

**МУЖЧИНА И ЖЕНЩИНА:**

---

**КАК СОХРАНИТЬ ЗДОРОВЬЕ**

## СОДЕРЖАНИЕ

Дорогие читатели!

Эта книга написана для вас и о вас. Продумывая концепцию ее содержания, мы посчитали целесообразным последовательно рассмотреть те моменты, которые касаются сексуального и детородного (фертильного) здоровья мужчины и женщины.

Основы его закладываются в период эмбрионального развития, и мы кратко остановимся на этом этапе.

Затем мы с вами рассмотрим первые дни жизни ребенка и проследим последующий период его взросления, акцентируя внимание на тех аспектах, которые касаются развития половой системы мальчиков и девочек. Вы узнаете, какие моменты должны стать наиболее важными для родителей и как вы можете помочь своим детям вырасти здоровыми, чтобы в будущем они могли создать собственные счастливые семьи.

Далее мы остановимся на том, какие подводные камни могут ожидать мужчин и женщин среднего возраста на протяжении этого периода жизни и на каких аспектах стоит сконцентрировать внимание, чтобы сохранить прекрасное репродуктивное здоровье в течение многих лет.

Отдельные главы книги посвящены проблемам, с которыми людям приходится сталкиваться с течением времени. Здесь вы найдете важные рекомендации, которые помогут вам оставаться активными и поддерживать высокое качество жизни как можно дольше.

Надеемся, что в книге мы смогли ответить на многие ваши вопросы, раскрыть все тонкости затронутой сферы, и теперь вы сможете на практике использовать эту информацию, а также передать полученный опыт собственным детям и внукам.

Доктор медицинских наук Тамаз Мчедлидзе

1 Экскурс в анатомию .....	5
Женская половая система .....	5
Мужская половая система .....	6
2. Как происходит оплодотворение? .....	12
3. Урок физиологии .....	12
Менструальный цикл. Овуляция .....	12
Как определить факт наступления беременности? .....	14
4. Этапы эмбриогенеза .....	15
5. Неонатальный период – на что обратить внимание .....	16
6. Родителям о маленьких леди .....	18
7. Родителям о маленьких джентльменах.....	22
8. Методы контрацепции .....	26
Чем опасен аборт? .....	32
9. Вступаем в репродуктивный возраст.....	33
Инфекции — будьте бдительны! .....	34
10. Здоровье женщины .....	50
Заболевания мочевыделительной системы.....	50
Гинекологические заболевания.....	51
11. Здоровье мужчины.....	64
Осторожно, простатит!.....	64
Что такое гиперплазия простаты? .....	69
Эректильная дисфункция — поговорим откровенно... .	74
Чем опасен метаболический синдром? .....	79
12. Здоровье после 50 лет .....	87

Что происходит в организме женщины? .....	87
Что нужно знать о менопаузальной гормональной терапии? .....	89
Пролапс половых органов: тет-а-тет об интимном .....	97
Вульво-вагинальная эстетика .....	99
Что такое остеопороз? .....	100
Мужской климакс: миф или реальность? .....	103
Вместо заключения, или Для чего нужен скрининг? .....	110

## 1 Экскурс в анатомию

Для более полного понимания всех физиологических процессов, о которых пойдет речь в этой книге, имеет смысл кратко познакомиться со строением органов и систем, имеющих отношение к репродуктивному здоровью женщины и мужчины.

### Женская половая система

Половые органы женщины подразделяются на наружные и внутренние. К наружным относятся: большие и малые половые губы, клитор, бартолиниевы железы, девственная плева. Все органы, расположенные за девственной плевой, относятся к внутренним: это влагалище, матка, состоящая из шейки и тела, яичники, маточные (фалло-



пиевы) трубы, связочный аппарат, фиксирующий половые органы.

Женская половая система

1. Влагалище (мышечный проход, расширяющийся в родах)
2. Шейка матки
3. Матка
4. Фаллопиева труба
5. Яичники
6. Связки

**Влагалище** – это тонкостенная полость, по сути – мышечный мешок. Слизистая влагалища имеет складчатое строение. Объем влагалища за счет растяжения мышц и складок может увеличиваться в 1,5–2 раза. Влагалище охватывает шейку со всех сторон, образуя карманы – своды влагалища. Именно в своды влагалища в конце полового акта происходит излияние семенной жидкости.

