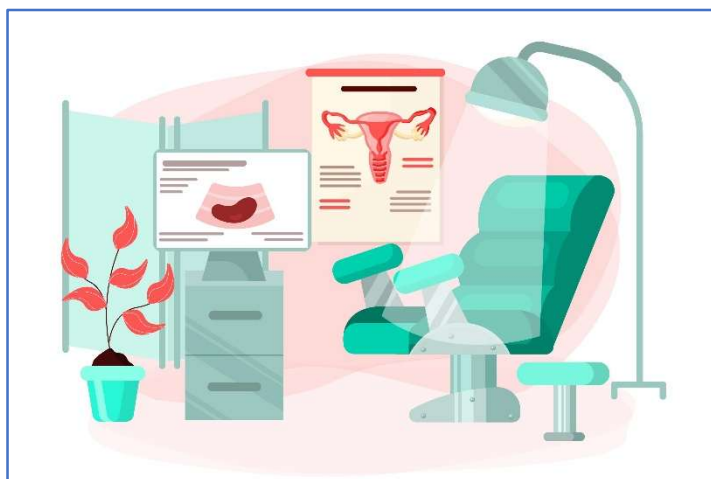


Zdrowie i uroda intymna kobiet bez tabu

Estetyka intymna to temat budzący kontrowersje. Z jednej strony rozwiązuje wiele problemów, które pogarszają jakość życia kobiet – od kłopotów ze zdrowiem, po niską samoocenę. Z drugiej bywa negatywnie oceniana i nazywana „kaprysem”. Jaki jest potencjał medycyny intymnej oraz czym jest prawo do decydowania o własnym ciele wyjaśnia Dawid Lisiecki – specjalista położnictwa i ginekologii, doświadczony lekarz specjalizujący się w zabiegach ginekologii estetycznej i plastycznej

Natalia Molenda: Panie doktorze, czy zdrowie i uroda intymna kobiet to tematy, które idą ze sobą w parze?

Dr Dawid Lisiecki: Ja bym powiedział, że to jest para właściwie nierozłączna. Myślę, że około 95% zgłaszających się do mnie pań ma jakieś objawy, może odczuwać ból czy dyskomfort.



Źródło: freepik

Przykładowa pacjentka z przerostem warg sromowych może mieć duży problem z noszeniem obcisłej bielizny, jazdą konno czy na rowerze, a nawet siedzeniem. Trzeba też powiedzieć o dyskomforcie natury psychicznej, bo jeżeli kobieta zakłada obcisłe spodenki na siłownię, patrzy na siebie w lustrze i widzi, że okolica intymna w tym stroju się uwydatnia, to może nie chcieć na tę siłownię chodzić.

Wizyta u ginekologa zajmującego się estetyką miejsc intymnych może być krępująca. Co pan robi, żeby ułatwić pacjentkom tę pierwszą wizytę?

Przede wszystkim mamy czas – takie konsultacje trwają u mnie 45 minut, więc nie musimy się nigdzie spieszyć. Kiedy się dowiem, z jakim problemem pacjentka przyszła, przedstawiam plan. Na początku rozmawiamy ogólnie, medycznie, ginekologicznie – czy na coś choruje, bierze jakieś leki, kiedy była ostatnia cytologia, czy była kiedyś w ciąży. Później rozmawiamy o samym zabiegu,

czyli jak on przebiega, jak się do niego przygotować, jaka jest rekonwalescencja. Pacjentka się przebiera, może założyć jednorazową spódniczkę, więc nie jest zmuszona do chodzenia półnago po gabinecie. Później na fotelu jest badanie ginekologiczne, jeśli to konieczne także USG. Co istotne, w każdej chwili można mnie o wszystko zapytać. Często się przecież zdarza, że niezadane od razu pytania ulatują i dopiero w domu sobie o nich przypominamy.

Zabiegi ginekologii estetycznej zyskują na popularności, a wraz z nią zwiększa się liczba krytycznych komentarzy – że to fanaberia, kaprys, że jest to nieetyczne.

Kaprys to coś takiego, co robimy, czy to jest nam potrzebne, czy niepotrzebne. Tak bez większego sensu. Jak kupuję kolejną parę butów, ten sam model, ale w innym kolorze, to jest to kaprys. Natomiast jak ktoś się decyduje, żeby iść do obcego człowieka, opowiadać o kawałku swojego ciała, jeszcze intymnym – to ja nie wiem, jak można coś takiego nazwać kaprysem. Są panie, które przez dwa lata się umawiają na wizytę i jak już mają przyjść, to ją odwołują, bo się wstydzą albo nie są jeszcze gotowe. Więc nazywanie tego kaprysem i fanaberią, to jest bardzo, bardzo niestosowne, bo to w złym świetle stawia nie tylko specjalistów, ale przede wszystkim kobiety, które przychodzą do lekarza po pomoc.

