

**MINISTERUL EDUCAȚIEI NAȚIONALE
ȘCOALA POSTLICEALĂ SANITARĂ SFÂNTUL IOSIF
BUCUREȘTI**

LUCRARE DE DIPLOMĂ

**ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU TULBURĂRI DE
SEXUALITATE**

**COORDONATOR:
PROF. FLOAREA ALEXE**

**ABSOLVENT:
SERGHEI LAURA**

**BUCUREȘTI
-2002-**

MOTTO:

**“Omul cel mai fericit este acela
care face fericiți pe cât mai mulți
oameni.”**

CUPRINS

Capitolul I	Istoricul bolii	3
Capitolul II	Anatomia organelor genitale și fiziologia funcției sexuale	4
	2.1 Organele genitale masculin	4
	2.2 Organele genitale feminine	9
Capitolul III	Dezvoltarea sexualității	16
	3.1 Perioada prenatală și graviditatea	16
	3.2 Copilăria	17
	3.3 Pubertatea și adolescența	19
	3.4 Tânăr adult și de vârstă medie	21
	3.5 Persoană în vârstă	22
Capitolul IV	Stimularea sexuală și reacțiile fiziologice	23
	4.1 Stimularea fizică	23
	4.2 Stimularea psihică	24
	4.3 Actul sexual și fiziologia lui	25
Capitolul V	Funcțiile sexuale și dereglările ei	29
	5.1 Clasificarea sindroamelor sexopatologice ale dereglărilor sexuale la femei	30
	5.2 Ovarul polichistic virilizat	35
	5.3 Dereglări sexuale la bărbați	40
Capitolul VI	Tulburări sexuale și de identitate sexuală	44
	6.1 Disfuncțiile sexuale	44
	6.2 Parafiliile	47
	6.3 Tulburări de identitate sexuală	48
	6.4 Tulburarea sexuală fără altă specificație	48
Capitolul VII	Probleme legate de patologie	49
	7.1 Situații medicale	49
	7.2 Situații chirurgicale	49
	7.3 Evaluarea asistentei medicale în cazul problemelor sexuale	50
	7.4 Intervențiile a.m. în cazul problemelor sexuale	50

Capitolul VIII	Investigații și examinări în tulburările sexuale	52
8.1	Examinarea organelor genitale externe	52
8.2	Examenul instrumental al organelor bazinului	54
8.3	Metodele endoscopice de examinare	55
Capitolul IX	Cuplul steril	59
9.1	Clasificarea sterilității	59
9.2	Examinarea și investigațiile unui cuplu steril	60
9.3	Sterilitatea feminină	62
9.4	Sterilitatea masculină	64
9.5	Concepția asistată	66
Capitolul X	Maladiile sexual transmisibile	68
Capitolul XI	Contracepția	76
Capitolul XII	Studiul cazurilor	81
12.1	Caz nr.1	81
12.2	Caz nr.2	90
12.3	Caz nr.3	97
ANEXE		104
Concluzii		110
Bibliografie		111

CAPITOLUL I

ISTORICUL BOLII

Sănătatea nu ar putea exista fără sexualitate, deoarece aceasta facilitează dezvoltarea identității de sine, a relațiilor interpersonale, a intimității și a dragostei. Sexualitatea umană cuprinde aspectele somatice, emoționale, intelectuale, sociale și morale ale ființei. În plan psihic, aceasta definește un bărbat și o femeie. Ea cuprinde faptul fiziologic de a fi stimulat sexual și de a experimenta orgasmul. Din punct de vedere social, ea determină tipul de relații în care se angajează un individ, bărbat sau femeie. Din punct de vedere moral, antrenează o luare de decizie asupra comportamentelor acceptabile sau inacceptabile privind actul sexual.

Sexualitatea umană este adesea considerată în termeni a două componente: cea ereditară și cea dobândită. Componenta ereditară determină anatomia și fiziologia organelor genitale. Componenta dobândită este rezultatul interacțiunilor cu mediul social. Oricum, fiecare aspect al comportamentului sexual cuprinde atât componente ereditare cât și componente dobândite. Este deci important să luăm în considerare interacțiunea acestor două componente într-o activitate sexuală dată.

Dimorfism sexual este termenul utilizat pentru a descrie diferențele dintre bărbați și femei la fiecare specie. Bărbații, spre exemplu, sunt în general mai înalți, mai grei și din punct de vedere fizic mai puternici decât femeile. Aceste atribute nu sunt totuși întotdeauna indicative ale masculinității sau feminității. Unele femei sunt mai înalte, cântăresc mai mult sau sunt mai puternice. Indicatorul cel mai fiabil este acela că bărbatul posedă un penis, pe când femeia are un vagin, un ciclu menstrual și poate rămâne însărcinată. Repartizarea pilozității este de asemenea un alt indicator valabil.

CAPITOLUL II

ANATOMIA ORGANELOR GENITALE ȘI FIZIOLOGIA FUNȚIEI SEXUALE

2.1 Organele genitale masculine

Organele genitale masculine formează un sistem de transport al spermei. Ele se limitează la două testicule așezate în scrot, cu canale excretoare (epidim și canale deferente), glande secretoare și penis.

Testiculele

Testiculele sau gonadele bărbătești sunt de formă ovală, având 3,75 cm lungime și 2,5 centimetri grosime. Fiecare testicul este format din mai multe *tuburi seminifere* înfășurate în jurul lor, în care sunt produși spermatozoizii. Învelișul lor extern constă într-un culcuș alcătuit din fibre musculare netede, ale căror contracții facilitează trecerea spermatozoizilor către canalele ejaculatoare.

Cele două funcții principale ale testiculelor sunt producerea de spermatozoizi și secreția hormonilor sexuali. Un *spermatozoid* este o celulă unică ce cuprinde un cap, o piesa intermediară și o coadă (flagel). Cromozomii sunt responsabili de caracterele ereditare. Toate celulele organismului conțin un număr fix de 23 de perechi de cromozomi *diploizi* (în perechi). Celulele se înmulțesc divizându-se în două, producând deci două noi celule ce conțin fiecare câte 23 de perechi de cromozomi. Acest proces se numește *mitoza*. Spermatozoizii și ovulele conțin 23 de cromozomi *haploizi* (simpli și capabili de a se uni). Aceasta se realizează printr-un fel de diviziune celulară numită *meioză*. Așadar, dacă spermatozoidul fecundează ovulul, celula rezultată în urma unirii lor va avea un număr de 23 de perechi

de cromozomi: 23 de cromozomi simplii de origine masculină și 23 de cromozomi simplii de origine feminină.

Doi dintre acești cromozomi determină sexul embrionului. Celula feminină are în mod normal doi cromozomi sexuali identici XX. Celula masculină are doi cromozomi sexuali diferiți XY. Spermatozoizii sunt deci de două feluri deoarece, în timpul meiozei, este prezent un singur cromozom al perechii. Un ginosperm este purtător al cromozomului X iar un androsperm este purtător al cromozomului Y. Dacă un *ginosperm* fertilizează ovulul, fetusul va fi deci feminin și dacă un *androsperm* fertilizează ovulul, fetusul va fi masculin.

Androspermii, mai mici ca talie, au un flagel mai lung, se mișcă mai repede și sunt mai vulnerabili la schimbările de pH vaginal decât ginospermii. Se crede că, pentru a concepe un fetus masculin, relația sexuală trebuie să aibă loc în momentul ovulației sau foarte aproape de acesta. Androspermii ajung mai repede la ovul decât ginospermii. Aceștia din urmă se mișcă mai greu și pot rezista în fața acidității vaginale, așteptând ca ovulul să fie liber. De aceea, pentru a concepe un fetus feminin, relația sexuală trebuie să aibă loc cu câteva zile înainte de ovulație.

Cea de-a doua funcție a testiculelor este producerea de hormoni sexuali: *testosteron estrogeni și androgeni*. Testosteronul este responsabil de dezvoltarea organelor genitale și de apariția caracterelor sexuale secundare masculine: timbrul vocii mai grav, musculatura mai importantă, barba, pilozitate pe linia mediană a abdomenului, pe pubis și pe piept. Estrogenii secretați în același timp și de glandele suprarenale au o funcție de control a spermatogenezei.

Hipotalamusul controlează secreția hormonilor masculini. Prin eliberarea unei substanțe *neuro-secretoare* (numită și factor relaxant), acesta stimulează adenohipofiza (pituitară) pentru a secreta hormonul *foliculo-stimulator* (F.S.H.) și hormonal luteinizant (L.H.). Hormonul luteinizant stimulează secreția de *testosteron*, iar hormonal foliculo-stimulant stimulează spermatogeneza. Acești doi hormoni sunt secretați pe baza de retroacțiune negativă.

Scrotul

Testiculele, situate la exteriorul cavității abdominale, sunt protejate de scrot, un fel de sac așezat în spatele penisului și considerat a fi o continuare a cavității abdominale. Pielea este încrețită, de culoare brună și lipsită de pilozitate. Sub această piele se găsește un strat de țesut muscular neted străbătut de fibre conjunctive denumite *dartos*, apoi un strat de țesut

muscular striat străbătut de asemenea de fibre conjunctive, denumit *cremaster*. Mușchii netezi se contractă involuntar, iar mușchii striati se contractă voluntar și involuntar. Aceste trei straturi de țesuturi protejează deci testiculele. Testiculul stâng este de obicei suspendat mai jos decât cel drept în scrot.

În timpul primelor etape de dezvoltare a fătului, testiculele sunt situate în interiorul cavității abdominale. Înainte de naștere, hormonii sexuali favorizează coborârea acestora în scrot. Această coborâre se face prin canalul inghinal și este realizată, cel mai des, în funcție de mărime.

Absența, la naștere, a unuia dintre cele două testicule din scrot este numită *criptorchidie*. Coborârea se poate face în mod spontan în timpul primului an, însă la pubertate poate deveni necesar un tratament hormonal sau o intervenție chirurgicală. Bărbații ale căror testicule nu au coborât în scrot au cantități normale de hormoni secretați, însă sunt de obicei sterili deoarece temperatura corporală normală împiedică spermatogeneza. O temperatură mai scăzută este indispensabilă formării spermatozoizilor.

Pe lângă funcția de protecție a testiculelor, scrotul mai are și funcția de a le menține la o temperatură mai scăzută decât cea a corpului. Acest rol este asigurat în felul următor:

1. Un strat fin de țesut adipos sub piele asigură puțină izolare
2. Abundența capilarelor sangvine facilitează dispersia căldurii.
3. Abundența glandelor sudoripare favorizează evaporarea prin transpirație.
4. Prezența termoreceptorilor în fibrele musculare netede (dartos) asigură contracțiile pentru a reîmpinge testiculele în sus dacă temperatura este prea scăzută.

Hainele prea strâmte ce comprimă scrotul reprezintă de asemenea factori care pot influența temperatura. Purtarea îndelungată și frecvența a unor astfel de haine poate reduce producția de spermatozoizi menținând temperatura corpului ridicată. Contracțiile puternice ale cremaster-ului pot de asemenea să crească temperatura scrotală în situații de excitație sexuală, de teamă sau de anxietate prin stimularea reflexului cremasterian. Acest reflex este obținut prin frecarea părților interne ale coapselor, ce stimulează circulația sangvină în scrot, crescând temperatura. Aceste contracții sunt însă de scurtă durată.

Epididimul, canalul deferent și canalele ejaculatoare

Testiculele sunt alcătuite din mai multe tubulețe seminifere răsucite în jurul lor. Aceste tubulețe se adună pentru a forma, în partea lor superioară,

un singur tub răsucit numit *epididim*. Epididimul se continuă cu *canalul deferent*, tub lung ce ajunge din scrot la *canalele ejaculatoare*, după ce în prealabil se înfașoară în jurul vezicii. Cele două canale ejaculatoare sunt scurte și se deschid în uretră.

Migrația spermatozoizilor este un mecanism ce nu este complet cunoscut. Acest mecanism pare a fi asigurat în parte de contracția mușchilor netezi aflați în capsula testiculelor sau de către cele ale tuburilor seminifere. Epiteliul ciliat al tuburilor favorizează de asemenea mișcarea către epididim.

Epididimul are dubla funcție: de a fi locul de maturizare a spermatozoizilor și locul unde spermatozoizii anormali sunt selecționați și eliminați de către celulele fagocite ale organismului. Canalele deferente servesc ca rezervor de spermatozoizi de la o ejaculare la alta și, împreună cu canalele ejaculatoare, asigură trecerea spermatozoizilor pentru a ajunge la uretră și apoi în afara organelor genitale, în timpul actului sexual.

Vezi cule seminale, prostata, glandele lui Cowper

Aceste structuri accesorii secretă împreună *lichidul seminal*, care furnizează energie spermatozoizilor și le stimulează progresia; el nu este totuși indispensabil pentru spermatozoizii maturi. Lichidul seminal și spermatozoizii formează *sperma*, care are următoarele caracteristici:

1. o textură mai mult sau mai puțin gelatinoasă;
2. o culoare alb-gălbuie sau spre gri;
3. un volum între 2 ml și 6 ml;
4. o cantitate de aproximativ 120 de milioane de spermatozoizi pe mililitru de spermă;
5. un pH ușor alcalin (7,35 până la 7,50)

Componentele lichidului seminal sunt următoarele:

1. apa pentru a asigura înaintarea spermatozoizilor;
2. mucus pentru lubrifierea canalelor;
3. fructoza pentru a furniza energie spermatozoizilor;
4. săruri minerale pentru a menține echilibrul electrolitic;
5. substanțe tampon de baza pentru neutralizarea acidității din uretra și pe cea din vagin;
6. substanțe ce favorizează coagularea spermei în vagin.

Spermatozoizii sunt concentrați în prima treime din cantitatea de spermă ejaculată. Se găsesc într-o anumită cantitate și la nivelul uretrei,

chiar înainte de ejaculare Coitul întrerupt nu este deci o metodă contraceptivă deoarece poate avea loc fecundare fără ejaculare prealabilă.

Penisul

Penisul este format din două părți: țesutul erectil (corp cavernos și spongios) și glandul (extremitatea conică). Glandul este acoperit de un pliu cutanat numit prepuț ce este eliminat prin circumcizie. O secreție a glandului, smegma se poate acumula sub prepuț și necesită igienă.

Forma și talia penisului variază de la un individ la altul. Bărbații au adesea tendința de a corela talia penisului cu performanța sexuală. Aceasta credință este la fel de falsă precum și asocierea volumului sânilor cu capacitatea de a alăpta. Temerile legate de volumul penisului sunt de asemenea inutile deoarece vaginul se adaptează ușor: orificiul vaginal se poate dilata cu ușurință sau se poate contracta voluntar.

Rolul penisului în ceea ce privește sexualitatea este de a purta sperma în căile genitale feminine. Acest proces cuprinde erecția, ejacularea și detumescenta.

Fenomenul erecției determină o creștere importantă a volumului penisului, făcând ca acest organ să devină tare și tensionat. Stimularea glandului determină trimiterea unui influx de la gland către partea sacrală a măduvei spinării, și, dacă subiectul încearcă, în același timp, o stimulare psihologică convenabilă pentru îndeplinirea actului sexual, influxurile revin pe cale reflexă către fibrele nervoase parasimpatice ce pleacă către organele genitale. Acest influx dilată arterele, vascularizând țesutul erectil al penisului și determinând de asemenea probabil o vasoconstricție venoasă. Rezultatul este pătrunderea unei cantități importante de sânge cu presiune ridicată în țesutul erectil și umflarea acestui țesut. *Erecții reflexogene* pot surveni și fără stimulare sexuală. La adolescenții, al căror sistem nervos este imatur, acestea se pot produce în timpul unui duș, după un exercițiu sportiv. Ablatarea punctelor de sutură în regiunea inghinală poate provoca acest tip de erecții reflexogene. Erecții se produc de asemenea la trezire la bărbați și la baieti: ele sunt probabil cauzate de o vezică plină, de vise erotice sau de frecarea cearșafurilor.

Procesul ejaculării deplasează spermatozoizii din testicule către meatul uretral. Dacă gradul de stimulare sexuală atinge un nivel critic, centrul nervos situat la nivelul măduvei spinării trimite influxuri către organele genitale prin intermediul nervilor simpatici până când declanșează un peristaltism ritmic la nivelul organelor genitale. Acest peristaltism apare mai întâi la nivelul testiculelor și se deplasează rapid urcând din nou pe toată

lungimea epididimului, a canalului deferent, a veziculelor seminale, a prostatei și penisului, producând așadar aruncarea spermei în afara căilor genitale masculine.

După ejaculare, penisul revine într-o stare flască numită detumescentă. Acest fenomen se produce chiar dacă n-a avut loc ejacularea. Vasoconstricția arterelor din țesutul erectil și vasodilatarea venoasă duc la o diminuare progresivă a umplerii cu sânge.

2.2 Organele genitale feminine

Organele genitale feminine cuprind ovarele, trompele lui Fallope, uterul, vaginul, vulva și glandele mamare. Aceste organe au funcția de a primi spermatozoizii, de a produce ovulele, de a adăposti și de a hrăni ovulul fecundat, de a expulza fetusul la termen și de a hrăni noul născut.

Ovarele

Ovarele sau gonadele feminine sunt pe de o parte organe ce formează ovulele, iar pe de altă parte, glande cu secreție internă, fiind din acest punct de vedere analoge testiculelor. Situate în partea superioară a cavității pelviene și având forma ovala, ele masoară 2,5 cm lungime și 1,2 centimetri lățime. Partea exterioară sau *cortexul* închide foliculul primar și secretă hormoni; partea internă sau *medulla* este bogată în vase de sânge și în țesut conjunctiv și muscular.

La fel ca testiculele, ovarele au două funcții principale: maturizarea și eliberarea ovulelor și producerea de hormoni sexuali. Contrar testiculelor care produc spermatozoizi pe toată durata vieții, *foliculii primordiali* sunt deja prezenți în ovare încă de la naștere. Acești foliculi provin din epiteliul germinativ situat la suprafața fiecărui ovar. Unele dintre aceste celule migrează către interior; ele sunt atunci înconjurate de o *membrană granulată* și formează, prin urmare, celule mari ce vor deveni ovule. În jur de 0,75 milioane de astfel de foliculi primordiali sunt prezenți în ovare la naștere, dar numai 450 dintre ei vor ajunge poate la maturitate în timpul vieții reproductive a femeii. Ei suferă un proces de degenerare pe întreaga durată a vieții, la pubertate ajungând la aproximativ 400.000, care nu se mai regăsesc după menopauză.

Ovarele secretă estrogeni, progesteroni și androgeni masculini. Estrogenii determină aproape toate caracterele sexuale secundare ce fac distincția între femei și bărbați: creșterea elementelor glandulare în sâni, depunerile lipidice în zonele caracteristice, precum coapsele și șoldurile, transformarea bazinului care capătă o formă ovoidă și părul pubian. Acțiunea sa este primordială în prima fază a ciclului menstrual, pe când progesteronul controlează cea de-a doua fază. Acesta din urmă influențează activitatea secretoare a glandelor mamare și inhibă contracțiile uterine în timpul gravidității. Rolul androgenilor este acela de a stimula interesul sexual.

Hormonii ovarieni sunt controlați printr-o retroacțiune negativă, la fel ca și hormonii testiculari, însă producerea lor este ciclică. Acest principiu retroactiv implică trei grupe diferite de hormoni:

- a) substanțele neurosecrete sau factorii relaxanți ai hormonului foliculo-stimulant și ai hormonului luteinizant provenind din hipotalamus.
- b) hormonul foliculo-stimulant și hormonal luteinizant provenind din adenohipofiza (pituitară).
- c) estrogenii și progesteronul provenind din ovare.

Ciclul menstrual are o durată medie de 28 de zile, și poate varia de la 20 la 35 de zile. Îi putem recunoaște trei faze:

1. **Faza preovulatoare**, care durează în jur de paisprezece (14) zile (plus sau minus cinci zile), începând în prima zi a menstruației și terminându-se cu *ovulația* (eliberarea ovulului de către ovar). Această perioadă se numește de asemenea *faza proliferativă*. Încă din primele zile, foliculele se umflă în mod spontan fără influența hormonală. Apoi, ca răspuns la factorul de eliberare venit de la hipotalamus, hormonal foliculo-stimulant este secretat de pituitară și un singur folicul își continuă maturizarea. Sub influența hormonului foliculo-stimulator, secreția de estrogeni este amorțită; aceștia stimulează proliferarea endometrului și maturizarea finală a foliculului primar. După ce atinge procentele plasmatice cele mai ridicate, producția hormonului foliculo-stimulant scade prin retroacțiune negativă. Ovulația este deci declanșată printr-o eliberare bruscă de hormoni luteinizanți.

