: „Am un abces?“ De multe ori, femeile spun „am candidoză“ sau „am vaginoză bacteriană“. Nu vrei să impui nimănui propria părere. Dacă te rugăm să definești simptomele, nu înseamnă că nu avem încredere în corpul tău, ci că suntem conștienți că simptomele sunt complexe și noi, medicii, vrem să oferim diagnostice exacte. Medicii nu trebuie să se ia după diagnosticul pus de tine, deși unii fac asta, iar eu încerc să le ofer femeilor sfaturi practice, din lumea reală, pentru a le învăța să lupte pentru drepturile lor.

Poți menționa ce crezi tu că se întâmplă, însă doar după ce ai discutat despre simptome sau despre factorul deranjant – nu începe cu asta. Menționează înaintea examinării lucrurile care te îngrijorează în ceea ce privește diagnosticul, pentru că asta ar putea influența consultul.



Imaginea 11: Vulva. ILUSTRĂȚIE DE LISA A. CLARK, MA, CMI.

Dacă poți, fi precisă în ceea ce privește durata simptomelor și frecvența acestora. Multe femei spun că simptomele se simt „o vreme” sau „vin și pleacă”, dar o vreme poate însemna o săptămână, o lună sau un an, în funcție de ce înseamnă timpul pentru tine. Am avut cazuri în care femeile au răspuns „dintotdeauna” și asta însemna „două săptămâni”, și „nu de mult” și asta echivala cu „cinci ani”. Spune dacă simptomele sunt intermitente sau dacă vin și pleacă, dacă durează câteva secunde, minute sau ore și de câte ori apar pe zi, pe săptămână sau pe lună.

Iată un exemplu:

„Am o mâncărime care mă deranjează. Îmi apare și un miros de pește după ce fac sex. Mâncărimea și mirosul au început în urmă cu patru săptămâni. Simt mâncărimea tot timpul, deși este mai intensă noaptea. Mirosul se simte doar după sex. Mă tem că am vaginoză bacteriană pentru că am avut și anul trecut și simptomele sunt asemănătoare.”

Medicul ar trebui să pună mai multe întrebări despre alte simptome, pentru a se asigura că ia în considerare toate posibilitățile. De exemplu, poate vrea să știe dacă ai un nou partener sexual, simptome vulvare, durere în timpul sexului sau dacă ai schimbat lubrifianțul sau tipul de prezervative.

De reținut:

- Biologia vulvei și a vaginului crește dificultatea stabilirii unui diagnostic.
 - Aproape toate diagnosticele au simptome identice.
 - Din cauza conexiunilor, localizarea simptomelor poate fi confuză. De exemplu, durerea de vezică se poate simți ca durere vaginală.
 - Gândește-te la factorul care te deranjează – scrie-l sau pronunță-l cu voce tare, pentru a observa dacă sună corect.
 - Când discuți cu medicul, începe prin a-i spune despre simptome, nu despre diagnosticul pe care îl suspectezi.
-

CAPITOLUL 39

De ce mă doare când fac sex?

Durerea din timpul actului sexual penetrant afectează până la 30% dintre femei. Deși pentru multe durerea este ceva temporar, aceasta poate deveni foarte stresantă. Ceea ce este supărător este că multe femei nu primesc diagnostic și cu atât mai puțin terapii. Unele femei sunt făcute să creadă că durerea din timpul sexului este ceva firesc sau că este vina lor dacă le doare.

Durerea din timpul actului sexual este o afecțiune medicală. Nu este normal să ai dureri în timpul sexului. Multe dintre cauze au și tratamente. Nu toate afecțiunile beneficiază de un remediu, dar ameliorarea durerii este aproape întotdeauna posibilă. Multe femei îmi spun că le ajută să știe că nu sunt singurele care au aceste probleme. Dacă și tu crezi că ești singura femeie care are dureri în timpul sexului, atunci putem înțelege de ce unele femei cred, în mod greșit, că este ceva greșit în legătură cu ele, când de fapt au un diagnostic comun multora.

Și este și destul de descurajant pentru o femeie să aibă dureri în timpul sexului fără să poată primi vreo explicație sau vreun diagnostic. Analogia mea este că îi oferi cuiva destinația, dar fără să îi dai o hartă, o direcție sau un punct de plecare. Cum poți să ajungi undeva?

Există date care sugerează că doar dacă știi că durerea din timpul sexului este ceva comun și dacă primești un diagnostic se poate reduce nivelul de durere. Anxietatea, stresul și tristețea intensifică durerea. Nu o provoacă, dar reprezintă combustibilul care alimentează focul, deci ar putea fi util să elimini unii dintre acceleratorii durerii.

Câteva întrebări la care să reflectezi înainte de a începe

Ai avut mereu dureri în timpul sexului sau când ai utilizat tampoane ori acestea au apărut mai târziu în viața ta? Dacă ai avut mereu dureri la atingerile sexuale sau la penetrare, atunci cauza nu este reprezentată de nivelul scăzut de hormoni, în afara cazului în care ți-ai început viața sexuală mai târziu. Această cauză nu este legată nici de un eveniment anume, precum o naștere vaginală.

Ai dureri doar în timpul sexului sau la atingere ori și cu alte ocazii? Afecțiunile pielii, sindromul vezicii dureroase și endometrioza provoacă dureri și în afara actului sexual.

Ai dureri doar cu un partener și cu alții nu? Dacă da, gândește-te ce poate fi diferit din punct de vedere sexual. Unui partener îi pasă mai mult de preludiu decât altuia? Partenerul tău te excită? Asta poate sugera probleme de tehnică.

Examinarea fizică

Dacă te doare, cea mai importantă parte a unui consult ar fi ca acesta să se încheie.

Un medic experimentat în diagnosticarea și tratarea durerii din timpul sexului poate afla multe informații medicale din puține detalii. Informațiile despre alăptat sau menstruație ne pot spune multe despre nivelul scăzut de estrogen. Analiza vulvei, fără a o atinge, poate ajuta la diagnosticarea sau la eliminarea unor afecțiuni ale pielii.

Este posibilă și diagnosticarea majorității cazurilor de spasme musculare, fără o examinare internă. Adesea putem observa vizual contracțiile pelvisului. Atingerea orificiului vaginal cu un tampon de bumbac poate ajuta la diagnosticarea vestibulodiniei vulvare (capitolul 33). Testarea pentru candidoză, pentru VB și pentru tricomoniază poate fi efectuată cu un tampon vaginal – fără dilatatoare.

Un medic grijuliu și atent ar trebui să poată lucra în limitele nivelului tău de suportabilitate pentru a obține informațiile necesare. O anumită cantitate de lidocaină (un anesteziec) poate ajuta parțial examinarea, dar aproape niciodată nu este nevoie de un dilatator – mai ales nu de la prima vizită. Dacă medicul insistă să folosească unul, atunci ar trebui să ceri o a doua opinie. Traumatizarea femeilor cu examinări dureroase este greșită și nu face decât să contribuie la ciclul de durere anticipată. În plus, nu este necesară din punct de vedere medical și o abordare dură nu va ajuta la găsirea unei soluții mai rapide.

Nivel scăzut de estrogen/SGM

Ia în considerare nivelul de estrogen doar dacă te încadrezi într-una dintre următoarele situații:

- Dacă alăpțezi și nu ți-a venit menstruația.
- Dacă te apropii de menopauză sau dacă ești deja la menopauză.
- Dacă ești subponderală și nu mai ai menstruații.

Nu este nevoie să testezi nivelul de hormoni – dacă nu îți vine menstruația din cauza unuia dintre aceste motive, atunci ai un nivel de estrogen scăzut. Dacă lubrifiantii și cremele hidratante nu sunt eficiente, poate fi mai util să încerci un inel cu estradiol sau una dintre cremele cu estrogen. Mai multe detalii despre opțiuni pot fi găsite în capitolul 19. Estrogenul este sigur în timpul alăptării – după cum au arătat pastilele contraceptive, avem destule informații despre siguranța utilizării estrogenului. Nu avem date despre siguranța DHEA vaginal sau a tratamentului oral cu ospemifene administrat în timpul alăptării.

Dacă nu apar ameliorări după 6-8 săptămâni, atunci trebuie să mergi la medic. Nu este exclus spasmul muscular declanșat de durerea provocată de nivelul mic de estrogen, deci dacă durerea persistă, aceasta ar putea fi cauza.

Contracepția hormonală

Metodele de contracepție hormonale care conțin doar progestin pot diminua nivelul de glicogen din mucoasa vaginală, afectând lubrifierea și provocând durere. Aceste metode sunt steriletul levonorgestrel, injecția cu acetat de medroxiprogesteron Depo-Provera, pastilele contraceptive care conțin doar progestin (uneori numite minipilule) și implantul cu etonogestrel (Nexplanon).

De obicei, modificările nu sunt la fel de profunde ca în cazul alăptării sau SGM, dar persoanele sunt diferite. Tratamentul constă dintr-o cremă hidratantă vaginală, lubrifianti și, dacă este nevoie, o rundă de doze mici de estrogen vaginal. Deoarece scăderea estrogenului nu este atât de severă, adesea este suficientă opțiunea cu doze mici. Dacă lubrifiantii și estrogenul nu funcționează, trebuie luate în considerare alte cauze.

Infecțiile vaginale

Nu este ceva neobișnuit ca durerea infecțiilor vaginale să se simtă doar în timpul actului sexual. De obicei, când produc suficientă inflamație pentru a provoca durere în timpul penetrării, există și alte simptome, precum

mâncărimea sau mirosul. Totuși, fiecare avem un nivel diferit de toleranță și uneori ne obișnuim cu simptomele care apar gradual.

Dacă ai avut mereu dureri în timpul sexului, atunci cauza nu este infecția, deși aceasta se poate dezvolta pe parcurs și poate înrăutăți durerea preexistentă din timpul sexului. Ca urmare, oricând ar fi recomandat să te testezi.

Principalele infecții care provoacă durerea din timpul actului sexual sunt candidoza, vaginoza bacteriană și tricomonioza. O afecțiune mai puțin comună, vaginita inflamatorie descuamativă (VID), poate fi o altă cauză. De obicei, aceasta este asociată cu secreții foarte abundente și iritante.

Doar pentru că ai o infecție nu înseamnă că aceasta îți provoacă unele dintre simptome. După tratament, trebuie să fii reevaluată pentru a te asigura că infecția nu mai există și că durerea din timpul sexului s-a diminuat. Consultă capitolele 29, 31 și 32 pentru mai multe informații despre tricomonioză, candidoză și vaginoză bacteriană. Diagnosticul și tratamentul pentru VID sunt abordate în capitolul 40.

Spasmele musculare pelviene și vaginismul

Aceasta este o afecțiune care, prin penetrare, provoacă încordarea mușchilor pelvieni care înconjoară vaginul (capitolul 34). Descrierea tipică este că te-ai putea simți prea „strâmtă” sau că ai tendința să te încordezi în timpul penetrării. Unele femei spun că simt de parcă partenerul s-ar lovi de un blocaj. Spasmul mușchilor pelvieni (PFMS) poate provoca durere în timpul penetrării, o durere resimțită adânc, o durere la frecare sau toate trei deodată. Frecarea activă pe mușchii încordați poate provoca durere vaginală sau arsuri care pot dura chiar și câteva zile.

Aproape întotdeauna spasmul poate fi identificat după o minimă examinare. Uneori poate fi vizibil chiar și fără atingere. Vaginismul poate fi singura cauză a durerii sau poate apărea ca răspuns la altă afecțiune dureroasă, cel mai adesea SMG și vulvodinie (durere nervoasă).

Vestibulodinia vulvară

Aceasta este un tip de vulvodinie, o afecțiune dureroasă a nervilor din vestibul (orificiul vaginal). De obicei, provoacă durere în timpul penetrării. Multe femei au și spasme musculare, deoarece durerea intensă a penetrării provoacă anumite

contractii ale mușchilor pelvieni. Asta face ca un orificiu vaginal mai mic să crească forța asupra țesuturilor și poate duce la un ciclu de durere și spasme, fiecare agravându-le pe celelalte.

Țesutul cicatrizat

Țesutul cicatrizat din cauza traumelor poate duce la durere în timpul actului sexual. Cauza traumei poate fi o rană, o naștere sau o operație.

După o naștere vaginală, situația cel mai des întâlnită ar fi o rupere sau o epiziotomie care se vindecă lent. Poate fi foarte sensibilă la atingere. Rareori, poate fi afectat și un nerv. Altă problemă legată de naștere poate fi cicatrizarea care strâmtează orificiul vaginal, provocând o durere semnificativă la contact. Ar putea necesita operație pentru corectare.

Dacă nu ai trecut niciodată printr-o operație sau printr-o naștere vaginală, atunci acestea nu pot fi cauzele tale. Câteodată, în cazul spasmului muscular poate exista atât de multă presiune pe orificiul vaginal, încât se poate provoca crăparea pielii, ceea ce este dureros. Se poate ca aceste crăpături sau rupturi să se vindece sub forma unei pânze de păianjen și să facă sexul dureros.

Femeile cu mutilare genitală pot suferi de dureri din cauza cicatrizării. Histerectomia poate provoca dureri intense în timpul sexului, dacă există durere a nervilor asociată cu operația și cu cicatrizarea de deasupra vaginului.

Afecțiuni ale pielii vulvare

Lichenul scleros și lichenul plan (capitolul 35) pot provoca dureri semnificative din cauza eroziunilor și a ulcerățiilor. Lichenul plan poate provoca cicatrizarea vaginului și ambele pot duce la cicatrizarea orificiului vaginal, cicatrizare care poate provoca durere intensă la atingerea țesuturilor. Țesutul cicatrizat din jurul clitorisului poate fi extrem de dureros.

Ar fi ciudat ca aceste afecțiuni să doară doar în timpul sexului. Multe pot provoca dureri sau iritație fără a fi atinse. Ar trebui să existe modificări vizibile. Dacă examinarea este normală și au fost eliminate eventualele afecțiuni ale pielii, nu se recomandă o biopsie aleatorie a țesuturilor care par normale.

Endometrioza

Aceasta este o afecțiune în care mucoasa uterului crește în pelvis, în uter, pe ovare și în jurul altor țesuturi. Poate provoca durere. Majoritatea femeilor cu endometrioză au dureri cu alte ocazii, de obicei la menstruație, dar nu mereu.

Endometrioza poate duce la cicatrizare dincolo de uter și, ocazional, la cicatrizarea uterului în partea superioară a vaginului. Se poate simți la examinarea pelviană și este foarte dureroasă. Când sexul este asociat cu această cicatrizare, de obicei, durerea se simte în cazul penetrării adânci. Este mult mai probabil ca femeile cu endometrioză să sufere de spasme ale pelvisului.

Tratamentele pot include terapie medicală pentru endometrioză, fizioterapie pentru corectarea spasmelor musculare și uneori sunt recomandate și operațiile.

Dureri ale vezicii

Sindromul vezicii dureroase (SVD) este asociat, de obicei, cu un istoric de vezică prea activă (nevoia de a urina mereu, dar și spasmul muscular poate fi una dintre cauze), cu durere în timpul urinării și cu un istoric de simptome exact ca acelea ale unei infecții a vezicii, dar cu rezultat negativ (capitolul 36). Rar se întâmplă ca SVD să fie singura cauză a durerii din timpul actului sexual, dar această durere poate fi semnul alarmant. SVD poate coexista cu alte afecțiuni dureroase, precum vulvodinia și PFMS.

La examinare, vezica va fi sursa durerii, deși câteodată pot exista spasme musculare care să facă lucrurile mai confuze. Studiile ne spun că tratarea spasmelor musculare poate ajuta la diminuarea durerii vezicii.

Probleme fiziologice sau tehnice

Dacă orice altceva a fost eliminat și nu apar dureri în timpul examinării, atunci există posibilitatea ca durerea din timpul actului sexual să fie provocată de o problemă tehnică. Tristul adevăr este că femeile nu au parte de suficient preludiu. Ar putea fi de ajutor să urmărești filme despre sexul de calitate și orgasmul femeilor. O altă opțiune este reprezentată de consultul unui sexolog.

Dacă după un consult amănunțit nu este identificată nicio cauză, înainte de a pune un diagnostic sau de a învinui o tehnică, recomand un consult cu un fizioterapeut specializat în afecțiuni pelviene. Uneori, spasmul muscular poate să apară ocazional și o examinare amănunțită ar putea oferi mai multe informații.

De reținut:

- Durerea din timpul actului sexual nu este ceva normal – discută cu medicul, iar dacă acesta nu te ascultă, mergi la altul.
 - Există zece cauze comune durerilor din timpul actului sexual și este posibil ca în cazul tău să fie vorba despre mai mult de una dintre ele.
 - Dintre toate cauzele, spasmul muscular este cel mai comun. El poate fi singura cauză sau poate fi declanșat, la rândul lui, de altă afecțiune care provoacă durere în timpul actului sexual.
 - Aproape niciodată nu este nevoie de o examinare dureroasă – un medic experimentat poate obține multe informații din puține detalii.
 - Dacă există dovezi de nivel scăzut de estrogen, cel mai bine ar fi să se trateze acesta mai întâi, și apoi să se verifice dacă se mai simt dureri.
-

CAPITOLUL 40

Sufăr de vaginită. Ce să fac?

Vaginita este unul dintre cele mai comune motive pentru care femeile merg la ginecolog, iar în SUA se cheltuie mai mult de 1 miliard de dolari anual pe tratamentele administrate fără rețetă, pe vizite la cabinet și pe medicamente prescrise.

Înainte de a merge mai departe, să definim vaginita. Vaginita implică unul sau mai multe dintre următoarele simptome:

- secreții vaginale anormale
- miros
- mâncărime
- arsură
- iritație

Acestea nu sunt doar simptome deranjante. Multe dintre cauzele vaginitei sunt asociate cu dezechilibrul ecosistemului vaginal, care în cazul expunerii crește riscul dobândirii infecțiilor transmise sexual (ITS).

În ciuda disconfortului, a riscurilor medicale, a impactului financiar și a consumului emoțional pe care îl implică vaginita, diagnosticale greșite sunt comune. Diagnosticarea vaginitei pe baza simptomelor este foarte imprecisă – aproximativ 50–70% dintre femei își pun diagnosticul greșit. Nici diagnosticul prin telefon nu este mai eficient. Din aceste motive, American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) este împotriva diagnosticării în lipsa consultului, cu excepția situațiilor în care acesta este imposibil.

Diagnosticarea greșită realizată de către medic este la fel de comună, din păcate. În urma unui studiu, medicii au identificat prezența candidozei și a vaginozei bacteriene (VB) – două dintre cele mai comune cauze ale vaginitei – în mai puțin de 40% dintre cazuri. Un motiv scandalos este acela că în aproape 50% dintre cazuri, medicii pun diagnosticul de vaginită fără să efectueze testele

corecte, iar câteodată fără niciun consult. Este important să lupți pentru a te asigura că primești testările adecvate.

Ce înseamnă secreții vaginale normale?

Pe internet există destul de multă confuzie în ceea ce privește definirea secrețiilor. Femeile au fost provocate să posteze imagini cu lenjeria intimă pentru a se lăuda cu cât de puține secreții au, dar amintește-ți că o cantitate de 3-4 mililitri în 24 de ore este ceva normal.

