

MARGINESY



BIBLIA
WAGINY

dr Jen Gunter

The Vagina Bible

COPYRIGHT © 2019 Jennifer Gunter

COPYRIGHT © FOR THE TRANSLATION BY Małgorzata Glasenapp

COPYRIGHT © FOR THE POLISH EDITION BY Wydawnictwo Marginesy,

Warszawa 2020

Dla każdej kobiety, która kiedyś usłyszała – zwykle od faceta – że jej pochwa jest zbyt mokra, zbyt sucha, zbyt luźna, zbyt ciasna, brzydka, źle pachnie albo za bardzo krwawi. Ta książka jest dla Was.

SPIS TREŚCI

Wstęp	11
NA POCZĄTEK	13
1. Srom	15
2. Pochwa	25
3. Pochwa i srom trans	34
4. Kobięca rozkosz i edukacja seksualna	42
5. Cięża i poród	54
CODZIENNA OBSŁUGA, UTRZYMANIE I SERWIS	69
6. Opieka lekarska	71
7. Zdrowa pochwa a dieta	80
8. Bielizna nie musi być biała	88
9. Co trzeba wiedzieć o lubrykantach	93
10. Ćwiczenia Kegla	99
PIELĘGNACJA I MYCIE	107
11. Mycie sromu: mydła, żele i chusteczki	109
12. Oczyszczanie pochwy: irygacje, nasiadówki, spreje i potpourri	117
13. Depilacja i fryzury intymne	124
14. Kremy nawilżające, ochronne i produkty do kąpieli	137

MENSTRUACJA – CO KUPOWAĆ I W CO WIERZYĆ	147
15. Prawda o zespole wstrząsu toksycznego	149
16. Czy w tamponach i podpaskach są toksyny?	159
17. Higiena w czasie menstruacji	164
MENOPAUZA	179
18. Menopauza	181
19. Leczenie menopauzalnego zespołu moczowo-płciowego (GSM)	191
LEKARSTWA I ZABIEGI	203
20. Marihuana	205
21. Antykoncepcja	212
22. Antybiotyki i probiotyki	218
23. Zabiegi estetyczne, zastrzyki i „odmładzanie”	228
CHOROBY PRZENOSZONE DROGĄ PŁCIOWĄ (PDP)	237
24. Ogólne informacje	239
25. Zapobieganie chorobom przenoszonym drogą płciową	246
26. Wirus brodawczaka ludzkiego (HPV)	258
27. Opryszczka	268
28. Rzeżączka i chlamydia	275
29. Rzęsistkowica	281
30. Wszy łonowe	288
DOLEGLIWOŚCI I PRZYPADŁOŚCI	293
31. Grzybica (drożdżycza, kandydoza)	295
32. Waginoza bakteryjna	306
33. Wulwodynia	315
34. Napięcie mięśni dna miednicy i pochwica	324

35. Schorzenia skóry	333
36. Zakażenie układu moczowego i zespół bolesnego pęcherza	342
37. Zaburzenia statyki narządu rodneho (wypadanie macicy)	350
OBJAWY	357
38. Jak rozmawiać z lekarzem	359
39. Odczuwam ból podczas stosunku	367
40. Mam zapalenie pochwy	375
41. Swędzi mnie srom	382
42. Boli mnie srom	387
43. Mam nieprzyjemny zapach z pochwy	391
44. Mam krwawienia po stosunku	398
SKŁADAJĄC TO WSZYSTKO RAZEM	405
45. Przegląd szafki w łazience	407
46. Internetowe BHP	412
47. Opowieści z mchu i paproci	418
Bibliografia	428
Podziękowania	446

WSTĘP

Mam misję – żeby każda kobieta zyskała rzetelną wiedzę na temat pochwy i sromu.

Jedną z najważniejszych zasad medycyny jest reguła świadomej zgody pacjenta. My, lekarze, dostarczamy ludziom informacji dotyczących ryzyka i korzyści zdrowotnych różnych terapii, by pacjenci mogli podejmować decyzje, które są dla nich najlepsze. Mają taką szansę jedynie wtedy, gdy informacje, które im przedstawiamy, są zgodne z prawdą i obiektywne. Dzisiaj zdobycie rzetelnej wiedzy bywa trudne, bo najwyraźniej przeskoczyliśmy erę informacji i utknęliśmy na dobre w czasach dezinformacji.

Cudowne leki na wszystko pojawiają się od dawna, a przesady dotyczące zdrowia to nic nowego, ale teraz oddzielenie ich od naukowych faktów jest coraz trudniejsze. Media społecznościowe podsuwają nam pseudomedyczne objawienia o różnym charakterze, do tego sekundują im portale informacyjne, wiecznie głodne nowych rewelacji, nawet jeśli takie rewelacje nie istnieją. Temat kobiecego ciała jest szczególnie narażony na przekłamania – interesy robią na tym polu nie tylko sprzedawcy pseudonaukowych bzdur, lecz także cały system patriarchalny.

Obsesja na punkcie „czystości” układu rozrodczego pochodzi z czasów, kiedy wartość kobiety wyznaczały dziewictwo i zdolność do rodzenia dzieci, a pochwa i macica stanowiły towar na społecznym rynku. Odwoływanie się do tych idei budzi głęboko zakorzenione instynkty. Nic dziwnego, że słowa „czysty” czy „naturalny” są tak często używane w reklamach produktów przeznaczonych dla kobiet. Światy mediów i internetowych influencerów grają na dawnych strachach, rozpowszechniając informacje dotyczące zagrożeń dla kobiecej pochwy oraz produktów, które mają te zagrożenia likwidować – zupełnie jakby pochwa (stworzona, by rozciągać się i rozdzierać przy porodzie,

na długo przed tym, zanim wynaleziono nici chirurgiczne) była tak delikatna, że znajduje się w ciągłym niebezpieczeństwie i w ogóle na krawędzi katastrofy.

Dlaczego ta książka nosi tytuł *Biblia waginy*, a nie *Biblia waginy i sromu*? Ponieważ słowem „wagina” określa się często cały końcowy odcinek układu rozrodczego (pochwę i srom). Z medycznego punktu widzenia wagina (czyli pochwa) należy do wewnętrznych narządów płciowych, ale język ewoluuje i słowa nabierają nowych znaczeń. Na przykład wyrazy „troll” czy „forum” mają dzisiaj znaczenia, o których nikomu się nie śniło w czasach mojego dzieciństwa.

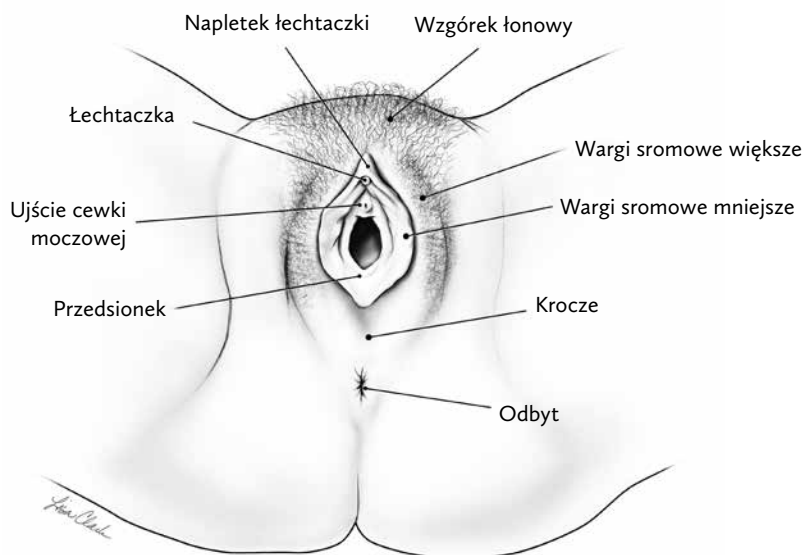
Zajmuję się medycyną od trzydziestu trzech lat, a od dwudziestu czterech jestem ginekologką. Wysłuchałam wielu kobiet i wiem, jakie pytania zadają, a także jakie chciałyby zadać, ale nie bardzo wiedzą jak. *Biblia waginy* zawiera wszystko, co chciałabym przekazać kobietom na temat sromu i pochwy. To przesłanie dla każdej kobiety, która słuchała mnie w gabinecie albo czytała moje wypowiedzi online i zastanawiała się: „Dlaczego nie wiedziałam tego wcześniej?”.

Możecie czytać tę książkę po kolei, od początku do końca, albo wybierać rozdziały i podrozdziały, które was akurat interesują. Jak wam się tylko podoba! Mam nadzieję, że z biegiem czasu wiele kartek pogniecie się w czasie lektury, kiedy będziecie sprawdzać informacje uzyskane od lekarza, przeczytane w sieci czy zasłyszane w mediach (zwłaszcza te dotyczące produktów sprzedawanych kobietom) lub też szukać porady dla przyjaciółki czy udzielać partnerowi bądź partnerce małej lekcji kobiecej anatomii.

Mówienie kobietom nieprawdy na temat ich ciał nie służy nikomu. Jestem tutaj, by położyć mu kres.

dr Jen Gunter

NA POCZĄTEK



ILUSTRACJA I: SROM

1

SROM

Niedostatek wiedzy o własnym ciele nie pomógł nigdy żadnej kobiecie.

Srom, czyli zespół zewnętrznych narządów płciowych, to prawdziwy zespół wielozadaniowy – dostarcza seksualnej rozkoszy, chroni wejście do pochwy, dobrze znosi kontakt z moczem i kałem, radzi sobie z porodem i goi się potem, jakby nic się nie stało. I to wiele razy.

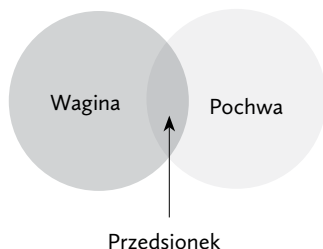
No tak – i jeszcze daje wielokrotne orgazmy. Penis do spółki z moszną mogą się schować.

Jaki jest problem? O sromie się nie mówi. W dużej części to wina patriarchalnego przemilczania i lęku przed kobietą rozkoszą. Wykluczając srom z dyskusji o kobiecym ciele i seksualności, wykluczamy obszar odpowiedzialny za kobiecy orgazm. I utrudniamy kobietom rozmowę z lekarzami.

Podstawowe rozróżnienie w kwestii anatomicznej jest następujące: srom obejmuje wszystkie narządy znajdujące się na zewnątrz ciała (czyli te, których dotyka ubranie), podczas gdy wagina (pochwa) znajduje się wewnątrz. Strefa przejściowa między nimi nosi nazwę przedsionka.

Główne narządy sromu, jak wiadać na ilustracji i na stronie 14, to:

- wzgórek łonowy,
- wargi sromowe większe,
- wargi sromowe mniejsze,



- łechtaczka (ta jej część, która jest widoczna),
- napletek łechtaczki,
- przedsionek,
- ujście cewki moczowej (przewodu odprowadzającego mocz z pęcherza),
- krocze (obszar między przedsionkiem a odbytem).

Zaprosimy też odbytu do naszej rozmowy o sromie, chociaż, technicznie rzecz biorąc, należy już do przewodu pokarmowego, a nie do układu rozrodczego. Jednak wiele dolegliwości sromu dotyczy również odbytu, a często kobietom trudno jest uzyskać fachową pomoc w takich sprawach – lekarze, słysząc, że chodzi o problemy „tam”, od razu odsyłają pacjentki do ginekologa. Mnóstwo kobiet jest też zainteresowanych informacjami o seksie analnym, a do tego jednym z następstw porodu naturalnego może być nietrzymanie kału.

Srom – historia przemilczania

Sięgnijmy do historii medycyny – powiedzmy, do czasów Hipokratesa, chociaż wielu naukowców jest zdania, że ktoś taki w ogóle nie istniał – medycy wówczas rzadko badali kobiety ginekologicznie i ze względów obyczajowych rzadko wykonywali sekcje kobiecych zwłok. Ponieważ nie było wtedy lekarzy, wszystkie wiadomości w podręcznikach lekarskich na temat budowy kobiecego ciała pochodziły od samych kobiet i od położnych, a mężczyźni interpretowali je zgodnie z własnym uznaniem. Zatem medycyna od samego początku była uwikłana w objaśnianie zjawisk z męskiego punktu widzenia.

Większość dawnych medyków, podobnie jak chyba większość mężczyzn w przeszłości, nie orientowała się, na czym polega rola łechtaczki, i uważała ten organ za mało istotny. Zupełnie inaczej było z penisem, który cieszył się wielką estymą. W żargonie medycznym wszystkie części ciała mają określone płaszczyzny, zwłaszcza przednią i tylną. Jeżeli spojrzymy na człowieka stojącego prosto w naturalnej pozycji (z ramionami wzdłuż boków i dłońmi zwróconymi wewnątrz do przodu), to twarz, klatka piersiowa i wnętrza dłoni znajdują się na płaszczyźnie przedniej, a plecy i grzbiety dłoni – na tylnej. Z tej reguły wyłamuje się penis, oczywiście. Według dawnych anatomów częścią naturalnej postawy u mężczyzny była wielka, stercząca w niebo erekcja. Tyle tylko że mężczyźni nie paradują w stanie wiecznej erekcji, zatem

kiedy popatrzymy na mężczyznę stojącego w pozycji spoczynkowej, to znaczy z penisem zwisającym swobodnie – ta część, którą widzimy, nie jest wcale „przednią” płaszczyną penisa, ale tylną; za to jego spodnia strona jest określana jako przednia.

