



FEDERA



**różowa
skrzyneczka**

**To nie „taka moja uroda”.
To endometrioza.**



OPRACOWANIE MERYTORYCZNE
Marcelina Kurzyk-Olędzka

KONSULTACJA MERYTORYCZNA
dr n. med. Tomasz Songin (Fem Medical Clinic), Natalia Skowrońska (Fundacja Pokonać Endometriozę)

REDAKCJA I KOREKTA
Marta Paczkowska

SKŁAD I PROJEKT GRAFICZNY
Julia Karwan-Jastrzębska

ILUSTRACJE
Izabela Kaczmarek-Szurek (Formallina)

Fundacja „Różowa Skrzyneczka”

ul. Zatorska 61A/11
51-215 Wrocław
fundacja@rozowaskrzyneczka.pl
www.rozowaskrzyneczka.pl
www.akademiamenstruacji.pl

Fundacja na rzecz Kobiet i Planowania Rodziny (FEDERA)

ul. Nowolipie 13/15
00-150 Warszawa
kontakt@federa.org.pl
www.federa.org.pl

Warszawa, 2026

Fundacja
Pokonać
Endometriozę 

Spis Treści

Czym jest endometrioza?	4
Skąd się bierze endometrioza?	6
Możliwe objawy endometriozy	8
Diagnostyka	10
Dostępne metody leczenia endometriozy	13
Działania wspomagające	16
Endometrioza a płodność	19
Gdzie szukać pomocy?	20
Doświadczenia, które łączą	22
Kilka słów na koniec	30
Bibliografia	31

Czym jest endometrioza?

Endometrioza to choroba, w której tkanka podobna do błony śluzowej macicy (endometrium) pojawia się poza macicą – tam, gdzie nie powinno jej być. Może rozwijać się np. na jajnikach, jajowodach, jelitach czy pęcherzu moczowym (najczęściej ogniska choroby znajdują się w obrębie miednicy). Zdarza się jednak, że endometrioza lokalizuje się w mniej typowych miejscach, a w wyjątkowych przypadkach nawet w odległych narządach, takich jak płuca czy wątroba.

Choroba ta jest zaliczana do chorób hormonozależnych, co powoduje, że jej ogniska reagują na hormony podobnie do prawidłowego endometrium prowadząc do powstawania stanu zapalnego, bólu i zrostów. Endometrioza nie jest chorobą jednorodną – może przyjmować różne postacie: powierzchowne ogniska na otrzewnej, torbiele endometrialne jajników czy tzw. endometriozę głęboką, w której zmiany naciekają na okoliczne narządy. Odmianą jednostką chorobową jest adenomioza w której zmiany podobne do endometriozy rozwijają się w obrębie mięśnia macicy.

Szacuje się, że na endometriozę choruje nawet 1 na 10 osób z macicą w wieku rozrodczym, co oznacza miliony kobiet i dziewcząt na całym świecie. Objawy bywają bardzo różne – od przewlekłych, silnych bólów aż po całkowity brak dolegliwości. To sprawia, że choroba może pozostawać nierozpoznana przez wiele lat.

Endometrioza nie dotyczy wyłącznie dorosłych kobiet. Pierwsze objawy mogą pojawić się już w okresie dojrzewania, a nawet w późnym dzieciństwie. Choroba może również dawać objawy u osób będących w okresie menopauzy.

Dlaczego teraz „wszyscy mają endometriozę”?

To częste pytanie – bo faktycznie coraz więcej osób dostaje taką diagnozę. Nie chodzi jednak o żadną „modę na endometriozę”.

Kiedyś: bolesne miesiączki i inne objawy były bagatelizowane – często słyszano „taka pani uroda”, „okres musi boleć” albo „po ciąży przejdzie”. Brakowało wiedzy o samej chorobie, nie było wyspecjalizowanych ośrodków ani standardów diagnostycznych, a inwazyjna laparoscopia była głównym narzędziem diagnostycznym. W efekcie wiele osób nigdy nie docierało do etapu rozpoznania.

Dziś: świadomość społeczna i medyczna rośnie, specjaliści są lepiej wyczuleni na objawy, a do diagnostyki częściej wykorzystuje się nowoczesne badania obrazowe (np. USG wysokiej rozdzielczości). Powstają też specjalistyczne centra zajmujące się endometriozą, a same pacjentki mają łatwiejszy dostęp do rzetelnych źródeł wiedzy i wsparcia.

Efekt: to nie choroba występuje nagle częściej – tylko wreszcie umiemy ją rozpoznawać i przestała być tematem tabu. Coraz więcej kobiet otrzymuje diagnozę, która wcześniej mogłaby nigdy nie zostać postawiona.

Mniej znana „siostra” endometriozy – adenomioza

Adenomioza to schorzenie, w którym tkanka podobna do endometrium wrasta w mięsień macicy. Podobnie jak w przypadku endometriozy, zmiany te reagują na hormony cyklu miesięczkowego i mogą prowadzić do bolesnych miesiączek, obfitych krwawień oraz przewlekłego bólu miednicy.

Częstość występowania adenomiozy bywa trudna do oszacowania, ponieważ precyzyjna diagnoza jest możliwa głównie dzięki badaniom histopatologicznym usuniętej macicy. Analizy pokazują jednak, że zmiany charakterystyczne dla adenomiozy stwierdzano nawet u 60% pacjentek z objawami oraz u 40% kobiet poddanych histerektomii.

Choć tradycyjnie kojarzono ją głównie z okresem około czwartej dekady życia coraz częściej opisuje się jej obecność także u młodszych kobiet (14–24 lata) z przewlekłym bólem miednicy.

Adenomioza i endometrioza głęboka bardzo często współwystępują – szacuje się, że równoczesne rozpoznanie obu tych chorób dotyczy nawet 80% pacjentek.

Skąd się bierze endometrioza?

Mimo wielu badań, wciąż nie znamy jednej pewnej przyczyny endometriozy. Naukowcy są zgodni, że choroba ma charakter wieloczynnikowy – łączy w sobie wpływ hormonów, układu odpornościowego, genów i środowiska.

Najważniejsze teorie powstawania endometriozy

- **Wsteczne miesiączkowanie**

Podczas miesiączki krew z fragmentami endometrium cofa się przez jajowody do jamy brzusznej. To zjawisko występuje u większości osób, ale nie u wszystkich prowadzi do choroby. U osób z endometriozą układ odpornościowy nie usuwa prawidłowo tych komórek, przez co mogą się one wszczepić, przetrwać i zacząć rosnąć.

- **Zaburzenia immunologiczne**

W endometriozie obserwuje się nieprawidłową pracę układu immunologicznego. Zamiast „sprzątać” komórki endometrium, które trafiły w niewłaściwe miejsce, sprzyja on ich przeżyciu. Dodatkowo w otoczeniu zmian utrzymuje się przewlekły stan zapalny, który napędza objawy bólowe i rozwój choroby.

- **Czynniki genetyczne i epigenetyczne**

Endometrioza częściej występuje w rodzinach – jeśli choruje matka czy siostra, ryzyko rośnie kilkukrotnie. To wskazuje na predyspozycje genetyczne, choć nie ma jednego „genu endometriozy”. Coraz więcej mówi się też o epigenetyce – czyli wpływie środowiska (dieta, stres, toksyny) na to, jak geny się „włączają” lub „wyłączają”.

- **Metaplasja otrzewnej**

Niektóre badania sugerują, że komórki wyściółki jamy brzusznej (otrzewnej) mogą zmieniać się w tkankę podobną do endometrium pod wpływem hormonów i czynników zapalnych. To mogłoby tłumaczyć przypadki endometriozy u osób, które jeszcze nie miesiączkowały.

- **Komórki macierzyste**

Według tej teorii w rozwoju choroby mogą uczestniczyć komórki macierzyste ze szpiku kostnego lub samej macicy. Mogą one „wędrować” po organizmie i przekształcać się w tkankę przypominającą endometrium. To potencjalnie tłumaczyłoby rzadkie ogniska endometriozy w odległych miejscach, np. w płucach.

Endometrioza to bardzo złożona choroba, która najprawdopodobniej rozwija się w wyniku połączenia kilku mechanizmów: cofania się krwi miesięczkowej, osłabionej odporności, predyspozycji genetycznych i przewlekłego stanu zapalnego. Trwają intensywne badania, ale jedno wiemy już na pewno – zachorowanie nie jest winą kobiety. Endometrioza nie pojawia się dlatego, że ktoś „źle się prowadził”, źle jadł czy nie dbał o siebie – to choroba wynikająca z procesów biologicznych, na które nie mamy wpływu.



Możliwe objawy endometriozy

Endometrioza potrafi dawać bardzo różne dolegliwości. U jednej osoby ból pojawia się tylko podczas miesiączki, u innej utrzymuje się przez cały cykl. Czasem objawy są tak nasilone, że utrudniają naukę, pracę czy zwykłe codzienne aktywności. Zdarza się też, że choroba przebiega niemal bezobjawowo i zostaje wykryta przypadkowo – np. podczas diagnostyki niepłodności.

Objawy związane z cyklem menstruacyjnym

- bardzo bolesne miesiączki,
- obfite lub przedłużające się krwawienia, często z obecnością skrzepów,
- bolesna owulacja,
- trudności z zajściem w ciążę.

Objawy bólowe

- przewlekły ból w miednicy (także poza miesiączką),
- ból w dole pleców, czasem promieniujący do nóg,
- ból nóg lub ramion,
- ból podczas współżycia (dyspareunia).