Nu este necesar să verifici dacă există secreții în interior. Nu poate fi vorba despre o secreție până când aceasta nu se scurge din corp. Mereu vei da peste mucus sau secreții. Ele reprezintă o parte importantă a ecosistemului vaginal și a mecanismelor de apărare.

După activitatea sexuală, poți observa secreții și pe penisul partenerului sau pe degete. Este posibil să pară o cantitate mare, deoarece secrețiile vor fi amestecate și cu cele rezultate în urma excitării, iar frecarea va îndepărta celulele din mucoasa vaginală. Este ceva normal. Dacă partenerul tău este bărbat și nu folosești prezervativ, atunci pe acolo va fi și sperma.

Problema cu simptomele este că acestea adesea reflectă nivelul de toleranță. Am întâlnit multe femei care spun că nu au secreții, dar la examinare apare o cantitate atât de mare, încât se scurge pe podea. Este evident că au o cantitate anormală de secreții vaginale, dar asta nu le deranjează sau poate că în timp se obișnuiesc cu ele. În plus, multe femei îndură o mulțime de simptome.

Când ar trebui să mă îngrijoreze secrețiile?

Infecția cu candida nu poate fi prezisă de aspectul brânzos al secrețiilor. Același număr de femei cu candidoză și fără candidoză declară că au secreții brânzoase. Dacă secrețiile tale se încadrează în una dintre situațiile următoare, atunci acestea sunt considerate anormale din punct de vedere medical:

- prezintă urme de sânge
- sunt verzi sau galben-închis
- sunt mirositoare

Și dacă te îngrijorează vreo schimbare intervenită în consistența lor, ar fi bine să mergi la un consult.

Înainte de programare

Dacă ești la menstruație, medicul nu va putea evalua complet vaginita. Secrețiile sunt greu de observat atunci când sunt amestecate cu sânge și este posibil să nu se poată discerne dacă există secreții din cervix. Din cauza sângelui, pH-ul vaginal se poate să nu aibă valoarea exactă și să nu poată fi analizat la microscop.

Sperma și produsele pentru vagin, de exemplu, cremele pentru candidoză, pot rămâne în vagin timp de trei zile, afectând la microscop pH-ul și analiza, deci cel mai bine ar fi fără sex și fără produse vaginale timp de trei zile înainte de vizită, dacă este posibil.

Care sunt simptomele?

Simptomele sunt localizate sus, în vagin, sau în vestibul (în orificiul vaginal)? Dacă se extind spre labii sau spre muntele pubian, atunci simptomele nu sunt limitate la vagin și ar trebui să citești capitolul următor, despre mâncărimea vulvară și iritație.

Simptomele au început când ai schimbat produsele cu care erai obișnuită deja cu secrețiile? Simptomele sunt asociate cu sexul?

Simți că ai vrea să te scarpini adânc în vagin? Acest simptom sugerează o infecție cu candida.

Interesează-te despre teste

Este bine să întrebi ce teste va efectua medicul pentru a-ți diagnostica simptomele. Este vorba despre corpul tău și despre banii pe care îi vei plăti pentru teste și terapii. Minimumul necesar pentru a evalua vaginita sunt un test de pH și unul pentru amine (referitor la mirosul secrețiilor, consultă capitolul 32 pentru mai multe detalii). Acestea sunt teste ieftine care ne spun dacă ai sau nu suficiente bacterii care produc acid lactic. Acestea indică și ce alte teste ar mai fi necesare.

Nu toți medicii au microscop sau se simt confortabil să folosească unul. Din fericire, există și alte teste, precum proba de cultură și testele de acid nucleic, care nu necesită microscop. Totuși, toți medicii care au grijă de femeile cu vaginită ar trebui să poată efectua un test de pH și unul de amine. Dacă nu

plănuiesc să efectueze un test de pH și unul de amine ca minimumul necesar, atunci nu sunt pregătiți să evalueze vaginita.

PH-ul meu este mai mic de 4,5

Vestea bună este că lactobacilii produc acid lactic. Cauzele sunt după cum urmează:

- **INFECȚIILE CU CANDIDA:** candida trebuie analizată la microscop, deci o probă de cultură sau un test de acid nucleic trebuie să fie pozitiv. Pentru tratament, consultă capitolul 31.
- **AFECȚIUNILE PIELII:** lichenul plan poate provoca iritație și secreții vaginale. Pielea se poate înroși și pot apărea ulcerații. Zonele care nu sângerează au un pH normal. (Mai multe în capitolul 35.)
- **HERPESUL:** nu este o cauză comună pentru vaginită, dar herpesul poate provoca suficientă înroșire a pielii și secreții. Ar trebui să se vindece în 10–14 zile, fără tratament. Va apărea o inflamație intensă.
- **VULVODINIA:** compresia nervoasă. Unele femei cu vulvodinie cred că secrețiile le irită pielea. De fapt, pielea este sursa durerii, dar sunt condamnate secrețiile normale pentru această cauză a durerii.
- **SECREȚIILE NORMALE:** dacă pH-ul este normal, dacă proba de cultură de candida este negativă și dacă secrețiile arată normal la microscop – adică nu sunt prezente leucocite în exces –, atunci secrețiile sunt normale. Testele pentru acidul nucleic pot confirma absența VB, dacă este necesar.

PH-ul meu este mai mare de 4,5

Asta înseamnă că există un schimb al bacteriilor cu o scădere a lactobacililor care produc acid lactic.

Următorul pas este testul aminelor – verificarea secrețiilor de miros. Dacă acesta este pozitiv, atunci diagnosticul este tricomoniază sau VB. Va fi necesar alt test pentru a verifica dacă este tricomoniază. Analiza la microscop este o modalitate ieftină de investigare, iar dacă nu există inflamație, atunci tricomoniază nu ar fi posibilă. Alte teste pentru a diagnostica tricomoniază pot fi efectuate în funcție de riscul pe care îl reprezintă.

Dacă testul de amine este negativ, există câteva posibilități:

- TRICOMONIAZA SAU VB: testul de evaluare pentru amine nu este mereu pozitiv, deci poate fi nevoie de mai multe investigații pentru a pune un diagnostic. (Vezi capitolele 29 și 32.)
- SMG: nivel mic de estrogen. Ar trebui suspectat în funcție de vârstă. De exemplu, dacă ai 25 de ani și menstruații regulate, poți elimina SGM de pe listă, fără să fie nevoie să te testezi. De obicei, apar durere în timpul examinării, inflamație și schimbări specifice observate la microscop. (Consultă capitolele 18 și 19 pentru diagnosticare și tratament.)
- VID: vaginita inflamatorie descuamativă este o combinație de inflamație și creștere excesivă a bacteriilor. Secrețiile pot fi foarte abundente – pot uda hainele. Nu este ceva comun, în practica de referință aproape 2-3% dintre femei având așa ceva. Un ginecolog generalist sau un asistent medical licențiat vor întâlni mult mai puține cazuri. Cauza nu este cunoscută, dar se crede că este inflamatorie. Clindamicina vaginală și steroizii vaginali au rezultate similare. Terapia durează două săptămâni, cu oricare produs vaginal, după care are loc o reevaluare pentru a se asigura că secrețiile sunt curate.
- CERVICITA: este inflamația cervixului și ar trebui să fie vizibilă la examinare. Ar trebui efectuate teste pentru gonoree, chlamydia și posibil micoplasmă.

Este nevoie să-mi testez microbiomul?

Acestea sunt teste de ADN, care oferă informații despre lactobacili și despre alte bacterii din vagin, precum și despre candida. Problema este că nu sunt testate în situațiile clinice.

Microbiomul se schimbă de la zi la zi și chiar în cursul aceleiași zile. Câte o imagine capturată o dată pe zi, timp de mai multe zile, nu ne spune nimic. În plus, dacă ai rezultat pozitiv pentru candidoză, asta nu înseamnă că ai o infecție cu candida, iar rezultatele ar putea să ducă la dorința unor femei de a fi tratate fără a fi nevoie.

Dacă ai afla că anumite valori ale bacteriilor sunt mai mari, cum te-ai simți? Nu știm cum să interpretăm toate rezultatele care ar putea apărea la un test de microbiom. Și cum te-ai simți dacă ai avea informații și nu ai ști ce să faci cu ele?

Ce știm despre vaginita citolitică?

Câteva articole de calitate inferioară au sugerat existența unei afecțiuni care arată exact precum candidoza: pH mic, mâncărime vaginală, iritație și secreții. Însă nu există dovezi pentru existența candidiei, iar la microscop pot fi observați foarte mulți lactobacili. Teoria este că această cantitate excesivă de lactobacili ar fi cea care provoacă simptomele.

În urmă cu câțiva ani, am avut oportunitatea de a discuta cu unul dintre experții mondiali în lactobacili și acesta a spus că lactobacilii au prea multe mecanisme de autoreglare pentru a crește excesiv. Studiile care tratează vaginita citolitică sunt de proastă calitate și deloc convingătoare. Iar în 30 de ani de lucru cu vaginita nu am identificat niciun caz.

Asta nu înseamnă că femeile diagnosticate cu vaginită citolitică nu au simptome. Au, doar că aceste simptome sunt provocate de o afecțiune diferită.

Ajutor, am vaginită recurentă!

Primul pas ar fi să confirmi diagnosticul. Femeile diagnosticate cu vaginită cronică sunt adesea prost diagnosticate și doar 37% dintre femeile cu vaginită recurentă au o infecție (precum candidoza sau VB), restul având SGM, vulvodinie (nevralgie), dermatită de contact sau afecțiuni ale pielii. Multe femei au afecțiunile externe vulvare, cum este lichenul simplu cronic, diagnosticate greșit drept afecțiune vaginală.

Dacă ai într-adevăr o problemă recurentă, atunci ar fi bine să mergi la un specialist, în caz că nu ai fost deja.

De reținut:

- Dacă consideri că ai vaginită, asigură-te că nu confunzi simptomele vaginale cu cele vulvare.
- Un volum de până la 4 mililitri de secreții vaginale în 24 de ore este o cantitate normală.
- Sunt esențiale testele pentru pH și pentru evaluarea aminelor.
- Dacă îndeplinești criteriile stricte, poți lua în considerare să îți administrezi singură tratamentul pentru candidoză.

- O cauză comună de vaginită este SGM.
-

CAPITOLUL 41

Ce să fac dacă am mâncărimi vulvare?

De cele mai multe ori, mâncărima este considerată o problemă minoră de sănătate. Dar nu este așa. Multe femei sunt devastate ani întregi de mâncărima pentru care se pare că medicina nu poate oferi un răspuns. Unele dintre cele mai fericite paciente ale mele sunt femeile care au fost tratate după ce s-a aflat cauza mâncărimii persistente care le afectase puternic.

Mâncărima și durerea sunt senzații foarte diferite. Chiar dacă circulă pe aceeași nervi, folosesc semnale diferite și interacționează în moduri foarte complexe. Mâncărima acută, cum ar fi mâncărima declanșată de un alergen, este domolită de durere (implicată de scărpinat). Mâncărima cronică nu este diminuată de durere sau de scărpinat, iar atingerea ușoară și durerea pot fi percepute drept mâncărima și pot perpetua ciclul.

Nu folosi produse antimâncărima pe bază de benzocaină. Dacă ai așa ceva în casă, du-le imediat la coșul de gunoi, pentru a nu fi tentată să le folosești. Pot provoca dermatită de contact (o reacție alergică) pentru aproape 10% dintre femeile care le folosesc.

Ce provoacă mâncărima vulvară?

Aș vrea să încep cu o listă și apoi să aleg sau să exclud afecțiunile, în funcție de dovezi. O listă cu principalele cauze ale mâncărimii include următoarele:

- **INFECȚIILE:** precum candidoza, vaginoza bacteriană, tricomonioza sau *molluscum contagiosum*. Ocazional, herpesul poate provoca mâncărima, deși în cazul lui de obicei predomină durerea. Candidoza este cam singura infecție care provoacă mâncărima intensă și scărpinat din care cu greu te poți opri.
- **LICHENUL SIMPLU CRONIC ȘI REACȚIILE IRITANTE:** le-am analizat în detaliu în capitolul 35. Mâncărima poate fi intensă. Pielea poate să fie înroșită sau nu. Pot să apară urme de zgârieturi. Aspectul enervant al

reacțiilor iritante este că nu pot fi prezise – este posibil ca un produs care te irită azi să nu te mai irite câteva săptămâni mai târziu.

- **DERMATITA DE CONTACT:** este o reacție alergică întârziată și va reapărea la fiecare expunere. Unele cauze comune sunt benzocaina, balsamul de Peru, parfumul și ingredientele din produsele de igienă corporală și șervețele umede. Dacă ești alergică la iedera otrăvitoare, spală-te mereu pe mâini după ce mănânci mango, deoarece coaja de mango conține același alergen ca iedera – urushiol. De obicei, zona expusă se înroșește imediat. Este posibil să dezvolti o reacție alergică după ani de folosire a aceluiași produs, deci dermatita de contact nu are de-a face cu expunerile la produse noi.
- **AFECȚIUNILE PIELII:** lichenul scleros și lichenul plan – vezi capitolul 35. Deoarece pielea este fragilă, chiar și frecatul blând îi poate provoca traume semnificative. Mâncărimea intensă este comună.
- **SGM:** mâncărimea, care nu este intensă, ar trebui să fie la nivelul vestibulului sau în interiorul vaginului.
- **NIVELUL SCĂZUT DE FIER:** mâncărimea intensă provocată pornește de la vulvă. Este și un cofactor pentru infecțiile cu candida.

Produsele nou integrate în uz pot fi de vină pentru o mâncărime?

Deși oricând poți dezvolta reacții iritante sau dermatită de contact (alergie) la orice produs, de cele mai multe ori vina o poartă produsele pe care nu le-ai mai utilizat. Orice toaletă din avion sau oricare absorbant menstrual ar putea fi de vină. Am experimentat pe pielea mea o reacție iritantă la absorbant când zburam din San Francisco spre Frankfurt. Nu îmi venise menstruația de cinci luni, deci am presupus că eram la menopauză. Bineînțeles că la două ore după îmbarcarea în avion mi-a venit menstruația și am fost nevoită să folosesc un absorbant care arăta ca ceva de la o generație depărtare de un burete abraziv de bucătărie. Nu eram nici măcar deasupra Oceanului Atlantic când am început să am mâncărimi.

Săpunurile, gelurile de curățare, lubrifiantii, prezervativele și spermicidele (nu toate femeile cu parteneri bărbați știu dacă prezervativele folosite conțin lubrifiant sau spermicide) sunt toate posibili declanșatori. Odată ce erupe, reacția iritantă poate avea caracterul unui bulgăre de zăpadă care se

rostogolește. Este posibil ca declanșatorul să fi fost ceva minor, dar pielea, sistemul imunitar și nervii l-au transformat în ceva mai grav.

Suferi de o mâncărime acută sau cronică?

O mâncărime acută, adică una care persistă de cel puțin câteva săptămâni, cel mai probabil că este o infecție, o reacție alergică sau dermatită de contact. Toate mâncărimile cronice au fost inițial mâncărimi acute.

Mâncărimea anală

Dacă ai mâncărime anală și sângerezi, nu ar trebui să îți pui singură un diagnostic și să te tratezi fără să discuți simptomele cu medicul tău.

Unele dintre afecțiunile care provoacă mâncărime vulvară afectează anusul, cel mai adesea acestea fiind reacțiile iritante, dermatita de contact și lichenul scleros. Candidoza nu provoacă mâncărime anală. În plus, există câteva cazuri unice de mâncărime în zona anală:

- **HEMOROIZII:** aceștia reprezintă un mănunchi de vene dilatate, localizate în canalul anal. Pot fi dureroși, iar uneori principalul simptom este mâncărimea. În farmacie există tratamente disponibile care micșorează venele. Prevenirea constipației (consumul a cel puțin 25 de grame de fibre pe zi și administrarea unui laxativ, dacă este nevoie) și lipsa încordării sunt cele mai importante metode de prevenție.
- **OXIURII:** sunt infecții parazitare de la nivelul canalului anal. Persoanele afectate sunt cele care stau în preajma copiilor mici.
- **DERMATITA PERIANALĂ:** este o reacție alergică din jurul anusului, o combinație de piele îmbătrânită și expunere la materiile fecale, care sunt iritante și duc la contaminarea cu bacterii. Femeile care poartă articole ocluzive pentru incontinență prezintă risc crescut. Simptomele clasice sunt mâncărimea anală (sau iritația) și înroșirea pielii. Tratamentul include îngrijirea meticuloasă a pielii, prevenirea murdăririi cu fecale, curățarea zonei cu un gel de curățare pentru a elimina materiile fecale (un bideu este cel mai potrivit), administrarea de steroizi topici pentru a reduce inflamația și folosirea liberă a unui emolient și a unui unguent cu rol de protecție.
- **ITS ANAL:** de obicei, nu provoacă simptome, dar femeile cu mâncărime anală, care prezintă risc de gonoree anală sau de chlamydia, ar trebui

să fie testate.

- **PRECANCERUL ȘI CANCERUL ANAL:** dacă există o mâncărime persistentă, fără o cauză identificabilă, atunci este indicată o examinare pentru a elimina posibilitatea cancerului.

Nu poate fi identificată nicio cauză pentru mâncărimea mea

Dacă au loc modificări ale aspectului pielii, cum ar fi apariția unei înroșiri sau a unei ulceratii, atunci este indicat să ceri o a doua opinie și poate chiar și o biopsie.

Dacă ai eliminat toate produsele pe care le-ai bănuțit să poarte vina și tot nu ești bine, poate că este timpul să mergi la un alergolog pentru a te asigura că nu sunt implicați alergenii de mediu.

De reținut:

- Toată lumea se gândește la candidoză când vine vorba despre mâncărime, dar mai sunt și alte cauze.
 - Mâncărimea vulvară intensă, fără înroșire semnificativă sau modificări ale aspectului pielii, de cele mai multe ori este provocată de lichenul simplu cronic.
 - Oricând este posibil să dezvolti o alergie la un produs, chiar și după ce l-ai folosit vreme îndelungată.
 - Dacă ai o iritație, roșeață sau leziuni, atunci trebuie să mergi la consult.
 - Nivelul scăzut de fier poate fi cauza unor mâncărimi cronice.
-

CAPITOLUL 42

Ce să fac dacă am dureri vulvare?

Multe afecțiuni pot provoca durerea vulvară, iar pentru a face lucrurile și mai complicate, afecțiuni care în mod obișnuit nu provoacă dureri pot fi dureroase pentru unele femei.

Fiecare dintre noi are o conformație biologică diferită, așa că una dintre noi poate percepe o senzație drept iritație, iar o alta drept durere. Experiențele anterioare, anxietatea și stresul pot amplifica durerea. Uneori pot exista mai multe simptome, precum mâncărimea și durerea, și poate fi greu pentru creier să le perceapă pe amândouă distinct. O analogie poate fi o cameră în care sunt pornite două radiouri, durerea fiind reprezentată de cel care se aude cel mai tare, astfel încât celelalte semnale se pot pierde. Deci în loc să percepi și durerea, și mâncărimea, percepi doar durerea. În fine, dacă te scarpini prea tare și zgârii pielea, durerea poate deveni cel mai deranjant simptom, chiar și după ce mâncărimea a dispărut.