Nie jest to wcale taki drobiazg – doskonale (i tragikomicznie) pokazuje, jak społeczeństwo, włączając w to medycynę, jest owładnięte obsesją na tle męskiej erekcji, podczas gdy lechtaczka zwykle trafia gdzieś do przypisu na końcu rozdziału. Jeżeli dawni medycy w ogóle się nią zajmowali, uznawali ją za żeńską wersję penisa. Tylko gorszą (z całym szacunkiem, ale organ zdolny do wielokrotnych orgazmów, którego jedynym przeznaczeniem jest dawanie rozkoszy, nie jest gorszy. To niedościgniony wzorzec). Przemilczanie istnienia lechtaczki nie ograniczało się zresztą do medycyny. Przypomnijcie sobie wszystkie starożytne greckie posągi z uwydatnionymi penisami i mosznami (choćby penisy były niewielkie, ponieważ instynkty seksualne uważano za przeciwstawne intelektowi, a ideałem był potężny umysł, nie potężny penis), podczas gdy sromy kobiecych posągów były jedynie tajemniczymi wzgórkami ukrytymi między skrzyżowanymi nogami.

Około X wieku medycy arabscy i perscy zaczęli bardziej interesować się lechtaczką, ale powstrzymywały ich surowe obyczajowe normy, zabraniające dotykania nagich kobiet, a nawet kobiecych zwłok. W końcu XVII wieku pojawiły się już całkiem ściśle opisy kobiecej anatomii, włączając lechtaczkę. Niektórzy z badaczy dokonujący odkryć w tej dziedzinie zostali uwiecznieni w nazwach organów, które trafnie opisali – na przykład Gabrielle Fallopio (który opisał jajowody, nazywane w języku angielskim *fallopian tubes*; zresztą wynalazł także pierwszą prezerwatywę i ocenił jej działanie w badaniach naukowych!) i Caspar Bartholin (gruczoły Bartholina).

W 1844 roku anatom Georg Ludwig Kobelt opublikował tak dokładny anatomiczny opis lechtaczki, że dorównuje dzisiejszej wiedzy. Niestety praca Kobelta została w dużej mierze zignorowana, prawdopodobnie z powodu zahamowań wiktoriańskiej moralności (i jej lęku przed kobietą seksualnością) oraz nauk Freuda, który rozpowszechnił fałszywy pogląd, jakoby lechtaczka była źródłem „niedojrzałego” orgazmu.

Przez wiele lat rozmowa dotycząca seksualności kobiet stanowiła tabu w gabinetach lekarskich, ale nie tylko tam i nie tylko w medycynie. W 1938 roku nauczycielka z Los Angeles Helen Hulick została aresztowana

pod zarzutem znieważenia powagi sądu, ponieważ wezwana jako świadek zjawiała się na rozprawie w spodniach i odmówiła przebrania się w suknię, gdy zażądał tego sędzia. Ukarano ją pięciodniowym aresztem. Zdrowie kobiet, zwłaszcza w kontekście seksualności, było uważane za nieważne i niewarte zainteresowania, ponieważ tak właśnie traktowano kobiety.

Lekarze w latach dwudziestych i trzydziestych ubiegłego wieku naprawdę wierzyli, że pochwa pełna jest niebezpiecznych bakterii, co jest oczywistą bzdurą i nie potrzeba dyplomu medycznego, żeby w to wątpić. Gdyby wagina znajdowała się cały czas w stanie zagrożenia katastrofalną infekcją, kobiety wyginęłyby w toku ewolucji – ale opowieść o „nieczystej” pochwie doskonale pasowała do społecznych reguł ich ciemnienia.

Medycyna zdominowana przez mężczyzn, zdominowane przez mężczyzn społeczeństwo, w którym nie było miejsca na zainteresowanie kobiecym doświadczeniem i doznawaniem cielesności, widzenie kobiecej seksualności przez pryzmat penisa i propagowane przez Freuda poglądy, że łechtaczka jest organem podrzędnym – to wiele przeszkód do pokonania. Sama łechtaczka, ponieważ w większej części znajduje się wewnątrz ciała, jest trudniejsza do zbadania niż penis. Wprawdzie dopuszczalne stały się sekcje kobiecych zwłok, ale trzeba podkreślić, że tego typu badania anatomiczne mają ograniczoną wartość. Przede wszystkim z powodu niedostatku materiałów – zazwyczaj siedem zwłok poddanych sekcji uważa się za liczbę pokazną. Zwłoki są drogie i trudno dostępne. Wiele pochodzi też od starych kobiet, a wiadomo, że łechtaczka zmniejsza się po menopauzie. W jednym ze znanych mi badań wszystkie zwłoki pochodziły od kobiet między 70 a 80 rokiem życia. Procesy konserwowania zwłok również niszczą strukturę łechtaczki. Przed rozpowszechnieniem rezonansu magnetycznego nie było właściwie sposobu, by określić, gdzie dokładnie znajduje się u żywych kobiet i jak się powiększa pod wpływem bodźców seksualnych.

Długo trwało, zanim zebraliśmy wystarczającą wiedzę anatomiczną. Nie pamiętam oczywiście każdego wykładu na studiach medycznych ani podczas stażu, ale nadal mam stare podręczniki. Dwa wydano w 1984 roku, a jeden – cztery lata później. Dwa, przeznaczone specjalnie dla ginekologów położników, podają ściśle informacje dotyczące budowy łechtaczki, ale ogólny atlas anatomiczny z 1984 roku zawiera trzy strony ilustracji (w tym dwie kolorowe) poświęconych penisowi, podczas gdy dla łechtaczki przeznaczono jeden

mały obrazek w rogu strony – a do tego cały jest nieapetycznie fioletowy. Podpis głosi zresztą, że przedstawiona łechtaczka to, ni mniej, ni więcej, tylko „miniaturowy penis”.

Taa, jasne.

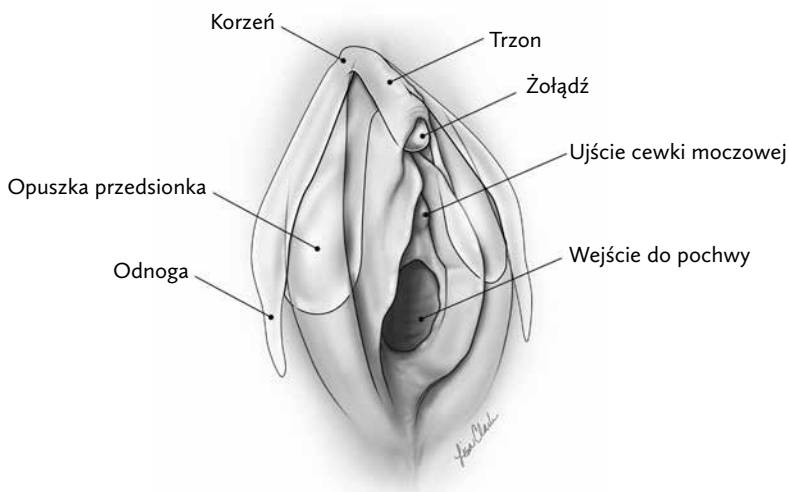
Łechtaczka

Celem i rolą łechtaczki jest dawanie przyjemności seksualnej. To jedyny narząd ludzkiego ciała służący wyłącznie przyjemności.

Struktura łechtaczki przypomina odwróconą do góry nogami literę Y, ale jej ramiona są podwójne. Podstawa (teraz u góry) jest zagięta do przodu i jej zakończenie stanowi jedyną część widoczną na zewnątrz ciała. To żołądź łechtaczki. Okrywa ją w mniejszym lub większym stopniu napletek łechtaczki. Poniżej znajduje się ujście cewki moczowej, a ramiona Y opadają w dół po obu jego stronach.

Wewnątrz ciała znajdują się:

- **TRZON ŁECHTACZKI**, czyli zagięta podstawa Y. Ma on od 2 do 4 centymetrów długości i połączony jest więzadłem z kością łonową.



ILUSTRACJA 2: ANATOMIA ŁECHTACZKI

- **KORZEŃ** – punkt, gdzie trzon łączy się z odnogami. To właśnie tutaj zbiegają się części, które w czasie pobudzenia napełniają się krwią i nabrzmiewają, czyli są zdolne do erekcji. To miejsce bardzo ważne dla odczuwania przyjemności, ponieważ znajduje się tuż pod skórą (powyżej ujścia cewki moczowej).
- **ODNOGI, CZYLI ZEWNĘTRZNE RAMIONA ODWRÓCONEGO Y** (niektórzy porównują tę strukturę do ptasiego mostka). Mają od 5 do 9 centymetrów długości i schodzą w dół, w stronę wejścia do pochwy, mniej więcej pod wargami sromowymi większymi.
- **OPUSZKI PRZEDSIONKA** – wewnętrzne ramiona Y. Mają od 3 do 7 centymetrów długości i znajdują się po obu stronach przedSIONKA pochwy.

Wszystkie części łechtaczki są zaangażowane w odczuwanie przyjemności i zdolne do erekcji, to znaczy napełnienia się krwią i powiększenia. Żołądz jest najbardziej unerwiona i ma najmniej tkanki tworzącej ciała jamiste, natomiast trzon i odnogi mają największą zdolność do erekcji. Silne unerwienie i obecność tkanki tworzącej ciała jamiste w całej łechtaczce tłumaczy, dlaczego kobiety urodzone bez żołądza, kobiety, które przeżyły operację usunięcia cewki moczowej (i zwykle części łechtaczki), oraz te, które przeszły obrzezanie, nadal są w stanie osiągnąć orgazm. Jest to możliwe, ponieważ cały zespół łechtaczkowo-moczowo-pochwowy może odbierać bodźce seksualne i mamy wiele wrażliwych obszarów do odkrycia. Można je odkrywać dla przyjemności, żeby zobaczyć, jak reagują różne strefy, albo po to, żeby osiągnąć orgazm. U wielu kobiet stymulowanie żołądza łechtaczki nie musi być najlepszą drogą do rozkoszy, więc można próbować czegoś innego. Fakt, że łechtaczka nie ogranicza się wcale do żołądza, może być pocieszeniem dla kobiet, które z jakiegoś powodu ją utraciły – wskutek operacji onkologicznej lub okaleczenia narządów płciowych – chociaż oczywiście nie jest to łatwa sytuacja.

Wargi sromowe i wzgórek łonowy

Wzgórek i dwie pary warg sromowych, mniejsze i większe, pomagają w osiągnięciu satysfakcji seksualnej i chronią przedSIONEK pochwy.

Wzgórek łonowy to obszar skóry i tkanki tłuszczowej między spojeniem łonowym a napletkiem łechtaczki. Tłuszczowa poduszeczka tworzy małe uwypuklenie, które może funkcjonować jako bariera mechaniczna. Wargi sromowe większe to fałdy owłosionej skóry i tkanki tłuszczowej biegnące od wzgórka łonowego do końca przedsionka pochwy. Zawierają różne gruczoły i mają od 7 do 12 centymetrów długości, ale jeśli wasze są krótsze lub dłuższe, to nic nie szkodzi.

Wargi sromowe mniejsze nie mają tkanki tłuszczowej, ale są zdolne do erekcji, więc powiększają się podczas stymulacji seksualnej. Powyżej żołądźci łechtaczki tworzą napletek, a poniżej, pod żołądźcią – wędzidełko łechtaczki. Tak więc otaczają żołądźc fałdami i dotykanie ich zwiększa doznania seksualne. Wargi mniejsze mają wiele zakończeń nerwowych ważnych dla odczuwania przyjemności, zwłaszcza na brzegach. Są w stanie bardzo precyzyjnie wyczuć bodźce dotykowe.

Wargi sromowe mniejsze mogą wystawać poza większe lub też nie – nie mają żadnego „normalnego” kształtu ani wielkości. Ich szerokość może się wahać od mniej więcej centymetra do 5 centymetrów, ale te jeszcze szersze z medycznego punktu widzenia także są w normie. Mogą także być asymetryczne i lepiej wyobrazić je sobie jako siostry, nie jako bliźniaczki.

Skóra sromu

Pod mikroskopem ludzki naskórek wygląda jak ściana zbudowana z cegieł – komórki ułożone są jedne na drugich warstwach. Najniższa warstwa składa się ze specjalnych komórek, komórek podstawnych, które wytwarzają nowe komórki potomne, przesuwa je stopniowo ku górze, jak na pasie transmisyjnym. W trakcie tej wędrówki rozwijają się i wytwarzają białko keratynę, która nadaje naskórkowi wodoodporność i wzmacnia całą strukturę, żeby była odporna na urazy. Na powierzchni wydzielają substancje tłuszczowe działające ochronnie i przeciwdziałające utracie wody. Komórki na samym wierzchu są martwe i ścierają się przy dotyku albo podczas urazów. Nowa warstwa pojawia się mniej więcej co miesiąc.