2. **Faza postovulatoare**, cu o durată de aproximativ treisprezece (13) zile (ciclu de 28 de zile), începe imediat după ovulație și se încheie cu începerea menstruației. Această perioadă este numită *faza secretoare* sau *faza luteală*. Termenul "secretoare" este utilizat deoarece, în timpul acestei

faze, endometrul secretă glicogen cu scopul de a asigura hrană ovulului fecundat; termenul "luteal" este în legătură cu formarea *corpus luteum* sau a corpului tânăr în punctul de ruptură al foliculului primar, la suprafața ovarului. Dacă ovulul este fecundat, corpul tânăr crește și persistă mai multe luni, secretând progesteronul și estrogenii. Progesteronul favorizează implantarea oului și păstrarea sa în mediul uterin. Estrogenii amplifică acțiunea progesteronului. Prin retroacțiune negativă, progesteronul inhibă producerea de hormoni luteinizanți iar estrogenii pe aceea de hormoni foliculo-stimulanți. Corpul tânăr asigură echilibrul hormonal al gravidei până când placentă preia rolul (prin luna a treia) de secreție a hormonilor.

În cazul în care nu a fost realizată fecundația, corpul tânăr atinge dezvoltarea completă după opt zile, apoi se atrofiază și este înlocuit câte puțin de țesut fibros, *corpus alb*. Rezultă o diminuare a cantităților de progesteroni și de estrogeni secretați și apariția menstruației. Endometrul se dezintegrează, arteriolele se rup și se creează zone hemoragice care antrenează, într-un flux sangvin, eliminarea endometrului și a mucusului.

3. **Menstruația** durează în medie trei până la șapte zile. Ea marchează începutul fazei preovulatorii, prima zi a menstruației fiind prima zi a ciclului menstrual. Volumul pierderii sangvine variază de la 90 ml la 100 ml, de la o persoană la alta și de la un ciclu la altul. Femeile care iau anticoncepționale au o pierdere sangvină minimă în timp ce, cele care poartă sterilet au o pierdere sangvină mai abundentă decât media.

Prima menstruație apare între nouă și șaptesprezece ani. Ciclurile pot fi neregulate și fără ovulație în primii ani, pentru ca apoi, eventual, să se regularizeze până la menopauză. Dismenoreea este frecvența în timpul primelor zile, din cauza contracțiilor uterului și ale colului. Cu câteva zile înainte de menstruație, unele femei se simt tensionate, neliniștite, iritabile, deprimare sau agresive. După ce apare menstruația, aceste simptome se atenuează sau dispar. Sau, din contră, depresia persistă până ce cantitatea de estrogeni crește. În momentul ovulației, deoarece această cantitate este crescută, femeia se simte mai bine și sigură de ea însăși.

Schimbările de natură psihologică din timpul ciclului menstrual sunt influențate de fluctuațiile hormonale; starea emoțională poate de asemenea să influențeze direct secrețiile hormonale. De exemplu, dacă o femeie trece printr-o situație stresantă precum o boală, schimbarea locului de muncă, un conflict familial, secrețiile hormonale vor fi modificate și întreg ciclul ei menstrual poate fi dereglat.

Trompele lui Fallope

Trompele lui Fallope sunt două tuburi musculare având în medie 11,5 cm lungime. Ele se întind din uter până dedesubtul ovarelor, pe care le depășesc și la care se pot lega printr-o extremitate franjurată. Principala lor funcție este aceea de a păstra un mediu favorabil la trecerea ovulelor și a spermatozoizilor și apoi pentru fecundare. Celulele secretoare ale mucoasei asigură hrănirea oului.

Mecanismul captării ovulului de către trompele lui Fallope nu este încă bine cunoscut. Deoarece trompa și ovarul nu sunt fixate unul de altul, un ovul poate fi ocazional expulzat în cavitatea abdominală în loc de trompa. Dacă există fecundare și implantare în cavitatea abdominală, rezultă o *sarcină ectopică*. O astfel de sarcină se poate dezvolta de asemenea și în trompe. Fecundarea ovulului are loc în mod normal în afara trompelor. Conracțiile trompelor și mișcările flagelilor lor fac ca spermatozoizii să avanseze către ovul. Migrarea ovului fecundat se realizează datorită contracțiilor musculare și mișcărilor cililor vibraționali ai peretului intern al trompelor. Durata sa depinde de progesteron (care întârzie durata) și de estrogeni (care accelerează procesul care, în medie, durează trei zile). Estrogenii pot preveni deci implantarea zigotului. Doze puternice de estrogeni administrați post coital accelerează migrația zigotului înainte ca acesta să fi ajuns în stadiul propice implantării. Estrogenii fac de asemenea endometrul nepropice nidării.

Uterul

Uterul este un organ muscular gros și adâncit (concau) de 7,5 cm lungime, situat în bazinul mic, între vezica și rect. El este format din trei învelișuri:

- a) un înveliș extern subțire, învelișul apos sau *perimetrul*
- b) un înveliș mijlociu gros, alcătuit din fibre musculare netede, *miometrul*
- c) un înveliș intern, mucoasa sau *endometrul*. Perimetrul acoperă întreg uterul, în afară de col. Fibrele musculare ale miometrului sunt dispuse în toate sensurile. Aceste fibre se contractă pe perioada gravidității, a nașterii, a alaptării și a orgasmului. În timpul gravidității, uterul crește în volum, fibrele musculare se lungesc și contracțiile dilată colul pentru a expulza fetusul.

Endometrul se împarte în două învelișuri: cel *funcțional* eliminat la menstruație, și unul *bazal* care nu este eliminat cu fluxul menstrual și care favorizează regenerarea învelișului funcțional după menstruație. Endometrul este esențial implantării și nidării zigotului. La nivelul colului uterin, mucoasa conține numeroase glande ce secretă mucus a căror secreție închide deschiderea internă. În momentul ovulației, până când nivelul estrogenilor este ridicat, caracteristicile acestui mucus se schimbă; el devine mai abundent și mai puțin gros, deci mai ușor de penetrat de către spermatozoizi. Într-o situație de infertilitate, un examen de mucus cervical ajută la stabilirea diagnosticului dacă ciclul menstrual este ovulatoriu sau nu.

Vaginul

Vaginul îndeplinește trei funcții importante: servește la trecerea fătului, primește penisul în timpul actului sexual și, în sfârșit, canalizează fluxul menstrual. Este un canal muscular cu o lungime de 10 cm. Mucoasa sa este formată din pliuri transversale groase, care îi dau un aspect plisat și care permit o foarte mare extensie. Învelișul muscular este de asemenea dotat cu o elasticitate considerabilă. În mod normal, peretele anterior și cel posterior al vaginului se află în contact, însă ei sunt capabili de o mare dilatare în timpul coitului și a nașterii.

În vagin sunt produse mari cantități de glicogen. Bacilii lui Doderlein, gaze obișnuite ale vaginului, transformă glicogenul în acid lactic. Acest acid lactic creează un mediu cu pH acid asigurând astfel o protecție reală împotriva multor bacterii și ciuperci. Această aciditate ar fi însă în același timp nocivă spermatozoizilor dacă nu ar exista substanțele de bază din lichidul seminal care să le asigure supraviețuirea.

Bacilii lui Doderlein sunt distruși de către antibiotice. Este adesea posibil ca în urma unui tratament cu antibiotice să se declanșeze o vaginită. În timpul ciclului menstrual și al excitației sexuale se pot observa schimbări la nivelul mucoasei vaginale. Celulele se descuamează în mod continuu și sunt înlocuite de altele noi. În timpul ciclului menstrual, sub influența estrogenică, celulele vaginale suferă un *proces de tasare*. Examenul acestor celule se poate face la microscop. Ele sunt obținute prin intermediul unei prelevări de secreție care trebuie imediat pusă pe o lamă de sticlă pentru a rezulta un frotiș. Examenul de *frotis vaginal* prelevat în perioada ciclului, când cantitatea de estrogeni este crescută, poate ajuta la descoperirea unei probleme de infertilitate.

Congestia numeroaselor mici vase sanguine în momentul excitației sexuale îi conferă o culoare violacee. O transudare de mici picături prin

pereții vaselor se observă de asemenea la începutul procesului și odată cu urcarea excitației sexuale. Aceste picături se unesc unele cu altele pentru a forma un înveliș fin lubrifiant pe întreg peretele mucoasei vaginale.

La nivelul *orificiului extern al vaginului* se găsește o membrană fină de mucoasă, *himenul*. Acesta închide mai mult sau mai puțin deschiderea vaginului și câte odată, din cauza unei *imperforări*, închide complet orificiul. În acest caz este necesară o intervenție chirurgicală pentru a permite scurgerea menstruației.

Vulva

Organele genitale feminine formează la exterior o regiune care în ansamblu este cunoscută sub denumirea de *vulvă*, care cuprinde următoarele structuri: Muntele lui Venus, buzele mari, buzele mici, clitorisul și vestibulul.

Muntele lui Venus acoperă simfiza pubiană. El este format dintr-un înveliș gros de țesut adipos, iar pielea sa cuprinde numeroși receptori sensibili ce pot conduce la orgasm dacă sunt stimulați în timpul coitului sau al masturbării.

Buzele mari sunt două pliuri longitudinale care pornesc de la Muntele lui Venus și se întind în jos spre spate. Ele protejează buzele mici, orificiul vaginului și uretra. Aceste pliuri de țesut adipos sunt acoperite cu păr pe partea lor superioară și pe cea externă și conțin numeroase glande sudoripare și sebacee. În timpul coitului, buzele mari se separă și se întind înspre coapse pentru a expune buzele mici și deschiderea vaginală.

Buzele mici sunt situate sub buzele mari. Ele nu au fire de păr, și conțin mai puține glande sudoripare, însă mai multe glande sebacee. Ele se întind în sus pentru a forma prepuțul clitorisului și în jos pentru a proteja orificiul vaginal. Proportional cu creșterea excitației sexuale, apare o creștere a fluxului sangvin, modificându-le culoarea. În afara perioadei de graviditate, ele trec de la roz pal la roșu aprins și la roșu foarte închis în perioada de gestație. Aceste schimbări de culoare anunța apropierea orgasmului.

Clitorisul este o mică proeminență rotunjită alcătuită din țesuturi erectile, vase sangvine și nervi. O cută formată de întâlnirea buzelor mici (prepuț) acoperă parțial extremitatea sa musculară sau glandul. Volumul său crește în timpul stimulării tactile; el este corespondentul considerabil redus ca dimensiuni al penisului bărbatului. Câteodată, el este un receptor și un

transmițător al stimulului erotic la femeie. În timpul stimulării sexuale, el se umflă, se ridică și se ascunde în spatele prepuțului.

Vestibulul este o suprafață triunghiulară mărginită de buzele mici. El cuprinde orificiul vaginal, himenul și deschiderile canalelor mai multor glande. Orificiul vaginal ocupă cea mai mare parte a vestibulului. Deasupra acestuia și sub clitoris se găsește meatul urinar. De fiecare parte a deschiderii uretrei se deschid glandele lui Skene, corespondentele prostatei la bărbați. La fel, de fiecare parte a orificiului vaginal, între himen și buzele mici, se deschid glandele lui Bartholin, corespondentele glandelor lui Cowper la bărbat, care secretă o substanță mucoidă în timpul coitului.

Glandele mamare au dublă funcție, de zona erogenă și de secreție lactee. Fiecare dintre aceste glande este divizată în 15 până la 20 de lobi separați de către țesutul adipos de care depinde volumul sânului. Fiecare lob se subdivide în mai mulți lobuli ce conțin fiecare mai mulți acini foarte bogăți în capilare; la acest nivel se formează laptele. Canalele lactifere sunt conductele excretoare ale fiecărui lobul, ce se unesc pentru a forma un rezervor, în apropierea mamelonului, *sinusul lactifer* sau ampula galactophore și se îngustează pentru a traversa mamelonul. Areola din jurul mamelonului este o zonă circulară pigmentară a cărei suprafață este străbătută de numeroase glande sebacee.

Glandele mamare sunt subdezvoltate la naștere. Ele se dezvoltă la pubertate, sub influența estrogenilor și a progesteronului provenit de la ovare; hormonii de creștere și de prolactină provin din pituitară și din tiroxina secretată de tiroidă.

Forma și volumul sânilor constituie adesea un subiect de îngrijorare pentru femei. În orice caz acest lucru nu are nici o legătură cu capacitatea de alăptare. Pe perioada de graviditate, sânii devin mai voluminoși și mai grei, anumite ligamente suspensoare putând fi întinse și, din această cauză, dând impresia că sunt mai puțin bine suspenși. Oricum, alăptarea nu aduce schimbări permanente în ceea ce privește forma, volumul și fermitatea glandelor mamare.

CAPITOLUL III

DEZVOLTAREA SEXUALITĂȚII

Mai mulți factori contribuie la dezvoltarea sexualității. La concepere, sexul este determinat de către cromozomii XX sau XY. Pe întreaga durată a vieții, factorii biologici, psiho-sociali și culturali condiționează sexualitatea unui individ. Sexul individului influențează comportamentul în cadrul culturii noastre și modul de modelare a comportamentelor.

3.1 Perioada prenatală și graviditatea

Componente biologice

În a șasea săptămână de dezvoltare a fătului, embrionii celor două sexe posedă două perechi de conducte genitale: canalele lui Muller și canalele lui Wolff. La fătul de sex feminin, canalele lui Muller vor deveni probabil trompele lui Fallope, uterul și treimea superioară ale vaginului. La fătul de sex masculin, canalele lui Wolff vor forma canalele spermatiche, veziculele seminale și epididimul. Organele genitale externe ale celor două sexe constau într-un tubercul genital, pliuri și încrețituri genitale. În funcție de sex, tuberculul va forma clitorisul sau glandul, pliurile vor forma buzele mici sau penisul, iar încrețiturile vor forma buzele mari sau scrotul.

Diferențierea sexuală este stabilită bine în a douăzeci și șasea săptămână de viață fetală. Dezvoltarea organelor genitale masculine necesită prezența a două substanțe: un stimulator (androgenii) și un inhibitor. Androgenii stimulează dezvoltarea organelor genitale interne și externe în timp ce substanța inhibitoare suprimă dezvoltarea canalelor lui Muller. La fătul de sex feminin, aceste substanțe lipsesc, ceea ce conduce la atrofierea canalelor lui Wolff și permite dezvoltarea organelor genitale feminine interne și externe.

Diferențe psihosociale în timpul copilăriei mici

La naștere, talia, masa și musculatura sunt de obicei mai dezvoltate la băiat. Mai multe diferențe au fost observate în timpul copilăriei mici:

1. Băiatul dă dovadă de o activitate motrice mai intensă și poate ridica mai repede capul.
2. Fetița este mai pasivă din punct de vedere fizic și este mai iritabilă pe parcursul examenului fizic.
3. Fetița reacționează mai rapid la stimularea tactilă și la durere.
4. La vârsta de șase luni, chipul uman reține mai repede atenția fetei.
5. Cercurile luminoase rețin mai repede atenția băiatului.
6. Băiatul preferă stimuli mai puțin complexi.
7. Fata preferă stimuli foarte complexi.
8. Fata învață să vorbească mai repede.
9. Băiatul petrece mai mult timp departe de mama sa.
10. Fata petrece mai mult timp privindu-și și atingându-și mama.
11. Băiatul este mai puțin derutat de un obstacol; va încerca să îl ocolească.
12. Fata preferă jucării cu chipuri umane și care necesită mai multă coordonare motrice.
13. Băiatul petrece mai mult timp amuzându-se cu obiecte care nu sunt jucării.

Care este influența eredității sau a mediului social în formarea acestor comportamente? Limita între achiziționat (ereditate) și învățat (conștientizare) este puțin mai greu de evidențiat.

3.2 Copilăria

Factori psihosociali

De la vârsta de doi ani și până la pubertate, organele genitale par a fi în repaus în comparație cu creșterea rapidă a tuturor celorlalte sisteme ale organismului, până la obținerea identității sexuale și la descoperirea plăcerii sexuale.

Identitatea sexuală reprezintă percepția de sine ca băiat sau ca fată. Această percepție de sine ca ființă sexuală se face între un an și jumătate și patru ani. Ea debutează printr-un vag sentiment de apartenență la un sex sau la altul. La doi ani, un copil poate să distingă un băiat de o fată. La trei ani, copilul răspunde corect la întrebarea: "Ești băiețel sau fetiță?". La cinci sau la șase ani, el știe că dacă este băiat sau fată nu își va putea schimba sexul.

Comunicarea, percepția sinelui și imitarea sunt de asemenea factori ce influențează dezvoltarea identității sexuale. Comunicarea părinte-copil învață copilul să-și dea seama dacă corespunde rolului său sexual. Reacția părinților față de un nou născut fetiță sau băiat este deseori diferită. De exemplu, ei pot răspunde bolboroselilor unui bebeluș de sex feminin. Comunicarea non verbală poate fi de asemenea diferită. Un băiat va putea fi bruscat, pe când o fată va fi mai degrabă mângâiată și manipulată cu blândețe. Alegerea jucăriilor este de asemenea semnificativă; foarte rar baieteii sunt incurajați să se joace cu păpuși.

Învățarea comportamentelor specifice sexului fiecăruia necesită mai mulți ani din viața copilului. Ca punct de plecare, el trebuie să învețe dacă este băiat sau fată. Folosirea apelativelor verbale fata, ea, băiat, el, utilizate ca subliniere de către părinți ajută copilul să se identifice corect și facilitează conștientizarea. Prin imitație, copilul va învăța repede comportamentele specifice sexului său, copiind astfel comportamentele și atitudinile adulților. Pentru Freud, acest proces este cel al identificării.

Percepția sinelui, această capacitate de a se percepe ca fiind unic, este un alt factor care influențează identitatea sexuală. Interacțiunile părinte-copil pe parcursul primului an de viață îi asigură acesteia fundamentele. O dată dobândită încrederea, copilul este capabil de a se relaxa și de a accepta că este singur, departe de mama sa.

În primii ani ai copilăriei, copilul dezvoltă un sentiment de mândrie în ceea ce privește corpul său, inclusiv părțile genitale. Explorându-și corpul, descoperă o satisfacție la autostimularea regiunii genitale. El percepe asta ca pe o sursă de plăcere și nu ca masturbare. Părinții se pot neliniștii în fața acestor activități, și pot interveni într-un mod negativ. Copilul devine atunci neliniștit, nervos sau vinovat, fără să știe cu adevărat de ce. El riscă să asocieze plăcerea cu vina.

Copilul de la trei ani și jumătate până la cinci ani continuă explorarea propriului corp. La această vârstă, este frecvent ca baieteii și fetele să își compare anatomia, de exemplu atunci când fac baie. Educatoarele și părinții trebuie să accepte aceste comportamente ca fiind complet normale. În loc să facă comentarii, este preferabil să răspundă simplu la întrebările copiilor și să îi dirijeze către alte activități.

Înspre vârsta de trei ani și jumătate, copilul se interesează în relația părinților de ceea ce privește obiceiurile de somn, de mers la toaletă etc. Tatăl devine obiectul dragostei fiicei, iar mama cel al băiatului.

Între patru și cinci ani, copilul trăiește într-o lume imaginară. Acesta este *stadiul inițiativei versus culpabilitate și stadiul falic*. În acest stadiu,

copilului îi e teamă că va fi pedepsit pentru visele sau fantezmele sale cu caracter erotic.

La vârsta școlară, copilul își dezvoltă mult interesul pentru sexualitate și pentru funcțiile de reproducere. Acest lucru se face în paralel cu lărgirea evantaiului său de cunoștințe. Întrebări despre naștere sunt puse frecvent. Un alt fenomen tipic acestei vârste este separarea sexelor; vorbim despre faza homosexuală a dezvoltării. În timpul acestei perioade, copiii de același sex pot să își împărtășească descoperirile genitale. Ideea că tot ceea ce are legătură cu organele genitale este rău, poate fi întărită în urma acestor experiențe, dacă părinții reacționează exagerat.

3.3 Pubertatea și adolescența

Transformări biologice

Adolescența este fără îndoială perioada vieții în care schimbările de anatomie și de fiziologie sexuală sunt cele mai importante.

Iată o scurtă trecere în revista a acestor transformări la băiat:

1. Dezvoltarea penisului și a testiculelor
2. Creșterea părului pubian țepos ce devine repede creț
3. Schimbarea vocii
4. Ejacularea
5. Creșterea părului axilar și transpirația
6. Apariția bărbii.

La fată:

1. Dezvoltarea sânilor
2. Creșterea părului pubian mai întâi țepos, devenind repede creț
3. Prima menstruație
4. Creșterea părului axilar

Componente psihosociale

Mari adaptări psihologice însoțesc aceste numeroase schimbări fizice. Acceptarea modificărilor propriei imagini, ajustări la diverse nivele de energie, stabilirea identității de sine și rezolvarea conflictelor cu caracter sexual sunt tot atâtea adaptări de realizat.

Reacțiile la variațiile propriei imagini merg de la neliniște cu privire la procesul maturizării până la satisfacția de a avea un corp adult. Băieții sunt deseori neliniștiți cu privire la mărimea penisului și a testiculelor, corelând acest fapt cu virilitatea și cu performanța sexuală. Fetele sunt neliniștite de dezvoltarea sânilor lor și de apariția menstruației, de iregularitatea acesteia, mai ales dacă aceasta este diferită de ceea ce experimentează colegele lor. Adolescenții ar trebui informați că talia penisului și a sânilor nu are nici o legătură cu abilitățile funcționale și că este normal ca ciclul menstrual să fie neregulat în primul an. O percepție a emoțiilor cu caracter sexual însoțește aceste schimbări corporale. Aceste emoții trebuie de asemenea să fie integrate în acceptarea imaginii de sine.