Pe scurt, durerea este foarte complexă.

În linii mari, durerea este de două feluri: durerea vulvară, care este acută și durează până la două săptămâni, și durerea cronică. Nu este o definiție strict medicală, ci doar mă ajută să împart cauzele durerii în secțiuni ușor de gestionat.

Deci reține că toate durerile cronice au fost, la un moment dat, dureri acute, și, prin urmare, este important să ai o atitudine deschisă. De obicei, clasificăm SGM (nivelul mic de estrogen) ca pe o durere cronică, deoarece nu se va vindeca fără tratament. Dar este evident că a existat o primă zi a simptomelor, adică la un moment dat a fost și ea o durere acută. Dacă te ocupi din timp de o problemă, adică imediat ce apar simptomele (ceva benefic în acest caz), ceea ce pentru cineva ar fi o afecțiune cronică pentru tine va fi una acută.

Deși nu este ceva comun, afecțiunile acute pot fi trecute cu vederea și pot deveni probleme cronice.

Durerile vulvare acute

Ieri erai bine și astăzi zici aoleu! Având în vedere numărul de nervi prezenți în vulvă, orice doare aici poate fi mult mai dureros în comparație cu orice altă zonă a corpului. În plus, nu poți să îți odihnești vulva, pentru că trebuie să îți golești regulat vezica. Umflătura poate fi mai proeminentă, deoarece vulva este dependentă (adică se află la un nivel mai jos de inimă) și nu e ca și cum ai putea să îți ridici vulva pentru a reduce umflătura, cum ai face cu o gleznă luxată.

Durerea se poate generaliza, se poate transmite pe toată suprafața vulvei sau doar într-o zonă mică.

Infecțiile cu candida, reacțiile iritante și dermatita de contact de obicei prezintă mâncărime, dar ocazional pot provoca și durere. Vezi capitolele 31 și 35. Ambele sunt asociate cu înroșirea pielii.

Printre cauzele comune ale durerii vulvare se numără următoarele:

- **HERPESUL:** leziunea tipică este o ulcerație, dar debutează cu o mică umflătură. Este foarte dureros. Leziunile formează o crustă în 7–10 zile. Durerea se poate extinde dincolo de leziune. Ulcerația se poate infecta, accentuând durerea.
- **UN FIR DE PĂR CRESCUT ÎN PIELE:** se întâmplă când părul crește în jos, în piele, și provoacă inflamație și durere. Firul de păr iese singur (consultă capitolul 13 pentru alte detalii). Dacă nu ești sigură că este infectat, discută cu medicul.
- **FOLICULITA:** inflamația și infectarea produsă de foliculul de păr, cea mai comună cauză fiind îndepărtarea părului pubian. Medicul poate recomanda un antibiotic local, în funcție de numărul și de gradul inflamației.
- **UN FURUNCUL:** aceasta este altă denumire pentru abces. Cea mai comună cauză este părul crescut în piele sau rănilor asociate cu îndepărtarea părului. Abcesul debutează ca un nodul ferm, care devine din ce în ce mai dureros pe măsură ce infecția se dezvoltă și se umple cu puroi. Poate fi afectată și pielea din jur. Compresesele calde sunt benefice în acest caz. Este normal ca abcesul să se spargă singur și nu încerca să îl spargi tu pentru că ai putea introduce mai multe bacterii și agrava infecția. Dacă ai diabet sau un sistem imunitar slab, ar trebui să contactezi imediat medicul. Dacă durerea este prea intensă pentru

semnele de pe piele, din nou este un caz în care ar trebui să mergi la medic. Dacă stratul de deasupra este roșu, înseamnă că infecția s-a extins la piele și trebuie să mergi la consult.

- **ABCESUL LUI BARTHOLIN:** glandele lui Bartholin sunt mici și se află de ambele părți ale vestibulului inferior (orificiul vaginal). O glandă se poate bloca, iar secrețiile prinse se pot infecta și pot provoca abces – aproape 2% dintre femei pățesc asta de-a lungul vieții. Rezultatul este o umflătură foarte dureroasă, care se poate mări destul de mult – chiar și cât o minge de ping-pong. Va rezulta o umflătură foarte sensibilă, localizată în partea inferioară a labiilor mici. Aceasta trebuie să fie drenată, cea mai comună tehnică implicând introducerea unui tub mic, numit cateter Word, în abces, timp de patru săptămâni, pentru a se drenea cât timp se formează un canal ce va preveni blocarea secrețiilor. A doua opțiune este deschiderea glandei prin operație chirurgicală pentru a preveni reblocarea. Există avantaje și dezavantaje pentru ambele tehnici. Nu este recomandat să înțepi umflătura cu un ac pentru a se drenea deoarece poate interveni abcesul.
- **TRAUMA:** poate proveni în urma sexului, a utilizării unei jucării sexuale, a mersului pe bicicletă sau chiar din cauza epilatului. Chiar dacă pielea nu s-a rupt, sub piele se poate forma o vânătăie dureroasă, numită hematom.

Durerile vulvare cronice

Când durerea persistă pentru o perioadă lungă, multe femei se gândesc la cancer, deși cancerul nu este dureros. Dacă ar fi, l-am identifica mai repede și toată lumea ar rămâne la stadiile inițiale. Cancerul vulvei este dureros doar când este destul de întins pentru a forma ulcerații sau pentru a putea să se extindă pe nervi.

Cele mai comune cauze ale durerilor vulvare cronice sunt:

- vulvodinia
- spasmul muscular (PFMS)
- lichenul scleros/lichenul plan
- SGM
- vaginita
- infecțiile cu candida

- rănirea nervilor (de obicei, durerea se manifestă doar pe o parte și pe fondul unui istoric de operații sau traume)

De reținut:

- Părul crescut în piele se poate infecta și poate provoca dureri persistente.
 - Durerea asociată cu înroșirea pielii pe ambele părți ale vulvei, fără rupturi, care cel mai des poate fi o candidoză, o reacție alergică sau dermatită de contact.
 - Durerea vulvară cronică, în absența înroșirii sau schimbărilor de la nivelul pielii, în cele mai multe dintre cazuri este semnalul care anunță vulvodinia, spasmul muscular sau SGM.
 - Dacă există ulcerații, rupturi ale pielii și durere cronică, atunci trebuie luate în considerare afecțiunile autoimune ale pielii.
 - În cazul tricomoniazii și VID, secrețiile pot fi foarte iritante și pot provoca dureri vulvare.
-

CAPITOLUL 43

De ce am un miros neobișnuit?

Tot mai multe femei raportează un miros genital anormal. Nu sunt singurul medic ginecolog care a observat asta. În ultimii 25 de ani nu au existat schimbări în cauzele mirosului genital; ceea ce s-a schimbat este proliferarea produselor menite să facă femeile să le fie rușine cu mirosul lor natural și să înlănzească tractul genital feminin pentru anumite idealuri misogine. Aceste produse vin din industria farmaceutică și se găsesc pe rafturile farmaciilor, sub formă de soluții pentru spălături și geluri intime, la fel cum există și pe tărâmul remediilor naturale, cu băi cu abur pentru vagin și pachetele sub formă de saci vaginali cu ierburi, adesea numiți perle.

În cazul mirosului vulvo-vaginal, în două treimi dintre cazuri va fi identificată o cauză vaginală, iar într-o treime, rezultatele vor fi complet normale, fără nicio cauză medicală identificată. Să analizăm aceste probleme.

Care sunt cauzele identificabile ale mirosului?

De obicei, mirosurile vaginale anormale din punct de vedere medical sunt asociate cu schimbări în bacteriile care produc acid lactic, bacteriile bune. Când nivelul de lactobacili scade, crește numărul de bacterii care produc mirosuri. Cauzele cele mai comune sunt, după cum urmează:

- VAGINOZA BACTERIANĂ (VB): asociată în mod normal cu un miros de pește (consultă capitolul 32). Adesea, mirosul este mai intens după sexul cu un bărbat. Aproape 70% dintre femeile cu miros de pește au VB.
- TRICOMONIAZA: infecție cu transmitere sexuală (vezi capitolul 29). Are același dezechilibru bacterian și același miros ca VB.
- SINDROMUL GENITO-URINAR DE MENOPAUZĂ SAU SGM: pe măsură ce nivelul de estrogen scade, la fel se întâmplă și cu lactobacilii (capitolul 18). Mirosul nu este unul exclusiv de pește. Multe femei îl descriu în feluri diferite: ca de mosc, puternic sau doar „diferit“.

- VAGINITA INFLAMATORIE DESCUAMATIVĂ (VID): un dezechilibru bacterian, care produce un miros puternic. Singura modalitate de a diagnostica această afecțiune este analiza la microscop a secrețiilor vaginale. PH-ul vaginal este ridicat.
- UN TAMPON UITAT SAU ALT OBIECT STRĂIN: poate fi un miros de pește, de stătut sau pur și simplu neplăcut. Mirosul este din cauza creșterii excesive a bacteriilor.
- AFECȚIUNILE PIELII: lichenul scleros sau lichenul plan (vezi capitolul 35).
- INCONTINENȚA: de obicei, mirosul este de urină, dar și acesta poate fi înțepător sau de stătut. Nu toate femeile își dau seama că elimină urină sau că ar avea un miros.

Care sunt cauzele neidentificabile ale mirosului vaginal?

Unele femei declară un miros enervant, dar, la examinare, noi, medicii, nu detectăm niciun miros anormal și toate testele ies în parametrii normali. Este important să nu încerci mai multe antibiotice, deoarece acestea pot face mai mult rău decât bine, afectând ecosistemul vaginal și intensificând, paradoxal, mirosul. Este foarte important să tratezi doar atunci când există un diagnostic ferm.

Cauzele mirosului pe care nu îl putem identifica prin teste includ:

- TRATAMENTELE DIN TRECUT CU ANTIBIOTICE, ANTIFUNGICE SAU SPĂLĂTURILE VAGINALE: distrugerea lactobacililor poate provoca o schimbare de bacterii și poate afecta mirosul. Nu este anormal sau dăunător din punct de vedere medical, dar poate fi perceput ca diferit.
- MIROSUL CORPULUI, EMANAT DE VULVĂ SAU DE VINTRE: vulva și vintrele au glande care produc sebum, precum și glande sudoripare apocrine. Bacteriile digeră produsele glandelor și, în urma acestui proces, rezultă miros (același proces are loc în axile). Curățarea în exces poate afecta suprafața bacteriană, influențând mirosul. Îndepărtarea părului pubian poate avea rolul său, deoarece una dintre funcțiile părului este dispersia mirosului. Nu știm dacă îndepărtarea părului pubian afectează bacteriile pielii. Transpirația, fluxul sangvin spre organele genitale și secrețiile glandelor sudoripare apocrine depind de hormoni,

la fel cum și mirosul poate fi afectat de aceștia. Ca urmare, unele femei pot observa o schimbare subtilă de miros în zona vulvei și a vintrelor asociată cu ciclul.

- **CONTRACEPȚIA HORMONALĂ PE TERMEN LUNG, FĂRĂ ESTROGEN:** precum acetatul de medroxiprogesteron (Depo-Provera), anticoncepționalele care conțin doar progestin sau mini-pilula, implantul cu etonorgestrel (Nexplanon) și steriletul cu levonorgestrel (de exemplu, Mirena, Skyla). Pentru unele femei, aceste medicamente pot afecta glicogenul vaginal și bacteriile bune.
- **SPERMICIDUL NONOXYL 9:** distruge bacteriile care produc acid lactic.

Cum să investighez mirosul?

Când apare mirosul, cel mai bine ar fi să mergi la un consult. Dacă mirosul este mai intens la sfârșitul zilei, atunci programează consultul seara. Dacă nu miroase atunci când mergi la medic, probabil că nu va putea pune un diagnostic.

Ar trebui efectuate următoarele teste inițiale:

- **PH-UL VAGINAL:** oferă informații despre prezența bacteriilor care produc acid lactic. Cel normal este sub 4,5; un pH de 4,5 sau mai mare apare în cazul VB, al tricomoniazii, al SGM și al VID.
- **TESTUL CU AMINE:** dacă este pozitiv, atunci prezența mirosului anormal este confirmată. Este asociat cu VB și tricomoniază.

Un pH mare și testele de evaluare a aminelor care sunt pozitive sugerează VB sau tricomoniază și ar trebui luate în considerare și alte teste mai detaliate (vezi capitolele 29 și 32). Analiza microscopică poate ajuta la diagnosticarea și a altor afecțiuni care pot provoca miros. O probă de cultură de candida sau de acid nucleic poate fi efectuată, deoarece unele femei raportează mirosuri deranjante și când au candidoză. O examinare poate ajuta la identificarea SGM sau a afecțiunilor pielii.

Mirosul nu trebuie diagnosticat prin telefon, decât cu două excepții:

- **DACĂ EȘTI LA MENOPAUZĂ, DACĂ MIROSUL NU ESTE DE PEȘTE ȘI DACĂ NU PREZINȚI RISC DE INFECȚII CU TRANSMITERE SEXUALĂ (ITS):** este rezonabil

să încerci un tratament cu estrogen vaginal. Dacă după opt săptămâni nu există ameliorări, atunci ai nevoie de un consult. Dacă ești la menopauză, nu ai avut sângerări vaginale anormale și nu iei inhibitori de aromatază, nu există niciun risc medical în încercarea estrogenului vaginal. Dezavantajul în SUA este că estrogenul vaginal este foarte scump, posibil mai scump decât un consult medical, deci există o mică șansă să plătești pentru o terapie care nu ar fi indicată în cazul tău.

- **DACĂ ELIMINI URINĂ, DACĂ MIROSUL NU ESTE DE PEȘTE ȘI DACĂ NU PREZINȚI RISC DE ITS:** asigură-te că porți absorbante de incontinență, și nu absorbante menstruale, pentru că acestea nu absorb suficient. În unele cazuri, mirosul poate dispărea de la sine odată cu folosirea protecției adecvate. Dacă nu ești sigură că elimini urină, poți lua de la farmacie fenazopiridină. Fenazopiridina este un medicament care ameliorează durerea în infecțiile vezicii și care face urina portocalie. Dacă absorbantul se face portocaliu, atunci poți fi sigură că elimini urină. Prin telefon, medicul îți poate indica terapii pentru incontinență.

Ce să fac dacă rezultatele testelor pentru miros sunt negative?

Este important să ții minte că o treime dintre femeile care au miros au și rezultate negative la teste, sursa mirosului neputând fi identificată. Rezultate negative ale testelor înseamnă un pH mai mic de 4,5, un test de amine negativ, lipsa inflamației la analiza microscopică, rezultate negative pentru tricomoniază, nivel adecvat de estrogen și lipsa incontinenței. Un tampon precum cel BD Max poate testa majoritatea cauzelor mirosului, fără a mai fi necesar microscopul.

Dacă analizele arată că nu s-a găsit nimic anormal, atunci întreabă dacă se simte un miros. Dacă da, înseamnă că mirosul este normal din punct de vedere medical. Asta nu înseamnă că nu ai un miros diferit de mirosul tău obișnuit, dar cel puțin terapia nu va necesita administrarea antibioticelor.

Când în timpul unui consult nu simt un miros, pasul următor este să introduc un tampon în vagin, să-l miroș, apoi să-l dau pacientei să-l miroasă. În acest mod, mirosim amândouă același lucru. Există trei rezultate posibile:

- **MEDICUL CONSIDERĂ CĂ TAMPONUL MIROASE ANORMAL:** în acest caz, deși investigația a avut rezultate negative, există un miros vaginal anormal

din punct de vedere medical. Este indicat să mergi la un expert în vaginită.

- **MEDICUL CREDE CĂ TAMPONUL MIROASE NORMAL, DAR TU NU:** dacă toate testele sunt normale și nu ai SGM sau dacă ai și este în curs de tratare, atunci există posibilitatea unei modificări a bacteriilor bune, schimbări fără motive de îngrijorare din punct de vedere medical și care nu necesită terapie. Unele femei pot dezvolta o sensibilitate exagerată la mirosul lor normal. Multe aspecte ale vieții moderne ne îndreaptă către o hipervigilență vaginală. Unii bărbați fac comentarii negative despre mirosul normal al vaginului și există rafturi întregi de produse care sugerează că neglijența vaginală este îngrijorătoare.
- **MEDICUL NU DETECTEAZĂ NICIUN MIROS ANORMAL, IAR MIROSUL DE PE TAMPON NU ESTE CEL CARE TE DERANJEAZĂ:** în această situație, cel mai probabil, sursa este un miros extern al corpului.

În situația în care nu există un miros anormal din punct de vedere medical, unele opțiuni includ următoarele:

- **SĂ NU PORȚI LENJERIE DIN POLIESTER:** acest material captează mirosurile.
- **DACĂ OBIȘNUIEȘTI SĂ ÎȚI ÎNDEPĂRTEZI PĂRUL PUBIAN, NU MAI FACE ASTA:** părul pubian este implicat în dispersia mirosului.
- **FĂRĂ IRIGATOARE, FĂRĂ SPRAY-URI PENTRU FEMEI, FĂRĂ SPĂLĂTURI ȘI FĂRĂ SUPOZITOARE DE CONTROL AL MIROSULUI:** paradoxal, toate acestea pot afecta mirosul.
- **DACĂ FUMEZI, ÎNCEARCĂ SĂ TE LAȘI.**
- **APLICĂ DEODORANTE ÎN ZONA VINTREI:** poate ajuta în ameliorarea mirosului emanat de corp.
- **NU FOLOSI TRATAMENTE MEDICALE, FĂRĂ SĂ PRIMEȘTI MAI ÎNTÂI UN DIAGNOSTIC:** multe dintre aceste produse pot distruge bacteriile bune și pot provoca mirosuri.

Unii pledează pentru irigările cu apă atunci când nu poate fi identificată nicio cauză. Un studiu de mică anvergură sugerează că în modul acesta lactobaciliile nu sunt distruși, deși alte date sunt de părere că această practică este asociată cu riscul crescut de contractare HIV, deci că poate fi dăunătoare bacteriilor bune sau mucusului protector. Renunță la irigarea cu apă.

De reținut:

- În două treimi dintre cazuri va fi identificată o cauză tratabilă pentru miros, cea mai comună fiind VB, tricomoniază și SGM.
 - Într-o treime dintre cazuri, rezultatele vor fi normale, ceea ce nu înseamnă că inventezi simptomele, ci că mirosul pe care îl simți nu este anormal din punct de vedere medical (ceea ce este bine!).
 - Dacă rezultatele testelor sunt normale, cere să se verifice mirosul unui tampon cu secreții vaginale: dacă nu se simte nimic, sursa poate fi mirosul corpului.
 - Incontinența poate provoca mirosuri, asigură-te că porți articole pentru incontinență.
 - Antibioticele și antifungicele (mai ales când nu sunt indicate), spălatul excesiv, irigatoarele și produsele de control al mirosului pot provoca mirosuri.
-

CAPITOLUL 44

De ce sângerez după ce fac sex?

Sângerarea după actul sexual este foarte îngrijorătoare. Prima dată se întâmplă fără a fi anticipată, deci adesea poate produce un șoc. În plus, aproape mereu pare că sângerarea este mai intensă decât în realitate – chiar și câteva picături pot să pară prea mult.