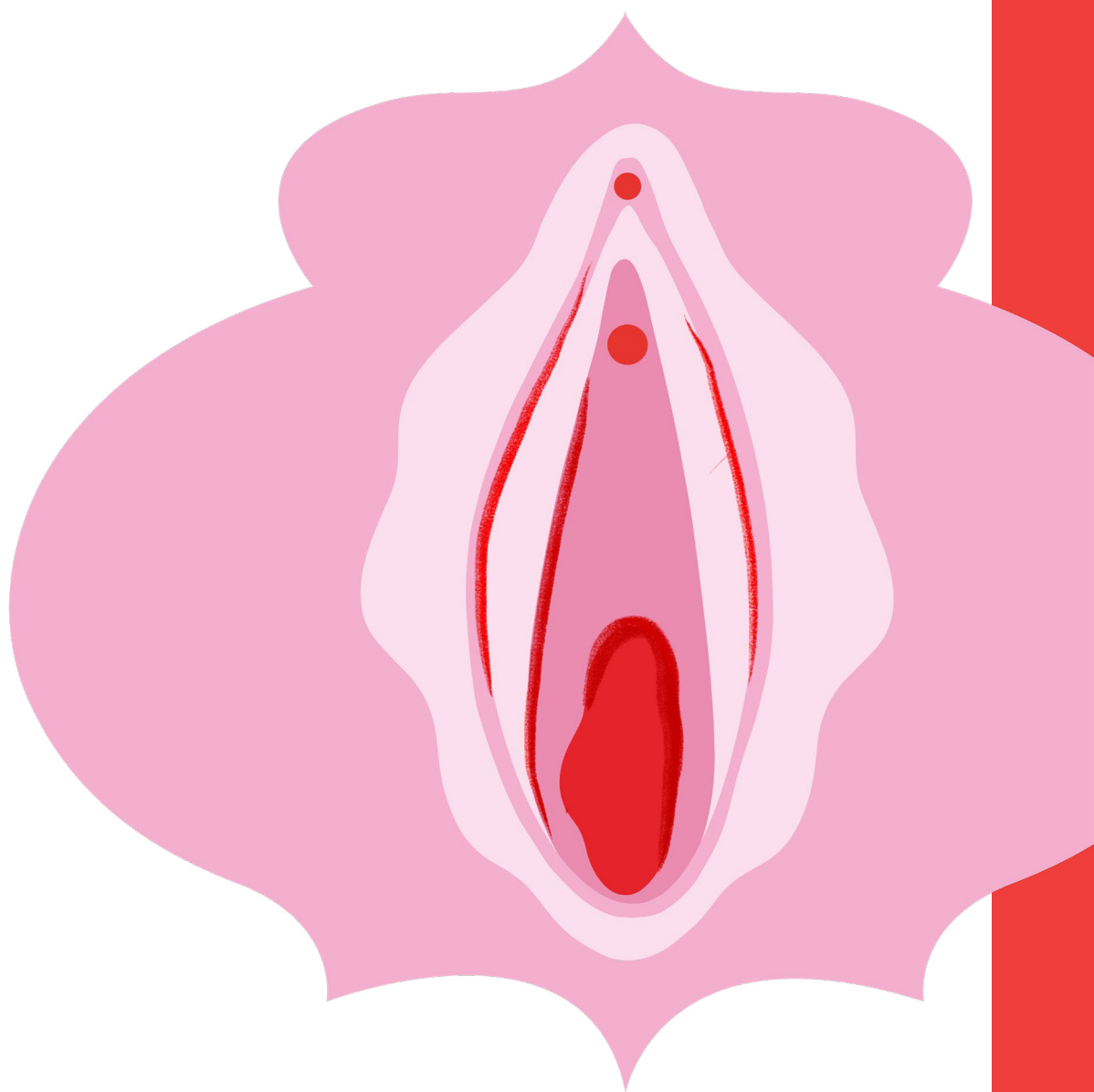
Objawy ze strony układu pokarmowego i moczowego

- wzdęcia („endobelly”),
- biegunki, zaparcia, nudności lub wymioty,
- dolegliwości przypominające zespół jelita drażliwego (IBS),
- ból przy oddawaniu moczu lub wypróżnianiu,
- obecność krwi w moczu.

Objawy emocjonalne i psychiczne

- nasilony PMS lub PMDD (przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne),
- wahania i obniżony nastrój, stany lękowe lub depresyjne,
- przewlekłe zmęczenie, spadek energii,
- problemy ze snem.

Nie każda osoba z endometriozą doświadcza wszystkich tych objawów. U niektórych pojawia się tylko jeden, u innych – kilka naraz. Objawy mogą też zmieniać się z czasem, nasilać się lub łagodnieć w różnych momentach życia. Co ważne, nasilenie dolegliwości nie zawsze idzie w parze z „rozległością” choroby – **niewielkie ognisko może powodować bardzo silny ból, a duże zmiany bywają niemal bezobjawowe**. Dlatego tak istotne jest, by nie bagatelizować swojego bólu i szukać pomocy, niezależnie od tego, jak „poważnie” wygląda sytuacja w badaniach.



Diagnostyka

Do niedawna jedynym wiarygodnym sposobem potwierdzenia rozpoznania endometriozy była laparoscopia – zabieg operacyjny umożliwiający ocenę jamy brzusznej przy użyciu kamery. To powodowało, że wiele osób przez lata nie otrzymywało diagnozy. Dziś podejście się zmieniło – coraz częściej chorobę można rozpoznać dzięki badaniom obrazowym, a laparoscopia nie jest już „złotym standardem” w jej rozpoznaniu.

Jak wygląda współczesna diagnostyka endometriozy?

1 Wywiad medyczny

To pierwszy i bardzo ważny krok. Szczegółowa rozmowa z pacjentką pozwala lekarzowi lub lekarce zebrać informacje, które mogą być kluczowe dla rozpoznania. Podczas wywiadu warto omówić:

- charakter bólu (kiedy się pojawia, jak długo trwa, co go nasila lub łagodzi),
- powiązanie dolegliwości z cyklem miesięczkowym,
- obfitość i długość krwawień,
- problemy jelitowe i moczowe,
- bóle podczas stosunków – szczególnie głęboko w pochwie,
- wpływ objawów na codzienne życie, aktywność zawodową i funkcjonowanie seksualne,
- historię leczenia bólu miesięczkowego i skuteczność stosowanych metod.

W praktyce uwzględnia się również takie aspekty jak obniżona jakość życia, zmęczenie, rozdrażnienie czy objawy depresyjne – wszystkie one mogą być elementem obrazu klinicznego endometriozy. Pomocne może być prowadzenie dzienniczka objawów – ułatwia on zauważenie powtarzalnych schematów i daje lekarzowi lub lekarce pełniejszy obraz sytuacji.

2 Badanie ginekologiczne

To podstawowe badanie wykonywane w gabinecie ginekologicznym, które polega na ocenie narządów rodnych poprzez oglądanie i delikatne badanie palpacyjne (dotykem). Lekarz lub lekarka sprawdza m.in.:

- położenie i ruchomość macicy,
- bolesność w określonych miejscach,
- obecność guzków czy zrostów w obrębie miednicy,
- wygląd szyjki macicy i sklepienia pochwy.

Badanie to nie zawsze pozwala zauważyć drobne zmiany charakterystyczne dla endometriozy, ale stanowi ważny element diagnostyki. Często pomaga określić, które obszary wymagają dalszej, bardziej szczegółowej oceny – np. w badaniu USG lub rezonansie.

3 Badania obrazowe

- **USG transwaginalne** – podstawowe narzędzie diagnostyczne. W rękach doświadczonego specjalisty pozwala rozpoznać torbiele endometrialne oraz ocenić głębokie nacieki endometriozy.
- **USG przezodbytnicze (transrektalne)** – stosowane jako alternatywa lub uzupełnienie, zwłaszcza u kobiet niewspółżyjących.
- **Rezonans magnetyczny (MRI)** – przydatny w ocenie bardziej skomplikowanych przypadków, np. gdy podejrzewa się zajęcie jelit, pęcherza czy moczowodów.

Niestety, żadne z powyższych badań nie daje 100% pewności, szczególnie w przypadku endometriozy minimalnej – w takich sytuacjach badania obrazowe mogą być prawidłowe u chorującej kobiety.

4 Laparoscopia

To małoinwazyjny zabieg chirurgiczny, w trakcie którego lekarz lub lekarka wprowadza do jamy brzusznej cienką rurkę zakończoną kamerą (laparoskop). Dzięki temu możliwe jest dokładne obejrzenie narządów wewnętrznych oraz szczegółowe usunięcie ognisk endometriozy leżących na nich. Laparoscopia wykonywana jest dziś głównie wtedy, gdy:

- pojawia się niepłodność,
- jest jednym z narzędzi pomagających zająć w ciąży,
- leczenie zachowawcze nie przynosi poprawy,
- zdiagnozowane zostaną zmiany głębokiej endometriozy grożące dysfunkcją jelita bądź moczowodów.

Obecnie laparoscopia pełni przede wszystkim rolę terapeutyczną, a nie wyłącznie diagnostyczną.

Czy istnieje test z krwi pod kątem endometriozy?

Nie istnieje badanie krwi ani marker, który potwierdziłby endometriozę w sposób pewny i jednoznaczny. Trwają zaawansowane prace nad testami pomagającymi rozpoznać endometriozę w wymazie z jamy macicy lub w ślinie, jednak dotychczas nie potwierdzono ich wystarczającej czułości i swoistości, aby mogły wejść do codziennej praktyki.