A se adapta la diverse nivele de energie reprezintă o altă problemă importantă a adolescentului. O mai mare capacitate psihică, însoțită de comportamente impulsive sunt observabile la el. Aceste comportamente impulsive sunt necesare pentru a face față tensiunilor și neliniștilor legate de schimbările corporale. Odihna și somnul sunt foarte importante pentru a răspunde cerințelor creșterii. Activități calme precum lectura sau televizorul oferă un răgaz eforturilor fizice.

Stabilirea identității de sine poate fi derutantă și deconcertantă. De exemplu, stăpânirea corpului deprinsă în copilărie este zdruncinată de creșterea năvalnică și de apariția caracterelor sexuale secundare. Această perioadă duce însă la un nou statut și la o perioadă mai stabilă. La șaisprezece ani, adolescentul poate obține permisul de conducere, iar la optsprezece poate să voteze. Relațiile heterosexuale se dezvoltă și grupul de persoane de aceeași vârstă reprezintă o susținere excelentă. Pe parcursul acestei perioade de tranziție, adolescentul învață să își asume rolul de adult și să devină un membru productiv al societății.

Conflictele sexuale sunt dificil de rezolvat. Cultura occidentală le recunoaște adolescenților o maturitate psihică, însă nu le recunoaște dreptul de a trăi o sexualitate adultă. Ei experimentează puternice impulsuri sexuale pe care trebuie să le controleze. În perioada pubertății, masturbarea și observarea organelor genitale a celor de aceeași vârstă este încă frecventă, mai ales la băieți; este pur și simplu o etapă a dezvoltării. Aceste observații au ca scop compararea credințelor și a reacțiilor lor psihice cu cele ale altora. Activitățile heterosexuale sunt foarte variabile la această vârstă, mergând de la îmbrățișare și sărut, stimularea zonelor erogene, până la contactul sexual. Aceste conflicte sunt adesea exagerate de teama gravidității și a maladiilor cu transmitere sexuală.

3.4 Tânăr adult și adult de vârstă medie

Pe parcursul vieții adulte, sunt posibile un anumit număr de comportamente sexuale: activități heterosexuale și homosexuale, masturbarea și abținerea. Vârsta adultă este în mod obișnuit considerată ca fiind cea când se poate deveni părinte și cea a intimității cu un partener stabil. În același timp, fără a ține seama de modul de viață conjugal, comunal sau altul, relația sexuală este o componentă crucială a relațiilor interpersonale. Capacitatea de a oferi și de a primi o plăcere heterosexuală în cadrul unei relații stabile este o temă valorizată de către societatea noastră. Aici nu intră numai aspectul fizic al sexualității, ci și conceptul de sine ca ființa sexuală și care are un rol sexual.

Modificări biologice

Procesul biologic al îmbătrânirii începe la tânărul adult, pentru a se continua apoi progresiv. Schimbările psihice pot amenința imaginea și respectul de sine la cei care valorizează tinerețea mai presus de orice. Ridurile, depunerile de țesut adipos la nivelul taliei, părul alb și calviția reprezintă schimbări pe care unii le găsesc dificil de acceptat. Publicitatea având ca obiect vopselele pentru păr, cremele antirid și produsele împotriva calviției subliniază temerile de a pierde feminitatea sau masculinitatea odată cu vârsta.

În timpul acestei perioade, menstruațiile scad și apoi încetează. Glandele mamare se atrofiază în absența influxului estrogenic; vaginul se atrofiază, elasticitatea sa este mai mică și lubrifierea este întârziată. O terapie cu steroizi este deci benefică. La bărbat, erecția este mai puțin spontană, forța ejaculării mai mică și volumul lichidului seminal mai redus.

Aspect psihologic

Anumiți factori sunt direct legați de sexualitate în decursul primilor ani de vârstă adultă. Sarcina poate modifica imaginea de sine ca ființa sexuală. Pe întreg parcursul gestației, dorința sexuală a fiecăruia dintre parteneri licărește. După naștere, atenția consorțiilor este centrată pe noul născut mai degrabă decât a unuia pe celălalt. Mai târziu, prezența copiilor

care cresc diminuează ocaziile de intimitate pentru interacțiuni sexuale. Efortul psihic și stresul pe care adulții îl trăiesc la serviciu pot împiedica adesea dorința lor sexuală. Datorită diferitelor reacții sexuale la bărbat și la femeie, pot surveni neînțelegeri mutuale. În lumina acestor cunoștințe, cu cât unul dintre parteneri poate încerca să înțeleagă reacțiile unice ale celuilalt și cu cât își comunică mai mult unul altuia emoțiile, cu atât cresc șansele de reușită a vieții lor sexuale.

Interesul și activitatea sexuală scad progresiv la vârsta de mijloc. Totuși, activitatea sexuală continuă să aibă importanță și mulți au un contact sexual cel puțin o dată pe săptămână. Se crede că există o corelare directă între nivelul activității sexuale în perioada de tânăr adult și cea de la vârsta mijlocie. Sănătatea este un alt factor ce influențează activitatea sexuală. O operație mutilantă sau o maladie cardiacă, spre exemplu, pot să modifice funcția sexuală.

3.5 Persoana în vârstă

Contrar credinței populare, nevoia de exprimare sexuală și de intimitate există și la persoanele în vârstă. Viața sexuală a unui individ continuă adesea până după 80 de ani și anumite ajustări pot deveni necesare în cazul patologiilor cardiace și prostatice, a vaginitelor senile și a diabetului. Persoanele în vârstă sunt puse în fața situației de a avea grijă unul de altul și de a face fața doliului și văduviei. Interesul și activitatea sexuală pot persista până într-o optă sau a noua decadă de viață, în măsura în care sănătatea este convenabilă și un partener interesat este disponibil.

CAPITOLUL IV

STIMULAREA SEXUALĂ ȘI REACȚIILE FIZIOLOGICE

Stimularea sexuală

Stimularea sexuală poate fi de origine fizică sau psihică, reală sau imaginară și poate fi percepută de receptorii senzoriali ai văzului, auzului, mirosului și cei tactili.

4.1 Stimularea fizică

Stimularea psihică se referă la activitățile tactile, la presiune sau la contactul corporal. Receptorii nervoși transferă acești stimuli la măduva spinării și apoi la creier. O mare varietate de contacte corporale: mângâieri ale zonelor erogene, sărutări, stimularea sânilor, stimularea manuală a organelor genitale, stimularea oral-genitală, stimularea anală și durerea sunt implicate în stimularea psihică. Preludiul sau stimulările precoitale includ contactele fizice și mângâierile făcute cu scopul de a crește interesul și dorința erotică. Ele variază considerabil la nord-americani.

1. ZONELE EROGENE. Anumite regiuni ale corpului sunt bogate în terminații nervoase susceptibile de a declanșa dorința erotică atunci când sunt mângâiate. Organele genitale ale celor două sexe sunt, evident, foarte erogene. Alte părți ale corpului precum gura, urechile, sânii, spatele, fesele, anusul, gâtul, abdomenul și coapsele sunt considerate ca fiind zone erotice. La bărbat, în afară de organele genitale, principalele zone erogene sunt coapsele, buzele și urechile; la femeie, acestea sunt sânii, coapsele și urechile (Goldstein 1976:130). În afară de stimularea zonelor erogene, este important de înțeles procesul de adaptare rapidă a receptorilor tactili și a celor de durere. Aceste terminații nervoase se adaptează rapid, (1/100 secunde) atenuând în mod progresiv răspunsul în numai câteva secunde. Receptorii sensibilității tactile și cei ai presiunii răspund mai bine la variațiile de stimulare; dorința erotică poate deci să fie amplificată variind punctele de stimulare de la clitoris la sâni spre exemplu, mai degrabă decât de menținerea stimulării în același loc.

2. SĂRUTURI. Sărutul este specific ființelor umane pentru a ajunge la stimularea erotică iar tehnica poate varia prin utilizarea buzelor sau a limbii. El implică simțul tactil, gustul și mirosul. Utilizarea sărutului ca activitatea precoitală variază de la o cultură la alta. Anumite culturi valorizează mai mult contactele oral-genitale ca preliminarii.

3. STIMULAREA SÂNILOR. Dorința erotică este de asemenea atinsă prin stimularea manuală sau orală a sânilor. Multe dintre femei experimentează senzații de plăcere foarte mare ca răspuns la sucțiunea mameloanelor. Stimularea sânilor provoacă contracții agreabile ale regiunii pelviene, precum și eliberarea oxitocinei, hormon ce stimulează secreția laptelui și contracțiile uterine. Alăptarea este adesea asociată cu o plăcere sexuală putând să conducă chiar la orgasm la anumite femei. În timpul preludiului, stimularea sânilor poate să conducă la un înalt nivel de excitație erotică.

4.2 Stimularea psihică

Stimularea erotică prin miros, gust, auz, văz sau închipuire este considerată a fi o stimulare de origine psihică în ceea ce privește asocierea ei cu experiențe anterioare trăite, speranțe sau dorințe viitoare. Stimulii psihici pot fi mirosuri agreabile, atracții vizuale sau medii auditive.

1. MIROSURILE. Mirosurile corporale pot fi excitante sau chiar odihnitoare în anumite cazuri. Parfumurile ce au fost deja asociate cu experiențe sexuale agreabile, pot să declanșeze o dorință erotică.

2. ATRACȚIA VIZUALĂ. Lumina, culoarea, hainele, mersul pot deveni stimuli erotici. Între sexe, acești stimuli nu au toți aceeași valoare erotică. Bărbații sunt mai degrabă stimulați de fotografii ale unor persoane goale sau îmbrăcate, pe când femeile sunt mai atrase de teme romantice (oameni care se îmbrățișează) spre exemplu, de decor și de calitatea mediului.

3. MEDII AUDITIVE. Dorința erotică este deseori crescută de cuvinte și de muzică. Tinerii pot fi stimulați de muzică "rock" senzuală în timp ce adulții vor reacționa mai degrabă la cântece dulci sau la muzică simfonică. Stimulii auditivi sunt deseori asociați cu experiențe sexuale anterioare pozitive.

Reacții fiziologice

Reacțiile fiziologice fundamentale la stimularea sexuală sunt aceleași pentru toți indivizii, bărbați sau femei. Reacțiile psihologice și sociale sunt totuși foarte variabile de la bărbați la femei, între persoanele de același sex și la aceeași persoană în momente diferite.

4.3 Actul sexual

Actul sexual poate fi stimulant din punct de vedere fizic și gratificant din punct de vedere emoțional. Termenii coit și copulație sunt termeni frecvent utilizați și sunt sinonimi ai actului sexual. Cuvântul coit provine din latinul *coitio* și înseamnă "a se împreuna", *copulatie* provine de asemenea din latină și înseamnă "a se uni". Mai mulți termeni vulgari sunt de asemenea frecvent utilizați.

Pentru actul sexual, sunt folosite mai multe poziții: pozițiile față în față, "ea deasupra lui", "el deasupra ei" sau unul lângă altul, fiind cele mai des utilizate, pozițiile în picioare (ce permit o mare libertate de mișcare), pozițiile ventro dorsale. Numărul și varietatea pozițiilor utilizate de către un cuplu depinde de influențele sociale și de inhibițiile anterioare, de suplețea și de imaginația lor.

Având în vedere importanța stimulării clitoridiene la femeie, pozițiile unul lângă altul și "ea deasupra lui" sunt recomandate. Stimularea clitorisului poate fi de asemenea asigurată de poziția "el deasupra ei", dacă femeia se lasă puțin mai jos decât partenerul său. Penisul păstrează astfel contactul cu clitorisul în timpul penetrării și se îndreaptă înspre peretele posterior al vaginului mai degrabă decât înspre profunzimea acestuia.

Fiziologia actului sexual

Două modificări fiziologice importante apar în timpul actului sexual: vasodilatația (congestia vaselor sanguine) și miotonia (creșterea tensiunii musculare). Curba ciclului răspunsurilor sexuale se împarte în patru faze:

1. faza de excitație
2. faza de platou
3. faza orgasmică
4. faza de rezoluție

Faza de excitație începe pornind de la stimulii erotici și conduce la o învăluire senzorială progresivă asociată cu o puternică senzație de plăcere. Reacțiile fizice caracteristice acestei faze sunt:

La bărbat:

1. erecția penisului
2. tensionarea, îngroșarea și ridicarea scrotului
3. congestia și ridicarea testiculelor înspre perineu datorită scurtării cordoanelor spermatiche. Aceste simptome se datorează vasodilatației și influxului parasimpatic.

La femeie:

1. Tumefierea glandului clitoridian;
2. lubrifierea vaginală;
3. extensia și destinderea canalului vaginal;
4. separarea și aplatizarea buzelor mari;
5. colorarea în roșu a buzelor mici și a peretelui vaginal;
6. erecția mameloanelor, congestia glandei mamare în întregime.

Alte semne sunt frecvente în timpul acestei prime faze, cum ar fi creșterea ritmului cardiac, a presiunii arteriale proporțional cu intensitatea plăcerii și a tensiunii musculare la nivelul intercostalilor și al abdominalilor. Apariția *roșeții sexuale* la nivelul abdomenului la început și apoi la nivelul sânilor, al gâtului, al feței și al spatelui, este o caracteristică frecventă la femeie și este proporțională cu plăcerea și cu temperatura mediului.

Faza de platou este acea perioadă de tensiune și de plăcere sexuală intensă ce precede foarte aproape orgasmul. În timpul acestei faze, influența sistemului nervos simpatic este evidentă la ambele sexe. Ritmul cardiac urcă de la 100 la 175 de bătăi pe minut, ritmul respirator crește până la 40 de respirații pe minut la sfârșitul fazei, tensiunea sistolică se ridică de la 20 mmHg la 40 mmHg. Se produc serii de contracții musculare voluntare și involuntare, contracții semi-spasmodice ale mușchilor faciali și intercostali, contracții voluntare ale sfincterului anal ca tehnică de stimulare la ambele sexe. Răspunsurile sexuale ale acestei faze sunt:

La bărbat:

1. creșterea circumferinței penisului la nivelul coroanei glandului și schimbarea culorii glandului

2. creșterea cu 50% a volumului testiculelor și ridicarea acestora mai aproape de perineu
3. apariția câtorva picături de secreție mucoidă provenind din glandele lui Cowper
4. apariția unei roșeți sexuale la finalul fazei.

La femeie:

1. retragerea clitorisului sub prepuț
2. dezvoltarea platformei orgasmice la nivelul inferior al canalului vaginal și al buzelor mici. (Această platformă previne pierderea spermei după ejaculare și crește fricțiunea penisului)
3. ultima creștere în lungime și în lățime a canalului vaginal
4. schimbarea culorii de la roșu la roșu închis a buzelor mici
5. secreția unei picături sau două de substanță mucoidă
6. ultima umflare vasocongestivă a buzelor mari
7. ultima umflare a sânilor și a mameloanelor
8. roșeață sexuala întinsă pe întreaga suprafață a corpului.

Orgasmul reprezintă apogeul involuntar al tensiunii sexuale, provocând o relaxare fizică și psihică. Chiar dacă întreg corpul participă la orgasm, regiunea pelviană este centrul acestuia. Această fază este mai scurtă decât celelalte; ea nu durează decât câteva secunde și se caracterizează prin contracții spasmodice și ritmice ale organelor genitale. Ritmul cardiac, ritmul respirator și presiunea arterială cresc până la cel mai înalt nivel.

La bărbat, contracții explosive pe întreaga lungime a penisului survin după 0,8 secunde; frecvența lor este redusă după primele trei sau patru contracții. Procesul ejaculării poate fi împărțit în două faze. În prima fază, lichidul seminal este expulzat în uretra prostatică; în cea de a doua, sperma este expulzată înspre meatul uretral. Forța ejaculării scade după primele contracții explosive. Contracții ale canalelor deferente, ale epididimului, ale veziculelor seminale și ale prostatei se produc de asemenea în timpul orgasmului. În momentul ejaculării, sfincterul intern al vezicii se închide pentru a evita pătrunderea spermei.

La femeie, în jur de cinci până la douăsprezece contracții survin la nivelul platformei orgasmice în momentul orgasmului, cu o frecvență de mai puțin de o secundă la început, pentru ca apoi să scadă imediat în frecvență și intensitate. De asemenea, se contractă mușchii perineului și cei ai uterului. Există mari variații la femei în ceea ce privește tipurile de orgasm: orgasm

minor sau fază de platou ce fluctuează cu reacții slabe spre orgasm, orgasme multiple și orgasm unic comparabil cu cel al bărbatului.

Se pare că femeile au la primele experiențe sexuale orgasme minore, progresând înspre orgasme multiple și apoi către un orgasm unic, sau progresează de la orgasm unic către orgasme multiple.

Faza de rezoluție este perioada de revenire la normal. Durata sa este aproximativ egală cu cea a fazei de excitație. Mulți indivizi transpiră abundent, alții experimentează dorința de a dormi, o senzație de relaxare, dorința de a râde sau de a plânge. Imediat după orgasm, bărbații trăiesc o *perioadă refractară* în timpul căreia nu pot răspunde la stimuli erotici.

CAPITOLUL V

FUNCȚIILE SEXUALE ȘI DEREGLĂRILE EI

Dereglările sexuale constituie o problemă actuală cu aspect dublu – medical și social,determinată de frecvența înaltă,influența asupra relațiilor dintre soț și soție,acțiunea asupra capacității de muncă,conduita la serviciu și la domiciliu.Aceste stări patologice produc profunde emoții psihice și fizice,senzația de insatisfacție personală,provoacă stări conflictuale în familie.

Manifestările de bază ale sexualității normale la bărbați sunt:

- atracția sexuală
- erecția
- ejacularea
- orgasmul.

Pentru realizarea unui ciclu copulativ la bărbați este necesară interacțiunea următoarelor componente funcționale:

1. **Neurohormonale**,determinată de activitatea structurilor cerebrale profunde și de întregul sistem endocrin.Acest constituent determină puterea atracției sexuale și excitarea corespunzătoare a centrelor sistemului nervos, care reglează activitatea sexuală.
2. **Psihică**,legată de activitatea cortexului cerebral,ce determină direcția atracției sexuale,facilitează formarea erecției și realizează formele de activitate sexuală caracteristice sexualității umane.
3. **Erecțională** ,prezentată prin aparatul final de erecție,ce realizează compartimentul mecanic al actului sexual.

Ejaculaționala,bazată pe integrarea elementelor structurale,de la prostată cu elementele sale nervoase până la porțiunile paracentrale ale cortexului cerebral,realizează problema esențială biologică a întregii activități sexuale și eliminarea substratului masculin de procreație.

Un ciclu copulativ prevede interacțiunea comună a acestor componente.În lipsa acestei interacțiuni se dezvoltă unele stări patologice ,

care include în sindromul de dezintegrare ejacularea fără erecție, ejacularea fără orgasm, orgasmul fără ejaculare.

5.1 CLASIFICAREA SINDROAMELOR SEXOPATOLOGICE ALE DEREGLĂRILOR SEXUALE LA FEMEI

I. Dereglări ale constituenței neurohormonale

1. Dereglări ale funcției sexuale în cazurile de patologie a verigii cerebrale a constituenței neurohormonale:
 - sindromul hiposexualității hipotalamice
 - sindromul hipersexualității hipotalamice
 - sindromul lipodistrofiei hiper musculare.
2. Dereglările sexuale cauzate de afecțiunea funcției hipofizei:
 - hipopituitarism
 - hiperpituitarism.
3. Dereglări sexuale în afecțiunile ovariene.
4. Dereglări sexuale în afecțiunile suprarenalelor.
5. Dereglări sexuale în hipotiroidie.
6. Hirsutismul idiopatic.
7. Sindroame pluriglandulare primar-sexuale cu dereglarea dezvoltării sexuale.

II. Dereglări ale constituenței psihice

1. Frigiditatea primară psihologică.
2. Frigiditatea secundară (simptomatică) în cazurile psihozelor endogene.
3. Nimfomania.
4. Vaginismul.
5. Anorgasmia psihogenică.

III. Sindroame ale afecțiunii constituenței genito-segmentare

Dereglarea constituenței genito-segmentară în cazurile afecțiunilor ginecologice:

- dereglarea constituenței genito-segmentară în cazurile afecțiunilor inflamatoare ale organelor genitale interne;
- titularizarea secundară patogenetică.

Dereglările sexuale determinate de patologia verigii cerebrale a constituenței neurohormonale

Sindromul hiposexualității hipotalamice este unul din simptomele sindromului hipotalamic. În stare izolată el poate fi rezultatul stărilor de stres din timpul nașterii, operațiilor obstetrico-ginecologice, hemoragiilor masive.

Acest sindrom se manifestă prin diminuarea sau dispariția atracției sexuale prin dereglări de orgasm de tipul anorgasmiei relative.

Tratamentul este etiotrop, indicat de neurolog, terapia patogenetică fiind orientată spre stimularea funcției sexuale: polivitamine, desensibilizante, terapie hormonală diferențiată, în funcție de dereglările hipotalamo-hipofizare, și fizioterapie.