Nu avem cele mai bune date despre cât de comună este sângerarea după sex, dar aceasta poate afecta până la 5% dintre femei de-a lungul vieții sexuale. Pentru unele femei, este foarte deranjant.

Care sunt cauzele?

Acest capitol este dedicat femeilor care nu sunt însărcinate. Dacă ești însărcinată și sângerezi după sex, contactează imediat medicul sau moașa, pentru că există o listă diferită a cauzelor de luat în considerare, unele putând fi extrem de serioase.

Pentru femeile care nu sunt însărcinate, există doar câteva afecțiuni care pot provoca sângerare după sex, deci nu ar trebui să fie greu să treci prin toată lista și să primești un diagnostic cu un plan de tratament. Sângele poate proveni dintr-una din patru surse: vulvă, vagin, cervix sau uter. Poate să apară ca o scurgere sau ca o sângerare ușoară după primul contact sexual penetrant heterosexual cu un penis, din cauza ruperii himenului, dar asta ar trebui să se întâmple o singură dată.

Nu există multe studii pe această temă, dar pe baza celor existente și a experienței mele, iată care sunt cele mai comune cauze medicale ale sângerării în timpul/după sex (de la cele mai urgente, la cele mai puțin urgente):

- **CANCERUL CERVICAL:** aproximativ 11% dintre femeile cu cancer cervical sângerează după sex, deci cancerul ar trebui întotdeauna eliminat înainte de a pune un diagnostic. Din fericire, majoritatea femeilor care sângerează după sex nu au cancer. Este foarte puțin probabil ca aceasta să fie cauza, dacă ultimul test Papanicolau a avut

un rezultat negativ. Cei mai mulți experți consideră adecvat să faci o testare cervicală măcar o dată la doi ani. Dar dacă ai un istoric de frotiu Papanicolau anormal sau ești HIV pozitivă, atunci este nevoie de mai mulți pași pentru a elimina cancerul.

- **TRAUMĂ/RANĂ:** o lacerăție (rupere). Aceasta este specifică în cazul sexului agresiv sau al folosirii consimțite a unei jucării sexuale, dar poate rezulta și ca urmare a unei simple penetrări (deși asta se întâmplă mai rar). Vaginul sau vestibulul (orificiul vaginal) sunt, de obicei, zonele unde se produce rana. Poate fi foarte dureros, dar durerea nu se simte imediat, deoarece excitarea sexuală poate amorți răspunsul la durere. Sângerarea poate fi sub formă de mică scurgere, intensă sau chiar cu cheaguri. Unele femei pot avea nevoie de chirurgie pentru a remedia rana. Este puțin probabil ca trauma să fie o cauză recurentă, deci dacă în decurs de trei luni ai permanent mici scurgeri după sex, atunci posibilitatea ca trauma să fie cauza este pe ultimul loc.
- **INFECȚIA:** chlamydia, micoplasma și ureaplasma sunt bacterii care provoacă inflamația cervixului și care pot provoca scurgeri. Tricomoniaza poate provoca secreții vaginale, deoarece produce inflamație severă.
- **SGM:** mucoasa vaginală (pielea) devine mai fragilă și poate fi traumatizată foarte ușor, chiar și cu o atingere blândă, bine lubrifiată. Aproape întotdeauna va exista durere sau senzație de arsură în timpul sexului și/sau în timpul sângerării de după. Dacă ai menstruații regulate, poți elimina această afecțiune în urma unei examinări.
- **AFECTIUNILE PIELII:** lichenul scleros și lichenul plan (vezi capitolul 35) pot provoca ulcerații care sângerează la atingere. De obicei, apare și durerea.
- **UN POLIP CERVICAL:** o creștere anormală a țesutului care atârână de o tulpină atașată cervixului. Aproape întotdeauna este benign. Când este expus la mediul acid al vaginului, se inflamează și sângerează ușor la atingere.
- **ECTROPIONUL CERVICAL:** în acest caz, celulele care în mod obișnuit sunt în canalul cervical (se numesc celule columnare și produc mucusul cervical) cresc în afara cervixului. Este ceva normal, adică unele femei pot fi în această situație, altele nu. Pentru că, de obicei, celulele

columnare cresc în interiorul cervixului, acestea nu sunt bine adaptate mediului acid al vaginului. Când este expus la mediul acid al vaginului, se inflamează și sângerează ușor la atingere. Acesta poate fi motivul pentru care unele femei sângerează după un frotiu Papanicolau sau după introducerea unui tampon pentru recoltat o probă din cervix. Nu este periculos din punct de vedere medical. Ectropionul este destul de comun în cazul tinerelor (dacă îți amintești, acesta era motivul pentru care femeile sub 25 de ani erau mai susceptibile la contractarea chlamydiei) și în situația nivelului crescut de estrogen. De aceea, anticoncepționalele și sarcina pot provoca ectropion.

- CÂND SURSA ESTE CAVITATEA UTERINĂ: Uneori, sângele poate să apară în uter din cauza ejaculării. De asemenea, este important să te asiguri că nu ai scurgeri și cu alte ocazii. Dacă ai sângerări neregulate sau scurgeri între menstruații, o cantitate din acest sânge poate să apară după sex. Sângerările neregulate se gestionează foarte diferit.

Ce se întâmplă dacă sângerarea este abundentă?

În ginecologie, o sângerare îți poate da motive de îngrijorare atunci când un absorbant se umple în decurs de o oră. Dacă te afli în această situație, atunci consultă un medic. Dacă sângerezi chiar mai mult de atât sau dacă nu te simți confortabil să îți evaluezi sângerarea (de exemplu, dacă apare o pată mare de sânge pe așternut), nu aștepta. Dacă ai impresia că ai fost rănită, mergi la medic. Deși din punct de vedere medical majoritatea persoanelor nu au nevoie de cusături, ar fi mai bine să remediezi o rană în decurs de câteva ore, pentru că așa reduci riscul infectării.

Atunci când există o cantitate mare de sânge, cel mai adesea aceasta se întâmplă din cauza traumei sau a cancerului cervical, deși poate fi doar o traumă.

Următorii pași

Chiar dacă o cantitate de sânge nu te trimite la departamentul de urgență, ar trebui să mergi la un consult medical. Este clar că ai nevoie de o examinare care nu se poate rezolva prin telefon. Încearcă să îți amintești dacă ai avut scurgeri sau sângerări neregulate, deoarece acestea pot semnala o problemă menstruală, nu una de simplă sângerare în timpul sexului. Privește vulva cu ajutorul unei oglinzi pentru a verifica dacă există leziuni sau umflături care ar putea fi sursa

sângerării, pe care să le arăți medicului, sau notează-ți locul exact și spune-i medicului unde erau în caz că se vindecă înainte de consult. O sursă a sângerării poate fi o crăpătură din partea inferioară a vestibulului (orificiul vaginal), care adesea se vindecă repede.

Când mergi la consult, întreabă când ți s-a făcut ultima testare cervicală pentru cancer cervical/precancer. Dacă au trecut mai mult de doi ani, aceasta ar trebui repetată. În funcție de ce va observa medicul, ar putea să fie nevoie să repeți testul, chiar dacă a fost efectuat recent.

În timpul evaluării, medicul ar trebui să facă următoarele:

- SĂ EVALUEZE DACĂ VULVA PREZINTĂ ULCERAȚII SAU FISURI.
- SĂ TE EXAMINEZE CU UN DILATATOR: să caute urme de sângerare, precum traume, umflături, inflamații, semnale de nivel mic de estrogen.
- SĂ VERIFICE CERVIXUL DACĂ PREZINTĂ POLIPI, INFLAMAȚIE SAU ORICE ALTE UMFLĂTURI ORI ULCERAȚII: un polip poate fi îndepărtat foarte repede, cu un disconfort minor în majoritatea cazurilor. Dacă pe cervix există o masă sau o leziune, se poate recomanda o biopsie.
- SĂ IA UN TAMPON PENTRU A VERIFICA GONOREEA ȘI CHLAMYDIA, MICOPLASMA ȘI UREAPLASMA ȘI TRICOMONIAZA. Nu în toate laboratoarele se pot efectua teste pentru micoplasmă și ureaplasmă. Dacă nu ai acces la acest test, efectuează-le întâi pe celelalte și apoi dacă acestea sunt negative, poți cere ajutorul medicului pentru a obține acces și la aceste testări, dacă este necesar.
- SĂ EVALUEZE SECREȚIILE VAGINALE LA MICROSCOP: ajută la diagnosticarea nivelului scăzut de estrogen și tricomoniază. O cantitate mare de leucocite sugerează prezența unei inflamații sau a unei infecții.

Ce sunt micoplasma și ureaplasma?

Micoplasma și ureaplasma sunt bacterii transmise sexual, deși în SUA nu sunt considerate cu adevărat ITS, adică nu se recomandă în testele de rutină pentru persoanele care nu au simptome. Multe femei pot avea ureaplasmă fără a avea simptome și fără a avea și micoplasmă. În SUA, testarea este recomandată dacă cervixul este inflammat și dacă aceasta ar putea provoca sângerare după sex sau secreții vaginale anormale.

Tratamentul este la fel ca pentru chlamydia, o doză unică de 1 gr de azitromicină antibiotic. Ar trebui să fie tratați și partenerii de sex și după tratament păstrată o săptămână de abținere. Poate fi indicat să îți evaluezi din nou cervixul la trei săptămâni după tratament, pentru a te asigura că inflamația a dispărut. Dacă simptomele persistă, trebuie să te testezi din nou – dacă rezultatele sunt tot pozitive, este posibil să ai un organism rezistent (presupunând că au fost tratați și partenerii sexuali). Cele mai bune teste pentru ureaplasma și micoplasmă sunt testele de acid nucleic și nu ar fi nevoie să te testezi din nou, la mai puțin de trei săptămâni după terapie.

Dacă toate testele sunt negative, ce pot să mai fac?

Vestea bună ar fi că prima rundă de evaluare este negativă. Dacă pielea arată bine, atunci nu ai infecții, iar rezultatul testării cervicale este normal, atunci posibilitățile rămase ar fi un ectropion cervical și sângerarea uterină.

În cazul ectropionului, nu există un tratament simplu, deși vestea bună este că în timp se ameliorează.

Ectropionul este vizibil când medicul examinează cervixul – este roșu, aspru și sângerează ușor când este atins cu tamponul. O altă teorie implică nivelul mare de estrogen (de aceea poate deveni o problemă în timpul sarcinii), deși cauza adevărată nu este cunoscută. Înainte ca sângerarea să fie justificată de un ectropion, ar fi o idee bună să efectuezi o colposcopie (o examinare neinvazivă a cervixului) pentru a elimina posibilitatea cancerelor sau a precancerelor neobservate de testele cervicale.

Dacă te deranjează sângerarea provocată de un ectropion și dacă iei anticonceptionale cu estrogen, ai putea lua în considerare administrarea unor pilule cu un nivel mai mic de estrogen (unele au 30 sau 35 de micrograme de estrogen etinil estradiol, iar altele au 20 de micrograme) sau adoptarea unei metode contraceptive fără estrogen (dacă se potrivește nevoilor tale de contracepție). Poate dura până la șase luni pentru a observa eventualele ameliorări.

Unii medici au efectuat operații cu laser sau criochirurgie (înghețare) pentru a distruge celulele ectropionului. Sunt aceleași terapii care se aplică pentru a trata precancerul cervixului, așa că este posibil să se elimine o cantitate mică de țesut de pe cervix. Nu se știe dacă este indicat în cazul unui ectropion, deoarece nu a

fost studiat corespunzător. Operația, chiar și cea minoră, poate avea complicații. Dacă ajungi în acest punct, recomand mereu să ceri o a doua opinie înainte de aplicarea procedurii.

Altă posibilitate ar fi ca sângele să provină din uter. Dacă toate testele sunt negative, este indicată o ecografie sau o altă evaluare a mucoasei uterului pentru a elimina polipul benign sau precancerul.

Am o fisură care se redeschide după sex

În mod obișnuit, țesutul de la baza vestibulului (orificiul vaginal) primește cea mai mare presiune în timpul sexului penetrant. Dacă există prea multă presiune sau o afecțiune a pielii, vestibulul se poate rupe. Aici sunt foarte multe terminații nervoase, deci locul este foarte dureros. Cauzele acestei rupturi pot varia. Acestea ar putea fi practicarea unor tehnici sexuale proaste, lipsa lubrifierii, sexul agresiv și spasmele musculare (vezi capitolul 34), deoarece acestea fac orificiul vaginal mai îngust, traume mai mari asupra țesuturilor, SGM și pot provoca o afecțiune a pielii (vezi capitolul 35), precum lichenul scleros sau lichenul plan. Uneori, ruptura se poate produce fără nicio explicație. Din proprie experiență, pot spune că spasmul muscular este una dintre cele mai comune cauze, deci o evaluare efectuată de un fizioterapeut specializat în afecțiuni pelviene poate fi neprețuită.

De reținut:

- Aproape 5% dintre femei sângerează după sex.
 - Fii atentă la sângerarea menstruală pentru a te asigura că nu este doar o amărâta de menstruație neregulată sau o scurgere.
 - Asigură-te că ești la zi cu testarea de cancer cervical.
 - Infecțiile care pot provoca sângerări sunt chlamydia, micoplasma și ureaplasma.
 - Un ectropion cervical este o cauză foarte comună și poate fi o variantă normală, în care celulele din interiorul cervixului cresc în afară și se inflamează.
-

CONCLUZII

CAPITOLUL 45

Reorganizarea trusei de îngrijire

Multe persoane mă întreabă ce folosesc pentru a-mi îngriji vulva și vaginul. Răspunsul este următorul: cât se poate de puține produse.

În ceea ce privește vulva, produsele scumpe nu sunt mai bune decât celelalte, iar vaginul nu are nevoie de îngrijire regulată. Personal, prefer să îmi cheltui venitul disponibil pe altceva (cum ar fi pe pantofi!). De exemplu, folosesc deodorantul Old Spice Fiji (un deodorant bărbătesc). Nu suport mirosul de flori sau cel „feminin“ al deodorantelor făcute pentru femei și nici deodorantele care lasă în urmă o pudră albă. Varianta Old Spice folosită de mine este un gel, deci nu lasă pete pe haine, este ieftin și mă face să mă simt ca un pirat șmecher, iar ăsta este un mod extraordinar de a-mi începe ziua.

Produsele cosmetice ne pot aduce bucurie dintr-o varietate de motive. Trebuie doar să avem grijă să nu confundăm această plăcere cu beneficiile medicale. Este în regulă să preferi produsele din borcanele elegante, atât timp cât nu conțin ingrediente periculoase.

Iată ce (și de ce) am în baie:

- UN GEL DE CURĂȚARE FACIALĂ, CU UN PH DE APROAPE 5: Îl folosesc din când în când pentru vulvă (pe corp și pe față). Acum folosesc spumă de curățare pentru piele uscată CeraVe. Gelurile de curățare vaginală nu oferă niciun beneficiu și multe dintre acestea au parfum. Nu îmi place ca dușul să fie plin cu sticle, deci pentru mine este ideal un produs pe care îl pot folosi peste tot.
- ULEIUL DE COCOS: menopauza implică deshidratare totală. Când ies din duș, aplic pe vulvă uleiul de cocos. Pielea de pe picioare este foarte uscată, deci îl folosesc și aici.
- UN APARAT DE TUNS: Nu epilez părul pubian de pe labii. De fapt, am experimentat pentru această carte ce presupune asta, dar m-am iritat foarte tare. La scurt timp după ce am dezvoltat o reacție alergică sau iritantă la detergentul de rufe, m-am întrebat încontinuu dacă nu cumva

lipsa temporară a părului sau microtrauma cauzată de epilat mi-au crescut riscul expunerii.

- UN LUBRIFIANT PE BAZĂ DE SILICON: Nu-mi place senzația produselor pe bază de apă – cele pe bază de celuloză mi se par lipicioase, iar cele pe bază de glicerină sunt prea lichide. Îmi place Astroglide X, mai ales pentru că poate fi găsit oriunde.
- NU AM UN APARAT DE RAS: Nu am încredere în mine. Nu folosesc tehnici bune de radere și aș fi în stare să păstrez aceeași lamă timp de ani buni dacă nu intervine nimeni. Este important să știi ce poți face și ce nu, adică nu ce plănuiești să faci, ci ceea ce ești dispusă să faci cu adevărat.
- UN STEROID TOPIC, DE GĂSIT ÎN FARMACIE: este excelent pentru mâncărimile ușoare.
- ȘERVEȚELE UMEDE ANTIBACTERIENE: Mă epilez în afara liniei bikinilor și folosesc aceste șervețele pentru a-mi pregăti pielea. Acestea nu ar trebui să fie folosite ca un gel de curățare general și nu trebuie să ajungă în mucoasa vaginală sau în anus (îți vor provoca durere și vor irita aceste țesuturi).
- UN UNGUENT TOPIC CU BACITRACINĂ: trebuie să fie la îndemână, în caz de foliculită.
- EXFOLIANTE CU ACID SALICILIC: pot fi utile timp de o săptămână sau două după epilare, pentru a exfolia și a preveni creșterea firelor de păr în piele. Exfoliantele se aplică exact și sunt ieftine.
- CREMĂ CU 5% BENZOIL PEROXID: este un tratament aplicat local în cazul firelor de păr crescute în piele. Îmi place această cremă, deoarece pot să o folosesc și pentru acneea care revine odată cu menopauza.
- O PENSETĂ CURATĂ: O fierb după fiecare utilizare pentru a o curăța, iar după ce se usucă o pun într-un recipient izolat. Dacă un fir de păr crescut în piele iese la suprafață, îl smulg. Am o pensetă prin spatele sertarului de cosmetice, plină de pudre vechi și stricate, dar nu mă încumet să o spăl. Recunosc că este ceva oribil, acesta fiind un exemplu foarte bun pentru care medicii nu ar trebui să aibă singuri grijă de ei. Nu încerca niciodată să scoți un fir din piele, pentru că părul trebuie să iasă singur la suprafață. Dacă nu ești sigură că vei reuși, nu îl atinge, ci sună medicul.

- ANTIHISTAMINICE ADMINISTRATE ORAL: precum cetirizina sau loratadina. Sunt foarte bune în reducerea multor cauze ale mâncărimii.
- VASELINA: este un bun emolient protector.

Dacă aș mai fi avut menstruație, aș fi avut și o gamă întreagă de tampoane, de diferite mărimi (pentru zilele abundente și pentru cele mai ușoare).

Iar când o să-mi renovez baia, o să îmi pun un bideu – este o metodă superioară de curățare după excreție.

Care este diferența dintre loțiuni, creme și unguente?

Unguentele pot conține până la 20% apă, dar sunt și unele care nu conțin deloc. Deoarece sunt mai concentrate, nu curg și sunt potrivite pentru aplicări precise. Au proprietăți emoliente, protectoare și ocluzive, deci excipientul (ceea ce conține medicamentul) este util pentru o varietate de afecțiuni ale pielii. Medicamentul este absorbit mai ușor din unguente și adesea acestea penetrează mai bine, deci sunt foarte utile pentru afecțiunile cronice. Unguentele nu sunt un excipient potrivit pentru vagin. Multe unguente nu au nevoie de conservanți, deci reacțiile iritante și alergice sunt rare. Lanolina este o sursă frecventă de reacții alergice, deci acesta ar fi ingredientul suspect în cazul unei reacții.