Dlatego tak ważne są:

- **dokładny wywiad medyczny,**
- **badanie ginekologiczne,**
- **badania obrazowe** (np. USG, rezonans) wykonywane przez specjalistę lub specjalistkę z doświadczeniem w diagnostyce endometriozy.

A co, jeśli choroby nie uda nam się potwierdzić w 100%, a pacjentka cierpi? W tych niejasnych sytuacjach diagnostycznych lekarz lub lekarka może zastosować leczenie empiryczne – a więc takie, które zakłada obecność endometriozy i ma prowadzić do złagodzenia jej dolegliwości.

To właśnie połączenie różnych metod – a nie pojedynczy test – prowadzi do trafnej diagnozy endometriozy.

Czy rozpoznana endometrioza wpływa na ryzyko rozwoju raka?

Badania pokazują, że u osób z endometriozą może nieznacznie wzrastać ryzyko rozwoju niektórych nowotworów, np. raka jajnika. Ten wzrost jest jednak niewielki i nie oznacza konieczności wprowadzania specjalnych badań czy dodatkowych procedur. Wystarczy stosować się do ogólnych zasad profilaktyki onkologicznej, takich jak:

- regularne wizyty ginekologiczne,
- cytologia szyjki macicy zgodnie z zaleceniami,
- badania USG narządu rodniczego,
- samobadanie piersi i kontrolne USG lub mammografia (w zależności od wieku i wskazań).

Dostępne metody leczenia endometriozy

Podejmowane działania terapeutyczne koncentrują się na łagodzeniu objawów, redukcji bólu i poprawie jakości życia. W zależności od sytuacji celem terapii może być także wspieranie płodności czy zmniejszanie ryzyka nawrotu dolegliwości. Nie ma jednej uniwersalnej metody – plan leczenia zawsze powinien być dostosowany indywidualnie, z uwzględnieniem wieku, nasilenia objawów, lokalizacji zmian, codziennego funkcjonowania oraz planów dotyczących macierzyństwa.

Czy endometriozę można wyleczyć?

Nie. Endometrioza jest chorobą przewlekłą – obecnie nie ma metod leczenia, które dawałyby 100% pewności, że choroba nie wróci. Dostępne terapie pozwalają jednak skutecznie łagodzić objawy i poprawiać jakość życia.

Główne ścieżki terapeutyczne:

1 Leczenie przeciwbólowe

Podstawą w leczeniu objawowym są niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) i inne środki przeciwbólowe. Mogą być stosowane samodzielnie lub jako uzupełnienie terapii hormonalnej. Ich zadaniem jest przede wszystkim kontrola bólu, nie wpływają na przebieg samej choroby.

2 Leczenie hormonalne

Hormony zmniejszają aktywność ognisk endometriozy, hamują owulację i ograniczają cykliczne wahania hormonów płciowych. Do najczęściej stosowanych należą:

- dwuskładnikowe tabletki antykoncepcyjne, krążki dopochwowe lub plastry,
- progestageny (np. tabletki, implanty, wkładki domaciczne z lewonorgestrelem),
- agoniści i antagoniści GnRH,
- inhibitory aromatazy (zwykle w połączeniu z innymi lekami).

Dobór konkretnej metody zależy od tolerancji, skuteczności, wieku pacjentki i jej planów dotyczących ciąży. Leczenie hormonalne nie usuwa istniejących zmian, ale może znacząco zmniejszać dolegliwości bólowe i redukować ryzyko nawrotu objawów.

3 Leczenie chirurgiczne

Operacja, najczęściej wykonywana metodą laparoskopową, polega na usunięciu ognisk endometriozy, torbieli czy zrostów. Stosuje się ją głównie wtedy, gdy objawy są nasilone, leczenie farmakologiczne nie przynosi efektu lub pojawiają się powikłania (np. zwężenie jelita, zajęcie układu moczowego). Po operacji często zaleca się leczenie hormonalne, aby zmniejszyć ryzyko nawrotu choroby.

Czy w każdym przypadku endometriozy konieczna jest operacja?

Nie. Nie każda osoba z endometriozą musi być operowana. U wielu pacjentek dobrze dobrane leczenie farmakologiczne wystarcza do kontroli bólu i poprawy jakości życia. Operację rozważa się przede wszystkim wtedy, gdy dolegliwości są bardzo nasilone, inne metody nie przynoszą ulgi albo istnieją medyczne wskazania.

Czy można leczyć endometriozę na NFZ?

Tak. Osoby ubezpieczone mogą skorzystać z kompleksowej opieki nad endometriozą w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. W Polsce działa osiem ośrodków wysokospecjalistycznych, które realizują kompleksowe leczenie endometriozy. Aby skorzystać z takiej opieki w ramach NFZ, potrzebne jest skierowanie od ginekologa lub ginekolożki. Placówki te zostały zatwierdzone przez krajowego konsultanta ds. położnictwa i ginekologii oraz przez wojewódzkie oddziały NFZ. Oferują one:

- pogłębioną diagnostykę (m.in. specjalistyczne USG),
- kwalifikację do leczenia operacyjnego,
- przeprowadzenie operacji,
- opiekę pooperacyjną,
- konsultacje i monitorowanie stanu zdrowia po zabiegu.

Bezpieczne leczenie endometriozy

Leczenie endometriozy obejmuje różne możliwości – od leków przeciwbólowych, przez terapie hormonalne, aż po chirurgię i nie każda pacjentka potrzebuje wszystkich z nich. Najważniejsze jest wspólne podejmowanie decyzji z lekarzem lub lekarką i znalezienie rozwiązań najlepiej dopasowanych do danej osoby.

Zachowaj ostrożność wobec osób lub miejsc, które obiecują „cudowne wyleczenie” endometriozy. Korzystaj wyłącznie ze sprawdzonych, medycznie potwierdzonych metod leczenia i konsultuj decyzje z lekarzami specjalizującymi się w tej chorobie.

Unikaj niesprawdzonych teorii i praktyk, takich jak „leczenie pasożytów”, twierdzenia o pasożytniczym pochodzeniu endometriozy czy tzw. „totalna

biologia". Nie mają one potwierdzenia w badaniach naukowych i mogą być nie tylko nieskuteczne, ale również szkodliwe dla zdrowia.

Czy ciąża leczy endometriozę?

Wbrew jednemu z najczęściej powielanych mitów ciąża nie leczy endometriozy. U niektórych osób objawy mogą się czasowo złagodzić w czasie ciąży, ale nie jest to forma leczenia. Po porodzie dolegliwości często powracają, czasem z większą intensywnością.

Niestety, wciąż zdarza się, że osoby zgłaszające się do ginekologa lub ginekolożki z dolegliwościami bólowymi słyszą, że „po ciąży przejdzie”. Takie podejście jest szkodliwe i krzywdzące – sprowadza ciążę do rzekomej metody terapeutycznej i bagatelizuje realne problemy zdrowotne. **Ciąża nie jest leczeniem i nie powinna być traktowana jako sposób na poradzenie sobie z bólem.** To ważna decyzja życiowa, związana z odpowiedzialnością i zmianą w wielu sferach życia – świadomy wybór, który powinien wynikać z chęci posiadania dziecka, a nie z zaleceń medycznych.



Działania wspomagające

Endometrioza to choroba przewlekła, która wpływa nie tylko na narządy rodne, ale na cały organizm. Dlatego samo leczenie farmakologiczne czy operacyjne często nie wystarcza. Coraz większą wagę przykłada się do metod wspierających, które pomagają zmniejszyć stan zapalny, złagodzić ból i poprawić codzienne funkcjonowanie.

Fizjoterapia, w tym uroginekologiczna

Przewlekły ból i napięcie w miednicy powodują, że mięśnie pracują inaczej, co nasila dolegliwości. Regularna praca z fizjoterapeutą lub fizjoterapeutką może znacząco poprawić jakość życia. Możliwe korzyści z fizjoterapii:

- redukcja napięcia mięśniowego w obrębie miednicy i brzucha,
- poprawa elastyczności i ruchomości tkanek,
- poprawa drenażu miednicy mniejszej, co redukuje stan zapalny i ból,
- zmniejszenie dolegliwości bólowych (także w plecach i biodrach),
- wsparcie prawidłowej pracy mięśni dna miednicy,
- praca z bliznami pooperacyjnymi i zmniejszanie ryzyka zrostów,
- odzyskanie lepszej kontroli nad ciałem po epizodach bólu.

Najlepsze efekty przynosi połączenie terapii manualnej, ćwiczeń oraz technik oddechowych i relaksacyjnych.

Żywnie o działaniu przeciwzapalnym

Odpowiednio dobrany sposób żywienia może zmniejszać stan zapalny i łagodzić objawy. Nie chodzi o restrykcyjną dietę, ale o wprowadzenie zdrowszych nawyków inspirowanych dietą śródziemnomorską.

Co warto jeść częściej?

- warzywa i owoce bogate w antyoksydanty,
- produkty pełnoziarniste,
- rośliny strączkowe (ciecierzyca, fasola, soczewica),
- tłuste ryby morskie (łosoś, makrela, śledź),
- fermentowane produkty mleczne (kefir, jogurt naturalny),
- orzechy i nasiona,
- oliwę z oliwek,
- przyprawy o działaniu przeciwzapalnym (kurkuma, imbir, cynamon cejloński, oregano).