Sindromul hipersexualității hipotalamice se întâlnește mai rar decât sindromul hiposexualității.

Sindromul hipersexualității hipotalamice la femei decurge în forme de crize paroxismale, manifestându-se prin ridicarea bruscă a libidoului și excitării sexuale. Excitarea sexuală se asociază cu înrăutățirea stării generale: durere în regiunea hipogastrică, dereglarea micțiunii, simptome viscerale și vegeto-vasculare, hipertermie, pruritul pielii, astenii. Aceste femei suferă de pluriorgasme îndelungate, cu durata de 30-60 minute, care apar în urma acțiunii excitanților sexuali sau neadecvat, iar satisfacția obișnuită e de scurtă durată sau lipsește complet.

Diagnosticul se bazează pe manifestări sexuale caracteristice și tipice pentru sindromul diencefalic: simptome neurologice, ridicarea tensiunii intracraniene. Diagnosticul necesită radiografia șei turcești pentru excluderea tumorii hipofizare.

Terapia sindromului este etiopatogenetică. Se recomandă fizioterapie: electroforeza intranasală cu novocaină și bimedrol, electrosomon, băi iodobromice și cu radon. Poate fi administrată acupuntura. În complexul terapeutic se include psihoterapia.

Sindromul lipodistrofiei hipermusculare se întâlnește foarte rar și se asociază cu mărirea libidoului și excitabilității paralel cu ridicarea în sânge a nivelului STH și simptoamelor generale determinate de acesta. Necesită administrarea sedativelor, fizioterapie.

Deregări sexuale determinate de afecțiunile hipofizare

Deregările sexuale în *hipopituitarism* se dezvoltă în afecțiuni Simmonds și sindromul Sihen. Este indicată terapia etiopatogenetică și complexă (hormonală, vitaminică, fizioterapie).

Deregările sexuale în *hiperpituitarism* cel mai frecvent se întâlnesc în cazurile sindromului galactoree-amenoree. Deregările sexuale se manifestă prin diminuarea libidoului orgasm frecvent, sterilitate.

Deregări sexuale în afecțiunile ovariene

Afecțiunea ovarelor poate fi cauza unui hipogonadism primar sau secundar .

Terapia dereglărilor sexuale în cazurile hipofuncției ovariene constă în administrarea hormonilor. În hipoestrogenemie se indică microfolina cu administrarea progesteronului 1% câte 1 ml sau administrarea nonovlonului. În hiperestrogenemie efectul pozitiv se realizează prin administrarea androgenilor: metiltestosteronului câte 0,005 de trei ori sublingual în faza a doua a ciclului. Este eficientă și fizioterapia. În hiperestrogenemie se indică numai băi cu radon sau iodobromice.

Deregări sexuale în cazurile de afecțiuni ale suprarenalelor

Cele mai profunde dereglări sexuale au loc în cazurile hiperplaziei congenitale a cortexului suprarenalelor, cauzat de defectul de biosinteza a corticosteroizilor, favorizând hiperproducerea androgenilor și formarea incorectă a organelor genitale. Se creează disocierea între genotip și fenotip, la fetițele cu genotip feminin apar anomalii ale organelor genitale, are loc virilizarea organismului.

Dereglările sexuale în afecțiunile congenitale ale suprarenalelor sunt variate: lipsa atracției sexuale la unele paciente și sexualitatea sporită și precoce, cauzată de hiperandrogenism la altele.

Terapia acestor dereglări este etiotropică: chirurgicală - în cazurile genezei tumorale, în boala Itenko-Cushing - adrenalectomie uni sau bilaterală. În insuficiența suprarenală se indică terapia de substituție cu glucocorticoizi (prednisolon) în asociere cu inductotermia regiunii lombare.

Dereglări sexuale în hipotiroidie

Se caracterizează prin scăderea libidoului, frecvenței organismului, dereglări ale ciclului menstrual. Terapia este etiotropică.

Sindroame ale afecțiunii constitutive psihice. **Frigiditatea psihologică** se întâlnește frecvent, poate fi primară sau secundară. Frigiditatea primară se constată la femeile tinere, care nu au început viața sexuală. Mai des se întâlnește **frigiditatea sexuală secundară**, atunci când femeile constată scăderea treptată sau bruscă a libidoului, care are ca rezultat repulsia față de contactul sexual.

Cauzele frigidității secundare sunt multiple, cel mai des fiind rezultatul lipsei orgasmului cauzat de potență nesatisfăcătoare a soțului. În unele cazuri ea poate fi un simptom al dereglărilor psihice și a schizofreniei.

Simptomul esențial al frigidității este lipsa completă a libidoului, lipsa necesității satisfacției sexuale.

Metoda terapeutică de bază este terapia hipnosugestivă. În cazurile frigidității pe fondul anorgasmiei rezultate eficiente are antrenamentul psihoerotic al cuplului care contribuie la pregătirea emoțională a femeii și la apariția libidoului. Totodată se indică vitamine, stimulatoare ale sistemului nervos, preparate hormonale și proceduri fizioterapeutice: tocoferol acetat 20% câte o capsulă de 2 ori/zi în asociere cu retinol acetat o capsulă o dată pe zi timp de 20-30 de zile sau polivitamine. Se administrează tinctura de jensen, eleuterococ 20-30 picături pe zi. Preparat hormonal se indică în cazurile de infantilism sexual, dereglarea ciclului sexual afecțiuni endocrine conform schemelor specifice pentru aceste afecțiuni. Din procedurile fizioterapeutice efect benefic de stimulare a libidoului au spălăturile cu apă minerală și de mare, dușul carbonat ascendent, acupunctura.

Nimfomania sau manifestarea sindromului hipersexual la femei se întâlnește rar. Este cauzată de psihoze endogene și stări depresive de tipul

neurozelor.În nimfomanie are loc sporirea atracției sexuale cu caracter de subsecducție,în unele cazuri libidoul se mărește până la necesitatea în coitus o dată pe zi sau de câteva ori.

Terapia nimfomaniei este tot timpul etiopatogenetică.În calitate de preparate ce micșorează libidoul și excitabilitatea se administrează unele neuroleptice-aminazină în doze de 50-100mg,meleril,sonopax.Femeilor tinere li se indică camfora monobromică în doza zilnică 2,0-3,0.Este eficienta fizioterapie:băi iodobromice și electrosomon.Tratamentul include psihoterapia.

Anorgasmia psihogenă este forma cea mai frecventă a dereglărilor psihosexuale,fiind considerată o dereglare funcțională,fără substrat organic și vreun viciu fizic. Ea se constată în cazurile frigidității sau disarmoniei în relațiile sexuale ale soților.În funcție de cauze anorgasmia absolută poate fi constituțională , netraditională , psihogenică și simptomatică .Metoda terapeutică de bază a anorgasmiei psihogenice este psihoterapia și în special autotreningul,care include instruirea femeii în efectuarea a două exerciții: autosugestia senzației de relaxare morală,fizică și căldura autoinsuflării dorinței și plăcerii intimității sexuale.

Ca tratament,administrarea polivitaminelor,preparatelor excitante ale sistemului nervos central.

Vaginismul poate fi atribuit la dereglările constituentei psihice,dar și la dazadaptările sexuale.Se manifestă prin contracția spastică a mușchilor vaginului și a diafragmului pelvian.Spre vaginism sunt predispuse femeile care au suferit de infantilism genital.De regulă,vaginismul se constată la femeile fricoase.

Simptomul de bază al vaginismului este contracția spastică a mușchiului constrictor al vaginului,diafragmului pelvian,peretelui abdominal și coapsele.

Terapia vaginismului este psihoterapeutică,cea chirurgicală fiind ineficientă.Terapia psihoterapeutică include 10 elemente: anamneza amănunțită și aprecierea caracterului psihogeniei,convorbirea despre vaginism,convingerea femeii, că tratamentul va fi indolor,gimnastica coapselor,gimnastica respiratorie a peretelui anterior abdominal,eliminarea fricii,examenul perrectum,dilatarea orificiului himenului,omezirea intrării în vagin cu soluție de dicaină 2%.

Dereglările sexuale ale constituenței genito segmentare în cazurile de afecțiuni ginecologice

Este eficient masajul ginecologic, vibromasajul. În cazurile de anorgasmie în afecțiunile inflamatoare ale organelor genitale interne sunt indicate spălături cu ape sulfurice, băi cu săruri, bule de aer, dușuri minerale. Din preparatele medicamentoase se indică psiho stimulatorii.

5.2 OVARUL POLICHISTIC VIRILIZAT

Este o formă de intersexualitate ovariană tardivă, pubertară sau postpubertară, însumând clinic:

- sindrom de androgenizare;
- sindrom de insuficiență ovariană;
- sindrom psiho-comportamentală.

Sindromul de androgenizare

Virilismul tegumentar

Modificările calitative ale tegumentelor, în special ale celor acoperite cu păr, se prezintă astfel:

- tegumentele sunt mai groase, mai puțin elastice și mai seboreice;
- tegumentele acoperite cu păr sunt lipsite de netezime, grunjoase;
- acneea și comedoamele pe față, pielea spatelui și uneori pe piept sunt frecvente.

Virilizare vocii

Virilizarea vocii este frecventă, dar inconstantă; scăderile tonalității tind către registrul masculin.

Virilizarea organelor genitale externe

Se potreg modificări de tipul:

- hiperpigmentările labiilor
- hipertrofiei clitorisului, mai mult sau mai puțin importante

Virilismul pilar

Este elementul semiologic cel mai izbitor prin ineditul său-dezvoltarea la femeie a unei pilozități evocând caracteristicile pilozității masculine.

Semiologic se înregistrează modificări ale pilozității ce interesează: zonele de distribuție,cantitatea și calitatea părului.

Zonele de distribuție

Virilizarea pilară poate fi:

-generalizată pe toate teritoriile de distribuție caracteristice pilozității masculine

-zonală,numai unul sau unele din aceste teritorii

-regională,pe teritorii numai din partea superioară sau numai din partea inferioară a corpului.

Pilozitatea facială poate fi distribuită pe întreaga față sau numai pe buza superioară,obraji,regiunea mentonieră.

Pilozitatea regiunii anterioare a toracelui se limitează la regiunea presternală sau peiareolară.

Pilozitatea spatelui se poate distribui pe întreg spatele sau interscapular.

Pilozitatea abdomenului se unește cu pilozitatea pubiană,desenând rombub pubo-abdominal caracteristic masculin.

Pilozitatea poate cuprinde coapsele în totalitate sau numai fața lor internă sau externă.

Modificări cantitative

Pe zonele de pilozitate androgenizată,densitatea pilozității se modifică diferit:

-fire răzlețe sau pilozitate rară

-pilozitate cvasinormală

-pilozitate densă,fără a depăși zonele de distribuție a pilozității-*hipertricoza*

-pilozitate densă care depășește zonele normale,interesând deci și acele zone în care în mod normal părul este rar și debil-*hirsutism*.

Modificări calitative

Firul de păr androgenizat este brun,gros,rezistent la smulgere,drept sau creț,rigid,lucios.

Sindromul de insuficiență ovariană

Sânii: dacă sindromul survine în timpul pubertății, sânii nu se dezvoltă sau se dezvoltă insuficient.

Într-un număr relativ mic de cazuri se constată *galactoree* uni- sau bilaterală, provocată sau spontană.

Organele genitale externe devin hipoplazice:

- în cazul virilismelor pubertare organele genitale externe pot rămâne infantile

- în cazul virilismelor tardive, organele genitale externe involuează.

Menstruația

În virilismele ovariene pubertare, menstrele nu apar niciodată - *amenoree primară*; în cazul virilismelor postpubertare, menstrele apar la vârsta normală a pubertății sau mai târziu, sunt neregulate, apoi se răresc, devin spaniomenoreice și termină prin a se suspenda de timpuriu - *amenoree secundară*.

Virilizarea ovariană determină, prepubertar, un sindrom de *feminizare deficientă*, iar postpubertar, un *sindrom de defeminizare*.

Sindromul psiho-comportamental

Modificările psihice și comportamentale din virilism au dublu aspect:

- tulburări de tip nevrotic-depresiv, consecința a complexelor de frustrare, de inferioritate, de infirmitate, determinate de înfățișarea inestetică
- tulburări de psiho-androgenizare capabile să modifice comportamentul feminin, orientându-l spre agresivitate, creșterea inițiativei.

Semiologia paraclinică

Examenul ginecologic.

Explorarea palpatorie a ovarelor poate furniza date variate ca:

- ovare mărite de volum uni- sau bilateral, netede sau boselate, cu consecința normală sau dure, examen confirmat și prin ecografie.

- ovare cu volum normal, aparent nemodificate.

Examenul histopatologic al ovarelor evidențiază modificări caracteristice:

- capsula neregulată, groasă sau subțire
- numeroase formațiuni chistice
- stromă proliferată sau nu
- modificare citologică în sensul unei luteinizări a celulelor tecale și stromale.

Elementele caracteristice sunt:

- Testosteronul plasmatic are valoare crescută care depășește pe cel a femeii normale
- Estrogenii și progesteronul scad în perioadele de amenoree sau variază în raport cu fazele ciclului la bolnavele la care menstrele persistă.
- 17-Cs-3 fracțiuni-crește semnificativ fracțiunea A-E fie ca valoarea absolută, fie ca valoare relativă
- prolactina uneori crescută
- ruperea raportului FSH/LH în favoarea LH-ului
- hiperglicemia provocată cu aprecierea rezistenței la insulină

Metode și mijloace terapeutice

În terapia OPV se folosesc următoarele metode:

- terapia chirurgicală ce are drept scop eliminarea chisturilor ovariene
- terapia medicamentoasă care trebuie să fie supresivă și substitutivă
- terapia combinată-chirurgicală și medicamentoasă
- terapia cosmetică-necesară în cazul ineficienței altei metode ca mijloc de completare a lor, în scop estetic.

Controlul producției și activității biologice a androgenilor se asigură prin:

a) supresia ovariană și hipofizaro-estro-progesteronică-combinații în proporții fiziologice de estradiol cu derivații progesteronice.

b) supresia hipotalamo-ovariană-estroantiandrogenică-combinații de etinilestradiol cu cyproteron acetat, păstrând proporția funcțională a EE2.

Dozele de cyproteron acetat folosite sunt între 2 și 50mg zilnic, în funcție de intensitatea procesului de virilizare-cel mai frecvent 10mg/zi-combinat cu etinilestradiol 0,035-0,05mg/zi, timp de 21 de zile, începând din a cincea zi a ciclului.

Motivația este dată de acumularea cyproteronului acetat în țesutul gros, unde rămâne activ încă 10-14 zile de la administrare:

- din a 5-a zi până în a 24-a zi a ciclului se administrează 50mg de cyproteron acetat asociat cu cel de 17-estradiol natural percutan, în regiunea suprapubiană și sublombilicală.

Produse comerciale:

Androcur(Cyproteron acetat)(Schering-tabl.a 10,25 și 50mg)

Andocur-fiole a 100,300mg

Diane-tabl.(Cyproteron acetat 2 mg-Etinilestradiol 0,05mg)

Gynofen-tabl.(Cyproteron acetat 2mg-Etinilestradiol 0,05 mg)

Diane 35 tabl.(Cyproteron acetat 2 mg-Etinilestradiol 0,035 mg)

După tratamentul antiandrogenic cu Cyproteron acetat se constată:

- diminuarea după o lună a seboreei și acneei și dispariția lor după 3 luni-prin atrofia glandelor sebacee

- virilismul părăsește semne de involuție după 6 luni

- după 6-9 luni de tratament apare o modificare semnificativă în mărimea dimensiunilor ovarelor, care devin normale după 16-18 luni

- după 12-18 luni de la întreruperea tratamentului apar cicluri ovulatorii și devine posibilă sarcina.

c) Blocarea hipersecreției de prolactină (PRL) se impune terapeutic doar la cazurile la care s-a evidențiat excesul său.

Se folosește bromergocriptina(2,5-10mg/zi) - agonist dopaminergic - sau dopamina care scade nivelul crescut de LH și producția excesivă de androgeni, normalizând nivelul prolactinei.

d) Inducerea ovulației și stimularea fertilității se realizează în procent foarte ridicat aplicând schemele terapeutice enunțate.

Tratamentul cosmetic are o deosebită importanță, deoarece reprezintă unica terapie în cazul multor bolnave cu virilism pilar. Cel mai frecvent însă reprezintă continuarea sau combinarea cu tratamentul hormonal. Prin metode cosmetice se realizează extirparea părului existent, iar prin tratamentul hormonal se împiedică apariția și creșterea altuia nou.

Cel mai eficient tratament estetic este epilarea electrică-electroliza-facută după 2-3 luni de tratament inhibitor hormonal.

Mijloacele terapeutice medicamentoase induc normalizarea dimensiunilor ovarelor și diminuarea chisturilor și fac posibilă sarcina,efecte care se mențin pe perioada tratamentului și un anumit timp după aceea.Procesul este legat de tipul de tratament urmat,cele mai bune rezultate dându-le combinațiile de estrogeni cu antiandrogeni.

Orice mijloc terapeutic are doar efect paleativ.La întreruperea tratamentului reapar fenomenele de androgenizare,cel mai rapid după estro-progestative-cca 9-12 luni;după decorticare-la 18-24 luni;după antiandrogeni durata este mai lungă-peste 2 ani.Nu există un tratament radical etiopatogenetic.

5.3 DEREGLĂRI SEXUALE LA BĂRBAȚI

Dereglarea erecției constă în lipsa sau insuficiența măririi în volum și consistență a penisului,ceea ce îngreunează sau face imposibil coitusul.Dereglările pot fi primare ,atunci când se constată de la începutul vieții sexuale,sau secundare,când apar după o perioadă de relații sexuale normale.Dereglările de erecție pot influența puternic sfera emoțională a bărbaților,ducând la frustrare,depresie.

Dereglările organice apar din cauza anomaliilor sau afecțiunilor genitale de exemplu,dezvoltarea insuficientă a organelor genitale,indurația plastică a penisului,consecințele traumatismelor,inflamațiile care provoacă durere la erecție,penetrație sau ejaculare;dereglările neurologice afecțiunile sistemului nervos central al regiunii lombaro-sacrale;afecțiunile endocrine;dereglările vasculare.

Dereglările sexuale funcționale pot apărea din mai multe cauze psihogenice:

1. factorii situaționali.Condiții nesatisfăcătoare pentru desfășurarea corectă a coitusului (lipsa izolării complete,posibilitatea apariției unei persoane străine,frica de sarcina posibilă).
2. emoțiile traumatante.Este vorba despre emoțiile neplăcute,legate de actul sexual din trecut.
3. problemele legate de parteneri.Problemele relațiilor dintre parteneri,prezența conflictelor,acești factori pot contribui la dereglarea potenței.
4. particularitățile individuale ale bărbaților.Este vorba despre persoanele ipohondrice cu autocritică majoră,cu psihopatii diverse.

5. dereglările și afecțiunile psihice. Stările de surmenare, oboseală, depresie provoacă dereglarea erecției. În cazurile de depresie este necesar să se clarifice ce este primar-ipotenta sau depresia.

Tratamentul de bază al dereglărilor funcționale include psihoterapia, deși deseori se folosește și terapia medicamentoasă. Pentru stimularea reactivității sexuale, se indică preparate ce conțin testosteron. Deasemenea se indică iohimbin, preparate ce ameliorează vascularizația penisului și sporește capacitatea de erecție. Agoverinul se administrează câte 1-2 pastile înaintea contactului sexual sau câte o pastilă de trei ori pe zi. În timpul terapiei se interzice fumatul.

Ejacularea precoce se constată atunci când bărbatul nu poate prelungi contactul sexual mai mult de un minut. Actul sexual cu durata mai mică de cinci minute este numit coitus brevis. Ejacularea înainte sau în timpul emisiei poartă denumirea de ejaculatio anteraptas sau intraraptas.

Cauzele ejaculării precoce sunt:

1. frecvența joasă a contactelor sexuale, ceea ce conduce la ridicarea excitabilității.
2. frica și starea de îngrijorare în timpul coitusului legate de factorii externi sau de neliniștea din cauza condițiilor nefavorabile pentru desfășurarea contactului sexual sau cazurile relațiilor sexuale cu o soție ce suferă de frigiditate
3. factorii organici, de exemplu excitabilitatea locală majorată în cazul friului prea scurt sau în cazurile afecțiunilor cronice ale prostatei, ceea ce necesită tratament urologic
4. factorii constitutionali sunt cei mai frecvenți. În continuare este vorba de variabilitatea excitabilității sexuale, nivelul jos al treptei reflexului ejacuational.

Terapia medicamentoasă include administrarea în doze medii a anxioliticelor sau sedativelor. Din neurolepticele, care inhibă ejacularea se administrează pioridazină câte 25 mg cu o oră înainte de coitus, minitixen câte 2,3 pastile pe zi sau două pastile 1,2 ore pâna la contact.

Impotența

Impotența reprezintă incapacitatea de a obține sau de a menține o erecție pentru a realiza actul sexual. Mai multe cauze stau la baza impotenței și cele mai importante sunt de origine psihologică; printre altele, întâlnim teama de a nu putea reuși actul sexual, precum și oboseala și stresul de la locul de muncă, în familie, sau între relațiile interpersonale.