O cremă este compusă din 50% ulei și 50% apă. Se întinde mai bine decât unguentul și are unele proprietăți emoliente. Pentru a amesteca uleiul și apa, este nevoie de un solvent, iar adesea acesta lasă urme. Cremele au nevoie de conservanți. Medicamentul din cremă se absoarbe mai repede. Multe produse vaginale sunt sub formă de cremă.

Un gel este un compus semisolid, pe bază de apă sau de preparate pe bază de alcool, cu un agent de gelifiere adăugat. Dacă conține alcool, poate avea efect de uscarea și de iritare, mai ales în cazul vaginului și al vestibulului (orificiul vaginal). Există geluri special concepute pentru uzul vaginal, dar sunt mai iritante pentru vulvă decât cremele sau unguentele.

Ce aș arunca din baia ta

Dacă m-ai invita acasă la tine și m-ai ruga să verific produsele pe care le folosești, aș arunca următoarele:

- IRIGATORUL: pentru vaginul tău, un irigator vaginal este la fel de dăunător precum sunt țigările.
- MEDICAMENTELE ANTIMÂNCĂRIME PE BAZĂ DE BENZOCAINĂ: reprezintă o sursă de reacții alergice, iar dacă ai mâncărimi, nu ai nevoie de un anestezic local pentru a amorți pielea – este nevoie de un steroid topic și de un antihistaminic.
- ORICE PRODUS PARFUMAT PE CARE ÎL FOLOSEȘTI ZILNIC: deși nu aș vrea să elimin chiar toate produsele cu parfum. Dacă vrei să folosești ocazional bile de baie sau spumant de baie și ești sigură că nu te irită, atunci este foarte bine.
- ȘERVEȚELELE UMEDE PENTRU UZ REGULAT: provoacă o iritație intensă. Dacă nu ai incontinență fecală, renunță la ele.
- PREZERVATIVELE CU SPERMICIDE.
- CUPELE MENSTRUALE UNICE: dacă folosești cupe menstruale, te voi întreba de ce nu ai cel puțin două, pentru că trebuie să le cureți foarte bine înainte de a le reintroduce, nu este suficient doar să le clătești.
- PENSETELE MURDARE: ca să nu fii tentată să le folosești pentru a smulge firele crescute în piele.
- LUBRIFIANȚII CU OSMOLALITATE MARE ȘI PE CEI CARE POT DISTRUGE LACTOBACILII: deci fără geluri de încălzire și fără KY Jelly. Niciodată. Sunt o puristă în ceea ce privește lactobacilii.
- ORICE CONȚINE PARFUM PENTRU FEMEI: asta este o găselniță a patriarhatului.
- LAMELE DE RAS (DACĂ NU AI ȘI CREMĂ DE RAS): dacă voi găsi lame de ras, voi căuta și crema de ras. Dacă nu o găsesc, o să arunc lamele.
- ȘERVEȚELELE PARFUMATE PENTRU USCĂTORUL DE RUFĂ SAU BALSAMUL DE RUFĂ: când ies din baie, voi trage cu ochiul în spălătorie și voi arunca aceste bombe iritante.

Dacă ai săpun, nu îl voi da deoparte, dacă nu ai simptome și dacă îți place ceea ce folosești. Dacă îl folosești rar, atunci ar putea fi în regulă. Totuși, trebuie să promiți că îl vei arunca la primul semn de mâncărime sau de iritație.

Dacă folosești prezervative, fie ele pentru femei sau pentru bărbați, depinde de cum preferi, voi sugera să le cumperi tu însăși. Nu te aștepta ca partenerul să știe această informație. Dacă este de datoria partenerului tău să cumpere prezervativele, atunci spune-i exact ce vrei să folosești.

Te voi întreba și dacă îți cureți vibratorul așa cum indică recomandările producătorului.

De reținut:

- Dacă ești devotată epilării, încearcă aparatul de tuns.
 - Un steroid local și un antihistaminic sunt mai bune pentru mâncărime decât un anesteziec local.
 - Unguentele și produsele hidratante au și funcție de protecție.
 - Aruncă irigatorul și produsele de control al mirosului.
 - Benzocaina și lanolina sunt două produse medicale, care se găsesc în farmacie, bine cunoscute pentru reacțiile alergice.
-

CAPITOLUL 46

Igiena de pe internet și din aplicațiile mobile

Multe persoane mă întrebă dacă mă deranjează că pacientele mele caută informații pe internet.

Chiar deloc.

Eu însămi caut pe internet informații explicative despre ceea ce mă îngrijorează în legătură cu mine sau cu familia mea. Aș fi ipocrită dacă aș spune că acesta este privilegiul meu.

Când o pacientă îmi spune că se documentează online cu privire la amănunte legate de propria sănătate, sunt entuziasmată. Înseamnă că se implică și că vrea să afle. Eu chiar îi dau sugestii unde și cum poate găsi cele mai utile informații.

Fie că este vorba despre informații generale, despre autodiagnosticare, despre investigarea testelor pentru stabilirea terapilor sau despre alternativele nerecomandate de medic, toate sunt valide atât timp cât informația este precisă. Nicio femeie nu poate să fie stăpână pe sănătatea ei cu informații false, jumătăți de adevăr și cu tot felul de farmece.

Problema cu dr. Google este că am trecut în era informației fără să facem popas, iar autostrada informației ne-a dus spre era informațiilor greșite. Cum pot femeile să găsească informații valide și cum vor ști că acestea sunt corecte, când informațiile eronate, minciunile și prejudecățile sunt în competiție cu datele veridice?

Diferențierea informațiilor corecte de cele greșite din mediul online poate fi la fel de grea pentru un medic cu acces la literatura medicală ca și pentru colegii experți în alte domenii medicale. De exemplu, doar verificarea unei postări despre tampoane de la GOOP^z, care este chiar în domeniul meu de expertiză, poate dura câteva ore. Trebuie să disting studiile de calitate de cele slabe. Să mă asigur că nu mă împiedic de publicații dăunătoare – revistele medicale care acceptă studii de proastă calitate numai pentru profit. Apoi trebuie să compar totul cu instrucțiunile societăților medicale. Dacă există un produs, caut și

cerințele pentru trimiterea la FDA și extrag documentele necesare. Câteodată, legile sunt atât de greu de înțeles, încât trebuie să consult un avocat.

Cum poți ști dacă ceea ce citești a fost bine documentat? Dacă persoana din spatele datelor a lucrat corespunzător sau dacă are alte scopuri? Câteodată, oamenii chiar au intenții bune, dar dețin informații neclare. Alteori, scopul este strict cel financiar.

Există și problema repetării. Se numește efectul iluzoriu al adevărului: cu cât informațiile greșite sunt mai des repetate, cu atât este mai probabil să fie acceptate a fi adevărate. Repetarea informațiilor incorecte este problematică, mai ales cu fluxul de știri 24/7 într-o lume obsedată de povești virale.

Câteodată, informația este prea bună pentru a rămâne doar în online. Să recunoaștem că toată lumea, inclusiv medicina, este vulnerabilă când vine vorba despre un remediu rapid!

Munca de cercetare

Înainte de a face alte cercetări în online, caută și parcurge tutorialul *Evaluating Internet Health Information*.

Este o lecție minunată despre cum să cercetezi ceva de una singură. O bibliotecă medicală este un loc grozav în care să începi orice cercetare din domeniul medicinei. Este important, pentru că primele informații primite sunt cele care sunt memorate cel mai bine. Sigur dorești să ai sorții de partea ta și ca primele rezultate ale cercetării să fie de calitate superioară.

Când încep să facă cercetări în online, majoritatea persoanelor folosesc un motor general de căutare, precum Google. Problema este că în schimbul eforturilor depuse primești un rezultat care nu este generat de un expert medical, ci de un algoritm, pe baza popularității, a relevanței și a banilor plătiți pentru ca tu să primești acest rezultat. Primele rezultate care apar nu reprezintă neapărat cele mai bune informații, dar majoritatea dintre noi dăm clic. Rar se întâmplă ca oamenii să consulte mai mult de trei-patru intrări, deci informațiile mai puțin populare se pierd repede, iar cele cu cele mai multe clicuri rămân în top, indiferent de cât de incorecte pot fi. Este posibil ca informațiile cele mai valoroase să fie pe a doua pagină a rezultatelor, dar ar putea la fel de bine să se afle și pe fundul oceanului.

Cum să efectuez o cercetare

Societățile medicale profesionale sunt un loc bun de început. Aici există experți care evaluează datele și actualizează instrucțiunile pe măsură ce sunt descoperite noi informații. Multe dintre ele au și excelente materiale educative pentru pacienți, scrise într-un limbaj accesibil. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG), Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC) și Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG) dețin o mulțime de materiale educative pentru pacienți. Este interesant să compari informațiile medicului cu cele rezultate în urma propriei cercetări. Dacă vrei informații despre ITS, recomand să cauți la Centers for Disease Control and Prevention (CDC), la American Sexual Health Association (ASHA) și la cabinetele de planificare familială. North American Menopause Society (NAMS) este o sursă minunată pentru toate aspectele legate de menopauză.

Recomand una dintre următoarele metode de căutare:

- INTERN, PE SITE-URILE ORGANIZAȚIILOR DE MAI SUS: de exemplu, dacă mergi pe pagina ACOG și introduci anumiți termeni în bara de căutare, elimini potențialele contaminări din internetul general.
- CAUTĂ ÎN MOTORUL DE CĂUTARE: scrie numele organizației și subiectul și vezi ce rezultă. Poți adăuga și termenul „dosarul pacientului“. De exemplu, dacă vreau informații de la ACOG despre estrogenul vaginal, introduc „ACOG estrogen vaginal dosarul pacientului“.

În general, site-urile .gov au informații de o calitate mai bună decât .edu (site-urile universitare) și .org sau .com. Site-urile .gov sunt verificate de bibliotecari cu specializare medicală, fără interese personale. Personal, cred că bibliotecarii sunt cei care ne vor salva pe toți și nu trebuie decât să le oferim această șansă. Ei sunt adevărații supereroi ai cunoștințelor.

Pentru mulți este surprinzător să audă că site-urile .edu nu sunt mai bune decât .com sau .org. Universitățile au interese personale, fie că recunosc sau nu. Toate organizațiile au astfel de interese. Vor să își promoveze propriile lucrări. Asta nu înseamnă că nu sunt de încredere, ci doar că trebuie să își asume responsabilitatea pentru ce declară.

Alte sfaturi și trucuri pentru a distinge miturile de medicină

Site-ul pe care ai intrat vinde produse asociate cu propriul conținut medical? Dacă da, atunci nu îți va putea oferi informații de calitate. Sunt la mijloc interese personale. Această afirmație este adevărată indiferent dacă site-ul este al unor medici, al unor naturaliști sau al lui Gwyneth Paltrow.

Apropo de celebrități, ignoră-le sfaturile medicale, cu excepția situațiilor în care susțin să te vaccinezi sau să renunți la fumat. Au privilegii financiare incredibile, fără să mai menționăm trăsăturile genetice distincte. În plus, sunt interesate de atenție. Dacă ar fi vrut cu adevărat să ajute femeile, s-ar fi întors la școală și ar fi obținut o diplomă medicală sau un doctorat ori ar fi devenit asistent medical licențiat sau fizioterapeut sau... înțelegi tu. Speculațiile în privința sănătății sunt doar atât: speculații.

Medicul tău primește bani de la industria farmaceutică? În SUA, asta se poate verifica pe Dollars for Doctors, un serviciu oferit de ProPublica. Nu înseamnă că medicul tău nu este bun, dar dacă recomandă un medicament și primește 30 000 de dolari pe an de la producătorul aceluia medicament, l-ar putea influența în recomandările efectuate. Din punctul meu de vedere, este o mare problemă că site-ul ProPublica nu listează și banii făcuți de medici de pe urma asocierilor cu industria produselor naturiste, din promoții sau din vânzarea suplimentelor. Nu listează nici alte persoane din industria sănătății.

Vând medicii propriul brand de suplimente? Niciun studiu nu a dovedit că aceste produse ar ajuta, și există și un potențial dăunător. Am o părere proastă despre oricine face abuz de privilegiul medical pentru a vinde pulberi. Dacă ar fi descoperit cu adevărat vreun miracol medical, de ce să nu îl poți cumpăra decât online, cu 39,95 de dolari? Dacă sunt așa devotați sănătății, încât au inventat un produs miraculos, ar trebui să putem găsi cu ușurință studii care să îi dovedească eficiența și să poată ajuta mai multe persoane, demonstrând că terapia lor funcționează.

Uite-așa, zic și eu.

Site-urile folosesc termeni inventați, precum detoxifiere și purificare? Dacă nu știi nici măcar că acestea sunt niște concepte dubioase, ce altceva le mai scapă? Folosesc cuvinte precum „pur“, „curat“ și „natural“? Femeile sunt constant mințite că menstruația lor conține toxine și că vaginul le este murdar. Pur, curat și natural sunt doar repetări moderne ale acestor mesaje cu rol distructiv.

În plus, nu înseamnă nimic din punct de vedere medical. Ai nevoie de ipoteze solide și de dovezi clinice, nu de șușotelile patriarhale.

Homeopatia este menționată ca o opțiune validă de tratament? Atunci treci mai departe. Niciun studiu nu a demonstrat că homeopatia funcționează, iar această idee nu este compatibilă cu legile fizicii. Atunci când există un mare gol de informații, vor mai urma și altele pe lângă. Conform unui studiu, doctorii care prescriu tratamente homeopate sunt mai puțin înclinați să urmeze recomandările medicale.

Senzațional: nimic nu este miraculos, iar cea mai grozavă terapie din lume trebuie să apară într-un jurnal medical, nu într-un magazin online. De-a lungul acestei cărți, am menționat ratele de succes ale terapiilor; cele bune au avut o medie de 90-95%. Asta nu înseamnă că medicina e nasoală; înseamnă că afecțiunile medicale sunt complexe și că există multe nuanțe. Dacă ar fi existat remedii, am fi beneficiat de ele. Rate de succes de 100% înseamnă probabilitate mare de a avea de a face cu o înșelătorie.

Din mărturiile pacienților: acestea nu sunt verificate, deci nu poți ști dacă cei care au scris mărturiile au avut într-adevăr acea afecțiune medicală sau dacă au luat medicamentul pe care îl susțin. Este imposibil să știi asta.

Ai grijă la asociațiile de susținere a pacienților. Mai ales dacă sunt sprijinite financiar de industria farmaceutică. În 2015, în SUA, asociațiile de susținere a pacienților au primit 114 milioane de dolari de la industria farmaceutică.

Cum poți ajuta la construirea unui internet medical

Modul în care interacționăm cu informațiile online poate avea ramificații dincolo de faptele reale. Iată alte câteva sfaturi de siguranță:

- Nu citi comentariile. Niciodată. Un comentariu negativ despre autor poate schimba ceea ce crezi despre calitatea informației. Chiar și un atac *ad hominem* din comentarii poate schimba percepția cititorului despre text.
- Nu trimite mai departe conținutul vicios, nici măcar pentru a râde de el. Îți amintești de efectul iluzoriu al adevărului? Dacă ai vedea o mulțime de titluri pe Facebook care spun că vaccinul HPV distruge

ovarele (nu este adevărat, nu te îngrijora, e doar un exemplu), ai putea începe să crezi că există o asociere.

- Citește tot articolul. Vei găsi informații, în cele din urmă. Multe articole de știri încep cu o poveste empatică. Dacă nu citești până la sfârșit, poți pierde informațiile oferite de un expert sau poate chiar dezmințirea acestuia.
- Găsește o resursă de încredere și împarte conținutul acesteia. Caută-mă pe Facebook, Twitter și Instagram. Încerc să postez informații verificate, cel puțin o dată pe zi, fie conținut original, fie povești noi care mi se par exacte și informative. Mai sunt și alți medici, asistente, fizioterapeuți și personal medical calificat pe care îi poți urmări.

De reținut:

- Parcurge tutorialul *Evaluating Online Health Information* de la National Library of Medicine.
 - Începe căutarea de la o societate medicală profesionistă și apoi extinde-o.
 - Toate site-urile care vând produse sau care folosesc termeni inventați, precum „detoxifiere“ sau „purificare“, sunt interesate mai mult să îți vândă farmece decât să ofere informații medicale utile.
 - Nu citi comentariile și încearcă să nu dai mai departe informațiile eronate.
-

Note:

⁷ Autoarea face referire la brandul GOOP, o companie de wellness și stil de viață sănătos fondată de Gwyneth Paltrow, cu care ale cărei recomandări nu este de acord din punct de vedere medical. (*N. red.*)

CAPITOLUL 47

Jurnal de superstiții și mituri

Înainte de a beneficia de microscop și de teste pentru a pune un diagnostic, înainte de a avea raze X sau alte forme de imagistică, ne chinuiam să găsim diagnosticul corect. Și, bineînțeles, fără a ști ce nu este în regulă, este greu să prescriem terapia corectă. De exemplu, era o vreme când oamenii credeau că ceea ce acum recunoaștem a fi tuberculoză ar fi fost ceva provocat de vampiri. Președintele George Washington, după retragerea sa, a murit în 1799 de sângele lăsat să curgă pentru tratarea bolii – era o practică menită să reducă umorile și inflamația. Lui Washington i s-a scurs în 12 ore nu mai puțin de 40% din volumul de sânge și a murit.

Miturile legate de îngrijirea sănătății reproductive sunt în mod special extraordinare. Grecii antici credeau că uterul se poate deplasa. Exact, se poate detașa și se poate plimba prin abdomen, provocând tot felul de dezastre medicale, precum isteria. Dacă uterul se ducea prea în sus, femeia se simțea apatică, iar dacă se ducea prea în jos, putea provoca moartea. Din fericire, exista o modalitate de a păcăli un uter plimbăreț să stea la locul lui: „miresmele“ care puteau fi utilizate pentru a trimite uterul plimbăreț la locul lui, dacă erau aplicate pe vagin. Miresmele aplicate pe vagin puteau să ademenească uterul neastâmpărat înapoi în poziția lui sau puteau să îl atragă de sus în poziția inferioară, acolo unde trebuia să fie, punând un miros neplăcut în zona în care uterul afurisit s-a stabilit. Deci uterul era precum o oaie în căutarea turmei.

Este ridicol, nu? Superstițiile sunt rămășițe ale acelor vremuri. Cele mai inteligente persoane se descurcau cu puținele informații pe care le aveau. Unele remedii aveau o bază – de exemplu, mestecatul scoarței de salcie pentru reducerea durerii a dus la descoperirea acidului salicilic, cunoscut sub denumirea de aspirină. (Denumirea amintește de asocierea numelui din latină al salciei, *salix*.) Totuși, majoritatea remediilor antice au fost eliminate pe bună dreptate. Erau dăunătoare sau între timp a apărut ceva mai bun. Sau ne-am dat seama că vampirii nu există. Sau că uterul nu se plimbă fără rost.