Co ograniczać?

- czerwone mięso i tłuszcze nasycone,
- pszenicę,
- cukier, słodcyce, żywność wysoko przetworzoną,
- alkohol i słodzone napoje.

Suplementacja

Suplementy nie leczą endometriozy, ale mogą wspierać organizm i uzupełniać dietę. Zgodnie z zasadą *diet first* („najpierw dieta”) podstawą powinny być zdrowe nawyki żywieniowe i styl życia, a suplementy warto traktować jako ich uzupełnienie. Najczęściej polecane są:

- **witamina D** – wspiera odporność i równowagę hormonalną,
- **kwasy omega-3 (EPA, DHA)** – działają silnie przeciwzapalnie; występują m.in. w tłustych rybach, algach i olejach lnianym,
- **n-acetylocysteina (NAC)** – antyoksydant, może wspierać redukcję bólu i wpływać na torbiele,
- **kurkumina** – działa przeciwzapalnie i antyoksydacyjnie; najlepiej przyswajalna w połączeniu z piperyną (związkiem obecnym w pieprzu),
- **kwercetyna i resweratrol** – polifenole roślinne o właściwościach przeciwzapalnych,
- **witaminy C i E** – pomagają zmniejszać stres oksydacyjny,
- **kwas GLA** – wspiera równowagę hormonalną i łagodzi objawy PMS; występuje m. in. w oleju z wiesiołka,
- **gingerole** – substancje aktywne zawarte w imbirze, mają działanie przeciwzapalne i przeciwbólowe oraz łagodzą nudności,
- **bromelaina** – enzym z ananasa o działaniu przeciwzapalnym i przeciwobrzękowym, wspiera redukcję bólu,
- **papaina** – enzym z papai, może wspierać organizm w łagodzeniu obrzęków i stanów zapalnych.

Naturalne substancje mogą wspierać leczenie, ale nie zastępują wizyty u lekarza lub lekarki. Zanim sięgniesz po suplementy lub preparaty z enzymami, skonsultuj to ze specjalistą lub specjalistką.

Leki przeciwbólowe

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (np. ibuprofen, naproksen) są często stosowane w łagodzeniu bólu miesiączkowego i innych dolegliwości związanych z endometriozą. Mogą pomagać wielu osobom, ale badania naukowe pokazują, że nie wpływają na mechanizmy powstawania endometriozy. Dlatego traktuje się je jako element doraźny, a nie rozwiązanie przyczynowe.

Wsparcie psychologiczne i opieka psychiatryczna

Endometrioza to nie tylko choroba ciała, ale również poważne obciążenie psychiczne. Przewlekły ból, zmęczenie, trudności w codziennym funkcjonowaniu czy ograniczenia w życiu zawodowym i intymnym mogą prowadzić do obniżenia nastroju, lęku, a nawet depresji. **Zdrowie psychiczne i fizyczne są ze sobą ściśle powiązane – przewlekły ból wpływa na układ nerwowy i nastrój, a obniżony nastrój potęguje odczuwanie bólu.** Dlatego wsparcie psychologiczne i psychiatryczne stanowi ważny element całościowej opieki nad osobami z endometriozą.

- **Psychoterapia** – rozmowa ze specjalistą może pomóc w lepszym radzeniu sobie z przewlekłym bólem, stresem i trudnymi emocjami. W terapii można uczyć się nowych strategii, które pozwalają odzyskać poczucie wpływu na własne życie.
- **Opieka psychiatryczna** – w przypadku nasilonego lęku, depresji czy problemów ze snem warto skonsultować się z lekarzem lub lekarką spec. psychiatrii. Odpowiednio dobrane leki mogą wspierać zdrowie psychiczne, a część z nich dodatkowo zmniejsza wrażliwość na przewlekły ból.
- **Grupy wsparcia** – kontakt z innymi osobami zmagającymi się z endometriozą daje poczucie zrozumienia, zmniejsza izolację i pozwala wymieniać się praktycznymi doświadczeniami.
- **Aktywność fizyczna i techniki relaksacyjne** – regularny, dostosowany do możliwości ruch (np. spacer, stretching, joga, pilates, pływanie, jazda na rowerze) pomaga zmniejszać napięcie i może poprawiać samopoczucie. Dodatkowo warto sięgać po techniki pracy z ciałem i oddechem, takie jak medytacja czy trening uważności, które mogą wspierać redukcję stresu i łagodzenie bólu.

Zdrowie psychiczne to integralna część leczenia endometriozy – tak samo ważna jak farmakoterapia, operacja czy dieta. Połączenie opieki medycznej i psychologicznej daje największe szanse na poprawę jakości życia pacjentek.

Endometrioza a płodność

Endometrioza to choroba, która może wpływać na płodność, ale nie oznacza to, że rodzicielstwo jest poza zasięgiem. Szacuje się, że u 30–50% osób z endometriozą mogą pojawić się trudności z zajściem w ciążę. Jednocześnie wiele kobiet i osób z macicą z tą chorobą zachodzi w ciążę naturalnie – czasem nawet zanim dowiedzą się o diagnozie.

Dlaczego endometrioza może utrudniać zajście w ciążę?

- **Zrosty i torbiele** mogą zmieniać położenie narządów lub blokować jajowody.
- **Przewlekły stan zapalny** w jamie brzusznej może zaburzać środowisko, w którym dochodzi do zapłodnienia i zagnieżdżenia zarodka.
- **Zmiany w endometrium macicy** mogą utrudniać implantację.

Co można zrobić?

- **Konsultacja ze specjalistą** – lekarz lub lekarka z doświadczeniem w leczeniu endometriozy może ocenić sytuację i zaproponować odpowiednie kroki.
- **Leczenie operacyjne lub farmakologiczne** – w niektórych przypadkach usunięcie zmian ułatwia zajście w ciążę, ale decyzja zawsze jest indywidualna.
- **Medycyna rozrodu** – jeśli potrzebne, istnieją skuteczne metody wspomaganego rozrodu, takie jak *in vitro*.
- **Świadome wspieranie organizmu** – odpowiednia dieta, aktywność fizyczna i troska o zdrowie psychiczne mogą poprawiać samopoczucie i wspierać płodność, choć nie zastąpią leczenia medycznego.

Endometrioza nie zamyka drogi do rodzicielstwa. Wiele osób z tą chorobą zostaje rodzicami – jedni naturalnie, inni z pomocą medycyny. Droga może wyglądać różnie, jednak endometrioza nie przekreśla szans na ciążę.

Gdzie szukać pomocy?

Endometrioza to choroba wymagająca specjalistycznej opieki. Na szczęście coraz więcej miejsc oferuje wsparcie – zarówno medyczne, jak i psychologiczne czy organizacyjne.

Centra Leczenia Endometriozy

Od 1 lipca 2025 r. w Polsce działają specjalistyczne Centra Leczenia Endometriozy, finansowane przez NFZ. Centra powstały po to, by osoby z endometriozą mogły szybciej uzyskać fachową pomoc i nie musiały latami szukać specjalistów na własną rękę. Oferują kompleksową diagnostykę i leczenie, także operacyjne. Aby skorzystać z opieki centrum, potrzebne jest skierowanie od lekarza lub lekarki.

Lekarze i lekarki specjalizujący się w endometriozie

Nie każdy ginekolog lub ginekolożka ma doświadczenie w rozpoznawaniu i leczeniu tej choroby. Warto szukać specjalistów i specjalistek, którzy zajmują się endometriozą na co dzień – często działają przy większych szpitalach, klinikach akademickich czy właśnie w Centrach Leczenia Endometriozy.

Jeśli mimo wcześniejszych konsultacji ginekologicznych podejrzewasz u siebie endometriozę, nie bagatelizuj swoich objawów – szukaj opinii lekarzy z doświadczeniem w tej chorobie.

→ pokonacendometrioze.pl/mapa-polecanych-specjalistow
→ pokonacendometrioze.pl/centra-leczenia-endometriozy

Organizacje pacjenckie i fundacje

- **Fundacja Pokonać Endometriozę** – prowadzi działania edukacyjne, organizuje kampanie społeczne i zapewnia przestrzeń do wzajemnego wsparcia dla osób chorujących. Fundacja działająca na rzecz osób z endometriozą. Dzięki jej wieloletnim staraniom od 1 lipca 2025 w Polsce powstały Centra Leczenia i Diagnostyki Endometriozy w ramach NFZ. Współpracuje ze specjalistami i decydentami, by dalej rozwijać system opieki nad pacjentkami. Edukuje, wspiera i walczy o godne leczenie oraz świadomość endometriozy w społeczeństwie.

→ kontakt@pokonacendometrioze.pl

Fundacja Endopolki – wspiera osoby z endometriozą, edukuje społeczeństwo i nagłaśnia temat choroby. Prowadzi kampanie informacyjne, warsztaty i działania zwiększające świadomość oraz dba o poprawę jakości życia osób dotkniętych endometriozą.

→ kontakt@endopolki.org

- **World Endometriosis Society** (WES),
- **Endometriosis Foundation of America** (EndoFound),
- **European Society of Human Reproduction and Embryology** (ESHRE).

Wsparcie psychologiczne

- **Grupy wsparcia online** – fora, media społecznościowe, zamknięte grupy tematyczne, w których można porozmawiać z innymi osobami z endometriozą.
- **Fundacje i organizacje pozarządowe** – część z nich prowadzi spotkania grupowe, webinary, konsultacje psychologiczne czy dyżury telefoniczne.