Wzgórek łonowy i wargi sromowe większe wyposażone są w gruczoły potowe, wydzielające pot przez pory bezpośrednio na powierzchnię skóry. Porosnięte są także włosami mieszkowymi (delikatnym meszkiem, jak brzoskwinia)

i łonowymi, które zapewniają barierę ochronną i zapobiegają wysychaniu naskórka. Każdy włos łonowy jest połączony z zakończeniem nerwowym, więc dotykanie ich może być częścią stymulacji seksualnej.

Do mieszków włosowych każdego włosa łonowego i mieszkowego uchodzi gruczoł łojowy produkujący łój (sebum), oleistą substancję, dzięki której skóra pozostaje miękka i elastyczna, a także nie przepuszcza wody. Włosom łonowym towarzyszą także wyspecjalizowane gruczoły potowe nazywane apokrynowymi (znajdują się również pod pachami), które uaktywniają się w okresie dojrzewania. Wydzielają specyficzny, nieco tłusty pot, zawierający śladowe ilości hormonów i feromonów. Bakterie żyjące na skórze zamieniają go w związki o mocnym zapachu – stąd bierze się intensywna woń. Dokładna funkcja gruczołów apokrynowych nie została określona, ale ponieważ rozwijają się i zaczynają działać w okresie dojrzewania i wydzielają feromony, można przyjąć, że odgrywały bądź też nadal odgrywają rolę w kształtowaniu atrakcyjności seksualnej.

Naskórek pokrywający wargi sromowe mniejsze ma mniej warstw i zawiera mniej keratyny. Ta odmienność staje się wyraźniejsza bliżej wejścia do pochwy. Wargi mniejsze nie są owłosione, ale mają gruczoły łojowe. Mniejsza ilość keratyny, cieńsza skóra i brak włosów sprawiają, że są bardziej narażone na urazy i podrażnienia.

Wydzieliny gruczołów łojowych i apokrynowych mieszają się z tłustymi substancjami produkowanymi przez komórki skóry i tworzą razem tak zwany płaszcz lipidowy – warstwę chroniącą przed bakteriami, wirusami i innymi zagrożeniami. Skóra sromu ma pH o wartości 5,3–5,6, a więc odczyn lekko kwaśny (uznawane za neutralne pH wody wynosi 7,0).

Melanina

Za kolor skóry, włosów i tęczówek odpowiedzialny jest w naszych organizmach barwnik melanina produkowany przez wyspecjalizowane komórki skóry – melanocyty, znajdujące się w warstwie podstawnej naskórka. Co ciekawe, skóra sromu zawiera więcej melanocytów niż jakikolwiek inny obszar ciała, a jednak ma takie samo zabarwienie jak cała reszta, z wyjątkiem wnętrza dłoni i podeszew stóp, które bywają jaśniejsze. Medycyna jeszcze nie

wyjaśniła, jak to się dzieje, że nasza skóra na karku ma mniej melanocytów niż srom, a jednak mają taki sam lub bardzo podobny odcień.

Melanina pochłania i odbija światło ultrafioletowe i zapewnia ochronę przed oparzeniem słonecznym, zaś melanocyty reagują na różne bodźce biologiczne, fizyczne i chemiczne i stanowią część układu odpornościowego.

Przedsionek pochwy

Przedsionek jest strefą przejściową między pochwą a sromem i na jego obszarze znajduje się także ujście cewki moczowej. Technicznie rzecz biorąc, należy do zewnętrznych narządów płciowych, ale, podobnie jak pochwa, pokryty jest szczególnym rodzajem skóry – błoną śluzową. Błona śluzowa, inaczej śluzówka, zawiera bardzo mało keratyny, a w jej komórkach znajdują się ziarna glikogenu, cukru stanowiącego w ciele materiał zapasowy. Nie jest też porośnięta włosami ani nie wydziela sebum, więc jej główną ochronę w przedsionku pochwy stanowią wargi sromowe mniejsze.

W przedsionku znajdują się też dwie pary gruczołów. Wyżej położone są gruczoły przedsionkowe mniejsze, które pełnią funkcję zbliżoną do prostaty u mężczyzn (badania wykazują, że wydzielają minimalne ilości antygeny prostaty, PSA). Poniżej, na dnie przedsionka, zlokalizowane są gruczoły przedsionkowe większe lub inaczej gruczoły Bartholina. Ich wydzielina zwilża przedsionek pochwy.

Zwieracze odbytu

Odbyt zamykają dwa zwieracze, okrężne pasma mięśniowe: zwieracz wewnętrzny i zewnętrzny. Błona śluzowa odbytu jest mocno unerwiona, ponieważ musi rozróżnić stały i płynny kał oraz gaz jelitowy oraz koordynować właściwy moment wypróżniania. Z powodu tego bogatego unerwienia seks analny jest dla niektórych osób bardzo pobudzający, a hemoroidy i szczeliny odbytu (pęknięcia błony śluzowej) są tak bolesne.

Zwieracz wewnętrzny jest mięśniem najważniejszym dla trzymania kału – odpowiada za to mniej więcej w 80 procentach.

FAKTY

- Ta część ciała, której dotyka bielizna, to srom. To, co jest wewnątrz, to pochwa (wagina). Przedśionek pochwy znajduje się między nimi.
- Łechtaczka jest znacznie większa, niż to widać na zewnątrz, i jest jedynym ludzkim organem przeznaczonym wyłącznie do dostarczania przyjemności seksualnej.
- Nie ma żadnych „normalnych” rozmiarów warg sromowych.
- Wargi sromowe, mniejsze i większe, oraz wżgórek łonowy biorą udział w odczuwaniu satysfakcji seksualnej i chronią wejście do pochwy.
- Odczyn pH skóry sromu jest kwaśny i wynosi od 5,3 do 5,6.

2

POCHWA

Pochwa jest kanałem mięśniowym łączącym srom z szyjką macicy. Zdaję sobie sprawę, że to bardzo nieatrakcyjny opis czegoś, co przynosi tyle miłych doznań; wolałabym też użyć innej nazwy, ponieważ łacińskie słowo *vagina* i jego polski odpowiednik „pochwa” oznaczają po prostu futerał – okropne, kiedy kobiecy narząd opisuje się z perspektywy dopasowania do penisa. Z medycznego punktu widzenia początkiem pochwy jest błona dziewicza, znajdująca się wewnątrz przedsionka.

Dlaczego w ogóle mamy błonę dziewiczą?

Biologia ewolucyjna nie znalazła odpowiedzi na to pytanie.

Niektórzy naukowcy twierdzą, że niegdyś obecność błony dziewiczej miała być zapewnieniem dla partnera seksualnego kobiety, że nie będzie wychowywał cudzego dziecka, ale ta teza wydaje się niepoważna i idiotycznie patriarchalna. Błona dziewicza może ulec rozdarciu w trakcie aktywności fizycznej, a mniej więcej połowa nastolatek, które rozpoczęły już współżycie, nadal ma ją nietkniętą – jest więc mało wiarygodnym wskaźnikiem dziewictwa. Z tej teorii wynikałoby także, że z ewolucyjnego punktu widzenia tylko pierwsze dziecko jest ważne, tymczasem przez większą część ludzkiej historii od 30 do 50 procent noworodków nie przeżywało roku. Nie miałoby żadnego sensu tworzenie specjalnej części ciała tylko na użytek jednego stosunku seksualnego, który wcale nie zapewniałby przeżycia potomstwa ani nawet zajścia w ciążę.

Inna teoria głosi, że błona dziewicza pojawiła się po to, żeby inicjacja była dla kobiet bolesna, dzięki czemu nie szukałyby już innego partnera i pozostały wierne temu pierwszemu. Najwyraźniej jednak dla większości kobiet nie jest to przeżycie na tyle przykre, żeby czekały na jedyne go Pana Właściwego. Gdyby pierwszy stosunek bolał tak bardzo, nie zdarzałoby się tyle ciąż wśród nastolatek. Również gdyby „zamiarem” ewolucji było obrzydzenie kobietom stosunku seksualnego, żeby nie szukały okazji do współżycia, natura nie wyposażałaby ich w tak niesamowity narząd, jakim jest łechtaczka, gotowa do działania już od samego początku okresu dojrzałości płciowej.

Moim zdaniem błona dziewicza służyła pierwotnie jako ochrona. U dziewcząt przed osiągnięciem dojrzałości płciowej błona śluzowa pochwy jest bardzo wrażliwa na podrażnienia. Nawet niewielkie zanieczyszczenie pochwy niedojrzałej dziewczynki może spowodować rozległy stan zapalny. Wydzielanie estrogenu, tkanka tłuszczowa na wzgórku łonowym i w wargach sromowych większych, włosy łonowe i rozwinięcie warg sromowych mniejszych – czyli ochrona wejścia do pochwy – nie wykształcają się w pełni przed okresem dojrzewania. Dlatego uważam, że błona dziewicza stanowiła barierę ochronną przed zanieczyszczeniami. Kiedy w trakcie ewolucji przyjęliśmy postawę wyprostowaną i zewnętrzne narządy płciowe miały mniejszy kontakt z ziemią, taka bariera przestała być niezbędna i z biologicznego punktu widzenia nie było sensu dłużej w nią inwestować. Dlatego być może teraz błona dziewicza miewa różne kształty i wymiary – bo nie jest już tak potrzebna.

W życiu płodowym pochwa najpierw jest jednolitym, zrośniętym tworem. Wypełniają ją komórki stopniowo zanikają – od góry, od szyjki macicy, aż do dołu. To, co pozostaje przy samym ujściu, to właśnie błona dziewicza, która może przybrać formę pierścienia, półksiężyca, mieć otwory albo w ogóle się nie zachować. Czasami tkanki pozostaje więcej i powstaje tak zwana przegroda pochwy, poprzeczna albo podłużna. Może ona być cienka i ulec przerwaniu przy stosowaniu tamponów albo podczas stosunku, ale może też być gruba i w rzadkich przypadkach nawet zamykać światło pochwy. Występowanie przegrody należy brać pod uwagę u dziewcząt, które nie zaczęły miesiączkować do 16 roku życia, u kobiet, które nie mogą założyć tamponu, a próba wprowadzenia do pochwy palca, członka czy wziernika wiąże się u nich z bólem, oraz w ogóle u kobiet, które mają poczucie, że coś blokuje ich pochwę.

Pochwa – podstawowe fakty

Pochwa wyścielana jest błoną śluzową układającą się w fałdy zwane marszczkami pochwowymi – można je wyczuć jako nierówności albo szorstkość. Wygląda to trochę jak duże prześcieradło nałożone na małe łóżko.

Pod błoną śluzową znajduje się błona mięśniowa złożona z mięśni gładkich. Tkanka mięśniowa gładka działa niezależnie od naszej woli (tworzy też na przykład ściany jelit). Nie znamy dokładnie wszystkich funkcji błony mięśniowej pochwy, ale uważa się, że odgrywa rolę przy przesuwaniu krwi i substancji wydzielanych w pochwie w kierunku ujścia. Jeżeli jej skurcze stają się zbyt silne albo niesynchronizowane, kobieta może odczuwać ból. Badania wykazują, że takie nieskoordynowane i częstsze skurcze występują u niektórych kobiet cierpiących z powodu bolesnych miesiączek.

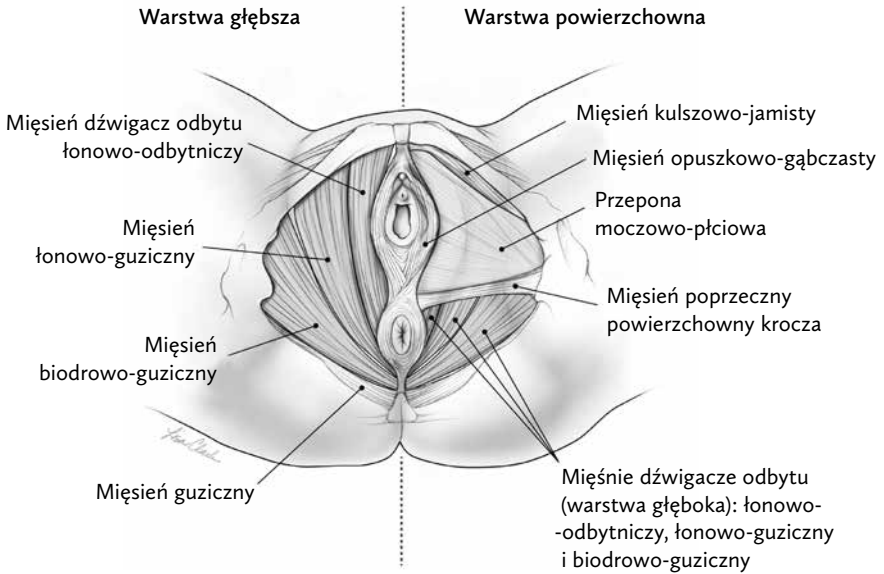
Marszczki i błona mięśniowa sprawiają, że w spoczynku światło pochwy jest zamknięte i jej ścianki się stykają, nie wpuszczając powietrza. Mogą się rozszerzać podczas stosunku albo porodu. Wszyscy (no dobrze, ci z patriarchalnym nastawieniem) są pod wielkim wrażeniem zdolności penisa do powiększania się, ale te kilka centymetrów, o jakie może zwiększyć się członek, są niewielkim osiągnięciem w porównaniu z tym, jak bardzo może rozciągnąć się pochwa.