Tratamentul este realizat în funcție de cauza și în cazurile incurabile a fost experimentată metoda chirurgicală. Impotența de origine psihologică cere de obicei schimbări de atitudine din partea ambilor parteneri.

O serie de posibilități ne mai stau încă la dispoziție cu rezultate satisfăcătoare:

- **Medicația injectabilă intracavernos**

Este eficientă în peste 80% dintre cazurile de impotență organică sau psihogenă. Se realizează prin administrarea de papaverină în corpii cavernoși determinând o creștere a presiunii arteriale de la 40 la 150 mmHg în circa 30 secunde.

Papaverina acționează ca relaxant al musculaturii netede a pereților arteriolari.

Complicațiile acestui tratament sunt priapismul (care se combate cu epinefrină) și fibroza corpilor cavernoși.

- **Medicația care se administrează pe gură**

Ca medicament se administrează sildenafil - este un inhibitor de 5-fosfodiesteraza și prin aceasta crește activitatea oxidului nitric din corpii cavernoși. Ereecția apare după 30-90 min.

Alimentația bogată în grăsimi reduce absorbția medicamentului.

Este contraindicat la bolnavii care iau nitroglicerina, sau alte medicamente în compoziția cărora intră gruparea nitro.

Efectele adverse observate sunt: durerile de cap, indigestia și congestia feței, care cedează la întreruperea tratamentului.

- **Administrarea sub formă de geluri**

Topiglanul se aplică direct pe gland.Se găsește în medicamentele Alprostadil și Sepa ușor absorbabile prin tegumentele genitale.Alprostadilul este un component normal al spermei.

- **Aparate de vacuum-erecție**

Constau dintr-un cilindru plastic care se aplică în jurul penisului.După aplicarea presiunii negative cu un aparat special,penisul devine rigid datorită fluxului de sânge care se produce.Manevrarea lor este simplă și rezultate adesea excelente.

- **Implanturile**

Sunt de regulă obțiunea finală,recomandarea ce se face după epuizarea tuturor celorlalte metode de tratament.

Rezultate deosebită dau la pacienții cu impotența psihogenă.

CAPITOLUL VI

TULBURĂRILE SEXUALE ȘI DE IDENTITATE SEXUALĂ

Această secțiune conține:

- disfuncțiile sexuale
- parafiliile
- tulburări de identitate sexuală.

6.1 Disfuncțiile sexuale

Sunt caracterizate prin perturbări în dorința sexuală și în modificările psihofiziologice care caracterizează ciclul de răspuns sexual și cauzează detresa și dificultăți interpersonale notabile.

Disfuncția orgasmică

Disfuncția orgasmică poate fi primară sau de situație. Termenul *disfuncție primară* se aplică la o femeie care nu a ajuns niciodată la orgasm. *Disfuncția de situație* se aplică de preferință unei femei care a cunoscut orgasmul, însă care, în prezent, experimentează o perioadă non-orgasmică. *Frigiditatea* este o disfuncție la o femeie care nu reușește să obțină o plăcere sexuală satisfăcătoare.

Disfuncția orgasmică poate fi cauzată de droguri, de alcool, de vârsta și de deformarea organelor genitale. Etiologia este frecvent de origine psihologică precum ostilitatea între parteneri, frica sau vinovăția de a avea contact sexual sau folosirea unei tehnici nepotrivite. Terapia constă mai ales în dezvoltarea unor noi atitudini în ceea ce privește sexualitatea. Exerciții ale mușchilor perineului (exercițiile Kegel) tonifică musculatura pubo-coccigiană, crescând astfel șansele de a ajunge la orgasm.

Disfuncțiile sexuale includ:

- tulburările dorinței sexuale (dorința sexuală diminuată, aversiunea sexuală)
- tulburările de excitație sexuală (tulburarea de excitație sexuală a femeii, tulburarea de erecție a bărbatului)

- tulburarea de orgasm (tulburarea de orgasm a femeii și a barbatului , ejacularea precoce)
- tulburările sexuale algice (dispareunia,vaginismul)
- disfuncția sexuală datorată unei condiții medicale generale
- disfuncția sexuală indusă de o substanță
- disfuncția sexuală fără altă specificație.

Diagnosticul diferențial al disfuncțiilor sexuale

Dacă disfuncția sexuală este considerată a fi cauzată exclusiv de efectele fiziologice ale unei anumite condiții medicale generale,dignosticul este cel de *disfuncție sexuală datorată unei condiții medicale generală*.Această precizare se bazează pe istoric,datele de laborator sau examenul somatic.Dacă disfuncția sexuală este considerată a fi cauzată de efectele fiziologice a unui drog de abuz,al unui medicament ori expuneri la un toxic ,diagnosticul este cel de *disfuncție sexuală indusă de o substanță*.

Tulburările dorinței sexuale

Dorința sexuală diminuată

Elementul esențial al dorinței sexuale diminuate îl constituie o deficiență sau absență a fanteziilor sexuale și a dorinței de activitate sexuală.Dorința sexuală diminuată poate fi globală și cuprinde toate formele de manifestare sexuală sau poate fi situatională și limitată la un partener sau la o anumită activitate sexuală.

Aversiunea sexuală

Elementul esențial al aversiunii sexuale îl constituie aversiunea față de/și evitarea contactului sexual genital cu un partener sexual.Aversiunea față de contactul genital poate fi centrată pe un anumit aspect al experienței sexuale (de exemplu,secrețiile genitale,penetrația vaginală).

Tulburările de excitație sexuală

Tulburarea de excitație sexuală a femeii

Elementul esențial al tulburării de excitație sexuală a femeii îl constituie incapacitatea recurentă sau persistentă de a atinge sau de a menține până la realizarea activității sexuale un răspuns adecvat la lubrefiere-umectare al excitației sexuale. Răspunsul de excitație constă în vasocongestia pelvisului, lubrifierea și expansiunea vaginului și umectarea organelor genitale externe.

Tulburarea de erecție a bărbatului

Elementul esențial al tulburării de erecție al bărbatului îl constituie incapacitatea recurentă sau persistentă de a atinge sau de a menține până la realizarea activității sexuale o erecție adecvată.

Elemente și tulburări asociate

Dificultățile erectile din tulburarea de erecție a bărbatului sunt asociate frecvent cu anxietatea sexuală, teama de eșec, preocupări în legătura cu funcționarea sexuală și o scădere a sentimentului subiectiv de excitație și plăcere sexuală. Disfuncția erectilă poate rupe relațiile maritale sau sexuale existente și poate fi cauza mariajelor neconsumate și a infertilității. Aceasta tulburare sexuală poate fi asociată cu dorința sexuală diminuată și cu ejacularea precoce.

Tulburări de orgasm

Tulburarea de orgasm a femeii

Elementul esențial al tulburării de orgasm a femeii îl constituie întârzierea sau absența recurentă sau persistentă, a orgasmului, după o fază de excitație sexuală normală.

Tulburarea de orgasm a femeii poate afecta imaginea corporală, stima de sine sau satisfacția relatională. Conform unor studii controlate, capacitatea orgasmică nu este corelată cu dimensiunea vaginului sau cu forța mușchilor pelvini. Deși femei cu leziuni ale măduvei spinării, îndepărtarea vulvei sau excizia și reconstrucția vaginului, au relatat că ajung la orgasm. În general, însa condițiile medicale generale, ca diabetul și cancerul pelvin, este foarte posibil să altereze faza de excitație a răspunsului sexual, lăsând capacitatea orgasmică relativ intactă .

Tulburări sexuale dureroase

Dispareunia

Elementul esențial al dispareuniei îl constituie durerea genitală simțită în timpul unui act sexual. Aceasta se poate datora unei lubrefieri insuficiente, unei infecții vaginale, unor cicatrice sau unei dereglări hormonale. Tratamentul este în funcție de cauză. Ea poate apărea atât la bărbați, cât și la femei, înainte sau după contactul sexual. La femei, durerea poate fi descrisă ca superficială, în cursul intromisiunii, sau ca profundă, în timpul pătrunderii penisului.

6.2 Parafiliile

Sunt caracterizate prin dorințe sexuale intense, fantezii sau comportamente recurente care implică obiecte, activități și cauzează suferința sau deteriorare semnificativă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

Parafiliile includ:

- exhibiționismul
- fetișismul
- froteurismul
- pedofilia
- masochismul sexual
- sadism sexual
- fetișismul transvestit
- voyeurismul
- parafilia fără altă specificație.

Exhibiționismul

Focalizarea parafilică în exhibiționism implică expunerea organelor genitale proprii unui străin. Fanteziile, impulsurile sexuale sau comportamentele cauzează detresă în domeniul social, profesional sau în alte domenii importante de funcționare.

Fetișismul

Focalizarea parafilică în fetișism implică utilizarea de obiecte inerte (“fetișuri”, lenjerie feminină).

Froteurismul

Focalizarea parafilică a froteurismului implică atingerea și frecarea de o persoană care nu consimte.

Pedofilia

Focalizare parafilică a pedofiliei implică activitatea sexuală cu un copil prepubescent (în general, în etate de 13 ani sau mai mic).

Masochismul sexual

Focalizarea parafilică a masochismului sexual implică actul (real nu simulat) de a fi umilit, legat sau făcut să sufere în alt mod.

Fetișismul transvestit

Focalizarea parafilică a fetișismului transvestit implică travestirea. De regulă, bărbatul cu fetișism travestit ține o colecție de îmbrăcăminte feminină pe care o utilizează intermitent pentru travestire.

6.3 Tulburările de identitate sexuală

Sunt caracterizate printr-o identificare puternică și persistentă cu sexul opus, asociată cu disconfort persistent referitor la propriul sex atribuit.

6.4 Tulburarea sexuală fără altă specificație

Este inclusă pentru codificarea funcționării sexuale care nu este clasificabilă în nici una din categoriile specifice. Noțiunile de deviere de la standardele de funcționare sexuală și conceptele de rol corespunzător genului pot varia de la cultură la cultură.

CAPITOLUL VII

PROBLEME LEGATE DE PATOLOGIE

7.1 Situații medicale

Maladiile cardiace și diabetul sunt două patologii pe termen lung. Impotența poate deveni o problemă la bărbatul diabetic și tratamentul va fi hormonal.

În urma unui infarct miocardic, anumite persoane se tem să reia activitățile sexuale având în vedere creșterea importantă a ritmurilor cardiace și respiratorii. Activitățile sexuale pot fi reluate după patru până la șase săptămâni după infarct. Creșterea ritmului respirator și cardiac se încadrează atunci în limitele capacității cardiace. Un program gradual de exerciții fizice ameliorează toleranța cardiacului la efort și la activitatea sexuală. Pentru victimele maladiei coronariene, poziția "ea deasupra lui" este mai puțin obositoare. Cuplurile trebuie să se obișnuiască cu poziții care cer mai puțin efort, deși utilizarea pozițiilor obișnuite poate fi mai puțin stresantă decât învățarea altora noi.

Traumatismele măduvei spinării pot cauza probleme deosebite. În funcție de gravitatea traumatismului, paraplegicii pot fi puternici și fertili. Unii pot avea erecție prin stimulare locală, prin stimulare psihică, în timp ce alții nu pot avea erecție reflexogenă sau psihogenă. Cei traumatizați și familiile lor trebuie să realizeze adaptări foarte complexe. Este necesară susținerea de programe de reabilitare și de consultații.

7.2 Situații chirurgicale

Conceptul imaginii de sine este în mod suportabil zdruncinat de intervenții chirurgicale precum mastectomia, histerectomia sau enterostomia. Reacțiile la modificările corporale ale persoanei iubite afectează mult operatul în ceea ce privește acceptarea imaginii sale corporale. Sexualitatea este influențată de imaginea pe care o persoană o are despre ea însăși; acesteia îi poate fi rușine dacă o altă persoană îi vede corpul după o operație mutilantă. Pierderea unui organ genital poate fi interpretată ca o incapacitate de a avea relații sexuale chiar dacă organele direct legate de actul sexual sunt intacte.

O cunoaștere justă și precisă este importantă pentru a se evita neînțelegerile. Cuplul sau partenerul au uneori nevoie de susținere pentru a-și exprima sentimentele și pentru a dezvolta atitudini pozitive în ceea ce privește viața lor sexuală.

Pierderea unui sân este adesea asociată cu teama de a pierde feminitatea. Importanța pe care o femeie o acordă unei astfel de pierderi reflectă importanța valorizării aparențelor fizice.

Partenerii pot avea nevoi de susținere pentru a exprima ceea ce simt cu privire la o mastectomie. Anumiți bărbați se simt dezgustați la vederea cicatricei, alții se tem să nu facă rău partenerei dacă se angajează într-o activitate sexuală. Dacă relația preoperatorie era una de ajutor reciproc și de încredere, cuplul găsește adaptările postoperatorii mai puțin dificile.

7.3 Evaluarea asistentei medicale în cazul problemelor sexuale

Pentru a evalua problemele sexuale reale sau potențiale, asistenta trebuie să dezvăluie anumite indicii furnizate de către pacient sau de către familia acestuia. Iată câteva. Pacientul:

1. pune întrebări despre activitățile normale
2. menționează că a primit o educație sexuală rigidă
3. califică problemele sexuale ca fiind murdare, indecente sau dezagreabile, însa esențiale vieții conjugale
4. îl preocupă locul pe care ar trebui să îl ocupe sexualitatea
5. se percepe ca fiind puțin atrăgător
6. dezvăluie informații despre un viol anterior, despre o sarcină în afara căsătoriei, despre un incest, despre o experiența homosexuală sau despre un avort
7. vorbește în mod negativ despre partenerul său sexual
8. încearcă senzații de plictiseală, oboseală și o lipsă de interes față de activitățile sexuale după o boală.

7.4 Intervențiile asistentei medicale în cazul problemelor sexuale

Intervențiile asistentei în cazul problemelor sexuale se situează la patru nivele: analizarea datelor, orientarea pacientului, consilierea și instruirea.

Analizarea datelor

Pornind de la date primite în timpul interacțiunilor cu pacientul său cu familia acestuia, trebuie identificat dacă este vorba de probleme reale sau potențiale. Pacienții care prezintă probleme sexuale au adesea nevoie să recurgă la sexolog sau la medic. Cererea de consultație trebuie atunci să continue cuvintele clientului, spre exemplu "sunt dezgustat de relațiile sexuale" mai degrabă decât "nu este interesat de relațiile sexuale". O dată depășită această etapă, sentimentele și atitudinile pot deveni pozitive.

Oamenii câteodată primesc informații false, ca de exemplu, eficiența usturoiului ca contraceptiv dacă este consumat în timpul meselor. Infirmierele trebuie să ofere informații clare și juste pentru a înlocui credințele fără fundament și pentru a prinde ocazia de a aduce asigurări și susținerea clientului.

Consilierea

Rolul asistentei medicale în ceea ce privește consilierea în problemele sexuale constă în a oferi ajutorul necesar pacientului pentru ca acesta să-și exprime și să-și clarifice sentimentele și să furnizeze informații corecte, permițând rectificarea informațiilor false .

Pacienții și familiile acestora cărora li se oferă posibilitatea de a-și exprima sentimentele într-un mediu propice , pot fi ajutați să le accepte și să asocieze cu experiențe prezente sau trecute. O dată depășită această etapă, sentimentele și atitudinile pot deveni pozitive.

Învățământ

Copiii, adolescenții și adesea și adulții au nevoie de educație sexuală. Serviciile comunitare distribuie pliante cu acest subiect. Unele școli au programe de educație sexuală susținute de către o asistentă. Fie ca acest învățământ este colectiv, fie că este individual, rolul infirmierei este foarte important.

CAPITOLUL VIII

INVESTIGAȚII ȘI EXAMINĂRI ÎN TULBURĂRILE SEXUALE

Date subiective

Bărbații și femeile care se prezintă singuri la examinare sau care au o anumită problemă genitală trebuie să ofere o anamneză completă a problemei. Unele persoane care la început par să nu aibă simptome care să indice implicarea organelor de reproducere pot fi descoperite a avea o problemă a sistemului genital.

Examinarea fizică

Atunci când pacienții se prezintă singuri la control sau pentru că au o anumită problemă la tractul genital, o examinare fizică completă este imperativă. Bărbații trebuie examinați rectal, și femeile pelvic și la sân. Părțile genitale ce sunt apreciate include greutatea și înălțimea pacientului, constituția corpului, glanda tiroidă, tensiunea arterială, pulsul și urina pentru proteine, glucoza și bacterii.

Pregătirea pacientului include informarea de către asistenta asupra pacientului referitor la ce va fi făcut, de către cine și când, ce trebuie să facă pacientul și ce poate face pacientul pentru a fi mai relaxat și mai confortabil în cursul examinării.

8.1 Examinarea organelor genitale externe

Pentru a evita unele greșeli posibile de diagnostic, înainte de examinare bolnava se pregătește minuțios, ținând cont de evacuarea vezicii urinare și a rectului. Adesea o vezică plină este apreciată ca o tumoră. Nu se recomandă a se face spălături vaginale cu cel puțin 24 ore înaintea examenului genital, pentru a nu se produce erori de diagnostic în ceea ce privește examenul secreției vaginale.

Prin examinarea regiunii vulvare și a perineului vom stabili:

1. existența unor anomalii congenitale:hipoplazia vulvară, hipertrofia clitoridiană,malformațiile prin intersexualitate
2. dezvoltarea pilozității,clitorisului,labiilor mari și mici, gradul de pigmentare al regiunii vulvare
3. aspectul mucoaselor labiilor mici și al vestibulului vaginal, hipertermia, edemul, prezența secrețiilor patologice ale eventualelor excoriații,leziuni sângerânde
4. existența unor dermatoze:piodermie,vitiligo
5. mărimea distanței ano-vulvare de la comisura posterioară vulvară până la orificiul anal, prezența de cicatrice perineală.

Examenul cu valve sau cu speculul

Permite examinarea porțiunii vaginale a colului uterin și a peretilor vaginali și precede în mod obligatoriu tactul vaginal.

Secreția vaginală

Conținutul vaginal la femeia adultă sănătoasă are aspect alb-lăptos, în cantitate mică,fără miros,având rolul de a întreține umiditatea mucoaselor genitale.El reprezintă un transsudat al mucoasei vaginale și secreției cervico-uterine,flora microbiană saprofită.

PH-ul vaginal la femeia sănătoasă este acid.

Flora saprofită este reprezentată prin bacilul Doderleine, care împreună cu glicogenul și acidul lactic sunt factorii de protecție a vaginului de infecțiile ascendente.Prin alterarea autoapărării vaginului se produce o modificare a florei acestuia cu apariția unui exod leucocitar în secreția vaginală.

Tușeul vaginal

În cadrul examenului ginecologic se practică obligatoriu combinat cu palparea abdominală.Se examinează succesiv colul și corpul uterin,anexele, dacă sunt palpabile și fundurile de sac vaginale.

Palparea abdominală

Palparea abdominală este făcută cu scopul de a descoperi anomalii. Dacă o tumefiere abdominală poate fi simțită, ea este descrisă în relație cu poziția și cu orice organ pelvic sau abdominal, prin formă, dimensiune, consistență. Palparea trebuie să fie ușoară la început, fiind urmată de o palpăre mai profundă. Dacă pacientul acuză durerea, locul acesteia nu trebuie niciodată palpat primul.

Tușeul rectal

Combinat cu palparea abdominală reprezintă modalitatea de explorare clinică a organelor genitale interne la persoanele virgine.

Combinat cu palparea abdominală, tușeul rectal este deseori folosit în examinarea uterului retroversat, în precizarea caracterelor unor formațiuni pelvio-abdominale și a unor procese inflamatoare localizate în Douglas.

8.2 Examenul instrumental al organelor bazinului

Histerometria (sondajul uterului)

Permite măsurarea dimensiunii cavității uterine și orientează asupra direcției axului acesteia. Este utilă pentru determinarea nodulului miomatos submucos, structurii canalului cervical. Se practică cu ajutorul histerometrului gradat, respectând regulile de asepzie.

Biopsia exploratoare

Presupune prelevarea unui fragment de țesut de la nivelul colului în vederea examenului histopatologic, cu scop diagnostic.

8.3 Metodele endoscopice de examinare

Coloscopia

Este o metodă de investigare, ce permite inspecția și studiul dinamic al porțiunii vaginale a colului uterin și vaginului prin obținerea unor imagini mărite de 10-60 de ori cu ajutorul unui sistem optic numit colposcop.

Metoda devenind metodă de elecție în diagnosticul precoce al cancerului colului uterin, stările precanceroase și de fond.

Cervicoscopia

Este o metodă de examinare a endocolului. Se recomandă a combina această metodă de investigare cu colposcopia. Pereții canalului cervical se examinează, introducând canula cervicoscopului.

Colpomicroscopia

Realizează o mărire a leziunilor de 100-300 de ori; este încadrată în rândul tehnicilor de examen microscopic și permite studierea morfologiei celulelor epiteliale.