Gdzie szukać sprawdzonych informacji?

- **Światowa Organizacja Zdrowia** (WHO),
- **Mayo Clinic**,
- **National Health Service**,
- **ESHRE** (publikuje wytyczne dla pacjentek),
- **Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników** (publikuje aktualne rekomendacje w języku polskim).

Doświadczenia, które łączą

Endometrioza to choroba przewlekła, która potrafi mocno wpłynąć na codzienne życie. Leczenie, zmaganie się z bólem, zmiany w planach czy relacjach – to wszystko bywa trudne. Ale w tej drodze nie jesteś sama.

Każda historia endometriozy jest inna. Jedne osoby mierzą się głównie z bólem, inne – z problemami z płodnością, jeszcze inne – z przewlekłym zmęczeniem. Różnią się też ścieżki leczenia i sposoby radzenia sobie z chorobą. To, co łączy wszystkie te doświadczenia, to potrzeba zrozumienia, wsparcia i poczucia wspólnoty.

Dlatego w kolejnej części oddajemy głos kobietom, które zdecydowały się podzielić swoimi doświadczeniami. Ich opowieści pokazują, że choć endometrioza bywa wymagająca, można z nią żyć, uczyć się słuchać swojego ciała i znajdować własne sposoby na odzyskiwanie kontroli i siły.

Mamy nadzieję, że te historie będą dla Ciebie źródłem otuchy, inspiracji i przypomnieniem, że nie jesteś w tym sama.

Moja choroba zaczęła się rozwijać NAJPRAWDOPODOBNIJ już na wczesnym etapie, w pierwszych latach, kiedy tylko zaczęłam miesiączkować. Moje okresy zawsze były bardzo bolesne, obfite, wyłączające mnie z życia społecznego, powodujące wymioty i biegunki. No, ale „taka była moja uroda”, a te 20 lat temu o endometriozie naprawdę nikt właściwie jeszcze nie mówił (lekarze pewnie też nie słyszeli zbyt wiele). Lata mijały, a ja zaczęłam mieć bolesne owulacje. Myślałam sobie: „kurczę, ale świetnie znam i rozumiem swoje ciało! Wiem, kiedy mam owulację i z którego jajnika uwalnia się komórka jajowa, super!”. Później poszłam na studia położnicze, a o endometriozie zaczęło się robić głośniejsze, więc i mi zapaliła się czerwona lampka. Pomocy zaczęłam szukać, kiedy bolesne owulacje przerodziły się w stały ból w drugiej połowie cyklu. Ten dwutygodniowy ból bardzo często uniemożliwiał mi spanie, normalne jedzenie, uprawianie seksu. Później bolało mnie już właściwie cały czas, bez względu na to, w której fazie cyklu akurat byłam. Zaczęłam gorączkowo szukać pomocy, pytać, zgłaszać się do znajomych lekarzy. Wylądowałam nawet w przychodni przyszpitalnej, która specjalizowała się w leczeniu endometriozy, ale tam też nie udzielono mi odpowiedniej pomocy ani nie postawiono konkretnej diagnozy. Po LATACH poszukiwań trafiłam w końcu do doktora, który postawił diagnozę w kilka minut. Otrzymałam leki, które pozwoliły mi spowolnić rozwój choroby i uspokoić stan zapalny w moim brzuchu.

Moja rada? Jeśli masz bolesne miesiączki – szukaj pomocy i nie daj sobie wmówić, że taka jest Twoja uroda. Jeśli podejrzewasz, że chorujesz na endometriozę – szukaj pomocy WYŁĄCZNIE u specjalistów, którzy specjalizują się w diagnozowaniu i leczeniu endometriozy, znają aktualny złoty standard diagnozowania i leczenia. Tych osób w Polsce jest niewiele, ale pod ich opieką można zapanować nad chorobą i poprawić jakość swojego życia. Leczenie endometriozy wymaga bardzo holistycznego podejścia, a często – zmiany stylu i trybu życia. Warto jest włączyć sport do swojej codzienności, unikać przetworzonej żywności, gotować przeciwzapalne posiłki, być pod opieką fizjoterapeutów_ek uroginekologicznych, skorzystać z pomocy seksuologa_żki... Dużo zachodu, ale naprawdę warto. Bo z endometriozą da się żyć, pod warunkiem, że najpierw otrzyma

się poprawną diagnozę. I ostatnia moja rada – mówmy o endometriozie i nie wstydzmy się jej. Im więcej osób (szczególnie nastolatek!) o niej usłyszy, tym większa szansa na szybszą diagnozę i poprawę komfortu życia.

O endometriozie dowiedziałam się przypadkiem. Wraz z mamą, mając 17 lat, wybrałam się do ginekologa po raz pierwszy, aby dostać tabletki antykoncepcyjne ze względu na wejście w związek z moim dotychczasowym partnerem. Na badaniu USG okazało się, że w jajnikach mam dwie torbiele endometrialne, a na późniejszych wizytach – że jest ich trzy o wielkości 20 mm oraz jedna dopiero tworząca się. Pierwszą miesiączkę dostałam wcześniej, bo w wieku 10 lat. Zawsze była ona dla mnie bolesna, od samego początku ciężko było mi przejść przez cały tydzień. W pierwsze dni okresu musiałam odpuszczać sobie pójście do szkoły, nie tylko ze względu na ból brzucha, ale ogólny dyskomfort. Do teraz towarzyszą mi poty, osłabienie, bolące plecy i nogi oraz to, że nie mogę stać w miejscu przez dłuższy czas. Z czasem przyzwyczałam się do takiego stanu rzeczy. By się leczyć, w końcu i tak pani ginekolog przepisała mi tabletki. Nie jest dużo lepiej – może trochę bardziej regularnie i przewidywalnie niż kiedyś. Mimo iż nie odczuwam aż tak silnych skutków fizycznych jak inne kobiety, to martwię się o przyszłość. Boję się, że nie będę mogła mieć dzieci, boję się tego, jak dalej potoczy się ta choroba, do czego doprowadzi w moim organizmie.

Pełna diagnoza zajęła mi około 16 lat. W najlepszym przypadku lekarze mówili, że pewnie endometrioza, ale żeby to zdiagnozować, trzeba mnie zoperować, a w sumie i tak nie da się z tym nic zrobić. W najgorszym mówili, że taka natura, każdy tak ma i przejdzie mi, jak urodzę dziecko. Grożono mi zawaleniem liceum, bo co miesiąc byłam wyłączona z życia przez ból, a moja droga do szkoły polegała na staniu przez godzinę w autobusie dwa razy dziennie.

Kiedy miałam 19 lat, stwierdziłam, że muszę coś zrobić na własną rękę, bo nie mogę tak żyć – cierpiałam niesamowicie. Przeczesiałam anglojęzyczny internet. Na stronie rządowej australijskiego ministerstwa zdrowia była informacja o bolesnych miesiączkach i innych objawach pod nazwą endometrioza. Poszukałam dalej i Wikipedia powiedziała, że szacuje się, iż około 10% kobiet choruje na to schorzenie. Uznałam, że to wystarczająco prawdopodobne, że to także moja choroba, i zaczęłam się leczyć na własną rękę, ryzykując zdrowiem, bo nikt nie chciał mi pomóc. Australijskie ministerstwo napisało, że w wielu przypadkach branie antykoncepcji hormonalnej pomaga wyciszyć objawy i rozrost choroby. Skombinowałam leki, mówiąc lekarzowi, że chodzi o antykoncepcję, i odzyskałam życie. Bolało już tylko co trzy miesiące i to już starczało na życie.

Dopiero w tym roku, mając 28 lat, udało mi się dostać do specjalisty od endometriozy. Po oczekiwaniu 4 miesięcy i z kieszeni 1 lejszą o 600 zł zobaczyłam ogniska choroby na USG mojego ciała. Lekarz powiedział, że większość zmian powstała dawno i gdyby nie mądry lekarz, który wypisał leki hormonalne, byłabym w o wiele gorszym stanie. Nie wyprowadziłam go z błędu – nie wie, że żadnego mądrego lekarza nie było. Było tylko głupie ryzyko z desperacji, które u mnie skończyło się dobrze, ale nie każdy ma takie szczęście.

Specjalista przepisał mi leki, które uwolniły mnie od zdecydowanej większości objawów. Czuję ulgę – od bólu i od bycia nazywaną wariatką w gabinetach ginekologicznych. Ale czuję też niesamowite rozgoryczenie. Lata bólu i upokorzeń i jedna mała pigułka, która zmieniłaby moje życie o wiele wcześniej. Jestem wściekła, słysząc, że moja historia jest jedną z "lżejszych".

Podczas wieloletniego diagnozowania niepłodności, po wykonaniu laparoskopii, stwierdzono ogniska endometriozy w otrzewnej, macicy i jajniku prawym. Ogniska usunięto w takim stopniu, na ile było to możliwe. Dokonano resekcji jajnika prawego. Laparoskopię następnie powtórzono. Miało to miejsce w 2006 roku, w szpitalu w Poznaniu na oddziale endokrynologii ginekologicznej. Była to bezpośrednia przyczyna niepłodności.

W tamtym czasie nie wiedzano zbyt wiele o tej chorobie. Zanim wykonano laparoskopię, zalecono leki, które zatrzymały miesiączkę, jednak nie były one skuteczne. Nigdy nie odczuwałam klasycznych objawów, czyli bólu, ani nie miałam obfitych miesiączek. Dopiero w wieku 30 lat, gdy starałam się o dziecko, okazało się, że nie mogę zajść w ciążę. Na początku diagnostyki nie stwierdzono żadnej przyczyny – jajowody były drożne, macica w porządku. Dopiero po wielu latach leczenia doszukano się endometriozy.