Deoarece femeilor le era interzis accesul la educație și din cauza moravurilor nu puteau fi examinate de un medic bărbat, adesea trebuiau să apeleze la vracii femei, care făceau și ele ce puteau mai bine cu ce aveau. Adesea mă întreb ce ar crede aceste femei despre moda modernă de a evita știința în favoarea remediilor „naturiste“ și „învechite“. Chiar cred că ar alege diagnosticarea modernă și terapiile, precum vaccinurile și antibioticele, în defavoarea cristalelor și cataplasmelor. Cred că ar analiza medicamentele antifungice pentru candidoză și ar crede că sunt cu adevărat magice.

Este greu să scoatem mitologia din capul oamenilor. Ne-am adâncit în generalizări și nici medicina nu a făcut mare lucru pentru a comunica în limbajul femeilor și a se îngriji de ele. Dacă în trecut ai fost ignorată la vreun consult, este normal să vrei să apelezi la altcineva, mai ales dacă acea persoană este atentă și știe să te asculte. Lipsa de încredere este o barieră uriașă în calea îngrijirii medicale de calitate. În plus, dacă suntem expuse la aceste superstiții atât de des, încât ajungem să le credem, trebuie să existe în ele un sâmbure de adevăr: efectul iluzoriu al adevărului este real (repetiția poate fi confundată cu acuratețea).

Iată deci o listă cu remedii mitologice, deși unele dintre ele nu sunt chiar atât de vechi. Până la urmă, toate aceste credințe populare sunt mai mult povești.

- OȚETUL DE MERE ESTE BUN PENTRU A ECHILIBRA PH-UL VAGINAL. Oțetul are aproape același pH ca acidul stomacal, deci nu se poate explica cum o doză de oțet ar putea echilibra pH-ul, iar acidul din stomac nu este în stare. Zău așa! Nu poți schimba pH-ul vaginal cu niciun fel de aliment; pH-ul vaginal este controlat de bacteriile vaginale. Nu poți schimba pH-ul sângelui cu ajutorul alimentelor, deoarece pH-ul sângelui este controlat de rinichi și de plămâni, iar când nu ar mai face asta, te-ai putea îmbolnăvi grav și ai putea muri. Dacă bei oțet, tot ce vei reuși să faci va fi să îți distrugi smalțul dinților.
- ANTICONCEPȚIONALELE TE ÎNGRAȘĂ. Această problemă a fost bine studiată, iar răspunsul adevărat este că nu îngrașă. Asta nu înseamnă că nu credem femeile, ba din contră. Luăm informațiile raportate de femei despre cum s-au îngrășat și le studiem. Aceste date dovedesc că medicii ascultă femeile. Mai multe studii au demonstrat că nu există nicio asociere între anticoncepționale și îngrășare. Un studiu chiar a

comparat femeile care luau anticoncepționale cu cele care aveau sterilet și cauza s-a demonstrat că nu ar fi de factură hormonală. Ambele grupuri s-au îngrășat la fel de mult. Este posibil ca viața de zi cu zi să fie asociată cu începerea unei metode noi de contracepție și cu creșterea în greutate, dar nu și cu pilulele.

- CLISMELE CU CAFEA SUNT BUNE PENTRU ORICE. O, nu! Oamenii, chiar și unii medici, promovează această idee pentru a trata depresia! Niciodată nu aș putea face asta! În primul rând, ar fi o risipă de bunătate de cafea. Din punct de vedere medical, este ridicol să crezi că poți trata orice cu o cafea introdusă prin rect. Adică, de ce nu ar avea același efect dacă o bem? Este o nebuloasă de proporții epice. Acest mit este relativ nou. Singura referință medicală datează din manualul de antrenament al Royal Army Medical Corps din cel de Al Doilea Război Mondial, din 1944, pe când se folosea pentru a ține soldații treji. Trebuie s-o spun: nu face asta și fugi de oricine îți spune că te va ajuta!
- CONSUMĂ OPT PAHARE DE APĂ PE ZI. Mulți medici au încercat cu ardoare să distrugă acest mit, dar au eșuat. Mitul are origini în anii '50, când un expert nutrițional a estimat că necesarul zilnic de apă era echivalent cu opt pahare. Dar toată lumea a uitat să calculeze și cantitatea de apă pe care o consumăm odată cu alimentele – modalitatea prin care obținem cea mai mare parte din apa necesară. Bea doar când îți este sete (excepție pot face bătrânii și persoanele care muncesc afară, în căldură); avem un mecanism complex, conceput să ne spună când trebuie să bem apă. Cel mai natural ar fi să urmezi indicațiile corpului. (Mereu sunt fascinată că oamenii își ignoră propriul corp când exact asta vrea medicina modernă să nu facem. Of!)
- ULEIURILE ESENȚIALE SUNT BUNE PENTRU ORICE. Uleiurile esențiale reprezintă un termen-umbrelă pentru uleiurile extrase din plante. A spune că uleiurile esențiale tratează orice afecțiune este la fel de vag precum a spune că plantele sunt toate numai o terapie. Păi, bine. Există o mulțime de plante, despre care vorbim? În plus, aceste uleiuri se vând adesea ca parte dintr-o strategie de marketing sau ca o schemă piramidală, pe lângă faptul că multe dintre ele pot provoca iritații sau reacții alergice atunci când sunt aplicate pe piele. Dacă îți place un parfum, este în regulă. Dar să utilizezi uleiurile esențiale pentru

afecțiuni medicale, asta nu mai este susținut de știință. Și nu, uleiurile esențiale nu reprezintă „noile antibiotice“.

- APA-MINUNE. Cea mai recentă este așa-numita „apă alcalină“. Apa are un pH de 7, iar apa alcalină a fost modificată pentru a avea pH-ul 8 sau 9. Este o extensie a dietei alcaline, promovată pentru a „neutraliza acidul din corp“ (care nu este decât o aberație medicală), pentru a trata aproape orice, chiar și cancerul. NU ESTE AȘA. De ce am folosit litere mari? Deoarece au existat persoane care au urmat dieta alcalină pentru cancer și au murit. Bărbatul care a scris cartea care a pornit trendul alcalin a fost condamnat la închisoare pentru că a practicat medicina fără a avea licență. Este o înșelătorie de proporții epice, dar asta nu le-a oprit pe unele celebrități sau pe unii medici să urmeze inutila modă alcalină. Ultima versiune a acesteia este apa alcalină „specială“. Nu există așa ceva și oricine promovează dieta sau așa-zisa apă alcalină, din punctul meu de vedere, este total lipsit de moralitate.
- USTUROIUL TRATEAZĂ INFECȚIILE CU CANDIDA (ADMINISTRAT VAGINAL, BINEÎNȚELES). Ba nu-i așa. Usturoiul conține alicină, iar în laborator e adevărat că această substanță are unele proprietăți împotriva candidiei. Pentru a elibera alicina, ar trebui să zdrobești usturoiul, iar ideea de a introduce bucăți mici de usturoi în mucoasa vaginală inflamată mă face să-mi încrucșez picioarele. Nu avem nicio idee dacă funcționează, dacă distruge mucoasa sau bacteriile bune, deci limitează-te la remediile demonstrate științific!
- CONTRACEPȚIA HORMONALĂ PROVOACĂ „INFERTILITATE“. Nu e adevărat, dar, ca parte din acest mit, militanții patriarhatului încearcă să te sperie ca să nu îți poți controla sănătatea reproductivă. Din păcate, mulți susținători ai sănătății „naturale“ se folosesc de această teamă. Multe persoane înarmează patriarhatul; va trebui să le întrebi dacă fac asta din ignoranță (dacă dețin informații greșite) sau intenționat (cu scopul de a dezinforma). În cazul injecțiilor, poate exista o întârziere de câteva luni până la revenirea la fertilitate, dar în decurs de un an toate femeile revin la normal. În cazul tuturor celorlalte metode, odată încheiate sau îndepărtate, poți rămâne însărcinată chiar de luna viitoare.
- IODUL ÎNTĂREȘTE SISTEMUL IMUNITAR. Unele persoane (nu cadrele medicale pe care eu le recomand) promovează suplimentul de iod

pentru a „susține“ sistemul imunitar și pentru a distruge bacteriile și virusurile. Iodul nu face nimic din toate acestea. Este adevărat că avem nevoie de iod, dar singura parte a corpului care folosește și stochează iodul este tiroida. Majoritatea persoanelor din societățile care trăiesc în vestul mapamondului obțin mai mult decât suficient iod din propria dietă. Doza zilnică recomandată pentru un adult care nu poartă o sarcină este de 150 de micrograme – o linguriță de sare iodată conține 400 de micrograme. Iodul este întâlnit și în alimente precum ouă, lapte, lapte de soia, pește de apă sărată și alge. Paradoxal, dozele excesive de iod pot provoca afecțiuni ale tiroidei.

- OUĂLE DE JAD SUNT BUNE PENTRU „YONI“. Sunt popularizate de „prietena“ mea, Gwyneth Paltrow. Ideea este să îți introduci o piatră de jad în formă de ou în vagin, iar acesta te va conecta cu energia ta feminină sau cu ceva asemănător. Energia feminină GOOP, din ceea ce am văzut la o „conferință de sănătate“ a lor, este heteronormativă în esență și se conformează idealului patriarhatului. Ouăle de jad au fost promovate ca fiind secretul concubinelor din China și al reginelor. Am cercetat aceste date și am publicat informațiile găsite. Concluzia: nu este adevărat. Promovarea ouălor de jad este orientalism, nu grijă pentru sănătate sau fortificarea femeilor. Singurul aspect antic la acest ou este înșelătoria.
- KAVA, SUPLIMENTUL CARE DIMINUEAZĂ ANXIETATEA ȘI STRESUL. Kava este făcut din *Piper methysticum*, o plantă din familia piperului. Este sub formă de suplimente, menite să reducă stresul și anxietatea; totuși, este posibil ca suplimentele să nu fie etichetate corect și să nu știi ce conțin, deci poți fi expus la Kava fără să îți dai seama. Poate provoca afecțiuni severe ale ficatului și inimii, probleme oculare și depigmentarea pielii. Nu lua Kava! Și nu asculta pe nimeni care îți sugerează să iei.
- DACĂ RIDICI MÂINILE DEASUPRA CAPULUI CÂND EȘTI ÎNSĂRCINATĂ, CORDONUL OMBILICAL SE VA ÎNFĂȘURA ÎN JURUL GÂTULUI COPILULUI. Aiurea! Acesta nu este un mit legat de vagin, dar medicii ginecologi îl aud tot timpul, deci m-am gândit să îl amintesc. Nu este posibil din punct de vedere biologic, iar dacă sarcinile ar fi fost așa sensibile, am fi murit toți cu ani în urmă. Mă întreb dacă acest mit contribuie la

ideea patriarhatului despre „femeia delicată“ sau a apărut din temerile legate de sarcină.

- **MAGNEȚI PUȘI ÎN APROPIEREA VAGINULUI OPRESC BUFEURILE.** Bagă-ți unul în chiloți și continuă ce ai de făcut! Magneții terapeutici sunt o industrie de miliarde de dolari și nu există dovezi că ar face altceva în afară de golirea portofelului. Persoanele care le vând susțin că ajută sistemul nervos autonom, iar asta sună bine, dar termenii precum „echilibru“ nu înseamnă nimic din punct de vedere medical. Medicina nu înseamnă gimnastică. În afară de lipsa studiilor care să arate că magneții au valoare medicală, dacă aceștia ar fi funcționat într-adevăr, am fi știut deja, deoarece oamenii ar fi fost scutiți (cel puțin temporar) de durere, de inflamații, de bufeuri și de orice altceva mai susțin înșelătorii de magneți, de o simplă scanare IRM, care conține un magnet al naibii de mare. Câmpul magnetic de la IRM este atât de puternic, încât provoacă alinierea tuturor axelor protonilor de hidrogen, și totuși nu oferă nicio ameliorare pentru bufeuri (sau incontinență, sau probleme de somn, sau... ei bine, ai prins ideea). Cercetătorii au efectuat IRM chiar femeilor care suferă de bufeuri pentru a încerca să înțeleagă cum afectează creierul, dar nimeni nu a raportat vreun efect terapeutic. Câteodată, mă tem că o să-mi sucesc gâtul de cât îmi dau ochii peste cap scriind despre aceste idei și despre „știința“ din spatele lor.
- **APLICĂ CEAPĂ DACĂ AI NEGI.** Se încurajează aplicarea unor felii de ceapă pe negi sau a sucului de ceapă sau dormitul cu o ceapă în șosetă pentru a scăpa de negii plantari de pe picior. Nu face asta! Ai putea fi șocată să afli că nu există studii pe care să se bazeze toate acestea. Gândește-te că ceapa este foarte ieftină și disponibilă aproape peste tot, deci dacă ar fi funcționat, nimeni nu ar mai fi avut negi.
- **PUNE PĂTRUNJEL ÎN VAGIN.** Un lăstar de pătrunjel, introdus în vagin în fiecare noapte, timp de trei sau patru nopți, ar putea induce menstruația. Să știi că nu inventez toate astea, ci doar le transmit și eu mai departe. Aparent, unele persoane – persoane care greșesc – cred că pătrunjelul poate stimula contracțiile uterine. Nu există dovezi care să demonstreze că pătrunjelul din vagin poate avea un astfel de efect asupra uterului, dar chiar dacă ar avea, nu ar putea provoca o

menstruație. Retragerea progesteronului provoacă menstruațiile, nu contracțiile uterine. Te rog să nu introduci pătrunjel în vagin.

- **DIETA-CURCUBEU.** Dacă mănânci alimente de culori diferite, îți vei echilibra cele șapte chakre și vei dori să porți haine mai colorate. La propriu, se prea poate că vei da jos colanții negri de yoga și că vei purta doar haine colorate. Am auzit asta la expoziția de „sănătate“ GOOP din New York. M-a făcut să mă uit în jur și să mă întreb dacă restul persoanelor își dădeau seama că această afirmație este vecină cu îndochinarea unui cult. Am citit despre asta și pe site-ul GOOP. Poate că nu este chiar o credință veche, ci mai degrabă o versiune alambicată, cu origini californiene, o credință nouă sau esența unei credințe mai vechi. Urmează o dietă echilibrată. Poartă ce te face fericit. Mai e ceva? (Bineînțeles, dar nu, mulțumesc!)
- **ABURIREA VAGINULUI.** Se promovează așa ceva pentru a „curăța“ uterul. Aceasta are legătură cu un mit distructiv care spune că uterul nu este curat sau că ar avea nevoie de curățare sau că menstruația curăță uterul. Niciuna dintre aceste afirmații nu este adevărată. Ideea unui uter plin cu toxine este folosită de multe culturi pentru a exclude femeile din societate – este o caracteristică definitivă a societăților patriarhale. Deci afirmarea acestei idei în fața femeilor promovează o idee cu origini patriarhale. Mulți „bloggeri vegani“ (nu inventez eu terminologia, ci doar raportează faptele) promovează pierderea în greutate până la punctul în care menstruațiile nu mai apar, pentru a preveni acumularea așa-ziselor „toxine“. Este greșit din foarte multe puncte de vedere. Dacă ții regim până când nu mai ai menstruație, cel mai probabil că ești subponderală, iar dacă o ții tot așa, sănătatea ta poate suferi consecințe grave, precum osteoporoza (subțierea oaselor).
- **ULEIUL DE ARBORE DE CEAI TRATEAZĂ INFECȚIILE CU CANDIDA.** Uleiul de arbore de ceai este un disruptor endocrin și o cauză comună de iritare. Nu există studii publicate care să arate că ar fi eficient, iar impactul asupra sănătății vaginale bacteriene nu este cunoscut. Asta vrei pentru vaginul tău, un disruptor endocrin cu efecte necunoscute? Serios acum, oferirea uleiului de arbore de ceai ca remediu pentru orice este agresivă și, pe bună dreptate, te înfurie. Și demonstrează cât de mult cercetează oamenii anumite aspecte înainte să vină cu remediile lor „miraculoase“ și „naturale“.

- MIROSUL DE URINĂ INDICĂ O INFECȚIE A VEZICII. Ete, na! Nu sunt sigură de cum a apărut acest mit, dar un miros puternic de urină nu indică nimic din punctul de vedere al sănătății. Există anumite afecțiuni medicale care pot schimba mirosul urinei, dar infecțiile vezicii nu sunt printre ele.
- BEȚELE PENTRU STRÂMTAREA VAGINULUI. Sunt promovate ca fiind de origine japoneză; nu știu dacă este așa sau nu. Totuși, există mult exotism occidental provenit din alte culturi, deci așa avea grijă când anumite civilizații sau țări sunt folosite drept strategie de marketing. Orice ar putea să strânteze vaginul este astringent și va distruge mucoasa și mucusul. Face parte și din ideea lumilor patriarhale care spun că un vagin „utilizat“ se întinde și nu mai este dorit. Această mitologie afectează femeile atât medical, cât și emoțional, iar celor care o promovează ar trebui să le fie rușine.
- CANDIDOZA SAU „CANDIDA“ ESTE RĂSPÂNDITĂ ÎN TOT CORPUL. De obicei, candida ajunsă în fluxul sangvin, ceea ce medicina numește candidoză sistemică, este fatală fără intervenția medicală promptă și agresivă. „Candida“ este complexul industrial de wellness al lui Emmanuel Goldstein (personajul din *1984*, de George Orwell) – cel care este ubicuu, provocând haos. Dar nu funcționează așa. Chiar deloc.
- IAURTUL ESTE BUN PENTRU INFECȚIILE CU CANDIDA. Iaurtul nu conține tulpina de lactobacili importantă pentru sănătatea vaginală. Când pun iaurt în vagin, femeile nu fac decât să introducă și alte bacterii acolo, deoarece iaurtul conține bacterii vii și consecințele nu sunt cunoscute. Poate părea un bun ameliorant, pentru că are textură cremoasă, dar riscurile nu sunt cunoscute, și nici nu va fi eficient.
- ZINCUL ESTE BUN PENTRU CREȘTEREA LIBIDoului: Aparent, zincul apare în rândul nutraceuticelor menite să crească libidoul. Într-un studiu, s-a demonstrat că suplimentarea zincului a determinat șoarecii de sex masculin să fie mai activi în timpul sexului (ce sexxy!) și că, în general, le-a crescut „competența sexuală“. Totuși, injectarea zincului direct în testiculele câinelui a contribuit la o fertilitate scăzută. Voi nega din plin această idee, deoarece nu există studii aplicate femeilor – deși *Competența sexuală la șoareci* ar putea fi un nume potrivit pentru o formație de punk-rock, care nu a ieșit niciodată din subsolul casei

părinților, deoarece primul lor single, *Împingătorul*, nu a ajuns în topuri.

Ultimele gânduri de la Jen

Puterea și sănătatea sunt conectate inseparabil.

Nu poți fi un pacient puternic și să ai parte de rezultatele dorite dacă primești informații imprecise și jumătăți de adevăr. De asemenea, nu poți fi puternic când deții informațiile corecte, dar persoana sau sursa care te informează te face să te simți prost sau nu îți ascultă temerile.

Am fost atacată pentru că lupt împotriva informațiilor greșite și a dezinformării prezentate femeilor drept ceva ce trebuie luat în seamă. Pentru mine, ideea că femeile pot alege ceea ce li se potrivește din mizeria de adevăruri spuse fără măsură și de minciuni despre corpul lor este cea mai mare perversiune a alegerii. Adevărata alegere – considerarea raportului de risc–beneficii și luarea unei decizii pentru corpul tău, pe baza acestor informații – are nevoie de date exacte. Și această misiune de a le oferi femeilor date exacte mă ține trează noaptea. De aceea vreau să continui lupta.