Histeroscopia

Este o metodă de vizualizare a suprafeței interne a uterului cu ajutorul metodei endoscopice și se indică în caz de hemoragii, amenoree și sterilitate de geneză necunoscută, anomalii de dezvoltare a uterului, polipi ai canalului cervical și ai cavității uterine.

Culdoscopia

Este o metodă de examinare directă a organelor cavității pelviene cu ajutorul unui dispozitiv optic, după instalarea prealabilă a unui pneumoperitoneu prin fornixul vaginal posterior.

Laparoscopia

Este o metodă endoscopică de inspecție a organelor cavității abdominale și a bazinului mic cu un sistem optic printr-un orificiu efectuat în peretele abdominal anterior și de intervenție chirurgicală fără laparotomie.

Intervențiile chirurgicale laparoscopice se extind în:

- tratamentul sterilității tubare și peritoneale
- sterilitatea trompelor
- ventrosuspensia uterului
- tratamentul sarcinii ectopice
- tratamentul endometriozei
- hiserectomie

Metode radiologice de examinare

Explorarea radiologică a organelor genitale feminine dispune de un număr mare de procedee.

Radiodiagnosticului cu folosirea substanțelor de contrast se aplică sub diferite forme:

1. *Pelvigrafiă gazoasă* este radiografia pelvisului;cu ajutorul acestei metode se pot vizualiza forma și topografia organelor genitale interne.
2. *Ginecografia* este asocioerea histerosalpingografiei cu pneumoperitoneul pentru a obține simultan conturul intern și extern al organelor genitale interne.
3. *Histerosalpingografia* este metoda care permite explorarea radiologică a organelor genitale interne (col,istm,uter,trompe) și a permeabilității cervico-utero-tubare.

Radiografia craniului

Este pe larg utilizată în practica ginecologică,mai ales în diagnosticul maladiilor neuroendocrine.

Examenul ultrasonografic (EUSG)

În diagnosticul ultrasonografic ginecologic este util bolnavelor obeze sau cu ascită,căroră examenul clinic le este dificil cât și celor cu mase pelviene multiple și/sau greu de individualizat.

Ecohidrotubația

Această metodă permite studierea dinamică a stării funcționale a trompelor uterine și mărește exactitatea de diagnostic al sterilității tubare.

Diagnosticul de laborator

Examenul bacterioscopic

Eliminările din segmentele inferioare ale tractului uro-genital se examinează bacterioscopic,cu scopul de a diagnostica maladiile inflamatoare ale organelor genitale și de a controla efectul curativ.În acest caz se examinează eliminările din colul uterin,uretra,se poate recolta frotiul glandelor Schene,glandelor vestibulare.

Examenul bacteriologic

Metoda de însămânțare a eliminărilor din tractul urogenital sau punctatului obținut în cazul maladiilor inflamatoare ale organelor bazinului mic se folosește pentru depistarea microflorei.

Examinarea bacteriologică este legată de apreciera sensibilității microflorei la antibiotice datorită căruia fapt folosirea eficienta a antibioticelor e posibilă doar în cazul alegerii lor corecte.

Diagnosticul citologic

Este folosit pentru determinarea funcției hormonale a ovarelor,cât și pentru aprecierea proceselor de fond,precanceroase și a tumorilor canceroase ale organelor genitale.

Teste clinice pentru aprecierea stării functionale a ovarelor

Pe lângă metodele cantitative de apreciere, starea funcțională a ovarelor poate fi determinată și cu ajutorul testelor clinice privind modificările specifice în organele țintă, provocate de hormonii sexuali ca:

- supravegherea în dinamică a temperaturii bazale
- proprietățile colului uterin
- testul cutano-alergic
- testul cito-vaginal
- biopsia endometrului

Temperatura bazală reprezintă un test de explorare funcțională a ovarelor, și anume un test indirect al ovulației.

Investigațiile citologice ale conținutului vaginal (colpocitologia)

Examenul citovaginal este un test hormonal calitativ, care permite aprecierea funcțiilor ovariene pe bază de frotiuri vaginale. Se mai numește testul hormonal Papanicolaou.

Probele hormonal-diagnostice

Aceste investigații trebuie combinate cu aplicarea probelor hormonale, care permit caracterizarea și concretizarea stării funcționale a diferitelor compartimente ale sistemului reproductiv și aflarea posibilităților de rezervă ale hipotalamusului, hipofizei, suprarenalelor, ovarelor și endometrului:

1. proba cu gestageni (progesteron)
2. proba cu estrogene-gestageni
3. proba cu dexametazon
4. proba cu gonadotropină

CAPITOLUL IX

CUPLUL STERIL

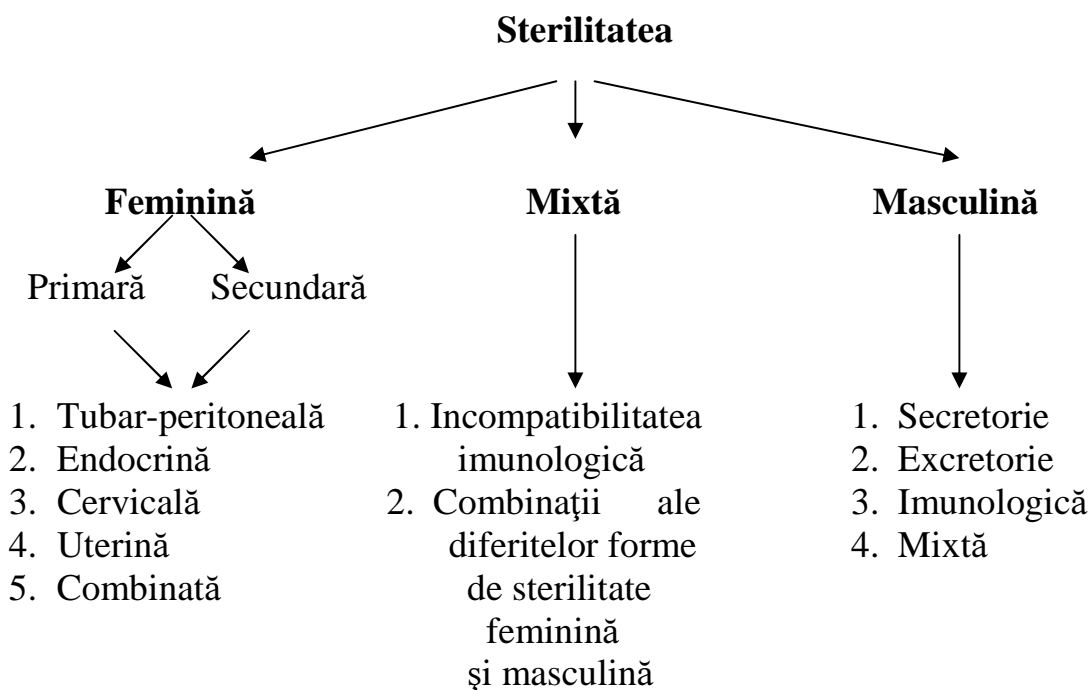
Cuplul steril *se definește* prin incapacitatea unui cuplu conjugal de a se reproduce fără a folosi mijloace anticoncepționale timp de un an de viața conjugală.

Sterilitatea acționează asupra stării psihice a organismului și se manifestă prin mărirea labilității proceselor nervoase sau prin inhibiția lor, micșorând astfel interesul indivizilor față de mediu înconjurător și profesie; ca urmare apare complexul inferiorității în relațiile familiale.

Sterilitatea poate fi:

- feminină
- masculină
- mixtă

9.1 Clasificarea sterilității



Majoritatea metodelor de sterilizare implică eliminarea mecanică a unei părți a sistemului de reproducere, astfel încât spermatozoidul și ovulul să nu poată intra în contact. Cea mai adesea folosită procedură chirurgicală este sterilizarea tubară la femei.

O importanță deosebită pentru fecundarea normală o are factorul masculin. Secretul masculin conține un număr suficient de spermatozoizi mobili, situați într-un conținut de secret al glandelor accesorii. Traversând ducturile reproductive accesorii, spermatozoizii și lichidul seminal sunt ejaculați în timpul coitusului în fornixul posterior.

La femei transportul spermatozoizilor începe cu penetrarea gherei cervicale. După parcurgerea canalului cervical spermatozoizii pătrund în cavitatea uterină, apoi în trompele uterine. Unirea gameților se produce în treimea externă a trompei. Ovulul ajunge la acest nivel peste 10-20 ore după ovulație. Pătrunzând în ovul, spermatozoidul conduce la fuziunea elementelor nucleare și citoplastice ale gameților.

Pentru ca oul fecundat să se dezvolte mai departe este necesară pregătirea funcțională a endometrului pentru nidație.

Nidația reprezintă procesul prin care oul fecundat se fixează în mucoasa uterină și are loc după aproximativ 8-9 zile de la fecundație.

Incapacitatea endometrului de a reacționa la stimularea ovariană poate cauza sterilitatea.

Factorii etiologici ai sterilității pot fi:

- anomalii de dezvoltare
- maladiile endocrine ginecologice, sistemice și bolile genitale

9.2 Examinarea și investigațiile unui cuplu steril

Deoarece în sterilitate sunt implicați ambii parteneri, este necesară prezența comună la prima vizită.

Examenul cuplului steril începe cu:

- colectarea anamnezei, care include durata raporturilor sexuale, frecvența coitusului;
La femei: debutul și durata ciclului menstrual, cantitatea și prelungirea menstruației, prezentă în anamneză a ginecopatiilor inflamatoare și tratamentul efectuat.
- La ambii parteneri se concretizează intervențiile chirurgicale în antecedente și starea organelor genitale.

- Investigațiile de laborator include testele serologice la S.I.D.A., lues, hemoleucograma, urograma; se stabilește nivelul hormonilor HTT și ACTH.

Investigația sterilității conjugale trebuie să înceapă cu examinarea bărbatului. La bărbați este necesar de a efectua două analize ale ejaculatului. În cazul în care rezultatul examinării este normal, investigațiile iau sfârșit. Dacă în rezultatele analizei se înregistrează modificări patologice, e necesară evidențierea cauzei și tratamentul ei.

Analiza ejaculatului include aprecierea numărului, mobilității și morfologiei spermatozoizilor și analiza biochimică a secretului seminal.

Examenul femeii

Începe cu anamneza detaliată din care vom stabili dacă sterilitate este primară sau secundară. Vom urmări antecedentele ereditare, bolile generale, tuberculoza, S.I.D.A., malarie, alcoolismul.

Vom studia: funcția menstruală, reproductivă, sexuală și secretorie a pacientei.

Din antecedentele ginecologice și obstetricale vom aprecia afecțiunile congenitale, procesele inflamatoare, afecțiunile tumorale, tulburările neuroendocrine și de statică, precum și numărul avorturilor spontane și medicale și complicațiile lor.

Practica ne arată că este suficient un singur avort în antecedentele femeii pentru a se produce sinechie uterine, obstrucții tubare organice, ce conduc la sterilitate.

Luând în considerare ponderea înaltă a sterilității tubar-peritoneale, e necesar, în primul rând, de a determina starea organelor genitale interne din punct de vedere organic și funcțional.

Investigarea se începe cu *laparoscopia*, în cadrul căreia obținem tabloul real al stării organelor genitale interne.

O altă metodă, este *examenul radiologic* al organelor genitale interne - histerosalpinografia, ce constă în utilizarea substanței de contrast radioopace care evidențiază starea anatomo-funcțională a cavităților cervicală, uterină și tubară.

O nouă metodă informativă este *ultrasonografia* (USG), care permite depistarea anomaliilor de dezvoltare a organelor genitale interne, patologiilor uterului și anexelor.

Altă metodă prin care obținem informații despre starea endometrului și a cavității uterine, este *histeroscopia*.

Explorarea funcției ovarului

Prezența sau lipsa ovulației se poate stabili cu ajutorul testelor diagnostice funcționale și aprecierea concentrației în sânge a hormonilor steroizi, gonadotropi și metaboliților lor în urină.

Pot fi folosite următoarele teste funcționale:

- măsurarea temperaturii bazale
- cercetarea cristalizării mucusului cervical
- examenul citologic al conținutului vaginal.

Caracterul bifazic al curbei de temperatură bazală indică ovulație, iar cel monofazic-anovulația.

Investigațiile hormonale sunt indicate bolnavelor cu dereglări ale ciclului menstrual și galactoree.

Bolnavele cu sterilitate trebuie să consulte următorii specialiști: fizioginecologul, terapeutul, psihiatrul, neuropatologul, endocrinologul.

9.3 Sterilitatea feminină

Sterilitatea feminină se consideră primară când femeia n-a devenit gravidă niciodată, iar secundară când a fost prezentă măcar o singură sarcină. Ea poate fi:

- tubar-peritoneală
- endocrină
- cervicală
- uterină
- combinată

Sterilitatea tubar-peritoneală

Are o frecvență de 40-50%. În structura ei distingem 2 forme: tubară și peritoneală.

Sterilitatea tubară e cauzată de dereglări anatomo-funcționale ale trompelor, iar *cea peritoneală* e condiționată de un proces aderențial în

bazinul mic. Dereglările funcționale ale trompelor uterine se manifestă prin tulburări ale contractibilității trompelor uterine.

Aceste modificări constituie rezultatul stresului cronic psihologic, mai ales al celui cauzat de sterilitate, de tulburări în sinteza hormonilor steroizi, dereglări ale funcției glandei suprarenale și sistemului adrenalosimpatic.

Diagnosticul sterilității tubar-peritoneale se efectuează pe baza anamnezei ginecologice în cadrul căreia vom aprecia prezența ginecopatiilor inflamatoare cronice și sistemice. Se concretizează debutul menarhei, prezența dereglărilor ale ciclului menstrual și funcției sexuale, numărul de sarcini, dacă au fost complicații post-avortum, numărul partenerilor și metodelor de contracepție folosite, caracterul eliminărilor vaginale. Pentru depistarea agentului patogen se vor folosi bacterioscopia și bacteriologia cu aprecierea sensibilității microbilor la antibiotice.

Tratamentul sterilității tubar functionale trebuie început cu folosirea psihoterapiei, autosugestiei, sedativelor și tranchilizantelor. În zilele preovulatorii se recomandă administrarea antiprostaglandinelor (naprosin, nalaxon), spasmoliticelor. În caz de dereglări hormonale se corijează fondul hormonal. Dintre factorii fizici performanți amintim: sulfatul de hidrogen, stimularea electrică a trompelor uterine.

Tratamentul sterilității tubare organice e complicat și poate fi conservator sau chirurgical.

Tratamentul conservator constă în tratamentul ginecopatiilor inflamatoare cronice. El nu trebuie să fie îndelungat, deoarece conduce la dereglări anatomo funcționale.

Dacă timp de 1,5-2 ani nu se observă efect în urma tratamentului conservator complex, inclusiv și a balneoterapiei, atunci se recurge la tratament chirurgical, prin laparoscopie sau laparotomie, folosind metoda microchirurgie.

Sterilitatea endocrină

Caracteristic pentru sterilitatea endocrină sunt perturbațiile hormonale în glandele endocrine, ce conduc la dereglări ovulatorii care se dezvoltă în funcție de faza ciclului menstrual.

Tratamentul sterilității endocrine include două etape. În prima etapă se normalizează fondul hormonal al organismului prin înlăturarea cauzei ce a generat patologia. După normalizarea nivelului de prolactină în sânge se trece la etapa a doua de tratament. Dacă sterilitatea e cauzată de disfuncția sistemului hipotalamus-hipofizar, se administrează preparate ce stimulează ovulația.

Dacă *cauza sterilității* e hiperandrogenia provocată de ovare polichistice se administrează terapia cu gestageni.

Trebuie menționat că *sterilitatea poate fi cauzată* și de patologia glandelor endocrine (tiroida, suprarenale, pancreas).

Poate cauza sterilitate și factorul cervical, deoarece joacă un rol deosebit în transportul spermatozoidilor.

9.4 Sterilitatea masculină

E cunoscut faptul că reproducerea umană are loc în urma fecundării ovulului matur cu spermatozoidul. Examenul spermogramei este obligatoriu la începutul examinării cuplului steril.

Înainte de a stabili cauzele sterilității masculine, vom analiza spermatogeneza și căile de evacuare a spermei.

Sterilitatea masculină poate fi :

- excretorie
- secretorie
- imună
- combinată

Cauzele sterilității masculine :

1. Endocrine :hipogonadotrope și hipergonadotrope
2. Defecte izolate ale spermatogenezei
3. Obstrucții ale canalelor seminale congenitale sau dobândite, tulburări ale glandelor accesorii (prostatite), lipsa congenitală a cordonului spermatic și veziculelor seminale
4. Imune: anticorpi, antispermali
5. Dereglări cromozomiale
6. Dereglări ale actului sexual
7. Boli sistematice
8. Idiopatice

Forma hipogonadotropă

În acest sindrom tractul olfactiv nu e dezvoltat și clinic se manifestă prin reținerea dezvoltării sexuale și anosmie.

Tratamentul se recomandă să se înceapă cu gonadotropină deoarece duce la dezvoltarea testiculelor,semnelor sexuale secundare,la restabilirea spermatogenezei și fertilității.

Insuficiența hipofizară

Se manifestă clinic în funcție de vârsta la care a apărut.Tratamentul constă în terapia de substituție.

Caracterele ejaculatului în normă

Cantitatea ejaculatului variază de la 2-6 ml pînă la 3-6 ml.O cantitate mai mică de 2 ml denotă un deficit de androgeni,o cantitate mai mare-dereglarea funcției glandelor accesorii.Lichidul seminal ejaculat este vîscos, dens,alb-gălbui,cu miros caracteristic.

Este importantă aprecierea mobilității și caracteristica citomorfologică a spermatozoizilor.

În diagnosticul sterilității masculine un rol important are studierea anamnezei, datele examenelor clinic și speciale.La examenul obiectiv se ține cont de dezvoltarea semnelor sexuale secundare,constituției,greutatea și talia corpului,caracterul răspîndirii țesutului adipos,pilozitate,mai ales creșterea bărbiei.

Examenul hormonal

Se apreciază FSH în azoospermie,nivelul Pr la oligospermie, micșorarea potenței.La bolnavii cu un nivel ridicat de FSH și azospermie se presupune afectarea testiculelor.

Tratamentul sterilității masculine

Va depinde de cauza ce a provocat-o.Pentru bărbații cu sterilitate ideopatică există o metodă nespecifică de tratament.Ea constă în obținerea efectului prin administrarea de clomifen,tamoxifen,testosteron.În insuficiența gonadotropă,spermatogeneza se stimulează cu GH sau decapeptil care se administrează în ritm pulsator timp de 6 luni.

9.5 Concepția asistată

Incapacitatea de a procrea aduce multă suferință și dezolare într-o relație.

Infertilitatea afectează la ora actuală unul din șase cupluri dintre care o mică proporție sunt tratate cu ajutorul tehnicilor de concepție asistată.

Termenul de concepție asistată se referă la tehnicile prin care sperma tratată este adusă în vecinătatea ovocitelor. Cele mai recente proceduri constau în cultivarea embrionilor și eclozarea asistată.

Inseminarea intrauterină

Constă în introducerea spermei prelucrate în cavitatea uterină în jurul datei estimate a ovulației.

Însămânțarea cu spermă de la partener se folosește în cazurile de oligospermie, cele cu parametri seminali alterați, defecte de interacțiune spermă-mucus cervical și în cazurile de etiologie neprecizată.

Indicații pentru însămânțarea artificială sunt:

- Aspermia
- Azoospermia
- Necrospermia totală
- Teratospermia
- Dereglări de ejaculare

Există însămânțarea artificială homologică (cu sperma soțului) și heterologica (cu sperma donatorului).

Condiții:

1. Sperma trebuie să conțină spermatozoizi vii
2. Căile genitale ale femeii trebuie să fie libere

Fecundarea artificială și transplantarea embrionului reprezintă fecundarea ovulului matur în vitro, cu cultivarea și transplantarea ulterioară a embrionului în uter.

Transferul intrafallopian de gameți

Constă în recuperarea laparoscopică a ovulelor eliberate de ovare într-un ciclu normal sau stimulat, **amestecarea** lor cu o cantitate de aproximativ 100.000 spermii și introducerea acestui amestec într-una sau ambele trompe.

Decizia privind numărul ovulelor transferate depinde numai de clinician.

Avantajul acestei tehnici **este** că nu necesită fertilizarea sau examinarea embrionilor în laborator.

Fertilizare în vitro și transferul embrionilor

Este metoda de concepție asistată și practică cel mai mult în lume.

Aceasta implică folosirea gonadotrofinelor exogene pentru inducerea dezvoltării foliculare multiple.

CAPITOLUL X

MALADIILE SEXUAL TRANSMISIBILE

Calea de transmitere a acestor maladii este contactul intim a doi indivizi:

- sărutul
- raportul sexual
- anilingus
- contactul mamă-bucal
- genito-anal

Gonoreea

Gonoreea se împarte în precoce și cronică.

Gonoreea precoce se subîmparte în acută, subacută și torpidă. Gonoreea este considerată subacută în cazul când procesul durează cel mult două săptămâni. Gonoreea este considerată cronică atunci când nu poate fi stabilită data precisă a îmbolnăvirii sau când procesul patologic evoluează peste două luni.