Wystarczyło na wstępie diagnostyki wykonać laparoskopię. W ciążę mogłam zajść tylko metodą in vitro. Mam dziś pięknego, zdrowego 17-letniego syna. Było warto walczyć.

Moje objawy zaczęły się w wieku ok. 11 lat, kiedy zaczęłam miesiączkować. Odkąd pamiętam, zawsze krwawiłam bardzo intensywnie, wręcz krwotocznie. Do tego dochodził potworny ból brzucha i pleców, czego nie mogłam zwalczyć żadnymi lekami przeciwbólowymi. Moi bliscy musieli mi robić rozkurczowe zastrzyki domięśniowe, żebym mogła jakkolwiek funkcjonować. Okresy były nieregularne i za każdym razem krwawiłam przez 7-10 dni. Przez około tydzień przed miesiączką miałam potworne wahania nastroju, które po latach okazało się być PMDD. Tabletki zaczęłam przyjmować w wieku 19 lat, bo zdaniem lekarzy była to jedyna opcja na złagodzenie bólu i wyregulowanie cyklu. Początkowo byłam zachwycona, bo w końcu mogłam cokolwiek zaplanować z większym wyprzedzeniem, a okres przestał dosłownie niszczyć mi życie.

Zawsze wiedziałam, że coś jest nie tak, bo żadna z moich koleżanek nie była w stanie zrozumieć tego, jak fatalnie się czułam. Wiele razy słyszałam, że "przesadzam", a "okres to nie choroba" i powinnam przestać się tak nad sobą rozczulać, bo widocznie jestem przewrażliwiona. Do specjalisty od endometriozy trafiłam w wieku 25 lat i wydarzył się przełom. Okazało się, że mam adenomiozę, zmiany w więzadle krzyżowo-macicznym i zmiany na jelicie. Założyłam wkładkę hormonalną i dostałam leki + zalecenia dot. diety i suplementacji. Żyje mi się bez porównania lepiej. Mam w sobie jedynie mnóstwo złości za to, że przez tyle lat badało mnie ok. 9 lekarzy i nikt nigdy nic nie widział. Lepiej późno, niż później.

Nigdy nie miałam żadnych widocznych, bolesnych objawów endometriozy. Przypadkiem wyszedł mi podwyższony marker CA125, dopiero wtedy lekarz się przyjrzał i okazało się, że mam torbiel na jajniku, prawdopodobnie endometrialną. Z uwagi na leczenie niepłodności wykonano mi laparoskopię oraz badanie drożności jajowodów. Laparoscopia potwierdziła, że w obu jajnikach były torbiele endometrialne. Od tego czasu w badaniach USG nie widać żadnych nowych zmian.

Po 4 latach starań zaszłam w ciążę, potem od razu w drugą – mam dwójkę dzieci. [...] Dla mnie endometrioza to nie wyrok, dlatego chciałabym być także głosem nadziei, że nie zawsze musi być tak całkowicie beznadziejnie.

Moje okresy trwały po 10–15 dni, a PMS, który zmieniał mnie w potwora – wobec innych i wobec samej siebie – trwał ponad tydzień. Na same leki przeciwbólowe miesięcznie szło około 70 zł, tamponów nawet nie zliczę. Były dni, w których nawet 5 ibuprofenów oraz tramadol i No-Spa wzięte razem nie działały. Przez zwijanie się z bólu, bez możliwości dotarcia do szkoły czy pracy, zawałam łącznie trzy klasy i cztery razy straciłam zatrudnienie.

Od absolutnie każdego lekarza słyszałam klasyk, czyli: „taka pani uroda”. Ważąc 50 kg przy 175 cm wzrostu, usłyszałam, że jak zacznę normalnie jeść, to przejdzie. 5 kg później – że powinnam schudnąć, bo nic dziwnego, że przy takiej nadwadze mam problemy... Pierwszy okres dostałam w wieku 11 lat, a zaczęłam brać pigułkę dopiero w wieku 26 lat, którą znalazłam sobie sama, czytając fora internetowe. Przez pierwsze trzy lata wypisywał mi ją psychiatra, bo tak bałam się wrócić do ginekologa.

Od roku wypisuje mi ją ginekolog, więc żyję już cztery lata bez bólu, ale świadomość, ile straciłam fizycznie i psychicznie przez lata zupełnie niepotrzebnie, jest dla mnie nie do przełknięcia. Żadna dziewczynka, nastolatka ani kobieta nie powinna przechodzić przez coś takiego.

Od kiedy zaczęłam miesiączkować, wiedziałam, że coś jest nie tak. Mój pierwszy okres trwał trzy tygodnie, więc mając 11 lat, zostałam zabrana do ginekolożki dziecięcej na NFZ. Uznała ona, że „przejdzie po ciąży”, i przepisała mi wtedy tabletki antykoncepcyjne, przez które co prawda uregulował się mój okres, ale od tamtej pory miałam problemy z hormonami (w tym pojawił się trądzik, z którym walczę do teraz i z którym dermatolodzy rozkładają ręce) oraz z wynikami badań krwi, które od tamtej pory zawsze wskazują na anemię, bez względu na zażywane leki i suplementy. Chodziłam wtedy po wielu lekarzach, w tym hematologach, którzy stwierdzili, że to nic takiego, przejdzie i może po prostu tak mam.

Dopadało mnie wieczne osłabienie, senność, bóle brzucha, a i tak w tamtym nastoletnim wieku najgorszy był wystający brzuch, który mimo zrzucania wagi dawał o sobie znać i wprowadzał mnie w kompleksy, bo dzieci śmiały się, że wyglądam, jakbym była w ciąży, mimo że uprawiałam sport i w pewnym momencie miałam nawet niedowagę. Okres był dla mnie najgorszym czasem w miesiącu – w sumie nadal jest. Ból przed nim również. W trakcie nie byłam w stanie nawet funkcjonować. Zwykłe leki przeciwbólowe zażywałam jakby to były cukierki, a i tak nic to nie dawało. Standardem jest to, że podczas okresu zużywam ponad sześć paczek dużych podpasek. Jedyne, co ratuje mnie przed ruiną finansową z powodu okresu, to fakt, że gustuję w tych grubych, „pampersowych” z firmy na literę B – są faktycznie przystępne cenowo i komfortowe.

Podczas okresu nie mogę nawet jeść – żołądek boli mnie równie bardzo jak podbrzusze, więc na sam widok jedzenia chce mi się wymiotować. Najgorsze jest to, że o ile do szkoły mogłam nie przyjść z powodu bólu, to teraz, jako kobieta pracująca (studentka, na zlecenie), nie mogę sobie pozwolić na comiesięczne L4 trwające tydzień, bo jakoś muszę się sama utrzymywać. Mam pracę fizyczną, stojącą – dźwiganie ciężarów i interakcja z klientami nie pomagają w przeżyciu tego, a sam fakt, że przerwa jest krótka, jeszcze bardziej dobija, bo często przeciekam. Co miesiąc mam wycięte dwa miesiące z życia: ten przed okresem i ten, w którym mam okres.

Znajome i rodzina nie pomagają, bo uważają, że wymyślam i histeryzuję, i że kiedyś kobiety też tak miały i nikt nie biegał z tym po lekarzach. Na mojej pierwszej poważnej wizycie u ginekolożki

(jakieś rok temu, gdy miałam 20 lat) okazało się, że mam dużo ognisk adenomiozy. Dostałam antykoncepcję, która okropnie na mnie zadziałała (zaczęłam tracić włosy, nasilił się trądzik, przytyłam 15 kg w dwa miesiące, a i tak ciągle plamiłam). Leki zostały zmienione – znów to samo. Przestałam je brać, potem okazało się, że do tego doszły problemy z tarczycą, które nasiliło branie antykoncepcji.

Na razie czekam na następną wizytę u ginekolożki, bo mam wrażenie, że ta wykryta adenomioza to nie wszystko i że problem tkwi w niezdiagnozowanej endometriozie (ze względu na objawy ze strony układu pokarmowego). Mam już dość bycia olewaną przez lekarzy i ich widzimisię, bo od kiedy pamiętam, jeżdżąc od lekarza do lekarza, zawsze słyszałam, że to „moja uroda”, coś, co „przejdzie po ciąży”, albo „histeryzowanie”, a lekiem na wszystko była antykoncepcja, która już wiem, że po prostu nie jest dla mnie. Wystarczy, że zabezpieczamy się z partnerem prezerwatywami i tyle.

Chociaż te problemy, które mam, są dla mnie skuteczną antykoncepcją same w sobie, ponieważ stosunki sprawiają ból w podbrzuszu mimo wyjątkowej delikatności partnera, więc nie da się tak współżyć na dłuższą metę. Coraz bardziej obawiam się bólu przed stosunkiem, dlatego ciągle odmawiam. Dlatego moim zdaniem ważne jest uświadamianie ludzi – w tym lekarzy i ginekologów starej daty – że endometrioza i pokrewne jej jednostki nie są tylko czymś, co należy zamieść pod dywan i dać pacjentkom antykoncepcję, ale są czymś, co utrudnia nie tylko funkcjonowanie podczas miesiączki, lecz także wpływa na komfort życia, samopoczucie i relacje kobiet, które się z tym borykają. Mam nadzieję, że świadomość będzie coraz większa i coraz mniej kobiet będzie cierpieło z powodu braku diagnozy i sensownego leczenia.