Błona mięśniowa pochwy otoczona jest gęstą siecią naczyń krwionośnych. To bogate ukrwienie sprawia, że pochwa doskonale goi się po urazach.

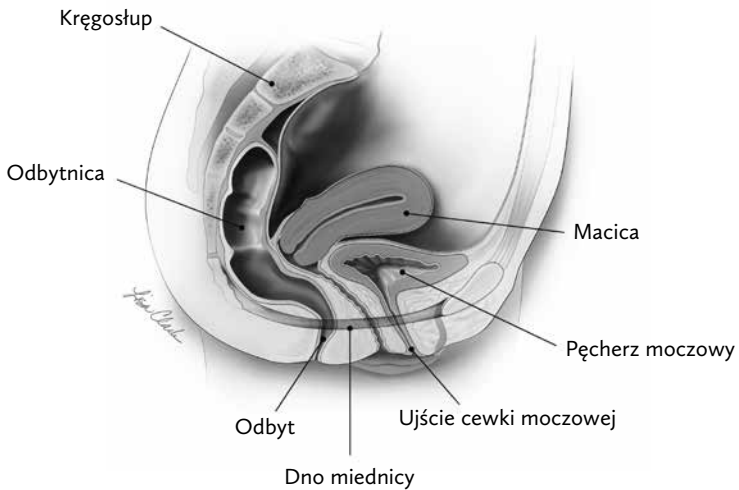
Długość pochwy może być zróżnicowana. Tylna ściana (od strony odbytu) jest dłuższa i może mieć od 5,1 do 14,4 centymetra, natomiast krótsza ściana przednia – od 4,4 do 8,4 centymetra. Rozmiary i kształty ciała kobiety nie dają żadnej wskazówki co do głębokości jej pochwy. Odcinek górny (przy szyjce macicy) jest szerszy niż odcinek dolny.

Dno miednicy

Mięśnie dna miednicy to dwie warstwy mięśni otaczających pochwę i wejście do niej. Zapewniają narządowi podparcie, wspomagają trzymanie moczu i kału, kurczą się podczas orgazmu oraz biorą udział w stabilizacji postawy. Średnio podczas orgazmu kurczą się od 3 do 15 razy.



ILUSTRACJA 3: MIĘŚNIE DNA MIEDNICY



ILUSTRACJA 4: DNO MIEDNICY KOBIETY (PŁASZCZYZNA STRZAŁKOWA)

Wiemy to dzięki badaniom, podczas których kobiety doprowadzały się do orgazmu w warunkach ściszej obserwacji (zawsze mnie ciekawi, jak ludzie zdobywają fundusze na tego typu badania!).

Warstwa powierzchowna znajduje się bezpośrednio pod skórą sromu i składa się z trzech mięśni: kulszowo-jamistego, opuszkowo-gąbczastego i mięśnia poprzecznego powierzchownego krocza. Miejsce, gdzie łączą się one ze zwieraczem odbytu, nazywa się środkiem ścięgnistym krocza.

Warstwa głęboka rozciąga się od spojenia łonowego na boki w stronę bioder i do tyłu w stronę kości ogonowej, trochę jak hamak. Znajdują się w niej otwory, przez które przechodzą cewka moczowa, pochwa i odbytnica. Ta głęboka warstwa złożona jest z mięśni dźwigaczy odbytu: łonowo-odbytniczego, łonowo-guzicznego i biodrowo-guzicznego.

Mięśnie dna miednicy zazwyczaj nie podlegają świadomej kontroli – nie trzeba świadomie opróżniać pęcherza, oddawać kału czy mieć orgazmu, to się po prostu dzieje. Kiedy nauczymy się już w dzieciństwie panować nad tymi czynnościami, zaczynamy kontrolować działanie zwieraczy, jakbyśmy uruchamiali program komputerowy, który pracuje w tle. Z ewolucyjnego punktu widzenia można powiedzieć, że to działanie zostało wycofane z naszej świadomości, ponieważ gdybyśmy musieli ciągle zajmować się kontrolowaniem opróżniania pęcherza i odbytnicy, nigdy nie zeszlibyśmy z drzew!

Oslabienie lub rozdarcie mięśni dna miednicy, które zdarza się głównie podczas porodu, może spowodować nietrzymanie moczu lub kału oraz zaburzenia statyki narządu rodnego (obniżanie się narządów w miednicy). Jeżeli zaś mięśnie dna miednicy są nadmiernie napięte, dochodzi do ich skurczu, który wywołuje ból podczas stosunku i w obrębie miednicy.

Błona śluzowa pochwy

Błona śluzowa wyściełająca pochwę ma około dwudziestu ośmiu warstw komórek. Podobnie jak w skórze przedsionka pochwy, na jej dnie leżą komórki podstawne, które bezustannie wytwarzają komórki potomne. Różnica polega na tym, że komórki błony śluzowej pochwy zawierają ziarna glikogenu, substancji zapasowej organizmu. Mają też znacznie mniej keratyny, przez co ściany pochwy są mniej wodoodporne niż skóra przedsionka. Dzięki temu niewielkie ilości płynu, tak zwanego przesięku, przedostają się z układu krwionośnego

i przenikają przez komórki błony śluzowej, stanowiąc część wydzieliny w pochwie. Ograniczona wodoodporność błony śluzowej oznacza także, że niektóre substancje mogą być przyswajane w pochwie i przekazywane do krwiobiegu.

Błona śluzowa pochwy odnawia się znacznie szybciej niż skóra sromu – co dziewięćdziesiąt sześć godzin. Wpływa na to kilka czynników:

- **TARCIE.** Niezależnie od tego, jak delikatnie posłużysz się palcem, urządzeniem, językiem czy penisem, tarcie zawsze zdrze powierzchniową warstwę komórek, co musi zostać szybko naprawione. Gdyby pożycie płciowe prowadziło do długotrwałego urazu wewnętrznego w pochwie, radykalnie zmniejszałyby się nasze szanse na rozmnażanie.
- **POKARM DLA EKOSYSTEMU.** U kobiet w wieku rozrodczym wierzchnia warstwa komórek złuszcza się mniej więcej co cztery godziny. Są one wypełnione glikogenem (złożonym z glukozy), który stanowi pożywienie dla bakterii zapewniających pochwie właściwe środowisko. Wydzieliny z pochwy zawierają do 3 procent glikogenu.
- **PULAPKA NA ZŁE BAKTERIE.** Martwe komórki w pochwie działają jak przynęta – to na nie trafiają najpierw wszystkie bakterie, które mogłyby być szkodliwe. Przyczepiają się do nich i zostają usunięte z pochwy wraz z wydzieliną.



ILUSTRACJA 5: WKŁADKA Z WYDZIELINĄ Z POCHWY

Środowisko w pochwie

Pochwa wytwarza od 1 do 3 mililitrów wydzieliny na dobę, ale również 4 mililitry uważa się za normę. Dla zobrazowania: 4 mililitry to całkowicie nasiąknięta wkładka higieniczna, natomiast ta na rysunku zawiera jedynie 2 mililitry.

Wiem z własnego doświadczenia i z rozmów z kolegami po fachu, że coraz więcej kobiet błędnie uważa, że każda wydzielina z pochwy jest zjawiskiem nienormalnym. Nie wiem, czy dlatego, że na filmach pornograficznych wszystko wygląda na suche, a może kobiety nie rozmawiają o swoich wydzielinach albo częściej depilują okolice intymne, więc wydzielina, która normalnie zatrzymywałaby się na włosach łonowych, w całości przedostaje się na bieliznę. A może dlatego, że całe półki w drogeriach uginają się od produktów, które mają za zadanie „ujarzyć” zdrową, wilgotną pochwę.

Wydzielina z pochwy składa się z substancji wydzielanych przez szyjkę macicy i gruczoły przedsionkowe, z produktów przemiany materii pochodzących od bakterii, z komórek błony śluzowej i z małej ilości przesięku, czyli płynu przechodzącego do pochwy z naczyń krwionośnych.

Jednym z najlepiej poznanych rodzajów bakterii zamieszkujących pochwę są *Lactobacillus*, pałeczki kwasu mlekowego. Dobroczynne dla człowieka, chronią ją przed infekcjami. Wytwarzają kwas mlekowy utrzymujący w pochwie kwaśne środowisko, w którym trudno jest przetrwać wielu wirusom i bakteriom chorobotwórczym. Wytwarzają także białka zwane bakteriocynami, które hamują namnażanie złych bakterii albo nawet je zabijają – działają jak naturalne antybiotyki. Bakterie kwasu mlekowego przyczepiają się do komórek błony śluzowej pochwy i w ten sposób zapobiegają kolonizacji przez inne drobnoustroje. Wytwarzają też nadtlenek wodoru, który, jak kiedyś sądzono, miał odgrywać pewną rolę w systemie odpornościowym pochwy, jednak ta teoria nie znalazła potwierdzenia.

Jest wiele gatunków pałeczek kwasu mlekowego. W pochwie najważniejsze są *L. crispatus*, *L. jensenii*, *L. iners*, i *L. gasseri*. Tak naprawdę dopiero zaczynamy rozumieć, jakie pełnią funkcje, więc nasze dzisiejsze przekonania mogą się zmienić. Na przykład w czasach, kiedy studiowałam, uważano powszechnie, że gatunek *L. acidophilus* występuje w pochwie najczęściej, ale było tak dlatego, że bakterie tego właśnie szczepu łatwo wyhodować

w laboratorium. Od kiedy potrafimy sekwencjonować DNA, umiemy lepiej określić, jakie bakterie zamieszkują pochwę, bo nie musimy już hodować ich w warunkach laboratoryjnych. Obecnie uważa się, że najbardziej rozpowszechniony w mikrobiomie pochwy jest *L. iners* – występuje u 84 procent kobiet, a pozostaje gatunkiem dominującym u 34 procent. *L. acidophilus* odgrywa znacznie mniejszą rolę, o ile w ogóle ma istotne znaczenie.

Każda kobieta posiada jedną z pięciu zidentyfikowanych odmian mikrobiomu. W czterech dominują pałeczki kwasu mlekowego (u 73 procent kobiet); w piątej jest ich niewiele, za to występuje zróżnicowany zestaw bakterii. Wiele czynników decyduje o tym, jaki mikrobiom przypadnie nam w udziale – prawdopodobnie zależy to od uwarunkowań genetycznych i od środowiska. Białe kobiety i Azjatki częściej mają mikrobiomy z dominacją pałeczek kwasu mlekowego, podczas gdy około 40 procent Afroamerykanek i Latynosów ma mikrobiomy mieszane. Większa ilość kwasu mlekowego oznacza większą kwasowość środowiska pochwy, więc kobiety z mikrobiomem mieszanym mogą mieć w pochwie nieco wyższe pH (od 4,7 do 5).

Wcale nie oznacza to, że 40 procent Afroamerykanek i Latynosów jest bardziej zagrożonych infekcją; po prostu mają jedną z normalnych odmian mikrobiomu. Dopiero zaczynamy poznawać funkcjonowanie kolonii bakteryjnych w pochwie i na pewno do zdrowia pochwy przyczyniają się nie tylko pałeczki kwasu mlekowego.

Kwasowość środowiska pochwy zmniejsza się podczas okresu z powodu krwi miesięcznej, która ma pH na poziomie 7,35. Krew także wychwytuje pałeczki kwasu mlekowego, więc ich liczba zmniejsza się w trakcie krwawienia. To jeden z powodów, dla których kobiety najczęściej zapadają na infekcje pod koniec miesiączki – mają wtedy w pochwie najmniej dobrych bakterii i podwyższone pH. Poza tym krew stanowi pożywkę dla wszelkiego rodzaju drobnoustrojów.

Czy powinnam zbadać swój mikrobiom?

Na rynku amerykańskim dostępny jest co najmniej jeden test umożliwiający zidentyfikowanie niektórych bakterii występujących w pochwie i zapewne niebawem pojawią się kolejne testy. Mam pewne zastrzeżenia co do ich używania. Przede wszystkim trzeba pamiętać, że mikrobiom może ulegać

zmianom – nawet rano i wieczorem bywa trochę inny. Jedno pojedyncze badanie, a nawet trzy badania w trzy różne dni nie dostarczą nam wiarygodnych informacji. Gdyby zrobić zdjęcie waszym włosom pewnego dnia o czwartej po południu, nie dowiemy się z niego, jak prezentują się na co dzień, ani też jak często powinnyście je myć czy jakie odżywki stosować.