Vreau ca toate femeile să se înarmeze cu puterea care vine odată cu toate cunoștințele despre cum funcționează corpul lor și despre modalitatea de a căuta ajutor atunci când corpul nu funcționează cum și-ar dori. Vreau ca toate femeile să își dea seama când există interese personale și minciuni și când societatea patriarhală este interesată de menținerea unor frici despre propriile funcții normale (și aș spune și glorioase) ale corpului.

Mentalitățile patriarhale și uleiul de șarpe au succes, iar eu m-am săturat de modul în care afectează sănătatea femeilor și o folosesc drept armă. Deci nu voi renunța la luptă până când toată lumea nu va avea instrumentele necesare pentru a fi pacienți informați, iar cei care vor să subjuge femeile, ascunzându-le date despre corpul lor, nu o să tacă și nu o să ia loc în spatele clasei.

Acesta este vageoscopul meu.

MULȚUMIRI

Le mulțumesc lui Oliver și lui Victor, uimitorii mei fii, pentru că mă determină să fiu mai bună în fiecare zi. Îmi aduceți atât de multă bucurie, încât îmi este greu să o exprim în cuvinte. Ați devenit doi tineri minunați. Știu că am fost foarte ocupată cu scrisul acestei cărți, dar voi ați avut răbdare, ați fost drăguți și m-ați susținut. Și ați tolerat toate imaginile și articolele cu vagine și vulve de prin casă. Dar să știți că mai multe femei și mai mulți bărbați vor învăța lucruri noi datorită vouă. Până la urmă, problemele voastre de sănătate m-au ajutat să îmi dau seama cât este de greu pentru oameni să obțină informații medicale de calitate și cât de dezamăgitor poate fi. Am promis că, atunci când o să fiți suficient de mari și de sănătoși, îmi voi face datoria de a încerca să îmbunătățesc informațiile din domeniul meu de medicină.

Pentru Cara Willems și Jennifer Schmitt – cele mai bune prietene reprezintă familia pe care o alegi. Vă iubesc foarte mult pe amândouă. Voi ați crezut mereu în mine. Trebuie să mă opresc aici sau o să încep să plâng.

Tania Malik și Maya Creedman – amândouă ați citit tot ce este în această carte de mai multe ori și vă sunt etern recunoscătoare. Sugestiile și întrebările voastre au fost de neprețuit. Sunteți prietene minunate și amuzante și scriitoare talentate!

Pentru Brian – fără iubirea și sprijinul tău nu aș fi putut începe sau termina această carte. Deși nu mai suntem împreună, recunosc că sunt o persoană mai bună pentru că te-am cunoscut. Niciodată nu am avut un iubit și un prieten atât de implicat și care să mă susțină atât de mult. Nu știam că există bărbați cu adevărat buni până când te-am întâlnit pe tine. M-ai învățat că nu ar trebui să accept un partener care nu e pe măsura mea. Lumea are nevoie de mai mulți ca Brian.

Jill Marr, minunatul meu agent. Mulțumesc pentru îndrumare și încurajare!
Lisa Clark, mulțumesc pentru ilustrațiile tale uimitoare. Te lasă fără cuvinte!

Tuturor oamenilor minunați de la Kensington: mulțumesc! Știu că mulți dintre voi ați lucrat din greu la această carte. Mulțumiri speciale lui Esi Sogah pentru că mi-ai trimis acea scrisoare din care a rezultat această carte victorioasă! Ești

un editor minunat. Mă înțelegi și asta înseamnă totul. Nu aș fi putut scoate la lumină această carte fără tine. Ești ginecologul meu literar. Ann Pryor, mulțumesc că m-ai ținut în grafic! Este greu, dar tu poți face asta. Și Kristine Mills – Doamne, coperta! Coperta!!! Îmi place așa de mult! Ești un geniu!

Le mulțumesc tuturor celor care îmi citesc blogul și rubricile și le postează mai departe, și familiei mele extinse de social media de pe Twitter, Facebook și Instagram. Pentru mine, contează foarte mult că îmi diseminați conținutul, deoarece așa mă ajutați să construiesc un internet medical mai bun. Mulți dintre voi ați făcut sugestii și m-ați bătut la cap să fiu mai bună în multe feluri, iar eu apreciez asta.

Și tuturor femeilor care mi-au oferit privilegiul de a le fi medic.
Mulțumesc.

REFERINȚE

Capitolul 1: Vulva

- Yeung, J., Pauls, R.N., „Anatomy of the vulva and the female sexual response“, *Obstet Gynecol Clin N Am*, nr. 43, 2016, pp. 27–44.
- Di Marino, V., Lepidi, H., *Anatomic study of the clitoris and bulbo-clitoral organ*, Springer International, Elveția, 2014, pp. 2–14.
- Kobelt, Georg Ludwig, *Die männlichen und weiblichen Wollust-Organ des Menschen und einiger Säugthiere: in anatomisch-physiolog Beziehung*, Freiburg, 1844; digi.ub.uni-heidelberg.de/diglit/kobelt1844/0001/thumbs, accesat pe 8 noiembrie 2018.
- O’Connell, H.E., Delancey, J.O.L., „Clitoral anatomy in nulliparous, healthy, premenopausal volunteers using unenhanced magnetic resonance imaging“, *The Journal of Urology*, vol. 173, 2005, pp. 2060–2063.

Capitolul 2: Vaginul

- Luo, J., Betschart, C., Ashton-Miller, J.A., DeLancey, J.O.L., „Quantitative analyses of variability in normal vaginal shape and dimension on MR images“, *Int Urogynecol J*, nr. 27, 2016, pp. 1087–1095.
- Levin, R.J., Wagner, G., „Orgasm in women in the laboratory – Quantitative studies on duration, intensity, latency, and blood flow“, *Arch Sex Behav*, nr. 14, 1985, pp. 439–449.
- Anderson, D.J., Marathe, J., Pudney, J., „The structure of the human vaginal stratum corneum and its role in immune defense“, *Am J Reprod Immunol*, nr. 71, 2014, pp. 618–623.
- Vaneechoutte, M., „The human vaginal microbiology community“, *Research in Microbiology*, nr. 168, 2017, pp. 811–825.

Capitolul 3: Vagine și vulve în tranziție

- lgbthealtheducation.org/wp-content/uploads/LGBT-Glossary_March2016.pdf, accesat în noiembrie 2018.
- ACOG, „Committee opinion nr. 512: Health care for transgender individuals“, decembrie 2011.
- Chipkin, S.R., Kim, F., „Ten most important things to know about caring for transgender patients“, *Am J Med*, nr. 130, 2017, pp. 1238–1245.
- Peitzmeier, S.M., Reisner, S.L., Harigopal, P., Potter, J., „Female-to-male patients have a high prevalence of unsatisfactory Paps compared to non-transgender females: Implications for cervical cancer screening“, *J Gen Intern Med*, nr. 29, 2014, pp. 778–784.

Capitolul 4: Ce le provoacă femeilor plăcere și educația sexuală

- Pauls, R.N., „Anatomy of the clitoris and the female sexual response“, *Clinical Anatomy*, nr. 28, 2015, pp. 376–384.
- Vaccaro, C.M., „The use of magnetic resonance imaging for studying female sexual function: A review“, *Clinical Anatomy*, nr. 28, 2015, pp. 324–330.
- Shirazi, T., Renfro, K.J., Lloyd, E., Wallen, K., „Women’s experiences of orgasm during intercourse: Question semantics affect women’s reports and men’s estimates of orgasm occurrence“, *Arch Sex Behav*, nr. 47, 2018, pp. 605–613.
- Gleick, James, *Faster: The acceleration of just about everything*, Vintage Books, New York, 1999.

Capitolul 5: Sarcina și nașterea

- ACOG, „Committee opinion nr. 742: Postpartum pain management“, *Obstet Gynecol*, nr. 132, 2018, e25–e42.
- ACOG, „Committee opinion nr. 736: Optimizing postpartum care“, *Obstet Gynecol*, nr. 131, 2018, e140–e150.
- Leeman, L.M., Rogers, R.G., „Sex after childbirth: postpartum sexual function“, *Obstet Gynecol*, nr. 119, 2012, pp. 647–655.
- Jones, C., Chan, C., Farine, D., „Sex in pregnancy“, *CMAJ*, nr. 183, 2011, pp. 815–818.

Capitolul 6: Îngrijirea medicală

- CDC cervical cancer screening guidelines, [cdc.gov/cancer/cervical/pdf/guidelines.pdf](https://www.cdc.gov/cancer/cervical/pdf/guidelines.pdf), accesat la 11 noiembrie 2018.
- Guirguis-Blake, J.M., Henderson, J.T., Perdue, L.A., „Periodic screening examination evidence report and systematic review for the US preventative services task force“, *JAMA*, nr. 317, 2017, pp. 954–966.
- ACOG, „Committee opinion nr. 626: The transition from pediatric to adult health care: preventive care for young women aged 18–26 years“, *Obstet Gynecol*, nr. 125, 2015, pp. 752–754.
- Bates, C.K., Carroll, N., Potter, J., „The challenging pelvic examination“, *J Gen Intern Med*, nr. 26, 2011, pp. 651–657.

Capitolul 7: Alimentația și sănătatea vaginală

- Mirmonsef, P., Hotton, A.L., Gilbert, D. *et al.*, „Glycogen levels in undiluted genital fluid and their relationship to vaginal pH, estrogen, and progesterone“, *PLOS ONE*, nr. 11, 2016, e0153553.
- Jepson, R., Craig, J., Williams, G., „Cranberry products and prevention of urinary tract infections“, *JAMA*, nr. 310, 2013, pp. 1395–1396.
- Holscher, H.D., „Dietary fiber and prebiotics and the gastrointestinal microbiota“, *Gut Microbes*, nr. 8, 2017, pp. 172–184.
- Harlow, B.L., Abenhaim, H.A., Vitonis, A.F., Harnack, L., „Influence of dietary oxalates on the risk of adult-onset vulvodynia“, *J Reprod Med*, nr. 53, 2008, pp. 171–178.

Capitolul 8: Adevărul despre lenjeria intimă

- Runeman, B., Rybo, G., Forsgren-Brusk, U., Karkö, Larson, P., Faergemann, J., „The vulvar skin microenvironment: Impact of tight underwear on microclimate, pH and microflora“, *Acta Derm Venerol*, nr. 85, 2005, pp. 118–122.
- Mårdh, P-A., Novikova, N., Stukalova, E., „Colonisation of extragenital sites by *Candida albicans* with recurrent vulvovaginal candidiasis“, *BJOG*, nr. 110, 2003, pp. 934–937.
- Mårdh, P-A., Rodrigues, A., Genc, M., Novikova, N., Martinez-de-Oliviera, J., Guashino, S., „Fact and myths on recurrent vulvovaginal candidosis – A review of epidemiology, pathogenesis, diagnosis and therapy“, *Int J STD AIDS*, nr. 13, 2002, pp. 522–539.
- Alam, P.A., Burkett, L.A., Clark, B.A., Tefera, E.A., Richter, L.A., „Randomized crossover comparison of Icon™ reusable underwear to disposable pads for management of mild to moderate urinary incontinence“, *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, nr. 24, 2018, pp. 161–165.

Capitolul 9: Informații utile despre lubrifianți

- Cunha, A.R., Machado, R.M., Palmeira-de-Oliveira, A., Martinez-de-Oliveira, J., das Neves, J., Palmeira-de-Oliveira, R., „Characterization of commercially available vaginal lubricants: a safety perspective“, *Pharmaceutics*, nr. 6, 2014, pp. 530–542.

„Use and procurement of additional lubricants for male and female condoms“, WHO/UNFPA/FHI360 Advisory Note, World Health Organization, 2012.

Steiner, A.Z., Long, D.L., Tanner, C., Herring, A.H., „Effect of vaginal lubricants on natural fertility“, *Obstet Gynecol*, nr. 120, 2012, pp. 44–51.

Edwards, D., Panay, N., „Treating vulvovaginal atrophy/genitourinary syndrome of menopause: How important is vaginal lubricant and moisturizer composition?“, *Climacteric*, nr. 19, 2016, pp. 151–161.

Capitolul 10: Exercițiile Kegel

Price, N., Dawood, R., Jackson, S.R., „Pelvic floor exercises for urinary incontinence: A systematic literature review“, *Maturitas*, nr. 67, 2010, pp. 309–315.

Bø, K., Sherburn, M., „Evaluation of pelvic floor muscle function and strength“, *Physical Therapy*, nr. 85, 2005, pp. 269–282.

National Association for Continence, nafc.org/bladder-health-awareness-month-2018, accesat la 10 noiembrie 2018.

Barnes, K.L., Dunivan, G., Jaramillo-Juff, A., Krantz, T., Thompson, J., Jeppson, P., „Evaluation of smartphone pelvic floor exercise applications using standardized scoring system“, *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, nr. 25, 2019, pp. 328–335.

Capitolul 11: Igiena vulvei: săpunuri, geluri de curățare și șervețele intime

Farage, M., Maibach, H.I., „The vulvar epithelium differs from the skin: Implications for cutaneous testing to address topical vulvar exposures“, *Contact Dermatitis*, nr. 51, 2014, pp. 201–209.

Schmid-Wendtner, M.H., Korting, H.C., „The pH of the skin surface and its impact on the barrier function“, *Skin Pharmacol Physiol*, nr. 19, 2006, pp. 296–302.

Mendes, B.R., Shimabukuro, D.M., Uber, M., Abagge, K.T., „Critical assessment of the pH of children's soap“, *J Pediatr*, nr. 92, 2016, pp. 290–295.

Aschenbeck, K.A., Warshaw, E.M., „Allergenic ingredients in personal hygiene wet wipes“, *Dermatitis*, nr. 28, 2017, pp. 317–22.

Capitolul 12: Igiena vaginului: spălături, aburi, spray-uri și potpuriuri

Crann, S.E., Cunningham, S., Albert, A., Money, D.M., O'Doherty, K.C., „Vaginal health and hygiene practices and product use in Canada: A national cross-sectional survey“, *Bio-Med Central*, 2018.

Grimley, D.M., Annang, L., Foushee, H.R., Bruce, F.C., Kendrick, J.S., „Vaginal douches and other feminine hygiene products: Women's practices and perceptions of product safety“, *Maternal and Child Health Journal*, nr. 10, 2006, pp. 303–310.

Brown, J.M., Poirot, E., Hess, K.L., Brown, S., Vertucci, M., Hezareh, M., „Motivations for intravaginal product use among a cohort of women in Los Angeles“, *PLOS ONE*, nr. 11, 2016.

Brown, J.M., Hess, K.L., Brown, S., Murphy, C., Waldman, A.L., Hezareh, M., „Intravaginal practices and risk of bacterial vaginosis and candidiasis in a cohort of women in the United States“, *Obstet Gynecol*, nr. 121, 2013, pp. 773–780.

Capitolul 13: Îndepărtarea și îngrijirea părului pubian

Pauls, R., Cotsarelis, G., „The biology of hair follicles“, *NEJM*, nr. 341, 1999, pp. 491–497.

Schild-Suhren, M., Soliman, A.A., Malik, E., „Pubic hair shaving is correlated with dysplasia and inflammation: A case-control study“, *Infec Dis Obstet Gynecol*, 2017.

Glass, A.S., Bagga, H.S., Tasian, G.E. *et al.*, „Pubic hair grooming injuries presenting to U.S. emergency departments“, *Urology*, nr. 80, 2012, pp. 1187–1191.

Butler, S.M., Smith, N.K., Collazo, E., Caltabiano, L., Herbenick, D., „Pubic hair preferences, reasons for removal, and associated genital symptoms: Comparisons between men and women“, *J Sex Med*, vol. 12, 2015, pp. 48–58.

Capitolul 14: Loțiuni hidratante cu rol de protecție și produse de toaletă

dermnetnz.org/topics/emollients-and-moisturisers, accesat la 4 noiembrie 2018.

van Zuuren, E.J., Fedodorowicz, Z., Christensen, R., Lavrijsen, A.P.M., Arents, B.W.M., „Emollients and moisturizers for eczema“, *Chrane Database of Systemic Reviews*, nr. 6, 2017.

Strunk, T., Pupala, S., Hibbert, J., Doherty, D., Patole, S., „Topical coconut oil in very preterm infants: An open-label randomised controlled trial“, *Neonatology*, nr. 113, 2018, pp. 146–151.

Loden, M., „Effect of moisturizers on epidermal barrier function“, *Clinics in Dermatology*, nr. 30, 2012, pp. 286–296.

Capitolele 15 și 16: Adevărul despre sindromul șocului toxic și Există toxine în tampoane și în absorbante?

Faich, G., Pearson, K., Fleming, D., Sobel, S., Anello, C., „Toxic shock syndrome and the vaginal contraceptive sponge“, *JAMA*, nr. 255, 1986, pp. 216–218.

DeVries, A.S., Leshner, L., Schlievert, P.M., *et al.*, „Staphylococcal toxic shock syndrome 2000–2006: epidemiology, clinical features, and molecular characteristics“, *PLOS ONE*, nr. 6, vol. 8, 2011.

Centers for Disease Control and Prevention. Summary of notifiable infectious diseases and conditions – United States, *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, vol. 64, nr. 53, 2015.

Vostrat, S.L., „Rely and toxic shock syndrome: A technological health crisis“, *Yale Journal of Biology and Medicine*, nr. 84, 2011, pp. 447–459.

Nonfoux, L., Chiaruzzi, M., Badiou, C. *et al.*, „Impact of currently marketed tampons and menstrual cups on *Staphylococcus aureus* growth and SSTT-1 production in vitro“, *Appl Environ. Microbiol.*, nr. 84, 2018.

DeVito, M.J., Schechter, A., „Exposure assessment to dioxins from the use of tampons and diapers“, *Environ Health Perspect*, nr. 110, 2002, pp. 23–28.

Hickey, R.J., Abdo, Z., Zhou, X. *et al.*, „Effects of tampons and menses of the composition and diversity of vaginal microbial communities over time“, *BJOG*, nr. 120, 2013, pp. 695–706.

Tierno, P.M., Hanna, B.A., „Propensity of tampons and barrier contraceptives to amplify *Staphylococcus aureus* toxic shock syndrome toxin-1“, *Infec Dis Obstet Gynecol*, nr. 2, 1994, pp. 140–145.

Capitolul 17: Igiena menstruală

Wyatt, K.M., Dimmock, P.W., Walker, T.J., O’Brian, P.M.S., „Determination of total menstrual blood loss“, *Fertil Steril*, nr. 76, 2001, pp. 125–131.

Woeller, K.E., Hochwalt, A.E., „Safety assessment of sanitary pads with a polymeric foam absorbent core“, *Regulatory Toxicology and Pharmacology*, nr. 73, 2015, pp. 419–424.

Beksinska, M.E., Smit, J., Greener, R., „Acceptability and performance of the menstrual cup in South Africa: A randomized crossover trial comparing the menstrual cup to tampons or sanitary pads“, *J Women’s Health*, nr. 24, 2015, pp. 151–158.

Tan, D.A., Haththotuwa, R., Fraser, I.S., „Cultural aspects and mythologies surrounding menstruation and abnormal uterine bleeding“, *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, nr. 40, 2017, pp. 121–133.