**Шейка матки** расположена в глубине влагалища. Снаружи шейки матки есть отверстие – вход в цервикальный канал, ведущий в полость матки. Это отверстие закрыто слизистой пробкой – барьером на пути микробов. Во влагалище среда нестерильная, а в полости матки микробов

быть не должно. Шейка матки переходит в тело матки, которое расположено в брюшной полости. Тело матки имеет грушевидную форму, узким концом расположено вниз. Матка имеет три слоя: наружный – тонкий лист брюшины, называемый серозным слоем, средний слой – мышечный, внутренний слой – эндометрий. Наиболее толстый слой – мышечный, он способен многократно увеличивать свой объем при беременности. Серозный слой – покровный. А вот наиболее важный слой – внутренний, железистый – эндометрий: он мягкий и имеет губчатое строение. Именно он отторгается каждый месяц, вызывая менструацию, и именно он необходим для правильного формирования и развития беременности.

**Две маточные трубы** (яйцеводы) отходят от матки. По ним двигаются сперматозоиды к яйцеклетке, в них происходит оплодотворение, по ним плодное яйцо спускается в полость матки. Маточные трубы обладают способностью к перистальтике – поступательному сокращению для продвижения

яйцеклетки или плодного яйца в полость матки. Яичники находятся рядом с маткой, удерживаемые специальными связками. В них происходит созревание яйцеклеток.

### **Мужская половая система**

Мужская репродуктивная система состоит из органов, совместная деятельность которых обуславливает выработку сперматозоидов и их попадание в генитальный тракт женщины во время полового акта.

Мужские половые органы также делятся на наружные и внутренние. Наружные включают в себя половой член и мошонку. К внутренним половым органам относятся: яичко с придатком, семявыносящий проток, семенной канатик, простата, семенные пузырьки



и бульбоуретральные железы.

- Мужская половая система
1. Мужской половой член
  2. Мочеиспускательный канал
  3. Мочевой пузырь
  4. Семенник
  5. Придаток семенника
  6. Семявыводящий проток
  7. Предстательная железа
  8. Семенной пузырь

**Половой член или пенис** – орган, предназначенный для совершения полового акта, транзита сперматозоидов во влагалище, а также для выведения наружу мочи из мочевого пузыря через мочеиспускательный канал. В половом члене различают: тело (ствол), головку и корень, которым он прикрепляется у основания мошонки.

Ствол полового члена состоит из двух пещеристых и одного губчатого тела, расположенного в бороздке между пещеристыми телами. Губчатое тело прилегает к нижней поверхности полового члена вместе с проходящим в его толще мочеиспускательным каналом (уретрой). Головка полового члена представляет собой конусообразное утолщение, на верхушке распо-

лагается наружное отверстие мочеиспускательного канала. Снаружи головка полового члена покрыта тонкой, легко сдвигающейся кожей – крайней плотью, переходящей в кожу лобка вверху и в кожу мошонки внизу. На задней поверхности полового члена крайняя плоть соединяется с головкой продольной складкой, называемой уздечкой.

Через нежную кожу крайней плоти проходит большое количество железок, которые вырабатывают смегму (секрет сальных желез). Так же, как и тело полового члена, головка содержит множество лакун, при половом возбуждении заполняющихся кровью. Большое количество нервных окончаний делает головку наиболее чувствительной частью члена.

Размеры полового члена взрослого мужчины в покое составляют в среднем 7–10 см, в состоянии эрекции – 12–18 см, то есть примерно соответствуют размерам влагалища женщины.

### **Механизм эрекции**

Эрекция – увеличение в объеме полового члена – про-

исходит при половом возбуждении. В этот момент приток артериальной крови к половому члену увеличивается, пещеристые тела наполняются кровью, и член увеличивается в объеме в 2–8 раза, становясь при этом упругим. Механическая твердость, возникающая при эрекции, необходима для осуществления полового акта.

Поддержание эрекции обеспечивается уменьшением венозного оттока, которому способствует сокращение особых мышц, располагающихся у корня полового члена. По окончании возбуждения мышцы расслабляются, и кровь, заполнявшая пещеристые тела полового члена, легко оттекает, после чего он уменьшается до обычных размеров и становится мягким. Головка члена при эрекции всегда остается менее упругой и более эластичной по сравнению с его телом, что предотвращает травматизацию женских половых органов.

**Мошонка** представляет собой кожно-мышечноеместилище, разделенное вертикальной перегородкой на

правую и левую половины. В каждой половине находится яичко с придатком.

**Яички** – парные железы, в которых образуются мужские половые клетки (сперматозоиды), а также гормоны, в основном тестостерон.

Обычно яички расположены на разном уровне и могут отличаться по размерам – чаще левое ниже и больше правого. Снаружи яички покрыты серозной оболочкой. На каждом яичке сверху расположен придаток, который переходит в семявыносящий проток.