Poza tym tego typu testy wykonywane w domu mogą budzić niepotrzebny niepokój. Wiadomo, że niektóre kobiety mają zupełnie normalny mikrobiom o niskim udziale pałeczek kwasu mlekowego, tymczasem wynik testu oceniającego występowanie tych właśnie bakterii mógłby świadczyć o zagrożeniu zdrowotnym i przysporzyć kobiecie zmartwień.

Do tego wszystkiego wcale nie wiemy, jak wykorzystać informacje zdobyte dzięki testom i nie potrafimy wzbogacać ani zmieniać mikrobiomu pochwy. Być może kiedyś ta metoda stanie się użyteczna, ale na razie, w roku 2019, taka nie jest.

FAKTY

- Fałdy na ścianach pochwy nazywają się marszczkami pochwowymi.
- Długość pochwy nie ma związku z rozmiarem ani kształtami naszego ciała.
- Wydzielina z pochwy to zazwyczaj od 1 do 3 mililitrów na dobę.
- W pochwie występuje dużo cukru zwanego glikogenem, który służy za pożywkę dla pożytecznych bakterii (w rozdziale 7 znajdziesz więcej informacji na temat wpływu pożywienia na stan pochwy).
- Istnieje pięć odmian mikrobiomu pochwy.

3

POCHWA I SROM TRANS

Płeć jest cechą określającą człowieka jako mężczyznę albo kobietę na podstawie budowy anatomicznej i wydzielanych hormonów. Na ogół przypisuje się ją przy urodzeniu, ale później może ulec zmianie. Płeć kulturowa, czyli gender, jest subiektywnym poczuciem tożsamości płciowej – można czuć się kobietą, mężczyzną, obojgiem naraz albo żadnym z nich. Osoba transpłciowa to człowiek, którego tożsamość płciowa jest odmienna od płci określonej po urodzeniu.

W Stanach Zjednoczonych mieszka około miliona transkobiet i transmężczyzn. Poza wieloma problemami zdrowotnymi muszą zmagać się z lekarzami nieznanymi standardów opieki medycznej opracowanych przez World Professional Association for Transgender Health (Światowe Stowarzyszenie na rzecz Zdrowia Osób Transpłciowych) – prawie 50 procent osób transpłciowych twierdzi, że musiało informować lekarza o swoich specyficznych potrzebach zdrowotnych. To prawdziwa marginalizacja, która podkopuje zaufanie do służby zdrowia.

Transkobiety i transmężczyźni mają też poważniejsze kłopoty w kontaktach ze światem medycznym. Niemal 30 procent zgłasza, że zostało obrażonych w gabinecie lekarskim, a 20 procent – że odmówiono im pomocy. Negatywne doświadczenia mogą prowadzić do unikania wizyt w przychodni. Transmężczyźni, którzy mają pochwę i macicę, mogą nie dostać się do lekarza, który zapewni im regularną cytologię i może zdiagnozować i leczyć infekcje intymne. W USA są oczywiście różne rodzaje ubezpieczeń zdrowotnych, ale

wielu transpłciowych mężczyzn może nie mieć środków na opiekę medyczną w pełnym zakresie.

Nieważne z jakich powodów, a jest ich niestety wiele, 48 procent transmężczyzn i 33 procent transkobiet odwołuje wizyty w gabinecie ginekologicznym lub ich unika, nie poddając się badaniom profilaktycznym.

Transmężczyźni

Zmiany sromu i pochwy u transseksualnych mężczyzn

Testosteron podawany w trakcie korekty płci powoduje wyraźne zmiany pochwy i sromu. Powiększa się łechtaczka, która rośnie średnio od 1,5 do 4,5 centymetra. W czasie tego wzrostu żołądz łechtaczki zostaje bardziej odsłonięta (napletek nie przyrasta w taki sam sposób), co może prowadzić do zwiększonej wrażliwości. Pojawiają się także nowe włosy łonowe – na udach i często wyżej, aż do pępka.

Testosteron przyczynia się także do ścięnięcia błony śluzowej w pochwie i do zredukowania kolonii bakterii kwasu mlekowego. W rezultacie zwiększa się pochwowy odczyn pH. Te zmiany zaczynają się już od trzeciego miesiąca kuracji testosteronem, ale największe nasilenie następuje po około dwóch latach od rozpoczęcia kuracji. Objawy mogą obejmować podrażnienia, upławy, pieczenie, ból podczas badania ginekologicznego i ból podczas stosunku u mężczyzn praktykujących seks waginalny. Brak pałeczek kwasu mlekowego i cienkość błony śluzowej pochwy zwiększają ryzyko zarażenia chorobami przenoszonymi drogą płciową.

Leczenie takich dolegliwości polega na podawaniu estrogenu dopochwowo – przy dobrze dobranych dawkach hormon nie przenika do krwiobiegu i nie zaburza działania testosteronu w organizmie. Niektórzy transmężczyźni akceptują taką terapię, inni nie. Jeżeli problemem jest konieczność częstego aplikowania leku dopochwowo, wyjściem może być pierścień dopochwowy, który uwalnia estrogen. Po prawidłowym założeniu nie jest wyczuwalny i wymaga wymiany co trzy miesiące. Osoby, które w ogóle nie chcą przyjmować estrogenu, mogą też rozważyć stosowanie globulek z prasteronem (DHEA). DHEA to hormon, który w pochwie przetwarzany jest w estrogen i testosteron. Więcej informacji na ten temat znajduje się w rozdziale 19.

Transmężczyźni z szyjką macicy potrzebują regularnych badań

Nie wszyscy transmężczyźni decydują się na zabieg histerektomii (usunięcia trzonu i szyjki macicy), a niektórzy poddają się tej operacji wiele lat po korekcie płci, więc przez jakiś czas potrzebują regularnych badań cytologicznych. Wskazania są takie same jak dla kobiet – badania powinni zatem rozpocząć w wieku 21 lat i powtarzać je aż do skończenia sześćdziesięciu pięciu lat, kiedy można ich zaprzestać, o ile trzy ostatnie wyniki były w normie. Należy je wykonywać niezależnie od aktywności seksualnej i niezależnie od płci partnerów seksualnych. Więcej informacji na temat badań cytologicznych znajduje się w rozdziale 26.

Niestety transmężczyźni mają mniejsze szanse na objęcie takimi badaniami. Na domiar złego w ich przypadku ryzyko nieprawidłowych wyników jest dziesięć razy większe niż u kobiet cispłciowych (tych, których płęć biologiczna jest zgodna z tożsamością płciową), a ponadto częściej dochodzi u nich do nieprawidłowości przy pobieraniu materiału, więc nie nadaje się on do rzetelnej oceny. Ustalono, że zdarza się tak u niemal 11 procent transseksualnych mężczyzn i tylko u 1 procenta cispłciowych kobiet. Powodem jest prawdopodobnie stan zapalny wywołany stosowaniem testosteronu albo dyskomfort pacjenta w trakcie pobierania wymazu, przez co cytologia nie może być prawidłowo wykonana. Zmiany w składzie flory bakteryjnej pochwy zwiększają także ryzyko zarażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), odpowiedzialnym za raka szyjki macicy.

Niewłaściwe pobranie materiału oznacza, że wymaz może nie zawierać komórek wskazujących na zagrożenie rakiem, zatem badanie nie jest dokładne. Transmężczyźni rzadziej zgłaszają się na kolejne badania albo na powtórzenie tych wykonanych nieodpowiednio, ponieważ mają utrudniony dostęp do tego typu świadczeń. Podwyższone ryzyko zachorowania połączone z trudniejszym dostępem do badań – to nie jest dobre połączenie.

Kuracja testosteronem negatywnie wpływa na jakość badania cytologicznego mniej więcej po pół roku stosowania, więc jeśli to tylko możliwe, transseksualni mężczyźni powinni zgłosić się na cytologię, zanim zaczną przyjmować testosteron. Jeżeli wyniki okażą się prawidłowe, na kolejne badanie mogą zgłosić się dopiero trzy lata później.

Istnieje kilka sposobów na ograniczenie niedogodności związanych z pobieraniem wymazu:

- **BADANIE TYLKO NA OBECNOŚĆ WIRUSA HPV.** Przy tym badaniu pobiera się jedynie materiał z pochwy i nie jest konieczne użycie wziernika. Samodzielne pobieranie próbki jest tak samo skuteczne jak dokonane przez lekarza lub pielęgniarkę, a pacjent może czuć się bardziej komfortowo, jeżeli sam użyje wacika. Niektóre wytyczne zalecają wykonywanie badań tylko na obecność wirusa HPV (bez pełnej cytologii) po osiągnięciu 30 roku życia, ale Amerykańskie Kolegium Ginekologów Położników uznaje je za wystarczające tylko do 25 roku życia.
- **DOPOCHWOWY ESTROGEN.** Estrogen podany od dwóch do czterech tygodni przed badaniem cytologicznym zapobiega nieprawidłowościom przy pobieraniu materiału i zmniejsza dyskomfort pacjenta.

Każdy powinien zaszcześcić się przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego (HPV), a zwłaszcza jest to ważne dla transmężczyzn, którzy mogą mieć problemy z dostępem do badań cytologicznych lub z ich prawidłowym przeprowadzeniem (więcej informacji o szczepieniach znajdziecie w rozdziale 25). Transpłciowi mężczyźni rozważający poddanie się histerektomii powinni przedyskutować z lekarzem kwestię usunięcia tylko trzonu macicy (histerektomia częściowa) bądź trzonu macicy razem z szyjką (histerektomia całkowita). Operacja częściowa bywa łatwiejsza dla chirurga, ale z punktu widzenia korekty płci nie daje żadnych korzyści i wiąże się z koniecznością poddawania się badaniom cytologicznym do 65 roku życia.

Korekta płci a menstruacja

Transmężczyźni, którzy nie przyjmują hormonów, normalnie miesiączkują. Niektórzy decydują się na stosowanie hormonalnej wkładki domaciczej, która często ogranicza krwawienie. Kuracja testosteronowa także wpływa na menstruację – już po dwóch miesiącach okresy stają się słabsze, a po trzech latach zwykle ustają całkowicie. Jednak gdy poziom hormonów nie jest utrzymywany na poziomie typowym dla mężczyzn, około 16 procent transmężczyzn może miesiączkować jeszcze pół roku od rozpoczęcia kuracji.

U pacjentów, którzy nie mają stałego dostępu do hormonów, menstruacja może powracać w czasie przerw w terapii. Transmężczyźni, którzy przerywają kurację z myślą o ciąży, także zaczynają miesiączkować.

Tampony i kubeczki menstruacyjne są bardziej dyskretne niż podpaski, ale zakładanie ich, zwłaszcza jeśli krwawienie jest skąpe, może stanowić problem z powodu stanów zapalnych w pochwie wywołanych działaniem testosteronu. Nie mamy żadnych danych na temat wpływu testosteronu na ryzyko wystąpienia zespołu wstrząsu toksycznego podczas używania tamponów.

Godna rozważenia może być bielizna menstruacyjna, czyli wielorazowe majtki z chłonnym wkładem, szczególnie dla osób z lekkim krwawieniem, które nie chcą stosować podpasek, tamponów ani kubeczków. Tego typu bielizna rzeczywiście jest bardziej dyskretna, ale jeżeli wymaga zmiany poza domem, jedynym wyjściem jest zapakowanie majtek w plastikową torebkę i noszenie ich przy sobie, co może okazać się kłopotliwe. W rozdziale 17 znajdziecie więcej informacji na temat dostępnych środków higienicznych.

Transkobiety

Operacje rekonstrukcji sromu i pochwy

Operacyjnie można zrekonstruować wargi sromowe, łożysko i pochwę (waginoplastyka). Żołądź penisa służy do odtworzenia łożyska i taka nowa łożyska wraz z przedpochwowym stymulowaniem prostaty jest źródłem seksualnej przyjemności. Po przebytej operacji mniej więcej 75 procent transkobiet deklaruje, że jest aktywna płciowo i odbywa stosunki waginalne, przy czym zdolność do osiągnięcia orgazmu zgłasza od 70 do 84 procent z nich.

Na podstawie moszny odtwarza się wargi sromowe, natomiast optymalna technika rekonstrukcji pochwy nie jest ustalona. Używa się w tym celu tkanek pochodzących z penisa, okężnicy i otrzewnej (błony śluzowej wyściełającej jamę brzuszną, oddzielającej od siebie narządy wewnętrzne), czasami także skóry pobranej z innych części ciała. Różne techniki, nadal rozwijane, wykorzystują błonę śluzową z jamy ustnej, z łożyska i tkanki poddane tak zwanej decelularyzacji. Przegląd najlepszych technik operacyjnych nie mieści się w ramach tej książki, a wybór zależy od wielu czynników: ogólnego stanu

zdrowia, długości penisa (czy można z niego pozyskać wystarczającą ilość tkanki) oraz preferencji pacjenta i lekarza.