Mam endometriozę i jestem w spektrum autyzmu. Obie diagnozy dostałam za późno – odpowiednio w wieku 25 i 26 lat. Przez nadwrażliwości sensoryczne silniej odczuwam ból i inne nieprzyjemności związane z chorobą. Działa to także w drugą stronę – endometrioza wpływa na mój poziom przebodźcowania i szybko wyczerpuje siły do codziennego funkcjonowania. Uczę się wyrzucać z głowy cudze słowa o tym, że „coś mi się wydaje” albo „nie może tak boleć”.

Moja historia z endometriozą zaczęła się już w podstawówce. Przez ponad rok praktycznie codziennie bolał mnie brzuch tak bardzo, że kładłam się na ziemi, zwijałam w kłębek i płakałam. Moja mama i ojczym nie wiedzieli, co mi jest, a ja jeździłam po szpitalach, lekarzach i różnych specjalistach. Nikt nie potrafił postawić diagnozy. I tak zostało – ból towarzyszył mi przez całe dzieciństwo i nastoletnie lata.

Miesiączki były koszmarem – zawsze wypadło mi co najmniej dwa dni w miesiącu, kiedy nie chodziłam do szkoły, bo nie byłam w stanie funkcjonować. Z czasem do tego doszły bóle podczas owulacji, nudności... ale nauczyłam się z tym żyć, bo lekarze powtarzali w kółko to samo: „Jak urodzisz, to przejdzie”, „Okres boli, to normalne”. I ja w to wierzyłam. Chodziłam do lekarzy, badałam się, a skoro nikt nie znajdował przyczyny, zaczęłam myśleć, że może rzeczywiście coś sobie wymyślałam.

W pewnym momencie zaczęłam nawet podejrzewać, że to wszystko siedzi w mojej głowie. Wierzyłam ludziom, którzy mówili, że przesadzam, że histeryzuję. Sama siebie przekonałam, że może mam nerwicę albo jakąś chorobę psychiczną, skoro ten ból „nie istnieje”. To uczucie było

straszne – nie tylko cierpiałam fizycznie, ale jeszcze miałam wrażenie, że to ze mną jest coś nie tak, że to ja jestem „dziwna”.

Kiedy poznałam mojego partnera w wieku 20 lat, problem stał się jeszcze bardziej widoczny. Ból przy współżyciu pojawiał się coraz częściej, aż w końcu nasze życie intymne praktycznie zniknęło. Była to dla mnie ogromna frustracja – chciałam, ale nie mogłam. Widziałam też frustrację mojego partnera i to tylko potęgowało moje poczucie winy. Zaczęłam wmawiać sobie, że może jestem aseksualna, że coś ze mną jest nie tak, ale nie w sensie choroby, tylko że po prostu jestem „nienormalna”.

A przecież od 17. roku życia chodziłam regularnie na kontrole do ginekologa. Każdy mówił, że wszystko jest w porządku, mimo że opowiadałam o swoich objawach. Słyszałam tylko: „nic pani nie jest”.

O endometriozie wiedziałam, że istnieje, ale jakoś nie dopuszczałam tej myśli do siebie. Dopiero mój partner zaczął się interesować tematem bardziej niż ja. To on powiedział mi, żebym zapisała się do fizjoterapeutki uroginekologicznej, bo może problem leży w mięśniach. I to właśnie ona jako pierwsza zasugerowała: „proszę się przebadać, to wygląda na endometriozę”.

Zaczęłam o tym czytać, rozmawiać ze znajomymi, dzielić się swoimi objawami. I wtedy po raz pierwszy poczułam ogromne zaskoczenie – bo rzeczy, które dla mnie były „normalne”, wcale normalne nie były. Ból przy wypróżnianiu, krew w stolcu, ból przy oddawaniu moczu, a nawet to, że nie mogłam nosić rajstop czy obcisłych spodni, bo miałam wrażenie, jakby mi się w brzuchu wszystko paliło – ja myślałam, że każda kobieta tak ma. A okazało się, że nie.

Wtedy dotarło do mnie, że przez tyle lat byłam ignorowana. Że te wszystkie cierpienia były realne, a nie wymyślone. Dzięki forum, grupom wsparcia i poleceniom trafiłam w końcu do lekarki, która naprawdę mnie wysłuchiwała. Pamiętam, że kiedy usłyszałam diagnozę, w gabinecie byłam twarda – jak zawsze. Ale kiedy wyszłam i wsiałam do auta, po prostu się rozplakałam. I to był taki płacz, którego nie umiałam do końca nazwać – trochę ulga, że w końcu wiem, co mi jest, a trochę złość i bezsilność, że przez tyle lat byłam ignorowana i nikt wcześniej nie pomógł.

Dziś jestem pod opieką specjalistów, stosuję dietę przeciwzapalną, która bardzo mi pomaga. Biorę antykoncepcję hormonalną, choć wolalabym tego uniknąć – ale póki co muszę. Nauczyłam się, że najważniejsze jest otaczać się ludźmi, którzy naprawdę chcą zrozumieć. Bo oni sami nigdy nie poczują tego bólu, ale mogą wspierać – i to daje ogromną siłę. Gdyby nie mój partner i bliskie osoby, pewnie dalej żyłabym w przekonaniu, że to ja wymyślam swoje problemy.

Swoją historię już Wam wysłałam, ale nie mogę powstrzymać się od przekazania Wam historii, która wydarzyła się dzisiaj. Jestem aktualnie na izbie przyjęć, bo moje problemy zdrowotne z endometriozą znowu zmusiły mnie do wizyty w szpitalu. Obok mnie siedzi zapłakana kobieta – mówi, że strasznie ją boli, ale jednocześnie jest szczęśliwa, że w końcu lekarz potwierdził, iż nie symuluje. „Wie Pani, mam endometriozę, tak mi powiedzieli. Bardzo mnie boli, ale cieszę się, bo wszyscy twierdzili, że symuluję i specjalnie nie chodzę do pracy. Moja matka złożyła mi sprawę w sądzie o odebranie praw do syna, bo jestem chora psychicznie, skoro boli mnie coś, czego nie ma”.

Obok siedzi jej ojciec. Kobieta mówi do niego, wskazując na mnie: „Ta pani też ma endometriozę i też ją boli, niech pani powie mojemu ojcu, bo on nie wierzy”. Starszy człowiek patrzy na mnie z lekką pogardą. Kobieta płacze i błaga lekarza, żeby poszedł do ojca i powiedział, że ona naprawdę jest chora.

Strasznie ryczałam, wsparłam ją, jak mogłam. Powiedziałam, że musi być silna, bo stres nie pomaga w leczeniu. Trzymam za nią kciuki — za jej zdrowie i za pomyślne rozwiązanie spraw prywatnych. Bardzo smutna historia.

Dostałam okres w wieku 11 lat. Od samego początku był bardzo obfity i długi — trwał 10–11 dni. Również nie miałam typowej dla nastolatek przerwy w miesiączkowaniu — odkąd dostałam pierwszy okres, co miesiąc go miałam. Oprócz tego był bardzo bolesny — zaczęło się od bólów brzucha, na tyle silnych, że żadne leki nie pomagały, czy to No-Spa, czy Ibuprom, a nawet Ketonal. Później doszły bóle w lędźwiach — zazwyczaj szły w parze z bólem brzucha.

Mój lekarz, gdy skończyłam 16 lat, przepisał mi leki antykoncepcyjne, by przynajmniej zmniejszyć długość miesiączki — rzeczywiście pomogło, trwa „tylko” 4–5 dni. Natomiast samo natężenie krwawienia oraz bóle w żaden sposób się nie zmniejszyły, a jedyną odpowiedzią, jaką na to słyszałam, było: „taka twoja natura” albo „przejdzie ci, jak urodzisz dzieci” — odpowiedzi, które chyba każda z nas słyszała przynajmniej raz.

Po kilku latach wyszło, że również nie mogę uprawiać seksu — penis większy niż 10 cm powodował automatyczny, rozdzierający ból w środku, który nie ustępował, nie wspominając o tym, że nie odczuwałam z tego żadnej przyjemności. Dopiero wtedy mój lekarz interweniował — wziął mnie na stół, ale jedyne, co odkrył, to to, że miałam mocno napięte mięśnie z tyłu macicy, i w sumie tyle. Zamroził je i powiedział, że będzie lepiej — chyba każdy może przewidzieć, jaki był finał.

Później, zastanawiając się, dlaczego nie byli w stanie tego wykryć, doszłam do wniosku, że brałam wtedy antykoncepcję — co prawda jednoskładnikową, ale na pewno zmniejszyła moje endometrium, bo brałam ją wtedy około dwóch lat. Dopiero w momencie, kiedy zaczęło być głośno na temat endometriozy kilka lat temu (co i tak miało miejsce jakieś cztery lata po tym zabiegu), oglądając jeden z polskich medycznych seriali, usłyszałam o tej chorobie i o objawach, jakie się z nią wiążą. Wtedy w mojej głowie zapaliła się lampka: „a co, jeżeli ja to mam?”.

Stwierdziłam, że wolę iść do innego ginekologa niż mój stały — i wydaje mi się, że to był dobry pomysł. Trafiłam na bardzo miłą, młodą lekarkę, która, gdy usłyszała moje objawy, jako pierwsze pytanie zadała: „czy bierze pani pod uwagę, że to może być endometrioza?”. Moje uczucie ulgi było w tamtym momencie niewiarygodne — dopóki nie usłyszałam, że nie ma dokładnego leku na tę chorobę. [..]