**Придаток яичка** служит для накопления и созревания сперматозоидов, которые приобретают способность двигаться и оплодотворять яйцеклетку.

**Семенной канатик** фиксирует яичко.

**Семявыносящие протоки** – парные каналы, по которым сперматозоиды продвигаются от придатков яичек к мочеиспускательному каналу.

**Предстательная железа** (простата) – одиночный орган, который производит собственный секрет, активизирующий подвижность спер-

матозоидов. По выводным протокам этот секрет попадает в просвет мочеиспускательного канала. К механизму появления эрекции и нарушениям ее качества простата прямого отношения не имеет.

Какие основные функции выполняет простата?

– во-первых, продуцирует часть семенной жидкости (около 30 % объема эякулята);

– во-вторых, участвует в механизме выброса спермы во время полового акта;

– в-третьих, участвует в механизмах удержания и выведения мочи.

Простата играет важную роль в функционировании мужской половой системы и всего организма мужчины в целом – поэтому ее называют «вторым сердцем» мужчины.

В простате различают пять анатомо-физиологических зон: передняя фиброзно-мышечная; периферическая; центральная; транзиторная (переходная); периуретральная.

С клинической точки зрения наибольшее значение имеют транзиторная и периферическая зоны.

С возрастом транзиторная зона, как правило, увеличивается в размерах – данный процесс может приводить к механическому сдавливанию мочеиспускательного канала и, соответственно, к нарушению оттока мочи из мочевого пузыря. Увеличение транзиторной зоны и связанные с ним нарушения мочеиспускания называют аденомой, или доброкачественной гиперплазией предстательной железы (ДГПЖ), об этом заболевании мы подробно расскажем в отдельной главе.

Что касается периферической зоны, в ней развивается около 80 % всех раковых опухолей простаты. Риск заболеть раком простаты подвергаются мужчины старше 50 лет, причем с возрастом этот риск увеличивается.

Наиболее распространенным заболеванием простаты, нарушающим качество жизни мужчины, является простатит или воспаление простаты, и чуть позже мы детально поговорим об этой проблеме.

**Семенные пузырьки** располагаются за мочевым пузырем, возле его дна. К семенным пузырькам подхо-

дят семявыносящие протоки, после присоединения к ним переходят в эякуляторные протоки.

Семенные пузырьки продуцируют до 50–60 % семенной жидкости, служат для накопления семенной жидкости и участвуют в механизме семяизвержения.

**Бульбоуретральные железы** (Купера) – парный орган, их протоки открываются в мочеиспускательный канал. Эти железы секретируют жидкость, которая защищает стенки мочеиспускательного канала от раздражения мочой и спермой.

Во время полового акта придаток яичка и семявыносящий проток сокращаются, и семенная жидкость (эякулят, или сперма) выбрасывается в мочеиспускательный канал. Продвижение спермы по мочеиспускательному каналу обеспечивается сокращением предстательной и семенных желез, сопровождаясь высвобождением их секретов. Момент выброса семенной жидкости из мочеиспускательного канала полового члена называется **эякуляцией**.

А теперь нужно сказать несколько слов о **мочевы-**

**делительной системе человека**, в состав которой входят несколько внутренних органов.

Мочевыделительная система женщины и мужчины (рисунки)

**Почки** – главный и наиболее важный парный орган мочевыделительной системы. Располагаются почки в забрюшинном пространстве по сторонам от позвоночника приблизительно на уровне 12-го ребра, причем правая почка расположена несколько ниже левой. На вдохе и при переходе человека из горизонтального в вертикальное положение почки смещаются книзу на 3–5 см – это нормально. Фиксация почек в естественном положении обеспечивается за счет связочного аппарата и поддер-



живающего эффекта околопочечной жировой клетчатки. Основные функции почек состоят в регуляции водно-солевого баланса организма (поддержание необходимых концентраций солей и объема жидкости в организме), выведении ненужных и вредных (токсичных) веществ из организма, регуляции артериального давления.

Почка, фильтруя кровь, производит мочу, которая собирается в полостной системе и выводится по мочеточникам в мочевой пузырь и дальше наружу. За сутки взрослый человек выделяет в среднем 1–1,5 литра мочи (на 300–500 мл меньше всего объема жидкости, которую он выпил). Продвижение мочи обеспечивается за счет ритмичных волнообразных сокращений мышечных волокон стенок почечных чашек и лоханки. Внутренняя поверхность полостной системы почек выстлана слизистой оболочкой.