Najbardziej powszechną techniką w Stanach Zjednoczonych jest wykorzystanie tkanek penisa z dodatkiem skóry pochodzącej z moszny i, jeśli to konieczne, ewentualnie innych części ciała. Podczas gdy przeciętna długość pochwy u kobiet cisplciowych wynosi od 6,5 do 12,5 centymetra, chirurdzy w czasie operacji korekty płci starają się uzyskać pochwę o długości 9–10 centymetrów. Z przyczyn anatomicznych nie zawsze się to udaje, więc ostateczne rezultaty operacji mogą być różne. Skóra penisa nie ma zdolności samonawilżania, ale niektórzy uważają doznania płynące z jej stymulacji za wyjątkowo przyjemne, ponieważ jest bardzo wrażliwa na bodźce seksualne.

Pochwa wytworzona ze skóry penisa jest skolonizowana przez bakterie żyjące normalnie na skórze. Jej wydzieliny i zapach nie są powiązane z takimi samymi zjawiskami jak u cisplciowych kobiet – wydzielina składa się z substancji produkowanych przez skórę, z sebum i martwych komórek naskórka.

Jeżeli wydzielina i jej zapach powodują dyskomfort, lekarze zalecają regularne mycie lub irygacje wodą lub łagodnym środkiem myjącym, ponieważ odtworzona pochwa nie jest wyściełana błoną śluzową i nie ma w niej pałeczek kwasu mlekowego. Wielu chirurgów zaleca irygacje w czasie koniecznego codziennego rozciągania pochwy, żeby usunąć pozostałości środka nawilżającego i komórki złuszczone podczas tarcia. Nie ma ustalonych zaleceń dotyczących przeciwdziałania nieprzyjemnym zapachom, ale przyjmuje się, że kiedy irygacje z samej wody nie są wystarczające, dobrym sposobem może być płukanie odtworzonej pochwy roztworem jodopowidonu. Można też zastosować kurację antybiotykami podawanymi dopochwowo, zwykle metronidazolem, który likwiduje bakterie odpowiedzialne za powstawanie niepożądanego zapachu.

Tkanki pochodzące z okrężnicy i otrzewnej sprawdzają się o tyle lepiej, że cechuje je samonawilżanie. Ta technika wymaga operacji w jamie brzusznej, choć prawie zawsze można wykonać ją laparoskopowo. W przypadku użycia błony śluzowej okrężnicy wydzielina z odtworzonej waginy może być dość obfita.

Waginoplastyka to poważny zabieg. Jeżeli jest niemożliwy z powodów zdrowotnych, można wytworzyć jedynie srom i łechtaczkę, pozostawiając niewielkie wgłębienie tam, gdzie powinno znajdować się wejście do pochwy.

Z zewnątrz nie widać różnicy. Jest to opcja do rozważenia dla transkobiet, które nie chcą odbywać stosunków waginalnych.

Przy podejmowaniu decyzji o poddaniu się operacji rekonstrukcji pochwy należy wziąć pod uwagę następujące zagadnienia:

- **TRWAŁE USUNIĘCIE WŁOSÓW ŁONOWYCH Z MOSZNY I OKOLIC.** Jeżeli depilacja nie jest permanentna, włosy mogą odrastać wewnątrz pochwy, powodując stany zapalne, zwiększoną produkcję wydzieliny i powstawanie nieprzyjemnego zapachu. Trwała depilacja może zająć nawet rok i jedyną godną zaufania metodą jest elektroliza.
- **POWSTRZYMANIE SIĘ OD PALENIA PAPIEROSÓW PRZEZ TRZY MIESIĄCE PRZED OPERACJĄ I PO NIEJ.** Wszystkie używki zawierające tytoń spowalniają gojenie się ran, ponieważ upośledzają przepływ krwi w naczyniach włosowatych. Powodzenie waginoplastyki zależy od zapewnienia dobrego przepływu krwi, a palenie może prowadzić do obumierania fragmentów przeszczepionej skóry i powstawania blizn.
- **ROZCIĄGANIE POCHWY DLA ZACHOWANIA JEJ DŁUGOŚCI I SZEROKOŚCI.** Wiele transkobiet musi rozciągać pochwę przez resztę życia, ale ten zabieg jest szczególnie ważny w pierwszym roku po operacji. Jeżeli rozciąganie powoduje nadmierny ból, należy od razu skonsultować to z lekarzem. Bliznowacenie i zwężenie oraz spłylenie pochwy mogą nastąpić bardzo szybko i są trudne do korekty chirurgicznej.

Ból odczuwany podczas stosunku albo rozciągania może wiązać się z bliznami w pochwie bądź nadmiernym napięciem otaczających ją mięśni dna miednicy (więcej informacji w rozdziałach 2 i 34). Interwencja chirurgiczna i ból mogą prowadzić do ich skurczu. W obu przypadkach, bliznowacenia i nadmiernego napięcia mięśniowego, pacjentka może mieć odczucie, jakby rozszerzacz (dilator) pochwy trafił na blokadę.

Choroby przenoszone drogą płciową po waginoplastyce

Jeżeli przy operacji użyto skóry penisa, pochwa prawdopodobnie nie będzie narażona na zakażenia chlamydią ani rzeżączką, ale należy pamiętać, że zakażeniu może ulec cewka moczowa znajdująca się w bezpośrednim sąsiedztwie

pochwy. Zараżenie opryszczką, wirusem brodawczaka ludzkiego, HIV lub innymi chorobami wirusowymi jest możliwe, ale nie ma wystarczających badań na ten temat.

FAKTY

- Transmężczyźni z szyjką macicy mają często problem z dostępem do badań cytologicznych i ich właściwym wykonaniem.
- Wszyscy ludzie w wieku od 9 do 45 lat powinni zostać zaszczepieni przeciwko wirusom brodawczaka ludzkiego (HPV), a transseksualni mężczyźni powinni rozważyć takie szczepienia i wykonanie dokładnego badania cytologicznego przed operacją korekty płci.
- U transmężczyzn poddanych terapii testosteronem mogą pojawić się upławy i dolegliwości bólowe, najczęściej w ciągu dwóch lat od rozpoczęcia kuracji.
- U transkobiet upławy lub nieprzyjemny zapach z pochwy mają inne podłoże niż u kobiet cisłściowych.
- Ból podczas stosunku u transseksualnych kobiet może być spowodowany bliznami w pochwie lub nadmiernym napięciem mięśni dna miednicy (więcej informacji w rozdziale 34).

4

KOBIECA ROZKOSZ I EDUKACJA SEKSUALNA

Rzadko zdarza się w naszym społeczeństwie dojrzała i rzetelna dyskusja o seksie. Najczęściej cierpią na tym kobiety. Kobiące narządy płciowe od dawna uważa się za „nieczyste”, a dziewczynki od wczesnych lat słyszą, jak powinny się zachowywać i czego nie powinny robić, by patriarchalne społeczeństwo uznało je za „miłe”.

Nieznajomość własnej anatomii, jej działania i możliwości, odbiera wewnętrzną siłę i stawia kobiety na słabszej pozycji w relacji seksualnej. Wiele heteroseksualnych kobiet dowiaduje się różnych rzeczy o seksie od partnerów, którzy bywają niekompetentni i niedoinformowani w kwestii kobiecego orgazmu. Każdy znany mi ginekolog co najmniej raz został poproszony przez męża albo partnera pacjentki o pokazanie mu jej łechtaczki w trakcie badania. Z jednej strony – świetnie, że się interesują. Z drugiej – „rany, chłopie, jesteście razem już dziesięć lat”. Kobiety, które kochają się z kobietami, są zwykle w lepszej sytuacji.

Gdzie mogą zwrócić się kobiety, które chciałyby znaleźć rzetelne informacje na temat seksu albo sprawdzić, czy ich oczekiwania są normalne, czy taka czy inna technika działa albo czy wszystko u nich w porządku ze zdrowiem? Jak ustalono, tylko 63 procent ginekologów ma w zwyczaju pytać pacjentki, czy współżyją, 40 procent zadaje pytania o problemy z pożyciem, a 29 procent o zadowolenie z seksu. To prawdziwy problem.

Niektórzy lekarze, w tym ginekolodzy, uważają rozmowy o seksie za trudne, ponieważ nie przeszli żadnego szkolenia w tym zakresie. Innym brakuje czasu podczas wizyty lub nie mają ściśle medycznej terapii (lekarstw czy zabiegów) do zaoferowania, ponieważ problemy kobiet są związane z techniką seksualną albo z komplikacjami w związku. Nie staram się bronić lekarskiej obojętności – próbuję tylko wyjaśnić, na czym polega kłopot. W każdym razie lekarze powinni pytać o życie seksualne pacjentek, by w razie czego skierować je do seksuologa, terapeuty rodzinnego albo psychologa. Nie muszą sami leczyć wszystkiego; skierowanie do specjalisty osoby z trudnościami w życiu intymnym powinno być tak samo naturalne jak odsyłanie do gastrologa czy neurologa.

W dodatku dolegliwości zdrowotne kobiet, wpływające negatywnie na życie seksualne (zwykle chodzi o ból w czasie stosunku), na ogół są bagatelizowane. Wiele kobiet cierpi latami, nie zdając sobie sprawy, że mogą zostać zdiagnozowane i wyleczone.

Jak często ludzie uprawiają seks?

Badania pokazują, że zadowolenie z pożycia seksualnego wśród ludzi nie jest wcale takie wysokie – zgłasza je: 49 procent kobiet heteroseksualnych, 47 procent lesbijek i 49 procent biseksualnych. U mężczyzn te liczby nie są wiele większe, a najbardziej usatysfakcjonowani są mężczyźni heteroseksualni (51 procent).

Właściwie wypada mówić, że seks jest dla nas bardzo ważny. Tymczasem, chociaż wiele osób oznajmia prywatnie i publicznie, że seks znaczy dla nich więcej niż cokolwiek innego w życiu, w rzeczywistości na uprawianiu go spędzamy średnio 4 minuty dziennie. Podejrzewam, że to znacznie mniej, niż poświęcamy na zakupy spożywcze albo na gapienie się w otwartą lodówkę – tymczasem ja dobrze wiem, co wolałabym robić!

Istotny jest wniosek, że brak satysfakcji z życia seksualnego wydaje się doświadczeniem powszechnym.

Skąd to się bierze? Dlaczego ludzie uprawiają mniej seksu, niżby chcieli?

Być może uważają, że zgodnie z oczekiwaniami społecznymi powinni pragnąć więcej seksu, niż rzeczywiście chcą, więc na pytania w kwestionariuszach udzielają odpowiedzi zgodnych z ideałem (osobiście zdarzyło mi się

skłamać na temat własnej wagi w anonimowym sondażu). Przyznanie się do prawdy o samym sobie bywa trudne. Poza tym wszyscy chcielibyśmy więcej tego, co sprawia nam przyjemność. Do tego nie każdy ma partnera, a wielu ludzi pozostaje w związkach dysfunkcyjnych i nie wie, jak sobie pomóc. Mało kto potrafi komunikować swoje potrzeby seksualne, a czasami seks nie daje satysfakcji. Niektórzy odsuwają go na dalszy plan, a u kobiety zdarzają się dolegliwości, przez które seks jest bolesny. Libido czasem rośnie, czasem spada.

Jednym słowem, to skomplikowane.

Białe związki są częstsze, niżby się wydawało. W takim związku (w którym partnerzy nie współżyją ze sobą od ponad pół roku) pozostaje niemal 15 procent par (na temat par niemałżeńskich mamy mniej danych). Społeczeństwo zwykle obarcza winą kobietę (w związku heteroseksualnym), ale często jest to decyzja mężczyzny.

Cykl podniecenia seksualnego

Czysto fizycznie, z punktu widzenia stymulacji seksualnej, łechtaczka jest organem najbardziej istotnym dla kobiecej rozkoszy. Nie znaczy to, że nie ma kobiet, które osiągają orgazm pod wpływem stymulacji sutków albo odbytu; chcę tylko powiedzieć, że łechtaczka jest organem ukształtowanym do odczuwania przyjemności i właściwie zawsze podczas stymulacji innych stref erogennych ona także zostaje pobudzona. Co ciekawe, obszar w mózgu, który odpowiada za odczuwanie bodźców płynących z sutków, nakłada się częściowo na obszar odpowiadający za odczuwanie bodźców z łechtaczki.

Klasycznym modelem podniecenia seksualnego jest model liniowy przedstawiony przez Williama H. Mastersa i Virginie E. Johnson w 1960 roku. Wyróżnili oni cztery fazy: podniecenie, plateau, orgazm i odprężenie. Krytykowano ten model za nieuwzględnienie pożądania – jeżeli partner ci się nie podoba albo jest dla ciebie odstręczający, podniecenie może okazać się trudno osiągalne. Zaprezentowano więc kolejny model, w którym pożądanie zostało dodane do sekwencji zdarzeń, ale prawda jest taka, że obydwa modele są skoncentrowane na doświadczeniu męskim i zakładają obecność stałego popędu. Całkowicie pomijają czynniki, o których mówią kobiety: więź emocjonalną z partnerem, zaufanie, czułość, poczucie bezpieczeństwa i szacunek.