Ze świadomością, że jedyne, co mogę brać i jako tako funkcjonować, to antykoncepcja jednoskładnikowa, musiałam żyć przez jakiś czas. W moim przypadku było to rozwiązanie mało pomocne — okres dalej był obfity i niemiłosiernie bolesny. Dochodziło do sytuacji, w których pomimo leków tak bardzo bolał mnie brzuch, że albo na chwilę traciłam świadomość i prawie mdlałam, albo musiałam przetrwać w pracy, kwicząc i staniając się z bólu.

Tak było przez jakiś czas, aż trafiłam do mojego obecnego ginekologa — specjalisty z holistycznym podejściem do każdej pacjentki, do tego stopnia, że daje swój prywatny numer telefonu i mówi,

że można dzwonić o każdej porze, bo zawsze pomoże. Kiedy poszłam na pierwsze badanie, wysłuchał mnie bardzo uważnie i, wykonując samo USG, stwierdził, że widzi pozostałości endometrium i jest w stanie w 100% potwierdzić, że to endometrioza. Przepisał mi antykoncepcję dwuskładnikową i z ręką na sercu mogę szczerze powiedzieć, że uratował mi życie.[...]

Jest to nieustająca walka z tą okropną chorobą, ale najważniejsze jest to, by trafić na odpowiedniego, empatycznego lekarza — co mi się udało. Mam jednak świadomość, że jestem jedną z nielicznych kobiet, które miały to szczęście.

Kilka słów na koniec

Endometrioza to choroba przewlekła, która może zmieniać codzienność – wymaga leczenia, uważności i często wielu sił. Ale nie definiuje Ciebie ani Twojego życia.

Ważne, żebyś pamiętała:

- **Nie jesteś sama.** Coraz więcej osób mówi otwarcie o endometriozie, a wokół Ciebie są specjaliści, fundacje i grupy wsparcia, do których możesz się zwrócić.
- **Twój ból jest realny.** Nie daj sobie wmówić, że „taka uroda”. Jeśli cierpisz – masz prawo do diagnozy i leczenia.
- **Każda historia jest inna.** U jednej osoby choroba przebiega łagodnie, u innej trudniej, ale każda zasługuje na zrozumienie i odpowiednią opiekę.
- **Masz wpływ.** Świadome dbanie o siebie – dieta, ruch, sen, zdrowie psychiczne – nie wyleczy choroby, ale może sprawić, że będziesz żyć pełniej i z większym poczuciem kontroli.

Endometrioza nie odbiera Ci prawa do planów, marzeń i dobrego życia. Możesz szukać pomocy, mówić o swoich potrzebach i wybierać rozwiązania najlepsze dla siebie. **Tvoja droga może być inna niż droga kogoś innego, ale każda jest ważna.**

Bibliografia:

- 1 Agarwal SK, Chapron C, Giudice LC, et al. *Clinical diagnosis of endometriosis: a call to action*. Am J Obstet Gynecol. 2019;220(4):354.e1–354.e12. doi:10.1016/j.ajog.2018.12.039
- 2 Ballard KD, Seaman HE, de Vries CS, et al. *Can symptomatology help in the diagnosis of endometriosis? Findings from a national case-control study – part 1*. BJOG. 2008;115(11):1382–1391. doi:10.1111/j.1471-0528.2008.01887.x
- 3 Barnard ND, Holtz DN, Schmidt N, et al. *Nutrition in the prevention and treatment of endometriosis: A review*. Front Nutr. 2023;10:1089891. doi:10.3389/fnut.2023.1089891
- 4 Becker CM, Bokor A, Heikinheimo O, et al. ESHRE Endometriosis Guideline Group. *ESHRE guideline: endometriosis*. Hum Reprod Open. 2022;2022(2):hoac009. doi:10.1093/hropen/hoac009
- 5 Chen I, Veth VB, Choudhry AJ, et al. *Pre- and postsurgical medical therapy for endometriosis surgery*. Cochrane Database Syst Rev. 2020;11(11):CD003678. doi:10.1002/14651858.CD003678.pub3
- 6 Cytelnia Medyczna. *Deep infiltrating endometriosis of the rectovaginal septum – an interdisciplinary challenge*. cytelniamedyczna.pl/6796
- 7 Di Donato N, Montanari G, Benfenati A, et al. *Prevalence of adenomyosis in women undergoing surgery for endometriosis*. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;181:289–293. doi:10.1016/j.ejogrb.2014.08.016
- 8 Duffy DM, VandeVoort CA. *Maturation and fertilization of nonhuman primate oocytes are compromised by oral administration of a cyclooxygenase-2 inhibitor*. Fertil Steril. 2011;95(4):1256–1260. doi:10.1016/j.fertnstert.2010.12.048
- 9 EndoDziewczynna. *Endometrioza i depresja*. 2022. endodziewczynna.pl/endometrioza-depresja
- 10 Endometriose App. *Anti-inflammatory foods for endometriosis*. 2023. endometriose.app/en/insights/anti-inflammatory-foods-for-endometriosis-2
- 11 Endometriosis Foundation of America. WES resources. endofound.org/-/wes
- 12 ESHRE. *Endometriosis – Information for Women based on the ESHRE Guideline*. 2022. eshre.eu/Endometriosis-guideline
- 13 Freie Universität Berlin. *Psychological distress and quality of life in women with endometriosis*. Refubium. 2021. refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/302?show=full
- 14 Grandi G, Barra F, Ferrero S, et al. *Hormonal contraception in women with endometriosis: a systematic review*. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2019;24(1):61–70. doi:10.1080/13625187.2018.1550576
- 15 Harada T, Momoeda M, Taketani Y, et al. *Low-dose oral contraceptive pill for dysmenorrhea associated with endometriosis: a placebo-controlled,*

double-blind, randomized trial. Fertil Steril. 2008;90(5):1583–1588. doi:10.1016/j.fertnstert.2007.08.051

- 16 Hughes E, Brown J, Collins JJ, et al. *Ovulation suppression for endometriosis*. Cochrane Database Syst Rev. 2007;(3):CD000155. doi:10.1002/14651858.CD000155.pub2
- 17 Kędzia M, Basta P, Czajkowski K, i wsp. *Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące postępowania u kobiet z endometriozą*. Ginekol Pol. 2024;95(2). doi:10.5603/gpl.100261
- 18 Kot M. *Endometrioza. Praktyczny poradnik o dietoterapii dla pacjentek z endometriozą*. Warszawa: Wydanie własne; 2024.
- 19 Krentel H, De Wilde RL. *Prevalence of adenomyosis in women undergoing hysterectomy for abnormal uterine bleeding, pelvic pain or uterine prolapse – A retrospective cohort study*. Ann Med Surg (Lond). 2022;78:103809. doi:10.1016/j.amsu.2022.103809
- 20 National Institute for Health and Care Excellence. *Endometriosis: diagnosis and management [NG73]*. London: NICE; 2017.
- 21 NHS. Endometriosis. National Health Service UK. 2023. [nhs.uk/conditions/endometriosis/](https://www.nhs.uk/conditions/endometriosis/)
- 22 Nicolas-Boluda A, Oppenheimer A, Bouaziz J, et al. *Patient-Reported Outcome Measures in Endometriosis*. J Clin Med. 2021;10(21):5106. doi:10.3390/jcm10215106
- 23 Pacjent.gov.pl. *Możesz leczyć endometriozę na NFZ*. 2023. pacjent.gov.pl/aktualnosc/mozesz-leczyc-endometrioze-na-nfz
- 24 Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Treatment of pelvic pain associated with endometriosis: a committee opinion*. Fertil Steril. 2014;101(4):927–935. doi:10.1016/j.fertnstert.2014.02.012
- 25 PubMed. *Endometriosis and mental health sequelae: a systematic review*. 2020. pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32112731/
- 26 Puente JM, Fabris A, Patel J, et al. *Adenomyosis in infertile women: prevalence and the role of 3D ultrasound as a marker of severity of the disease*. Reprod Biol Endocrinol. 2016;14(1):60. doi:10.1186/s12958-016-0185-6
- 27 Trivedi P, Selvaraj K, Mahapatra PD, et al. *Effective post-laparoscopic treatment of endometriosis with dydrogesterone*. Gynecol Endocrinol. 2007;23 Suppl 1:73–76. doi:10.1080/09513590701669583
- 28 Vercellini P, Somigliana E, Dagupati R, et al. *Postoperative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence*. Am J Obstet Gynecol. 2008;198(5):504.e1–504.e5. doi:10.1016/j.ajog.2007.11.010
- 29 World Endometriosis Society. *About WES*. worldendosociety.org
- 30 World Health Organization. *Endometriosis*. WHO Fact Sheet. 2023. who.int/news-room/fact-sheets/detail/endometriosis

- 31 Zakhari A, Delpero E, McKeown S, et al. *Endometriosis recurrence following post-operative hormonal suppression: a systematic review and meta-analysis*. Hum Reprod Update. 2021;27(1):96–107. doi:10.1093/humupd/dmaa033
- 32 Zannoni L, Forno SD, Raimondo D, et al. *Adenomyosis and endometriosis in adolescents and young women with pelvic pain: prevalence and risk factors*. Minerva Pediatr. 2020. doi:10.23736/S0026-4946.20.05842-9

FEDERA