**Мочеточники**, как и почки, – парный орган, представляют собой полые трубки, служащие для перемещения мочи от почек к мочевому пузырю.

**Мочевой пузырь** – полый орган, своего рода накопительный резервуар для мочи. Именно из него происходит ее выделение через мочеиспускательный канал. Пузырь находится в области малого таза.

**Мочеиспускательный канал** – также полый орган, который одним своим концом выходит на поверхность тела человека, – это называется уретра – и соединяет мочевой пузырь с внешней средой.

В организме женщины этот орган представлен короткой толстой трубкой, наружное отверстие которой выходит несколько выше, чем вход во влагалище, то есть в области, ограниченной малыми половыми губами.

Мочеиспускательный канал у мужчины длиннее, но тоньше, чем у женщины. Располагается он, как вы уже знаете, внутри полового члена и представляет собой щель шириной 5–7 мм, выполняющая функцию как мочеиспускания, так и семяизвержения.

## 2. Как происходит оплодотворение?

Сперматозоид представляет собой клетку, состоящую из головки, шейки и хвостика. Головка несет в себе генетическую информацию (23 хромосомы), в шейке находится митохондрия – это своего рода электростанция, то есть двигатель, источник энергии. За счет источника энергии хвостик совершает движения, и сперматозоид поступательно движется вперед по половым путям женщины.

Сперматозоиды находят яйцеклетку и облепляют ее со всех сторон. Яйцеклетка окружена плотной оболочкой, которую один сперматозоид пробить не способен. За счет «коллективного» воздействия сперматозоиды истончают оболочку яйцеклетки, но только один из них, самый активный, проникает внутрь. Происходит оплодотворение – слияние женской и мужской половых клеток. Через неделю после зачатия плодное яйцо достигает полости матки, прикрепляется к эндометрию и за два дня полностью погружается в него. Постепенно формируется плацента, ее

сосуды прорастают в слизистую матки, и таким образом внутриутробный плод будет получать питание в течение всего периода развития.

### Каким же образом созревает готовая к оплодотворению яйцеклетка?

Для того чтобы ответить на этот вопрос, нам понадобится небольшой экскурс по физиологии женского организма.

## 3. Урок физиологии

### Менструальный цикл. Овуляция

Менструальный цикл – это сложный физиологический процесс, ежемесячно повторяющийся в организме у женщин детородного периода. Менструальный цикл в норме длится от 21 до 36 дней, в среднем – 28 дней. В старину менструальный цикл называли лунником – по длительности лунного месяца. Первым днем менструального цикла считается первый день менструации. Менструальный цикл состоит из двух фаз: фолликулиновой (первая фаза) и лютеиновой (вторая фаза). Граница обеих фаз –

овуляция. Таким образом, первая фаза цикла длится обычно с 1-го по 14-й день, вторая – с 15-го по 28-й день.

### Принцип регуляции менструального цикла

С первых дней нового цикла под влиянием различных структур головного мозга в гипофизе выделяется фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), вызывающий созревание доминантного фолликула в одном из яичников. Внутри доминантного фолликула находится яйцеклетка. Клетки, выстилающие фолликул, выделяют гормон эстрадиол. Эстрадиол начинает оказывать влияние на внутренний слой матки – эндометрий, подготавливая его для внедрения оплодотворенной яйцеклетки. Под влиянием эстрадиола отмечается увеличение толщины эндометрия до 8–10 мм. К 13–14-му дню (при 28-дневном цикле) доминантный фолликул в яичнике достигает размеров 23–25 мм. К этому времени гипофиз начинает вырабатывать большое количество другого гормона – лютеинизирующего (ЛГ). Резкое увеличение концентрации ЛГ приводит к

разрыву доминантного фолликула и выходу яйцеклетки.

**Овуляция** – это процесс разрыва доминантного фолликула, сопровождающийся выходом из него зрелой яйцеклетки. К этому моменту маточная труба располагается очень близко к яичнику: фимбрии трубы (тонкие пальцевидные бахромки, расположенные на ее конце) как бы охватывают яичник в месте разрыва фолликула и за счет поступательного движения направляют яйцеклетку непосредственно в просвет трубы (в ее ампулярную часть, ближе к яичникам). Если в маточной трубе уже находятся сперматозоиды – происходит оплодотворение. Если беременность не наступает, то яйцеклетка продвигается по трубе в полость матки и абортируется (удаляется из организма).