W 2000 roku doktor Rosemary Basson przedstawiła model kołowy, oparty na przekonaniu, że satysfakcjonujące współzycie nie musi zaczynać się od spontanicznie powstającego pożądania. Uwzględniła też inne elementy, które kobiety określają jako ważne dla podniecenia i osiągnięcia satysfakcji, na przykład dobre samopoczucie, poczucie bezpieczeństwa czy bycie pożądaną. Ten model zakłada, że kobiety nie muszą zaczynać od wysokiego libido i że niektóre angażują się we współzycie, bo czują potrzebę bliskości z partnerem, a pożądanie włącza się na późniejszym etapie.

Model doktor Basson uwzględnia przeświadczenie, że popęd seksualny może wyrażać się spontanicznie, ale może też być wynikiem skomplikowanej gry wielu różnych fizycznych i psychicznych bodźców, oraz że pożądanie może pojawiać się samoistnie, lecz także być reakcją na daną sytuację. I że dla wielu kobiet bliskość jest ważnym elementem relacji seksualnej.

Często mówię kobietom, żeby skupiały się nie tyle na samoistnym popędzie, ile na zadowoleniu, emocjonalnym i fizycznym; oczywiście poza dobrą zabawą i cielesną przyjemnością. Wiele osób wyczekuje samozapalającego się ognia namiętności, co szczerze mówiąc, bywa próbą dostosowania się do męskich fantazji. Wolę myśleć o seksie jak o przyjęciu. Nieważne, czy dostałaś zaproszenie wydrukowane na eleganckim papierze czy w esemesie. Nieważne, czy dotarłaś na miejsce limuzyną, własnym samochodem, metrem czy pieszo. Ważne, że byłaś na przyjęciu i czujesz, że dobrze się bawiłaś.

Fizyczne zmiany pod wpływem podniecenia i podczas stosunku

Napływ krwi do pochwy i sromu powoduje zwiększenie łechtaczki, obrzęk sromu i przesiek w pochwie (uczucie wilgotności). Najniższa część wagiiny może się zacieśnić, a wyższa – rozszerzyć. Szczyt pochwy i macica lekko się unoszą.

Orgazm to rytmiczne skurcze mięśni otaczających pochwę (mięśni dna miednicy). Są to skurcze odruchowe, na które nie mamy wpływu (podobnie jak wtedy, gdy lekarz uderza nas specjalnym młotkiem w kolano podczas badania neurologicznego – kolano porusza się, ponieważ taki jest odruch, nie dlatego, że tak chcemy). Świadome kurczenie mięśni dna miednicy (ćwiczenia Kegla) nie sprowadza orgazmu, ale wiele kobiet twierdzi, że może zwiększać podniecenie. To trochę jak rozgrzewka przed biegiem albo rozgrzewanie silnika samochodu w zimie. Spróbujcie!

Kobięcy orgazm – skurcze mięśni dna miednicy – trwa na ogół od 5 do 60 sekund. Skurcze pojawiają się co 0,8 sekundy (więc jeden po drugim) i u wielu kobiet każdy kolejny jest dłuższy, ale słabszy niż poprzedni. Zwykle jest ich od 3 do 15. Szczytowaniu towarzyszy poczucie błogości i rozluźnienia. Co ciekawe, mężczyźni i kobiety opisują doznanie orgazmu bardzo podobnie.

U niektórych kobiet żołądź lechtaczki, z racji gęstego unerwienia, może być zbyt wrażliwa na dotyk podczas gry wstępnej i stosunku. Kobiety, które z tego powodu nie tolerują wibratora albo dotykania dłonią, mogą wypróbować stymulację językiem albo umieścić kawałek miękkiej tkaniny między wibratorem lub palcami a lechtaczką. Na szczęście lechtaczka rozgałęzia się i biegnie przy ujściu cewki moczowej, wzdłuż ścian pochwy i pod wargami sromowymi, więc może być stymulowana na wiele sposobów, nie tylko przez bezpośrednie dotykanie żołądza. Na przykład nieco szerszy wibrator przyciśnięty u wejścia do pochwy może pobudzać odnogi lechtaczki. Ciekawie jest przyjrzeć się jej budowie i położeniu i pomyśleć o różnych metodach stymulacji.

Kilka informacji

Lesbijki (86 procent) częściej niż kobiety heteroseksualne (65 procent) zgłaszają, że zazwyczaj lub zawsze osiągają orgazm podczas współżycia. Można to uznać za dowód, że penis nie jest wcale konieczny do satysfakcjonującego seksu i że nie jemu oceniać kobiece zadowolenie.

Wyniki ankiety przeprowadzonej przez amerykańskich i kanadyjskich seksuologów wskazują, że optymalny czas trwania penetracji podczas stosunku heteroseksualnego wynosi od 3 do 7 minut (1–2 minuty uznawano za zbyt krótkie, a powyżej 10 minut – za zbyt długie).

Heteroseksualne pary określały swoje współżycie jako średnio 11–13 minut gry wstępnej i od 7 do 8 minut stosunku, przy czym w ocenie mężczyzn zarówno okres gry wstępnej, jak i penetracji były dłuższe niż w ocenie kobiet. Przy czym i kobiety, i mężczyźni zgłaszali, że woleliby więcej gry wstępnej i samego stosunku.

O co chodzi z orgazmem pochwowym i punktem G?

Trudno przecenić rozmiar szkód poczynionych przez Zygmunta Freuda i mit orgazmu pochwowego. Jedna trzecia kobiet jest w stanie szczytować wyłącznie nie na skutek penetracji (czyli ręce przy sobie, tylko ruchy frykcyjne penisa), więc pomysł, że każda powinna osiągać tego typu orgazm, doprowadził do sytuacji, w której dwie trzecie kobiet uważa, że coś z nimi nie tak, podczas gdy są absolutnie normalne.

Brak orgazmu przy wyłącznej penetracji penisem jest cechą, nie wadą.

Szkodliwy mit jest wzmacniany przez jeszcze jedną bajkę, o tajemniczym punkcie G, zidentyfikowanym podobno przez doktora Ernsta Gräfenberga w 1950 roku. Według obiegowej opinii na ścianie pochwy (za pęcherzem moczowym) występuje magiczny punkt, który pod wpływem stymulacji miałby doprowadzać kobiety „do szału”. W rezultacie kolejne kobiety czują się sfrustrowane, bo nie znajdują u siebie żadnego takiego miejsca.

Jeżeli zajrzemy do źródeł, okaże się, że doktor Gräfenberg wcale nie opisywał konkretnego punktu. Jego artykuł zatytułowany jest „Rola cewki moczowej w kobiecym orgazmie” i opisuje „strefę erotyczną” na przedniej ścianie pochwy, znajdującą się w pobliżu ujścia cewki moczowej i dolnej części pęcherza – najprawdopodobniej chodziło o trzon, korzeń i opuszki łechtaczki, które znajdują się w tej okolicy. Jak należało się spodziewać, wielokrotne badania nie wykazały, żeby istniała tam jakkolwiek konkretna struktura poza ujściem cewki moczowej, łechtaczką i ścianą pochwy. Bodźce pochodzące z niższej części pochwy, w pobliżu ujścia cewki moczowej, są dla wielu kobiet bardzo przyjemne, ponieważ stymulują łechtaczkę, ale chodzi tutaj o odpowiednią stymulację, a nie o trafienie w jakiś punkt włączający orgazm niczym pstryczek.

Nie dziwię się, kiedy słyszę o kobietach udających orgazmy w heteroseksualnych relacjach. Wmówiono im, że kobieta powinna szczytować dzięki penisowi, który wchodzi w kontakt z jakimś wymyślonym punktem.

Wyniki badań z użyciem rezonansu magnetycznego pokazują, że łechtaczka może być przyciskana przez penis podczas stosunku i dlatego właśnie niektóre kobiety mogą osiągać orgazm przy samej tylko penetracji. Obrazowanie ultrasonograficzne podczas masturbacji bez penetracji i z penetracją wskazuje, że w obu przypadkach zachodzi powiększenie łechtaczki. Znaczy

to, że dotykanie się na zewnątrz w obrębie sromu i przedsionka pochwy oraz stymulacja wewnętrzna za pomocą penisa, palców, języka czy gadżetów dają ten sam rezultat – stymulację lechtaczki. Nawet pieszczoty sutków, dla wielu kobiet bardzo erotyczne, wywołują pobudzenie w mózgu w obszarze nakładającym się na obszar odpowiedzialny za odbieranie bodźców z lechtaczki. Lechtaczka jest agregatem i wzmacniaczem rozkoszy.

Jednym słowem, wszystkie drogi prowadzą do lechtaczki.

Najlepiej byłoby wymazać na zawsze określenia takie jak orgazm pochwowy czy punkt G, ponieważ są fałszywe. Celem jest po prostu orgazm, a można do niego dojść wieloma drogami.

Czy kobiety mają ejakulację albo wytrysk?

Odpowiedź brzmi: owszem, ale nie w taki sposób, jak podaje internet.

Jeżeli przyjrzymy się filmom przedstawiającym tak zwany kobiecy wytrysk, możemy dojść do błędnego przekonania, że są kobiety mające ukryty gruczoł w pochwie, który przy odpowiedniej stymulacji potrafi uwalniać strumień płynu. Wiele z tych filmów określa to jako „wytrysk”.

Żeby kobieta mogła mieć wytrysk, płyn musiałby pochodzić z pochwy, z cewki moczowej albo z jakiegoś gruczołu. Dla porównania, prostata u mężczyzny uwalnia przy ejakulacji około 5 mililitrów płynu, tymczasem w obrębie sromu albo pochwy nie występuje żaden gruczoł porównywalnych rozmiarów. Zatem twierdzenie, że kobiety mogą wydzielać strumień płynu większy niż 5 mililitrów, wydaje się, nawet bez przeprowadzania badań, wątpliwe.

Ale ja, jak to ja, przeprowadziłam rozpoznanie.

Po obu stronach ujścia cewki moczowej znajdują się dwa gruczoły nazywane gruczołami przedsionkowymi mniejszymi albo gruczołami Skenego. Mają mniej więcej rozmiar ziarna groszku (albo mniejszy) i czasami określa się je jako odpowiedniki męskiej prostaty, ponieważ ich wydzielina zawiera ślady antygeny PSA, białka wydzielanego przez prostatę u mężczyzn. Podczas współżycia gruczoły przedsionkowe mniejsze produkują niewielką ilość płynu, najwyżej 1–2 mililitry. Z medycznego punktu widzenia można nazwać go ejakulatem, ale na pewno nie pojawia się w dużej ilości ani nie w formie wytrysku.

W badaniu, w którym 38 kobiet doprowadzało się poprzez masturbację do orgazmu (potwierzonego monitorowaniem skurczów mięśni dna miednicy),

nie stwierdzono żadnego ejakulatu wydobywającego się z pochwy lub ujścia cewki moczowej. Jednak, ponieważ uważa się, że „wytrysk” zdarza się u jednej na 50 kobiet (czyli u 2 procent), to badanie można uznać za niemiarodajne z powodu zbyt małej grupy badanych.

Kolejne badanie koncentrowało się już na grupie kobiet, które zgłaszały, że występuje u nich wytrysk, czyli uwalnianie większej ilości płynu podczas orgazmu. Najpierw wykluczono u badanych nietrzymanie moczu, a następnie poproszono je o opróżnienie pęcherza i doprowadzenie się do szczytowania. Ilość moczu w ich pęcherzach na początku, w fazie podniecenia i po orgazmie była mierzona ultrasonograficznie. Pobrano mocz oddany przed masturbacją oraz po orgazmie, a także płyn z „wytrysku” i poddano je analizie.

Wyniki? Okazało się, że pęcherze moczowe badanych wypełniały się bardzo szybko podczas stymulacji seksualnej. Tuż przed orgazmem znajdował się w nich mocz, natomiast po szczytowaniu znowu były opróżnione. Płyn w wytrysku został laboratoryjnie zidentyfikowany jako mocz.

Dlaczego dzieje się coś takiego? Być może kobiety, które zgłaszają, że występuje u nich wytrysk, mają orgazmy tak silne, że mięśnie dna miednicy po prostu opróżniają ich pęcherz; stąd może pochodzić skojarzenie z podwyższonym doznaniem przyjemności. Możliwe też, że mocniejsza reakcja na bodźce seksualne jest odpowiedzialna za szybkie wypełnianie się pęcherza.

Możliwe także, że u niektórych kobiet występuje zwiększony przesięk w pochwie – to znaczy duża wilgotność – w czasie stosunku. Podczas orgazmu cały płyn może pojawiać się na zewnątrz w jednym momencie.