Spotkałam się z opinią, że takie zabiegi to wyciąganie pieniędzy...

A w czym gorsza jest labioplastyka od plastyki uszu czy nosa? Nikt nie odżegnuje chirurgów plastycznych od czci i wiary, że oni nie tylko robią przeszczepy skóry u poparzonych ludzi, ratując im w ten sposób życie, ale robią też operacje kosmetyczne.

Co więcej, mówi się, że medycyna plastyczna leczy dusze. A przecież nie tylko odstające uszy mogą być źródłem kompleksów, również okolica intymna.

Tak. Znam przypadek dorosłej Pani, zdecydowanie po trzydziestce, która nigdy nie podjęła współżycia, nie dlatego, że nie chciała, nie z powodów światopoglądowych, tylko dlatego, że po prostu się wstydziła wyglądu swojej okolicy intymnej. Przy czym ja zawsze uświadamiam pacjentki, że mają prawo chcieć zmiany, ale ich budowa ciała jest prawidłowa i normalna. Podczas pierwszej wizyty opowiadam, jak będzie przebiegał zabieg, natomiast nie zawsze od razu go

umawiam. Kobieta wraca do domu i ma czas to przemyśleć, przeanalizować, wiedząc, że taki zabieg zmieni wygląd jej ciała już na zawsze, ale wiedząc też, że jej okolice intymne wyglądają absolutnie prawidłowo, bo taka jest kobieca anatomia.

Rozumiem, że zdarzają się takie sytuacje, w których pacjentki bardziej potrzebują pomocy psychologa niż ginekologa?

Tak, właśnie to chciałem powiedzieć. Jeśli słyszę i widzę, że pacjentka źle się czuje ze swoim ciałem, to lepiej, jeśli pójdzie do psychologa pogadać, bo być może jej problem dotyczy bardziej samoakceptacji i poczucia własnej wartości niż plastyki. Ale jak mam pacjentkę, która mówi: „Mam dzieci, chcę z nimi jeździć na rowerze, ale nie mogę, bo mnie boli”, to jest sprawa prosta. Takiej pani nie musimy konsultować z psychologiem, bo ona doskonale wie, czego chce. I pozwolę sobie znowu wrócić do tej fanaberii – jak ja mam takiej kobiecie powiedzieć: „Ale pani wymyśla, no niech pani wsiada na rower i jedzie. Boli? Co z tego, że boli?”. Jakby ta kobieta się poczuła, gdyby ją ktoś tak potraktował?

To by dopiero było nieetyczne!

Właśnie! To jest poważna sprawa! Zaznaczę jeszcze jedną rzecz, bardzo ważną. Przerost sromu to konkretna jednostka chorobowa wpisana do rejestru ICD-10, czyli Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób. Ma kod N90.6. Jak można mówić, że lekarz, który wykonuje labioplastykę, jest nieetyczny, skoro on leczy konkretną chorobę?!

Czy zdarza się, że przychodzą do pana kobiety i pan od razu widzi, że pacjentka jest pod presją partnera?

Zdarzają się takie sytuacje, choć na pierwszy rzut oka ciężko to wyłapać. Czasem takiego podejrzenia zaczynam nabierać w trakcie rozmowy albo więcej, pani przychodzi na konsultacje z mężem, a on zaczyna odpowiadać za nią na pytania, np. kiedy miała ostatnią miesiączkę. Przy czym nie mówię o sytuacji, w której pani nie czuje się swobodnie językowo i mąż siedzi tylko w roli wsparcia i tłumacza. Mówię o takich konsultacjach, gdzie pani mówi coś innego przy mężu, a coś innego, gdy mąż wyjdzie. Jeśli mam wątpliwości, co do samodzielności decyzji pacjentki, to

proponuję jej jeszcze konsultację u drugiego lekarza. Bo ja się też mogę pomylić, a nie mam prawa oceniać. A jak nie mam pewności, to zabiegu nie zrobię.

Podsumowując naszą rozmowę, nasuwają mi się dwa słowa: „edukacja” i „wybór”.

Tak. Pacjentka powinna otrzymać wszystkie informacje i samodzielnie podjąć decyzję. Ja sobie nie wyobrażam sytuacji, w której wmawiam pacjentce, że ona musi mieć zrobiony zabieg. Ja mogę jedynie powiedzieć, że zabieg wykonam lub przeciwnie, wytłumaczyć, z jakiego powodu zabiegu nie zrobię, bo np. to pacjentkę okaleczy. Ale to kobieta ma prawo do decydowania o swoim ciele i tylko ona, z pełną świadomością zalet i wad danego rozwiązania, może zdecydować, czy ten zabieg jest jej potrzebny, czy nie.

Dziękuję za rozmowę.