Vaginita gonococică apare mai rar, bolnavele acuzând eliminări, senzație de arsură și prurit.

Bartholinita gonococică se caracterizează prin tumefierea regiunii periglandulare.

Endocervicita, manifestându-se prin eliminări mucopurulente din canalul colului uterin.

Endometrita gonococică apare în cazul pătrunderii agentului patogen în uter în timpul menstruației, după avort sau naștere.

Salpingita gonococică, poate debuta acut prin dureri, eliminări, elevarea temperaturii și schimbarea stării generale.

Pentru tratamentul gonoreei se utilizează antibiotice din grupa penicilinei, levomicetine, antibioticele șirului tetraciclic, macrolidele, amino glicozide, rifamicine.

Ampicilina se indica în cazul formelor acută și subacută a gonoreei, câte 0,5 grame de 6 ori/zi.

Levomicetina se administrează câte 0,5 grame de 4 ori/zi.

Doxiciclina se administrează câte 0,1 peste 12 ore.

Piroghenalul e indicat în cazul gonoreei cronice sau celei torpide, dar poate fi folosit și în formele acute sau subacute.

Herpesul simplu

Infecția herpetică a tractului genital se caracterizează prin simptome clinice variate.

Căile de răspândire rezidă în raporturile sexuale, contactele orogenitale sau anale, intra-partum.

Perioada de incubație durează de la 3 până la 14 zile. Apar dureri, excitare locală, dereglări dizurice și eliminări. La afectarea primară pot apărea și simptome generale: febra, fatigabilitate, cefalee și mialgii.

Tratamentul se efectuează cu remedii antivirale: tebrofen, florenal, bonafton, aciclovir.

Aciclovirul se administrează per os câte 200 mg de 4-5 ori/zi timp de 3-7 săptămâni.

Tricomoniaza

Este una dintre cele mai răspândite patologii urogenitale ce se transmite pe cale sexuală.

Agentul patogen este localizat la femeie în vagin și uretra, iar la bărbați în prostata, veziculele seminale și uretra.

Perioada de incubație este de circa 10 zile, diminuând 2-5 zile și continuând până la 30-60 de zile. Infecția tricomonadică poate evolua sub forma acută, subacută, cronică, tranzitorie și asimptomatică.

Bolnavele acuză senzație de usturime și prurit în regiunea organelor genitale, dureri în regiunea vulvei, eliminări galben-surii.

Ca tratament se administrează metronidazol, tinidazol, tricomonacidă.

Chlamidioza genitale

Include grupa de protozoare inflamatoare ale organelor urogenitale provocate de Chlamydia trachomatis.

Perioada de incubație variază de la 5 până la 30 de zile.

Boala se manifestă prin hiperemia mucoasei urogenitale,eliminările mucopurulente din uretră și vagin.

Tratamentul trebuie efectuat concomitent la ambii parteneri.Un efect etiotrop posedă antibioticele șirului tetraciclinei macrolidele și rifamicinele.

Micoplasmoza urogenitală

Reprezintă o grupă de maladii ce afectează tractul urogenital uman.

Bolnavele acuză prurit,eliminări mucoase nepronunțate,care pot disparea spontan , iar mai apoi reapar,fiind mai pronunțate.

Tratamentul include remedii etiotope:antibiotice(tertraciclină, eritromicină,doxiciclină) în doze cunoscute.Local pot fi folosite supozitoare vaginale cu tetraciclina și eritromicina,câte 100mg timp de 10-15 zile.

Sifilisul

Definiția sifilisului – infecția sifilitică este o boală venerică de mare gravitate pe plan social și individual,care a constituit unul din cele mai mari flageluri și calamități ce s-au abătut asupra omenirii.

Etiologia – agentul cauzal este **TREPONEMA PALLIDUM** (*Spirocheta pallida*).Este un macro-organism spiralat cu lungime de 6-15mm și diametrul de 0,09-0,18 mm,având ambele capete ascuțite.

Simptomatologie

- I. SIFILISUL PRIMAR
- II. SIFILISUL SECUNDAR
- III. SIFILISUL TERȚIAR

I. Sifilisul primar – se caracterizează prin:

- leziunea cutanată specifică
- șancrul sifilitic
- adenopatie regională
- serologie

1) **Șancrul sifilitic** - apare la locul de inoculare după 3-4 săptămâni de incubație asimptomatică.

Sifilisul primar - debutează cu o mică pată ce se exulcerează repede, căpătând culoare roșie sau gălbuie acoperită de o serozitate clară, strălucitoare.Are margini șterse nedureroase,iar în 4-5 zile capătă aspectul

tipic – eroziune rotund-ovală,contur net,nedureroasă,culoare roșiatică cu baza indurată,carbonat sau nodular.

Examen histologic - șancrul tipic este întâlnit la 60% din cazuri. Netratat,sifilomul se vindecă spontan în 35-45 de zile lăsând o cicatrice hiperpigmentară.

2) **Adenopatia sifilomului primar**

a) apare după 7-8 zile de la instalarea șancrului

Are următoarele caractere:

- este regională
- satelită
- este poliganglionară

b) ganglionii au mărimi variabile

c) ganglionii sunt inodori,duri

3) **Serologia în sifilisul primar**

În primele 15-20 zile negativă.Diagnosticul de laborator este pus pe examenul microscopic.Această perioadă se numește perioada sifilisului primar seronegativ.Odată cu apariția serologiei pozitive se instalează perioada sifilisului seropozitiv.

II. Sifilisul secundar : se caracterizează prin:

- erupții cutanate generalizate
- se asociază cu manifestări viscerale,apar leziuni într-un interval lung,între 65 zile până la 2-3 ani.
- sifilidele bogate în spirachete și contagioase

Clasificarea sifilidelor după apariție:

- sifilide în primă izbucnire
- sifilide de a doua izbucnire

Manifestări generale în sifilisul secundar:

- febră
- cefalee
- dureri difuze

-poliadenopatie

- 1) febra poate urca până la 40 sub denumirea "TIFOLA SIFILITICĂ"
- 2) cefalee persistentă, localizări multiple
- 3) dureri multiple la nivelul oaselor, mai frecvent la nivelul telnei "PERIOSTITA SIFILITICĂ"
- 4) poliadenopatie:
 - interesează grupuri ganglionare
 - ganglionii sunt mici, mobili, nedureroși

Manifestări viscerale în sifilisul secundar:

- hepatice
- neurologice
- renale
- oculare
- ale sferei genitale

Manifestări hepatice - apare în rare cazuri. Hepatita luetică este o raritate apărând sub forma unei hepatite acute-icter.

Manifestări neurologice - apar în 15% din cazuri. Aici întâlnim reacții meningeale sau leziuni ale nervilor cerebrali, anomalii de LCR.

Manifestări oculare - keratite, irite, coroidite sau nevrite optice.

Manifestări renale - albuminurii pasagere

Manifestări ale sferei genitale - infecția sifilitică poate afecta epidermul, uterul, ovarul producând metroragii, dismenoree.

Diagnosticul de laborator -sifilisul se stabilește pe metromicroscopie
Reacția serologică este intens pozitivă.

Examen histologic-conțin celule gigante.

III. Sifilisul terțial

Se referă la manifestări clinice:

- cutanate
- ostearticulare
- cardiovasculare

-neurologice

ce apar după trei ani de evoluție(între 3-20 ani)

Leziunile în sifilisul terțiar sunt: localizate,profunde și distructive, la maximum de intensitate.Aici există zone unde persistă și se înmulțesc -
IMUNITATE CU GĂURI.

Sifilisul terțiar se împarte în două categorii:

-benign(leziuni cutanate și osteoarticulare)

-malign(sifilis cardiovascular și neurologic).

Sifilisul terțiar poate avea consecințe catastrofale asupra individului.

Tratamentul sifilisului

Penicilina reprezintă medicamentul de elecție în tratamentul sifilisului.Ea are un triplu avantaj:lipsa de toxicitate,toleranță bună și eficacitate mare.

Penicilinele utilizate în sifilis se prezintă sub diferite forme:

a) **Peniciline hidrosolubile** - penicilina cea mai bună fiind penicilina G.

b) **Peniciline retard** - bipenicilina

- PAM (flociline)

- benzantin

- biclinocillina

- glemizol – penicilina G.

c) **Peniciline semisintetice** – ele sunt bine tolerate de unele persoane care au prezentat accidente după administrarea penicilinelor naturale.

O acțiune troponemică evidentă au următoarele antibiotice:

-eritromicina

-spiramicina

-carbomicina

-cloramfenicol

Sindromul imunodeficienței dobândite (SIDA)

Sindromul imunodeficienței dobândite reprezintă o maladie infecțioasă manifestată prin dereglarea funcțiilor sistemului imun și printr-un sir de schimbări clinice.

Agentul cauza este virusul imunodeficienței umane (HIV).

Germenul patogen se transmite pe cale genitală, prin transfuzia de sânge infectat, prin folosirea repetată a seringilor, în care a nimerit material contaminant, prin fluidele organismului (sânge, sperma, secret vaginal, lapte).

Virusul a fost depistat în saliva și lacrimi, dar nu se cunosc cazuri de contaminare pe aceste căi. În grupa de risc sunt incluși homosexualii, prostituatele, bisexualii, narcomanii, bolnavii hematologici, cărora le sunt indicate transfuzii frecvente. În grupa de risc sunt incluse persoane, care contactează materialul contaminat în timpul activității: chirurgii, preparatorii, laboranții.

Perioada de intubație variază de la câteva luni până la 5 ani (după ultimele date chiar 8-10 ani).

Perioada de SIDA propriu-zisă se manifestă prin infecții provocate de microorganisme convenționale-patogene și tumori maligne. Sindromul imunodeficienței dobândite se caracterizează prin stări morbide, rareori prezente în trecut, infecții oportune provocate de pneumociști, fungi, microplasmе, chlamidii.

Cel mai tipic semn al HIV este limfomegalia.

Tratamentul SIDA constă în combaterea infecțiilor oportune, înlăturarea neoplasmelor și stimularea sistemului imun. Poate fi indicată autohemo transfuzia sângelui iradiat cu raze ultraviolete. Remediile etiotope include preparate antivirale, ce inhibă reproducția agentului patogen.

Azidotimidina și zidovudina au fost printre primele preparate utilizate spre a bloca replicarea a ADN-ului. Se indică câte 0,2 în decurs de 5 săptămâni, dar au efecte adverse, în special inhibarea hematopoezei.

Terapia imunomodulantă este orientată spre redresarea stării de imunodeficiență și include imunocorectări naturali și sintetici. Din prima grupă fac parte hormonii timusului, interleuchina, interferonul.

Limfogramul venerian

Se transmite pe cale sexuală, bărbații fiind afectați mai frecvent decât femeile. Perioada de incubație este de 7-21 zile. Clinic aceasta patologie se manifestă prin erupții veziculopustuloase, cu ulceratie inghinală, limfedem și invazie bilaterală secundară, care la o iradiere poate provoca durere. În faza tardivă pot apărea: febră, cefalee, frisoane și crampe abdominale.

Tratamentul limfogramului venerian poate fi conservator și chirurgical.

Chimioterapie. Tetraciclinele se administrează oral în doză zilnică, câte 2 g timp de 2-4 săptămâni.

Tratamentul local și chirurgical. Stricturile anale se dilată manual la intervale de o săptămână. Cele severe pot necesita colostomie. Abcesele trebuie drenate, dar nu excizate.

Șancroidul

Șancroidul este o boală veneriană caracterizată prin prezenta ulcerului genital doli.

Perioada de incubație este scurtă, aproximativ de 3-5 zile sau chiar mai puțin.

Clinic se manifestă prin leziuni ce reprezintă veziclopustule în regiunea pudentală, vagin sau col. Mai târziu ele degenerază într-un ulcer sub forma de farfurie cu fundul neregulat, cu un val inflamator. Leziunea este tensionată, dureroasă, foarte contagioasă. Tratamentul acestei maladii este conservator. Leziunile precoce pot fi asanate cu o soluție spumoasă de săpun. Se administrează remedii antibacteriene: eritromicina a câte 500 mg per os în patru reprize cel puțin 10 zile.

Granulomul inghinal

Granulomul inghinal reprezintă o maladie granulomatoasă ulcerativă, care de obicei afectează regiunile vulvară, perineală sau inghinală.

Granulomul inghinal afectează pielea și țesutul subcutanat al vulvei și regiunii inghinale.

Igiena personală este cea mai bună metoda de prevenire.

Candinoamele acuminate (varicele venerian)

Varicele reprezintă o tumoră epitelială benignă. Această grupă de viruși determină varicele cu localizarea variată pe întreg corpul.

Biopsia din varice trebuie efectuată până la începerea tratamentului. Tratarea este necesară și colcoscopia.

CAPITOLUL XI

CONTRACEPȚIA

Contracepția este prevenirea voluntară a concepției sau a fecundării. Metodele contraceptive sunt următoarele: metoda biologică, coitul întrerupt, terapia hormonală, mijloacele chimice, mijloacele mecanice și tehnicile chirurgicale.

Metoda biologică

Această metodă este privilegiată de către cei ale căror principii religioase se opun controlului artificial al concepției sau de către cei care nu doresc să utilizeze mijloace farmacologice sau mecanice. Baza acestei metode este identificarea zilelor ciclului menstrual în care fecundarea este posibilă și, în consecință, practicarea abstinentei în timpul acelor zile.

Fecundarea este posibilă în timpul fazei de ovulație, ale cărei semne și simptome sunt enumerate mai jos:

1. secreții vaginale mai abundente, mai limpezi și mai puțin groase;
2. sensibilitate a sânilor;
3. ușoară durere de o parte sau de alta a părții inferioare a abdomenului;
4. apariția unor ușoare pete;
5. creșterea temperaturii bazale. Temperatura luată dimineața la trezire înaintea oricărei activități scade cu 0,2 °C până la 0,3 °C cu o zi sau două înaintea ovulației pentru ca apoi să crească cu 0,4 °C o zi sau două după ovulație.

Mucusul cervical

Mucusul cervical se schimbă prin culoarea, cantitatea, vâscozitatea, capacitatea de întindere în cursul ciclului menstrual. O femeie poate observa aceste schimbări pentru a determina când este fertilă. În cursul ovulației, mucusul va fi mai abundent, clar, foarte subțire și tensionabil.

Acestea sunt cauzate de un sărac conținut de sare și de un nivel ridicat pentru estrogen.

Femeia verifică în fiecare zi vaginul pentru a vedea dacă mucusul sau umezeala sunt prezente. Imediat ce mucusul este prezent, ea trebuie să se considere fertilă. Ultima zi fertilă trebuie să fie a patra zi după ziua de vârf (ultima zi în care umezeala și mucusul abundent sunt prezente).

Modelul mucusului poate să nu fie detectabil în cazul unei infecții vaginale, a dușului sau a folosirii spumelor sau cremelor contraceptive sau dacă lichidul seminal este prezent în vagin.

Această metodă are avantajul de a fi economică, ușor de învățat, nu are nici unul dintre efectele secundare ale medicamentelor sau ale mijloacelor mecanice. Dezavantajele acestei metode sunt în primul rând cooperarea celor doi parteneri și abținerea de la activitatea sexuală în momentul perioadei ovulatorii.

Coitul întrerupt

Această metodă înseamnă retragerea penisului înaintea ejaculării spermei; ea cere o mare stăpânire de sine. Dezavantajele cele mai importante sunt posibilitatea de a scăpa câteva picături de sperma în vagin înaintea ejaculării și o diminuare a plăcerii sexuale.

Terapia hormonală

Administrarea cotidiană de estrogeni suprimă eliberarea hormonului foliculo-stimulant (FHS) și a hormonului luteinizant (LH), prevenind deci ovulația. Administrarea unui singur hormon provoacă deseori amețeli. O terapie cu doi hormoni combinați este mai utilizată; aceasta asociază estrogenii și progesteronul. Antiovulantele sunt preparate sintetice ale acestor hormoni, care blochează eliberarea FSH și împiedică maturizarea foliculului.

Antiovulantele se administrează în fiecare zi timp de 20 sau 21 de zile, începând din a cincea zi a ciclului menstrual. Ele se prezintă sub două forme: combinate și secvențiale. Sub forma combinată, estrogenii și progesteronul sunt reuniți în același comprimat; în forma secvențială, primele cincisprezece comprimate conțin numai estrogeni, iar progesteronul este asociat estrogenilor în ultimele șase comprimate.

Comprimatele sunt prezentate într-un ambalaj unde sunt numerotate vizibil.

Efectele secundare sunt amețelile, creșterea în greutate și sensibilitatea sânilor. Ele sunt contraindicate la femeile predispuse la maladii

cardiace, la probleme circulatorii, la migrene severe, la boli hepatice și la diabet.

Mijloace chimice

Această metodă constă în inserarea în vagin, înainte de actul sexual, a unor substanțe chimice sub formă de spumă, de gel, de cremă sau supozitoare vaginale. Aceste produse formează un înveliș spermicid (care distruge spermatozoizii) pe suprafața peretelui vaginal. Aceste substanțe sunt introduse cu ajutorul unui aplicator. Aplicatorul umplut în prealabil este inserat până la colul uterin. El este apoi retras cam 2 cm și cu ajutorul pistonului se împunge substanța spermicidă pentru a acoperi colul uterin, împiedicând astfel că spermatozoizii să intre în uter. Aplicarea trebuie făcută în ora ce precede actul sexual pentru ca eficacitatea spermicidului să fie asigurată. Este recomandată o a doua aplicare dacă se repeta actul sexual. Dezavantajul acestor mijloace chimice rezidă mai ales în dificultatea de a insera aceste substanțe până la nivelul colului uterin.

Mijloace mecanice

Există trei tipuri de contraceptive mecanice:

- a) dispozitivul intra-uterin (I.U.D.) sau steriletul și dispozitivul contraceptiv intra-uterin (I.U.C.D.)
- b) diafragme
- c) prezervativul

Dispozitivele intra-uterine (steriletele) au diferite forme: serpentină, buclă sau inel. Ele sunt făcute din material plastic sau cupru TU și CU7. Odată introdus în cavitatea uterină, ele împiedică implantarea. Bucla lui Lippes, confecționată din material plastic, pare a fi foarte populară.

Aceste dispozitive au avantajul de a fi economice și de a nu necesita utilizarea conexă a unei alte metode contraceptive, în afară de primele luni. Dezavantajele lor pornesc de la crampe uterine la o sângerare abundentă la anumite femei și la riscurile de expulzare spontană.

Diafragma este un disc cauciucat inserat în vagin pentru a acoperi deschiderea colului uterin pentru a împiedica intrarea spermatozoizilor. Acesta trebuie să fie bine ajustat și este recomandată utilizarea să împreună cu un spermicid. Diafragma este lăsată la locul ei de la șase până la opt ore după actul sexual.

Prezervativul este o învelitoare din material plastic sau cauciucat aplicat pe penisul în erecție înaintea penetrării vaginale. Acesta trebuie verificat înaintea utilizării pentru a fi siguri de integritatea sa. În timpul ejaculării, sperma este adunată în prezervativ, și nu în vagin. Costul acestora le poate limita utilizarea.

Tehnici chirurgicale

Ligatura tubară și vasectomia sunt două tehnici chirurgicale contraceptive.

Ligatura trompelor lui Fallope are ca scop întreruperea continuității trompelor. În mod normal se face o mică incizie sub buric sub anestezie locală. Intervenția durează între 20 și 30 de minute.

Vasectomia reprezintă ligatura și secțiunea canalelor deferente de fiecare parte a scrotului. Intervenția se practică sub anestezie locală și nu afectează în nici un fel performanța sexuală.

Contracepția rămâne un subiect controversat

Imperativele și impedimentele separării funcțiilor sexuale și de reproducere au fost pe larg discutate din punct de vedere al îngrijirii medicale, a sociologiei, psihologiei, demografiei, teologiei, economic și legal.

Prevenirea nașterii unui copil nedorit și prevenirea bolii sunt două teme ce sunt tratate pro și contra în literatură.

Indiferent de problemele globale și personale ce le implică, indivizii și cuplurile sunt solicitate să examineze consecințele acțiunilor lor și să aleagă dintre acele variante pe cea mai conformă credințelor, nevoilor, și sensului lor de responsabilitate.

Mortalitatea asociată folosirii variatelor metode de controlare a sarcinii a reținut o mare parte a atenției în ultimii ani. Continuă să fie făcute rapoarte ce indică că ratele foarte scăzute de mortalitate sunt asociate tuturor metodelor reversibile a fertilității, în comparație cu cea asociată sarcinii și nașterii.

Rolul asistentei medicale

În multe cazuri asistentele medicale pot avea un rol activ în programele de management ale controlului nașterii.

Rolul asistentei medicale include obținerea anamnezei,examinare fizică,counselingul și evaluarea eficientă fiecărei metode în cursul vizitelor pentru urmărirea evoluției.

Toate asistentele ce au de-a face cu femei la vârsta fertilității,fie în centrele de tratare ambulatorie fie în spitale,trebuie să aprecieze și să evalueze folosirea sau nu a metodelor de control.

Counselingul indivizilor și cuplurilor trebuie să includă aplicarea corectă a metodei.