Obejrzałam wystarczająco dużo filmów przedstawiających domniemany wytrysk, żeby stwierdzić, że na większości z nich kobiety musiały wcześniej wprowadzić sobie do pochwy wodę lub inny płyn i uwalniały go przed kamerą, czyli zwyczajnie udawały. Albo też płyn „wytrysku” pochodził wyraźnie z cewki moczowej, więc był moczem. Na niektórych filmach widać było wydzielinę gruczołów przedstonkowych mniejszych i było to, jak się można spodziewać, jedynie kilka kropeł białego płynu.

Powinniśmy ustalić naukowe fakty na temat kobiecego wytrysku, ponieważ wiele kobiet uważa się za niepełnowartościowe, bo nie umieją dokonywać takich wyczynów, tymczasem mamy już aż nadto seksualnych mitów, które przyczynają kobiecą rozkosz do męskiego wzorca. Jeżeli podczas uprawiania seksu czujesz wyciekanie moczu i jest to dla Ciebie niekomfortowe, zgłoś

się do urologa (lub uroginekologa). Jeżeli jednak czujesz się z tym dobrze i moc wcale ci nie przeszkadza, to nie ma większego znaczenia, co w trakcie współżycia wycieka i skąd.

Dobry stosunek seksualny nie polega na tym, żeby mężczyzna (zwykle w takiej sytuacji jest to mężczyzna) miał poczucie, że coś osiągnął. W dobrym pożyciu chodzi o przyjemność. Jeśli masz orgazm albo dwa, co kogo obchodzi reszta?

Jeżeli za orgazm odpowiada częściowo napływ krwi do narządów płciowych, to czy specjalne wibratory albo preparaty farmaceutyczne mogą w czymś pomóc?

Podniecenie sprawia, że krew napływa do łechtaczki. Na rynku można znaleźć specjalne gadżety wytwarzające ssanie, które ma zapewnić zwiększenie ukrwienia łechtaczki – coś w rodzaju małej ssawki umieszczonej na żołądź. Idea jest taka, że zwiększone ukrwienie może wzmacniać fizyczne pobudzenie. Istnieją tanie ręczne pompki, wibratory o specjalnym kształcie i droższe urządzenia, takie jak Fiera Arouser albo Eros Clitoral Therapy Device* (badania nad tym ostatnim są skąpe, mało obiektywne i ograniczały się do grupy wyselekcjonowanych pacjentek). Dostęp do różnych metod stymulacji łechtaczki i odkrywania własnej przyjemności jest w porządku i urządzenie, które pobudza żołądź łechtaczki lekkim ssaniem może być dobrym pomysłem dla kobiet, które mają trudności z osiągnięciem orgazmu albo nigdy go nie osiągnęły. Nie wiemy jednak, czy takie gadżety są skuteczniejsze niż seks oralny, masturbacja albo tradycyjny wibrator. Każda z nas jest inna i mamy różne upodobania.

Badano także leki zwiększające napływ krwi do okolic intymnych, żeby sprawdzić, czy wpływają na kobiecie podniecenie – w końcu preparaty zawierające sildenafil (takie jak viagra) sprawdzają się u mężczyzn. W jednym

* W Polsce również są dostępne tego typu stymulatory. Najbardziej znany to Womanizer czy słynny „pingwin” (Satisfyer Pro Penguin). Oba działają na podobnej zasadzie – wykorzystują zasysanie i ruch powietrza, żeby bezdotykowo stymulować łechtaczkę. Ostatnio na rynku pojawił się także soniczny masażer łechtaczkowy Sona, który nie wykorzystuje wibracji, tylko fale oraz impulsy dźwiękowe do stymulacji całej łechtaczki – nie tylko zewnętrznych jej części, które można zobaczyć i dotknąć [wszystkie przypisy pochodzą do redakcji].

badaniu stwierdzono, że tego typu leki rzeczywiście zwiększają napływ krwi do łechtaczki u kobiet, które mają problemy z seksualnym pobudzeniem, ale to wcale nie przełożyło się na odczuwanie podniecenia. Można przypuszczać, że podniecenie nie jest bezpośrednio związane z samym przekrwieniem łechtaczki, ponieważ mózg musi jeszcze odbierać ten bodziec jako erotyczny.

Co z seksem analnym?

Od lat dziewięćdziesiątych ubiegłego wieku ludzie coraz częściej uprawiają seks analny, jak wynika z badań przeprowadzonych w USA, Anglii, Szwecji i Chorwacji. Nie wiadomo jednak, czy to realna zmiana – to znaczy, czy rzeczywiście więcej kobiet uprawia seks analny, czy może dzięki przemianom obyczajowym więcej kobiet otwarcie o tym mówi. Obecnie od 30 do 46 procent zgłasza, że co najmniej raz w życiu uprawiało biernie seks analny, a 10–12 procent twierdzi, że jest to stała część ich pożycia. Powody, dla których się na to decydują, są różne: chęć zadowolenia partnera (najczęstszy), własna przyjemność, ból przy stosunkach waginalnych lub niechęć do utraty dziewictwa. Wiele kobiet mówi, że zdecydowało się na ten rodzaj współżycia po obejrzeniu filmu pornograficznego przedstawiającego seks analny, ale warto pamiętać, że sceny w filmach są odgrywaną fikcją, nie dokumentem. Seks w kinie, również w filmach pornograficznych, jest mniej więcej tak samo realistyczny jak pościgi samochodowe w filmach akcji. Stwierdzono, że seks analny występuje w 55 procentach scen popularnych produkcji pornograficznych, co może wyrabiać w ludziach błędne przekonanie o powszechności takich stosunków w związkach heteroseksualnych.

Niektóre kobiety przyznawały, że były przymuszane do seksu analnego, a także że przytrafiła im się „przypadkowa”, a w rzeczywistości zaplanowana przez partnera penetracja analna. Ważne jest, byśmy w rozmowach o seksie nie trywializowali takiego zachowania ani nie uznawali go za normę.

O seksie analnym często mówi się, że jest „lepszy” dla mężczyzn, ponieważ odbył jest „ciaśniejszy”. To kolejny wariant starej śpiewki o pochwie „zbyt luźnej”, żeby sprawiała przyjemność mężczyźnie, zwłaszcza jeśli chodzi o kobiety, które są aktywne seksualnie albo mają za sobą poród.

Kobiety powinny spróbować seksu analnego, jeśli ten pomysł wydaje im się pociągający i chcą odkryć nowy obszar swojej seksualności, ale nie

dlatego, że ich facet uważa, że „wszyscy to robią”, albo ma obsesję na punkcie wielkości swojego penisa.

Stosunek analny – jak to jest?

Z badań wynika, że mniej więcej 50 procent kobiet, które spróbowały seksu analnego, uznaje go za podniecający, chociaż wiele z nich wspomina także o bólu. Znowu co najmniej 50 procent kobiet mówi, że pierwszy stosunek analny był dla nich na tyle bolesny, że musiały go przerwać; jest więc ważne, by upewnić się, że partner będzie delikatny i zaprzestanie penetracji, jeśli będzie trzeba. Tylko 27 procent kobiet uprawiających regularnie seks analny zgłasza, że wcale nie odczuwa bólu albo jest on znikomy, więc jest kwestią indywidualną, czy przyjemność ze stosunku analnego okaże się tego warta.

Kluczowy jest dobry lubrykant (żel nawilżający), który zmniejszy ból i otarcia tkanek. Seks analny jest najbardziej obciążony ryzykiem zarażenia wirusem HIV z powodu mikrourazów i występowania w odbycie komórek szczególnie podatnych na zakażenie.

Jeżeli nie uprawiasz seksu w związku ściśle monogamicznym albo obawiasz się zarażenia, musisz użyć prezerwatywy – męskiej dla partnera albo damskiej, zaaplikowanej do odbytu (w rozdziale 25 znajdziesz więcej informacji na ten temat). Jeżeli planujesz także penetrację waginalną, potrzebujesz osobnej prezerwatywy do seksu analnego i osobnej do pochwowego. Nawet w monogamicznym związku założenie prezerwatywy na czas stosunku analnego ułatwia partnerowi przejście do penetracji waginy bez konieczności mycia penisa.

Kolejnym powodem, dla którego warto używać prezerwatyw przy seksie analnym, jest ryzyko zarażenia wirusem brodawczaka ludzkiego (HPV), ponieważ ten wirus odpowiedzialny jest także za powstawanie raka odbytu, a brak jednoznacznych rozstrzygnięć, czy bierny stosunek analny zwiększa to ryzyko czy nie. Obecnie nie wdrożono żadnego programu badań profilaktycznych wykrywających wczesne stadia raka odbytu u kobiet, więc tym bardziej należy zadbać o zabezpieczenie.

Dla kobiet zainteresowanych stymulacją analną, czy to podczas masturbacji, czy z partnerem albo partnerką, dostępnych jest wiele gadżetów do eksperymentowania, takich jak korki czy koraliki analne. Około 4 procent

kobiet zgłasza, że w pożyciu regularnie stosują różnego rodzaju zabawki analne. To też dobre wyjście dla kobiet, które chciałyby spróbować seksu analnego z partnerem, ale wolą wcześniej sprawdzić, czy podoba im się tego typu stymulacja. Wibrator albo zatyczka analna powinny mieć rozszerzenie na końcu, żeby nie mogły zostać wciągnięte do odbytu. Każdy znany mi chirurg usuwał kiedyś na sali operacyjnej przedmioty, które utknęły komuś w odbycie; w takich przypadkach może dojść do poważnych urazów jelita, więc należy rozważnie wybierać gadżety.

Wiele kobiet niepokoi się możliwością uszkodzenia odbytu przy penetracji analnej. Nie ma żadnych danych, z których by wynikało, że bierny stosunek analny albo stymulacja odbytu mogą uszkodzić zwieracze, ale jedno badanie (wzięły w nim udział kobiety o średniej wieku 46 lat) wskazuje, że kobiety, które odbywały stosunki analne w ciągu miesiąca przed jego rozpoczęciem, zgłaszały więcej przypadków nietrzymania kału (28 procent) niż te, które tego nie robiły (14 procent). Nie określono dokładnie, czy było to bezpośrednio związane ze stosunkiem analnym czy skłonność, która pojawiła się później. Nie odkryto także zależności między nietrzymaniem kału a używaniem gadżetów analnych.

FAKTY

- Około 50 procent kobiet jest zadowolonych ze swojego życia seksualnego.
- Penis nie jest najskuteczniejszym środkiem do osiągnięcia orgazmu.
- Nie istnieje punkt G; miejsce szczególnie wrażliwe na bodźce, które w opisach wielu kobiet znajduje się tuż za wejściem do pochwy, jest częścią struktury łechtaczki.
- Kobięca ejakulacja to kilka kropel płynu, nie „wytrysk”, który pokazują filmiki w internecie i filmy pornograficzne.
- Dla kobiet zainteresowanych stymulacją albo seksem analnym bezpiecznym punktem wyjścia może być specjalnie zaprojektowany vibrator lub inny gadżet.

Tyle ważnych pytań, a wokół mnóstwo niesprawdzonych informacji. Ginekolożka położniczka obnaża mity i podaje fakty poparte najnowszymi badaniami naukowymi na temat kobiecej anatomii, zdrowia i seksualności.

Czy jedzenie cukru powoduje grzybicę? Czy włosy łonowe są potrzebne? Czy należy w specjalny sposób dbać o pochwę i srom? Czy twoja pochwa skurczy się i zamknie, jeśli nie będziesz uprawiać seksu? Jaka jest prawda o szczepieniach przeciwko HPV?

W dzisiejszych czasach, gdy króluje klikalność, pseudonauka i rekomendacje influencerów, łatwo stracić orientację. Porady ze stron internetowych, sugestie życzliwych znajomych i niedoinformowanych partnerów czy nawet zalecenia przedstawicieli świata medycznego potrafią się wykluczać. Jak oddzielić prawdę od bzdur?

Doktor Jen Gunter, znawczyni kobiecego zdrowia i popularna lekarka, przychodzi z odsieczą i daje kobietom rzetelną wiedzę. A do tego potrafi barwnie opowiadać: od anatomii przez skutki uboczne antybiotykoterapii po korzyści z przyjmowania probiotyków. Omawia najnowsze trendy: waginalne nasiadówki, lubrykanty z marihuaną czy nefrytowe kulki gejszy. Mówi, jak jest naprawdę z florą bakteryjną pochwy, higieną intymną, hormonami, wpływem diety na kondycję waginy, komórkami macierzystymi, operacjami plastycznymi, zmianami w czasie ciąży, porodu, położu i menopauzy oraz diagnozowaniem chorób i dolegliwości. Udziela praktycznych porad: stringi czy koronki, czyli jakie majtki są najlepsze, albo jak dobrać tampony.

A także daje kobietom moc, gdy wyjawia, jaka jest prawdziwa potęga łechtaczki i o co chodzi z tym punktem G.

w sprzedaży także



www.marginesy.com.pl



cena 44,90 zł
MISTRZAN MEDYCYNY

MAJAK.



element
żeński