Capitolele 18 și 19: Menopauza și Tratarea sindromului genito-urinar de menopauză (SGM)

Hawkins, S.M., Matzuk, M.M., „Menstrual cycle: Basic biology“, *Ann N Y Acad Sci*, nr. 1135, 2008, pp. 10–18.

- Suh, D.D., Yang, C.C., Cao, Y., Garland, P.A., Maravilla, K.R., „Magnetic resonance imagine anatomy of the female genitalia in premenopausal and postmenopausal women“, *The Journal of Urology*, nr. 170, 2003, pp. 138–144.
- „Management of symptomatic vulvovaginal atrophy: 2013 position statement of the North American Menopause Society“, *Menopause*, nr. 20, 2013, pp. 888–902.
- Lindau, S.T., Dude, A., Gavrilova, N., Hoffman, J.N., Schumm, L.P., McClintock, M.A., „Prevalence and correlates of vaginal estrogenization in postmenopausal women in the United States“, *Menopause*, nr. 24, 2017, pp. 536–545.
- Leiblum, S., Bachmann, G., Kemmann, E., Colburn, D., Swartzman, L., „The importance of sexual activity and hormones“, *JAMA*, nr. 249, 1983, pp. 2195–2198.
- Rahn, D.D., Carberry, C., Sanses, T.V., *et al.*, „Vaginal estrogen for genitourinary syndrome of menopause. A systemic review“, *Obstet Gynecol*, nr. 124, 2014, pp. 1147–1156.
- Hickey, M., Szabo, R.A., Hunter, M.S., „Non-hormonal treatments for menopausal symptoms“, *BMJ*, nr. 359, 2017.
- ACOG, „Committee opinion nr. 659: The use of vaginal estrogen in women with a history of estrogen-dependent cancer“, martie 2016.

Capitolul 20: Canabisul

- Di Blasio, A.M., Vignali, M., Gentilini, D., „The endocannabinoid pathway and the female reproductive organs“, *J Molec Endocrinol*, nr. 50, 2013, R1–9.
- Klein, K., Hill, M.N., Chang, S.C.H., Hillard, C.J., Gorzalka, B.B., „Circulating endocannabinoid concentrations and sexual arousal in women“, *J Sex Med*, nr. 9, 2012, pp. 1588–1601.
- Beigi, R.H., Meyn, L.A., Moore, D.M., Krohn, M.A., Hillier, S.L., „Vaginal yeast colonization in nonpregnant women: A longitudinal study“, *Obstet Gynecol*, nr. 104, 2004, pp. 926–930.
- Blumstein, G.W., Parsa, A., Park, A. *et al.*, „Effect of delta-9-tetrahydrocannabinol on mouse resistance to systemic *Candida albicans* infection“, *PLOS ONE*, vol. 9, nr. 7, 2014, e103288.

Capitolul 21: Contracepția

- „Hormonal contraceptive eligibility for women at high risk of HIV. Guidance statement“, Department of Reproductive Health and Research, World Health Organization.
- Chassot, F., Negri, M.F.N., Svidzinski, A.E., *et al.*, „Can intrauterine contraceptive devices be a *Candida albicans* reservoir?“, *Contraception*, nr. 77, 2008, pp. 355–359.
- Brooks, J.P., Edwards, D.J., Blithe, D.L. *et al.*, „Effects of combined oral contraceptives, depot medroxyprogesterone acetate, and the levonorgestrel-releasing intrauterine system on the vaginal microbiome“, *Contraception*, nr. 95, 2017, pp. 405–413.
- Bahamondes, M.V., Castro, S., Marchi, N.M. *et al.*, „Human vaginal histology in long-term users of the injectable contraceptive depo-medroxyprogesterone acetate“, *Contraception*, nr. 90, 2014, pp. 117–122.

Capitolul 22: Antibioticele și probioticele

- Morovic, W., Hibberd, A.A., Zabel, B., Barrangou, R., Stahl, B., „Genotyping by PCR and high-throughput sequencing of commercial probiotic products reveals composition biases“, *Front Microbiol*, noiembrie 2016.
- Kristensen, N.B., Bryrup, T., Allin, K.H., Nielsen, T., Hansen, T.H., Pedersen, O., „Alterations on fecal microbiota composition by probiotic supplementation in healthy adults: A systematic review of randomized controlled trials“, *Genome Medicine*, nr. 8, 2016.

De Seta, F., Schmidt, M., Vu, B., Essmann, M., Larsen, B., „Antifungal mechanisms supporting boric acid therapy of Candida vaginitis“, *JAntimicrob Chemother*, nr. 63, 2009, pp. 325–336.
Senok, A.C., Verstraelen, H., Temmerman, M., Botta, G.A., „Probiotics for the treatment of bacterial vaginosis“, *Chrane Database of Systemic Reviews*, nr. 4, 2009.

Capitolul 23: Proceduri cosmetice, injecții și „reîntinerirea vaginului“

Yang, C.C., Cold, C.J., Yilmaz, U., Maravilla, K.R., „Sexually responsive vascular tissue of the vulva“, *BJU International*, nr. 97, 2005, pp. 766–772.
ACOG, Committee opinion nr. 686: „Breast and labial surgery in adolescents“, *Obstet Gynecol*, nr. 129, 2017, e177.
Crouch, N.S., Deans, R., Michala, L., Liao, L-M., Creighton, S.M., „Clinical characteristics of well women seeking labial reduction surgery: A prospective study“, *BJOG*, nr. 118, 2011, pp. 1507–1510.
„Fractional laser treatment of vulvovaginal atrophy and U.S. food and drug administration clearance“, Position Statement, mai 2016.

Capitolul 24: Informații generale despre ITS

2018 CDC STI Conference cdc.gov/nchhstp/newsroom/2018/2018-std-prevention-conference.html, accesat la 10 noiembrie 2018.
Lewis, F.M., Bernstein, K.T., Aral, S.O., „Vaginal microbiome and its relationship to behavior, sexual health, and sexually transmitted diseases“, *Obstet Gynecol*, nr. 129, 2017, pp. 643–654.
Gorgos, L.M., Marrazzo, J.M., „Sexually transmitted infections among women who have sex with women“, *CID*, nr. 53 (suplimentul 3), 2011, 53S84–S91.
Carey, K.B., Senn, T.E., Walsh, J.L., Scott-Sheldon, L.A., Carey, M.P., „Alcohol use predicts number of sexual partners for female but not male STI clinic patients“, *AIDS Behav*, nr. 20, 2016, pp. 52–29.

Capitolul 25: Prevenirea ITS

ACOG, „Committee opinion nr. 595: Preexposure prophylaxis for the prevention of immunodeficiency virus“, *Obstet Gynecol*, nr. 123, 2014, pp. 1133–1136.
AAP Committee on Infectious Diseases and AAP Committee on Fetus and Newborn, „Elimination of perinatal hepatitis B: Providing the first vaccine dose within 24 hours of Birth“, *Pediatrics*, vol. 140, nr. 3, 2017.
Holmes, K.K., Levine, R., Weaver, M., „Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections“, *Bulletin of World Health Organization*, nr. 82, 2004, pp. 454–464.
ACOG, Committee opinion nr. 704: „Human papillomavirus vaccination“, *Obstet Gynecol*, nr. 129, 2017, e173–178.

Capitolul 26: Infectarea cu HPV (virusul Papiloma uman)

ICO, „Human Papillomavirus and Related Diseases Report 2017“.
Castellsague, X., „Natural history and epidemiology of HPV infection and cervical cancer“, *Gynecol Oncol*, vol. 110, nr. 3, suplimentul 2, 2008, pp. S4–7.
Ho, G.Y., Bierman, R., Beardsley, L., Chang, C.J., Burk, R.D., „Natural history of cervicovaginal papillomavirus infection in young women“, *NEJM*, nr. 338, 12 februarie 1998, pp. 423–428.
Park, I.U., Introcaso, C., Dunne, E.F., „Human papillomavirus and genital warts: A review of the evidence for the 2015 Centers for Disease Control and Prevention sexually transmitted diseases treatment guidelines“, *Clin Infect Dis*, vol. 61, suplimentul 8, 15 decembrie 2015, pp. S849–855.

Capitolul 27: Herpesul vaginal (HSV)

Feltner, C., Grodensky, C., Ebel, C. *et al.*, „Serologic screening for genital herpes: An updated evidence report and systematic review for the US Preventative Services Task Force“, *JAMA*, nr. 316, 2016, pp. 2531–2543.

Langenberg, A.G.M., Corey, L., Ashley, R.L., Leong, W.P., Straus, S.E., „A prospective study of new infections with herpes simplex virus type 1 and type 2“, *NEJM*, nr. 314, 1999.

Corey, L., Wald, A., Patel, R. *et al.*, „Once-daily valacyclovir to reduce the risk of transmission of genital herpes“, *NEJM*, nr. 350, 2004, pp. 11–20.

Johnston, C., Corey, L., „Current concepts for genital herpes simplex virus infection diagnostics and pathogenesis of genital tract shedding“, *Clin Microbiol Rev*, nr. 29, 2016, pp. 149–161.

Capitolul 28: Gonoreea și chlamydia

CDC Guidelines 2015.

Blank, S., Daskalakis, D., „*Neisseria gonorrhoeae* – Rising infection rates, dwindling treatment options“, *NEJM*, nr. 379, 2018, pp. 1795–1797.

CDC gonorrhea fact sheet cdc.gov/std/gonorrhea/stdfact-gonorrhea-detailed.htm, accesat la 10 noiembrie 2018.

Geisler, W.M., „Duration of untreated, uncomplicated *Chlamydia trachomatis* genital infection and factors associated with chlamydia resolution: A review of human studies“, *JID*, nr. 201, suplimentul 2, 2010, pp. S104–S113.

Capitolul 29: Tricomoniaza

Kissinger, P., „Epidemiology and treatment of trichomonas“, *Curr Infect Dis Rep*, vol. 17, nr. 6, iunie 2015.

CDC 2015 STD Guidelines.

Bell, C., Hough, E., Smith, A., Greenie, L., „Targeted screening for *Trichomonas vaginalis* in women, a pH-based approach“, *International Journal of STD & AIDS*, nr. 18, 2007, pp. 402–403.

Perieira-Neves, A., Benchimol, A., „*Trichomonas vaginalis*: In vitro survival in swimming pool water samples“, *Experimental Parasitology*, nr. 118, 2008, pp. 438–441.

Capitolul 30: Pediculoza pubiană

CDC 2015 STD Guidelines

Dholakia, S., Bucklet, J., Jeans, J.P., Pilai, A., Eagles, N., Dholakai, S., „Pubic lice: An endangered species?, *Sexually Transmitted Diseases*, vol. 41, nr. 6, iunie 2014.

Izri, A., Chosidow, O., „Efficacy of machine laundering to eradicate head lice: Recommendations to decontaminate washable clothes, linens, and fomites“, *Clinical Infectious Diseases*, nr. 42, 2006, e9–10.

Sălăvăstru, C.M., Chosidow, O., Janier, M., Tiplica, G.S., „European guideline for the management of pediculosis pubis“, *JEADV*, nr. 31, 2017, pp. 1425–1428.

Capitolul 31: Candidoza

Sobel, J., „Vulvovaginal candidiasis“, *Lancet*, nr. 369, 2007, pp. 1961–1971.

Erdem, H. *et al.*, „Identification of yeasts in public hospital primary care patients with or without clinical vaginitis“, *Aust NZJ Obstet Gynecol*, nr. 43, 2003, pp. 312–316.

Ferris, D.G. *et al.*, „Over-the-counter antifungal drug misuse associated with patient-diagnosed candidiasis“, *Obstet Gynecol*, nr. 99, 2002, pp. 419–425.

ACOG Practice Bulletin, *Vaginitis*, nr. 72, mai 2006.

Capitolul 32: Vaginoza bacteriană (VB)

- Kenyon, C.R., Osbak, K., „Recent progress in understanding the epidemiology of bacterial vaginosis“, *Curr Opin Obstet Gynecol*, nr. 26, 2014, pp. 448–454.
- Nassiodis, D., Linhares, I.M., Leger, W.J., Witki, S.S., „Bacterial vaginosis: A critical analysis of current knowledge“, *BJOG*, nr. 124, 2017, pp. 61–69.
- Bradshaw, C.S., Sobel, J.D., „Current treatment of bacterial vaginosis-limitations and need for innovation“, *J Infect Dis*, nr. 15, suplimentul 1, 2016, S14–20.
- Machado, A., Cerca, N., „Influence of biofilm formation by *Gardnerella vaginalis* and other anaerobes on bacterial vaginosis“, *J Infect Dis*, vol. 15, nr. 212, 2015, pp. 1856–1861.

Capitolul 33: Vulvodinia

- Reed, B.D., Legocki, L.J., Plegue, M.A. *et al.*, „Factors associated with vulvodynia incidence“, *Obstet Gynecol*, vol. 123, nr. 201, februarie 2014, pp. 225–231.
- Stockdale, C.K., Lawson, H.W., „2013 vulvodynia guideline update“, *Low Genit Tract Dis*, nr. 18, aprilie 2014, pp. 93–100.
- Reed, B.D., Harlow, S.D., Legocki, L.J., Helmuth, M.E. *et al.*, „Oral contraceptive use and risk of vulvodynia: A population-based longitudinal study“, *BJOG*, nr. 120, 2013, pp. 1678–1684.
- Andrews, J.C., „Vulvodynia interventions – systematic review and evidence grading“, *Obstet Gynecol Surv*, nr. 66, 2011, pp. 299–315.

Capitolul 34: Spasmele musculare pelviene și vaginismul

- Gyang, A., Hartman, M., Lamvu, G., „Musculoskeletal causes of chronic pelvic pain: What a gynecologist should know“, *Obstet Gynecol*, vol. 121, nr. 3, martie 2013, pp. 645–650.
- Crowley, T., Goldneier, D., Hiller, J., „Diagnosing and managing vaginismus“, *BMJ*, nr. 228, 2009.
- Polackwich, A.S., Li, J., Shoskes, D.A., „Patients with pelvic floor muscle spasm have a superior response to pelvic floor physical therapy at specialized centers“, *J Urol*, nr. 194, octombrie 2015, pp. 10026–1006.
- Holland, M.A., Joyce, J.S., Brennaman, L.M., Drobnis, E.Z., Starr, J.A., Foster, R.T., „Intravaginal diazepam for the treatment of pelvic floor hypertonic disorder: A double-blind, randomized, placebo-controlled trial“, *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 2017.

Capitolul 35: Afecțiuni ale pielii

- Stockdale, C.K., Boardman, L., „Diagnosis and treatment of vulvar dermatoses“, *Obstet Gynecol*, nr. 131, 2018, pp. 371–386.
- Le Cleach, L., Chosidow, O., „Lichen planus“, *NEJM*, nr. 366, 2012, pp. 723–732.
- Vyas, A., „Genital lichen sclerosus and its mimics“, *Obstet Gynecol Clin Nam*, nr. 44, 2017.
- Ingram, J.R., „Hidradenitis suppurative: Treatment“, *UpToDate* 2018, accesat la 16 august 2018.

Capitolul 36: Infecția de tract urinar (ITU) și sindromul vezicii dureroase (SVD)

- Chu, C.M., Lowder, J.L., „Diagnosis and treatment of urinary tract infections across age groups“, *Am J Obstet Gynecol*, 2018.
- Hooton, T.M., „Uncomplicated urinary tract infection“, *NEJM*, nr. 366, 2012, pp. 1028–1037.
- Nicolle, L.E., „Uncomplicated urinary tract infection in adults including uncomplicated pyelonephritis“, *Urol Clin N Am*, nr. 35, 2008, pp. 1–12.
- Little, P., „Antibiotics or NSAIDs for uncomplicated urinary tract infections?“, *BMJ*, nr. 359, 2017.

Capitolul 37: Prolapsul organelor pelviene

ACOG. Practice Bulletin nr. 185: „Pelvic organ prolapse“, *Obstet Gynecol*, nr. 130, iunie 2017, e234–e248.

Lukacz, E.S., Warren L.K., Richter, H.E., Brubker, L., Barber, M.D., Norton, P., Weidner, A.C., Nguyen, J.N., Gantz, M.G., „Quality of life and sexual function 2 years after vaginal surgery for prolapse“, *Obstet Gynecol*, vol. 127, nr. 6, 2016, pp. 1071–1079.

Prolapsul organelor pelviene și pesarele: acog.org/About-ACOG/ACOG-Departments/Patient-Safety-and-Quality-Improvement/How-I-Practice/Pelvic-Organ-Prolapse-and-Pessaries, accesat la 28 octombrie 2018.

Deng, M., Ding J., Ai, F., Zhu, L., „Successful use of the Gellhorn pessary as a second-line pessary in women with advanced pelvic organ prolapse“, *Menopause*, vol. 24, nr. 11, noiembrie 2017, pp. 1277–1281.

Capitolele 38–44: Simptome

Cobos, G.A., Pomeranz, M.K., „A general approach to the evaluation and the management of vulvar disorders“, *Obstet Gynecol Clin N Am*, nr. 44, 2017, pp. 321–327.

Clinical Practice Guideline, „Vulvovaginitis: Screening for and management of trichomoniasis, vulvovaginal candidiasis, and bacterial vaginosis“, *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 37, nr. 3, 2015, pp. 266–274.

Bohl, Y.G., „Fissures, herpes simplex virus, and drug reactions“, *Obstet Gynecol Clin N Am*, nr. 44, 2017, pp. 431–443.

Allen-Davis *et al.*, „Assessment of vulvovaginal complaints: Accuracy of telephone triage and in-office diagnosis“, *Obstet Gynecol*, nr. 99, 2002, pp. 18–22.

Chibnall, R., „Vulvar Pruritus and Lichen Simplex Chronicus“, *Obstet Gynecol Clin North Am*, nr. 44, 2017, pp. 379–388.

Subramanian, C., Nyirjesy, P., Sobel, J.D., „Genital malodor in women: A modern reappraisal“, *J Low Genit Tract Dis*, nr. 16, 2012, pp. 49–55.

Alfhaily, F., Ewies, A.A., „Managing women with post-coital bleeding: A prospective observational non-comparative study“, *J Obstet Gynaecol*, nr. 30, 2010, pp. 190–194.

Capitolul 46: Igiena de pe internet și din aplicațiile mobile

Oliver, J.E., Wood, T., „Medical conspiracy theories and health behaviors in the United States“, *JAMA*, nr. 174, 2014, pp. 817–818.

Marcon, A.R., Murdoch, B., Caulfield, T., „Fake news portrayals of stem cells and stem cell research“, *Regen Med*, nr. 12, 2017, pp. 765–775.

Jolley, D., Douglas, K.M., „The effects of anti-vaccine conspiracy theories on vaccination intentions“, *PLOS ONE*, nr. 9, 2014.

Pennycook, G., Cannon, T.D., Rand, D.G. „Prior exposure increases perceived accuracy of fake news“, *Journal of Experimental Psychology: General*, 2018



Misiunea lui Jen?
Să înarmeze femeile cu surse
de informare valide medical.

THE GUARDIAN

BESTSELLER
NEW YORK TIMES

BIBLIA VAGINULUI

**Separarea miturilor
de medicină**

DR. JEN GUNTER