CAPITOLUL XII

**SPITALUL CLINIC "GH. LUPU"
BUCUREȘTI
SECȚIA ENDOCRINOLOGIE**

CAZ CLINIC NR.1 Perioada 19.04-6.05.2002

**Prezentarea
cazului**

Doamna N.C, în vârstă de 22 de ani, domiciliată în București, studentă, se internează la data de 19.04.2002 la secția Endocrinologie a Spitalului Clinic "Gh.Lupu" cu diagnosticul de:

- **sindromul ovarelor polichistice**
- **obezitate exogenă de tip II**
- **toleranța alternantă la glucoză**
- **tulburare depresivă reactivă**

**Motivele
internării**

Pacienta s-a internat cu:

- **tulburări de ciclu menstrual (amenoree secundară)**
- **hirsutism** • **virilizarea vocii**
 - **virilism tegumentar (acnee, sebacee)**
 - **virilism pilar regional**

**Profilul
pacientei și
percepția
stării de
sănătate**

Doamna N.C. în vârstă de 22 de ani, studentă este o persoană cu tendințe la izolare, întâmpinând dificultăți de relaționare cu colegii. Este o persoană foarte stresată datorită aspectului fizic. Pacienta prezintă în plus tulburări de tip nevrotic depresiv (frustrare, complex de inferioritate)

**Antecedente
medicale**

- heredo-colaterale: - mamă diabet zaharat de tip II
 - o soră cu hirsutism, infertilitate, tulburări de ciclu, obezitate.
- personale - fiziologice: - menarhă la 14 ani, ciclu menstrual neregulat.
- patologice: - ne semnificative.

**Isoricul
bolii**

De la pubertate a observat apariția progresivă a acneei, sebaceei și pilozitate pe abdomen, sâni, față internă a coapselor. De la 14 ani ciclul menstrual a fost neregulat, iar de 7 luni prezintă amenoree secundară. În ultimii 6 ani (de la 16 ani) a crescut progresiv în greutate (în total 28 kg) pacienta este fumătoare 10 țigări/zi de 2 ani.

**Protocolul
medical
actual**

Examen fizic general:
Greutate 90 kg (ideală 58 kg \pm 6)
Talie 168 cm
Tegumente - îngroșate, sebacee, acnee (torace anterior și posterior, față), hirsutism (față, torace, abdomen, față internă a coapselor), vergeturi pe abdomen
Aparat respirator - normal
- 16 respirații/min
Aparat cardio-vascular - normal
- TA: 130/70 mm Hg
- AV: 80/min
- ritm cardiac – regulat
Sistem urinar - 1200 ml/24 h
- micțiunile sunt normale
Sistem nervos - dădindă la depresie datorită complexului
- datorat pilozității faciale, a acneei, excesul ponderal
Aparat digestiv - exces ponderal 50% (obezitate tip II)

ANALIZE EFECTUATE PE TIMPUL INTERNĂRII

Examene biochimice sanguine:

- glicemie 100mg%
- HGPO (hiperglicemie provocată) 75g glucoză per os:
 - glicemie 60' -185 mg%
 - glicemie 120' -152mg%
- (N<140) toleranța alternantă la glucoză
- colesterol 205mg%
- uree 20mg%
- creatinină 0,8mg%

- TGO 24 UI
- TGP 18 UI

INVESTIGAȚII PARACLINICE

- Ecografie abdomino-pelvian -uter normal
-ovare polichistice,mărite de volum
- Radiografie șa turcească - șa turcească normală
- Test de sarcină - negativ
- Test de progesteron - pozitiv (amenoree secundară cu estrogeni prezenți)

A avut sângerări după trei fiole de progesteroni,i.m. administrate trei zile succesiv .

TRATAMENTUL MEDICAMENTOS

- contraceptive orale – Diane 35 tabl.(Cyproteron acetat 2 mg-Etinilestradion 0,035 mg)
- diazepam 1tb seara,per os

Recomandări – deoarece are antecedente familiale de diabet și are toleranță tolerantă la glucoză prezintă risc mare de diabet,dacă nu slăbește (obezitatea este factorul de risc pentru diabet și favorizează dezvoltarea tulburărilor caracteristice ovarului polichistic).

1)Regim alimentar – 1400 calorii/zi (hipocaloric),fără dulciuri concentrate,sărac în grasimi,bogat în fibre (legume,fructe,cereale).

2)Activitatea fizică,este foarte importantă,poate să alerge,să meargă pe bicicletă.

Să nu se lase de dietă,să nu mănânce la stres,nu va mai fuma mai ales asociate cu contraceptive orale,nu este indicat.

După efectuarea tratamentului se va observa în aproximativ 3 luni ameliorarea acneei și în aproximativ 6 luni ameliorarea hirsutismului.

La oprirea contraceptivelor,fertilitatea revine la normal.

Aprecierea nursing a stării de dependență

- 1) Nevoia de a evita pericolele** - alterarea stării de sănătate legate de anxietate și manifestată prin dezechilibrele metabolice și neuropsihice
- 2) Nevoia de a se alimenta** - alterarea stării de nutriție prin surplus ponderal legat de bulimie și dezechilibre neurohormonale manifestate prin obezitate.
- 3) Nevoia de a elimina** - perturbarea activității genitale legată de insuficiența ovariană manifestată prin amenoree secundară, tegumente groase, seboreice, acnee, comedoane pe față, scăderea tonalității vocii .
- 4) Nevoia de a se odihni** - perturbarea modului de somn, legat de stres și prognosticul bolii manifestat prin somn insuficient.
- 5) Nevoia de a menține tegumentele curate** - riscul alterării integrității tegumentelor, datorate imposibilității acordării îngrijirilor de igienă corporală.
- 6) Nevoia de a comunica** - perturbarea imaginii de sine din cauza complexului datorat pilozității faciale, a acneei și a obezitității.
- 7) Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea** - ignoranță legată de cunoștințe insuficiente manifestate prin incapacitatea de a-și păstra sănătatea.

Aprecierea nursing a stării de independență

- 1) Nevoia de a respira și a avea o bună respirație** - bolnava prezintă o respirație normală, eupneică, fără efort cu mișcări toracice simetrice, 16 respirații/min.
- 2) Nevoia de a se mobiliza** - bolnava prezintă sistem osteoarticular integru este capabilă să-și controleze mișcările. Are o postură adecvată, mișcările sunt adecvate.
- 3) Nevoia de a se îmbrăca și dezbrăca** – bolnavul se îmbracă și se dezbracă singur fără nici un ajutor din partea personalului medical.
- 4) Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale** – bolnava are o temperatură constantă, tegumentele sunt calde, roz, adaptabile termic.
- 5) Nevoia de a acționa conform propriilor credințe și valori** – bolnava este de religie ortodoxă, practicantă, respectând și practicând valorile spirituale.

- 6) **Nevoia de a fi ocupat și de a se realiza** – bolnava este prea ocupată de cariera de studentă pe care o efectuează cu plăcere. Este conștientă de valoarea și de capacitatea sa.
- 7) **Nevoia de a se recrea** – bolnava este eficientă, citește, scrie, întreprinde activitate fizică după plăcerile și nevoile sale.

SPITALUL CLINIC "GH. LUPU"

Caz clinic nr.1

Proces de îngrijire

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1.Nevoia de a evita pericolele	- anxietate severă.	- anxietatea legată de lipsa de cunoștințe asupra pronosticului bolii, imaginii corporale alterate tulburări hormonale.	-neliniște, nervozitate -tendință la izolare -incapacitate de a se concentra.	-alterarea stării de sănătate legată de anxietate și manifestări prin dezechilibre metabolice și neuro-psihice.	-persoana se simte bine și în siguranță.	-evaluez gradul anxietății -îi vorbesc calm, lent cu răbdare -o las să se descarce -iau măsuri de extindere fizică, muzică, băi calde.	—	-starea de anxietate este diminuată
2.Nevoia de a se alimenta și hidrata	-obezitate de tip II (90 kg) la vârsta de 22 ani.	-depresia.	-tulburări digestive cu decese bulimice.	-alterarea stării de nutriție prin surplus ponderal legat de bulimie și dezechilibru neurohormonale manifestate prin obezitate.	-asigurarea unei alimentații echilibrate -ameliorare stării nutritive -diminuarea stresului.	-a.m. va informa bolnava asupra valorilor nutritive a alimentelor care îi sunt servite. -obținerea acceptului din partea bolnavului pentru a urma regimul alimentar.	-restricție de glucide și lipide -hidratare -regim hipo-caloric.	-pacienta acceptă să urmeze tratamentul precum și regimul de hidratare.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
3. Nevoia de a elimina	-oprirea ciclului menstrual.	-tulburări neuro-hormonale (insuficiență ovariană, sindrom de androgenizare).	-întreruperea temporară a ciclului menstrual.	-perturbarea activității genitale de insuficiență ovariană manifestată prin amenoree secundară, tegumente groase, sebo-reice, acnee, comedoame pe față, scăderea tonalității vocii.	-pacienta să dobândească o activitate ovariană normală, să aibă un comportament psihic conform sexului și vârstei, să fie echilibrată psihic.	-susținerea psihică și morală -administrarea tratamentului prescris.	-contraceptive orale Diane 35 tablete.	-în funcție de doză urmăresc eficiența -susțin bolnava psihic de a respecta riguros prescripțiile medicale.
4. Nevoia de a dormi și a se odihni	-somm insuficient și neodihnitor.	-anxietate -stres prelungit -alterarea imaginii corporale.	-adoarme greu -nu reușește să rămână adormită decât 4 ore -cearcăne -oboseală -nu se simtă odihnită.	-perturbarea modului de somn, legat de stres și prognosticul bolii manifestat prin somn insuficient.	-pacienta să beneficieze de 8 ore de somn, să se simtă odihnită.	-pacienta să-și organizeze un program al activității zilnice (lectură, plimbări în aer liber, igienă, alimentație ușoară).	-diazepam 1 tb. seara.	-bolnava declară că doarme pe timpul nopții, și se simte odihnită.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
5. Nevoia de a menține tegumentele curate	-dificultatea de autoîngrijire -imposibilitatea acordării îngrijirilor de igienă corporală.	-anxietate -necunoașterea mijloacelor de a se îngriji singură.	-pacienta este foarte neliniștită manifestând neputință în forțele proprii (aspect neîngrijit, tegumente îngroșate).	-riscul alterării tegumentelor datorate imposibilității acordării îngrijirilor de igienă corporală.	-menținerea integrității tegumentelor prin prevenirea acneei, hirsutismului vergeturilor.	-a.m. va informa bolnava să-și mențină tegumentele curate folosind soluții dezinfectante pentru acnee și toaleta zilnică a tegumentelor.	-contraceptive orale (Diane 35) timp de 9 luni.	-obs. în 3 luni ameliorarea acneei și în ~ 6 luni a hirsutismului.
6. Nevoia de a comunica	-comunicarea redusă cu cei din jur la nivel afectiv.	-starea de stres.	-tendința de autoizolare manifestată prin lipsa comunicării la nivel afectiv.	-perturbarea imaginii de sine datorită complexului datorat pilozității faciale, a acneei și a obezității.	-pacienta să poată comunica cu echipa de îngrijire și să aibă încredere în asistenta medicală.	-a.m. va ajuta pacienta să evite starea depresivă -stabilește relații de încredere cu pacienta.	—	-pacienta comunică cu echipa de îngrijire declarând că se simte mulțumită și înțeleasă.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
7.Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea	-cunoștințe insuficiente.	-carențe educativă -starea de ignoranță.	-anxietate -este receptivă la sfaturi.	-ignoranță legată de cunoștințe insuficiente manifestate prin incapacitatea de a-și păstra sănătatea.	-pacienta să nu mai manânce la stres,să respecte un regim alimentar hipocaloric, să fie informată corect asupra terapiei și a metodelor de a-și îmbunătăți sănătatea.	-a.m. va informa pacienta despre respectarea unui regim dietetic astfel: respectarea orelor de masă alimente bogate în fibre, excluderea din alimente a dulciurilor concentrate.	—	-pacienta respectă regimul alimentar prescris.

SPITALUL CLINIC "GH. LUPU"

Caz clinic nr.2

Proces de îngrijire

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1.Nevoia de a evita pericolele	-durere acută la nivelul organului sexual -alterarea funcției sexuale -risc potențial de sterilitate.	-viață sexuală dezordonată -lipsa educației sanitare -condiții precare de viață. -efecte ale maladiei cronice transmisibile.	-jenă -usturime -neliniște -abstinență impusă de tratament -comportament sexual inadecvat.	-deficit de cunoaștere -disfuncție sexuală legată de absența libidoului -disconfort legate de starea de boală.	-ca pacientul să nu transmită infecția în colectivitate -să-și reia funcția sexuală normală -să urmeze tratament corect -să fie echilibrat fizic și psihic.	-măsuri sporite de evitare a infecției prin izolarea pacientului -să efectuăm dezinfecție locală cu sol. mercurială -măsuri de prevenire care constau în injecții cu Neosalvorsan 3g Moldamin -să se ferească de tentațiunile sexualității să evite tăcerea și să vorbească despre boală.	-RBW -VDRL (+ + +) -Ca glicemie uree creatinină .	-în 8,9,10.02 încă mai prezintă risc de contaminare față de colectivitate -în 11,12,13,14,15 ,16.02 obiectiv realizat, nu mai prezintă risc de infecție pentru colectivitate.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
2.Nevoia de a proteja tegumentele și mucoasele	-alterarea integrității tegumente- lor și mucoaselor -dificultatea de a urma îngrijirile de igienă corporală. -carențe de igienă.	-proces infecțios evolutiv -dezinteres pentru igienă -lipsa de cunoștințe suficiente legate de boală.	-ulcerație la nivelul tecii penisului -modificări de tegumente și mucoasă. -aspect ne-îngrijit prin carențe de igienă.	-deficit de autoîngrijire legat de infecție la nivelul tecii penisului.	-ca pacientul să prezinte tegumente și mucoase integre -să prezinte aspect îngrijit -să prezinte interes față de măsurile de igienă.	-explicarea pacientului modul de realizare a toaletei corporale și importanța menținerii tegumentelor și mucoaselor curate.	-violet de gențiană 0,2% -alcool 90° -rivanol 2% -penicilina G 1200000 la 6 h -unguent cu Negamicină 2-3/zi.	-obiectiv realizat: prezintă interes față de măsuri de igienă.
3.Nevoia de a se alimenta și hidrata	-alterarea stării de nutriție (alimentație inadecvată prin deficit de elemente nutritive).	-lipsa de cunoaștere a unei alimentații corecte -dureri abdominale -anxietate: grețuri, vomisme.	-inapetență -adinamie -oboseală -potențial crescut de scădere ponderală și imunitatea.	-dezechilibru nutritiv și hidroelectrolitic.	-ca pacientul să aibă o stare de bine fără vărsături -ca pacientul să fie echilibrat nutrițional și hidric. -să ajungă la nivel ponderal situat în limite normale.	-în caz de vărsături ajută pacientul dacă este în decubit dorsal să își vom în partea din spate și să își dă o tăviță renală -conștientizez pacientul asupra consumului de alimente și lichide.	-adm. de Emetiral 1/zi -vitamine, săruri min, fructe -să consume gustări între mesele principale.	-obiectiv realizat: -pacientul urmează dieta calitativ și cantitativ, se hidratează adecvat (2000ml).

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Deleg ate	
4.Nevoia de a elimina	-dificultatea de a urma orarul scaunelor -tulburări de tranzit intestinal.	-lipsa hidratării suficiente și a alimentației în fibre -lipsa de cunoaștere a mijloacelor eficiente de eliminare.	-constipație -scaun dur, consistență crescută emis cu dificultate 1 dată la 3 zile.	-deficit de eliminare -diminuarea cristaltismului intestinal (constipație).	-să elimine fără dificultate -să dispară semnele de constipație -să aibă tranzit intestinal în limite fiziologice.	-stabilirea unui orar de eliminare a scaunelor -urmărirea și notarea scaunelor -la nevoie clismă.	—	-în a patra zi de tratament pacientul și-a reluat tranzitul intestinal (scaun moale).
5.Nevoia de a comunica	-dificultatea de a-și exprima sentimentele, ideile din cauza lipsei de comunicare.	-lipsa de cunoaștere și comunicare cu personalul sanitar și cu cei din jur despre boala sa -jenă (la investigații) -morală precară.	-închidere în sine -apatie, neliniște -tendința la autoizolare.	-dificultatea de a comunica cu mediul înconjurător -risc crescut de autoizolare socială.	-pacientul să fie echilibrat psihic -să folosească mijloace de comunicare adecvate -să se adapteze ușor la mediul spitalicesc.	-asigurarea unui mediu adecvat pentru a comunica cu cei din jur -furnizez mijloace de comunicare -comunicare cu pacientul ori de câte ori intrăm în salon.	—	-din a doua zi pacientul comunică și se adaptează la mediu, numai prezintă jenă față de investigații, nu se izolează.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
6.Nevoia de a dormi și a se odihni	-dificultatea de a se odihni -insomnii, oboseală.	-somn întrerupt de efectuarea tratamentului.	-somn perturbat (ore insuficiente de somn).	-insomnii legate de durere la tratament -alterarea modului de somn.	-pacientul să beneficieze de somn corespunzător calitativ și cantitativ (8-9h din 24h).	-creare de liniște pe timpul nopții -ofer pacientului o cană de lapte înainte de culcare,o baie caldă.	-adm. somnifere la nevoie diazepam 1p/2zile.	-în primele 2 zile pacientul încă mai prezintă insomnii dar din a 3-a zi el începe să se odihnească bine.

SPTALUL CLINIC MILITAR

Caz clinic nr. 3

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
1.Nevoia de a evita pericolele	-insecuritate datorită tulburărilor de ciclu menstrual și secreției lactate.	-stres psihic.	-infertilitate -amenoree secundară -galactoree bilaterală.	-alterare stării de confort datorată insuficienței ovariene secundare.	-pacienta să aibă o stare de bine fizic și psihic -să cunoască măsurile de protecție.	-educație sanitară și a toaletei intime -o învăț cum să-și mențină sânii curați precum și restul toaletei intime.	—	-starea de stres este diminuată
2.Nevoia de a elimina	-alterarea gametogenezei indusă de insuficiență ovariană.	-insuficiență ovariană secundară.	-incapacitatea de a procrea -infertilitate -amenoree -galactoree.	-eliminarea inadecvată indusă de insuficiență ovariană manifestată prin oprirea ciclului menstrual, secreții inadecvate.	-ca pacienta să-și reia funcția genitală normală, să poată menține o sarcină normală.	-monitorizez bolnava -examen ginecologic -examen citovaginal -examen pentru doză hormonală -educ bolnava să-și mențină o toaletă normală.	-bromergo criptina (2,5-10mg pe zi) va lua 2 cp/zi după masă.	-bolnava este cooperantă ceea ce duce la o vindecare rapidă și eficientă.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
3.Nevoia de a dormi și a se odihni	-somm agitat cu treziri frecvente.	-somm întrerupt legat de insomnii.	-dificultatea de a se odihni -insomnii	-perturbarea modului de somm datorat stării de stres și a insomniilor.	-pacienta să beneficieze de 8-9 h de somm.	-învăț pacientul tehnici de relaxare -caut cauzele care provoacă insomnii -observ și notez calitatea somnului.	-diazepam 1 tb.seara la culcare.	-în primele zile pacienta nu se odihnește bine din cauza galactoreei. -în zilele ,26,27.03 pacienta își reabilitează somm.

Nevoia fundamentală	Probleme de dependență	Sursa de dificultate	Manifestări de dependență	Diagnostic nursing	Obiective	Intervenții		Evaluare
						Autonome	Delegate	
4.Nevoia de a-și menține tegumentele curate	-neacordarea îngrijirilor de igienă corporală intimă datorită problemelor induse de insuficiența ovariană.	-galactoree, ciclu menstrual neregulat.	-pacienta este foarte neliniștită manifestând necunoaștere în îngrijirea igienei intime.	-riscul alterării integrității tegumentelor datorate necunoașterii îngrijirilor de igienă intimă.	-menținerea integrității tegumentelor prin prevenirea problemelor induse de insuficiență ovariană.	-a. m. va informa bolnava să-și mențină tegumentele curate folosind sol. dezinfectante pentru galactoree .	-bromergo criptina (2,5-10mg/zi) va lua 2 cap/zi după masă.	-galactoreea va dispărea în 1-2 luni ulterior ciclul menstrual va apărea, va fi regulat și fertilitatea va reveni la normal.
5.Nevoia de a învăța să-și păstreze sănătatea	-cunoștințe insuficiente.	-stare de ignoranță -carențe educative.	-perturbarea imaginii de sine din cauza secreției lactate.	-ignoranță legată de cunoștințe insuficiente manifestate prin incapacitatea de a învăța să-și păstreze sănătatea.	-pacienta să fie informată corect asupra terapiei și a metodelor de a-și îmbunătăți sănătatea.	-a.m. îi va da indicații pacientei în efectuarea igienei intime și în menținerea unei sănătăți normale.	—	-pacienta este receptivă la indicațiile personalului medical.