В месте разрыва доминантного фолликула в яичнике формируется звездчатый рубчик желтоватого цвета – «желтое тело», клетки которого выделяют гормон прогестерон. Именно этот гормон определяет вторую фазу менструального цикла – лютеиновую. В

случае оплодотворения прогестерон способствует более глубокому проникновению эмбриона в эндометрий. В случае отсутствия оплодотворения прогестерон вырабатывается в течение еще 10–12 дней, потом его концентрация падает, и вслед за снижением концентрации прогестерона начинается очередная менструация, открывающая отсчет новому менструальному циклу.

**Менструация** – это не что иное, как отторжение и выделение того самого эндометрия, который готовился к приему эмбриона: он отслаивается полностью, в виде мелких кусочков, а находящиеся под ним мелкие кровеносные сосуды обуславливают кровянистые выделения.

Затем матка сокращается – и вновь начинается процесс эпителизации ее слизистой, вновь созревает эндометрий в надежде встретить яйцеклетку. А на месте желтого тела в яичнике образуется «белое тело» (белесый рубчик на яичнике). Однако не каждый цикл протекает с овуляцией, с возрастом их количество уменьшается: если у здоровой двадцатилетней женщи-

ны в году может быть два-три цикла без овуляции, а остальные овуляторные, то в 40–45 лет количество овуляторных циклов может не превышать трех-четырёх за весь год. Если цикл проходит без овуляции, менструация, как правило, приходит вовремя (женщина не может сама определить наличие или отсутствие овуляции в данном цикле).

После овуляции яйцеклетка сохраняет способность к оплодотворению в течение 1–2 суток. Если этот период совпал с появлением в половых путях сперматозоидов, может произойти оплодотворение. Живут сперматозоиды три-четыре дня.

#### **Как определить факт наступления беременности?**

ХГЧ (хорионический гонадотропин человека) – гормон, который начинает вырабатываться в организме женщины после имплантации эмбриона, уже на 6–8 день после оплодотворения яйцеклетки. Именно этот гормон на первых порах является основным показателем наступления беременности. Анализ крови покажет наличие ХГЧ за

3–5 дней до предполагаемой менструации. Тест на определение беременности можно провести и самостоятельно с помощью тест-полосок, которые показывают наличие ХГЧ в составе мочи. Данный тест даст результат чуть позже – при 2–3-дневной задержке, поскольку в моче концентрация гормона увеличивается медленнее.

При наступлении беременности, как вы уже знаете, плодное яйцо опускается в полость матки и начинается развитие эмбриона. Подробно об этом вы сможете прочесть в книге «Мужчина и женщина. Готовимся стать родителями», здесь же мы с вами коснемся лишь основных этапов эмбриогенеза и плановых скрининговых исследований на протяжении всего срока беременности.

#### **4. Этапы эмбриогенеза**

При сроке задержки 7–10 дней диаметр плодного яйца составляет 2–3 мм. Тем не менее во время ультразвукового исследования специалист может заметить маленькую точку. С этого момента беременность считается под-

твержденной, и будущая мама получает рекомендации по дальнейшему ведению беременности под наблюдением врача-гинеколога.

Кстати, ультразвуковое исследование – единственный способ на ранних сроках установить, что **беременность маточная**. Случается, что ребенок начинает развиваться вне матки, при этом тест на беременность будет положительным и менструация в ожидаемый срок не наступит. Только по УЗИ видно отсутствие плодного яйца в полости матки. **Внематочная беременность**, о которой мы более подробно расскажем в соответствующем разделе, может закончиться серьезным осложнением. Поэтому даже при незначительном сроке задержки из-за предполагаемой беременности важно обратиться к специалисту как можно скорее для подтверждения того, что все благополучно.

До 12 недель – **в первый триместр беременности** – идет закладка всех органов и систем ребенка, формируются конечности. За правильным развитием плода наблюдает врач-гинеколог, а



главный этап обследования, завершающий первый триместр, **называется комбинированным скринингом. Он включает в себя УЗИ в совокупности с биохимическим анализом крови.** Будущим родителям покажут малыша, они смогут рассмотреть ручки, ножки, профиль, с большой долей вероятности врач назовет пол ребенка. В это же время женщина сдает анализ крови на исключение хромосомных патологий плода (трисомий): синдрома Дауна, синдрома Эдвардса, синдрома Патау.

**Во втором триместре** – с 13-й по 27-ю неделю также проводится ряд скрининговых исследований. **В 18–21 неделю специалист более** подробно сможет осмотреть внутренние органы малыша – сердце, легкие, печень, почки.

**Третье УЗИ проводится на сроке 30–32 недели** и служит достоверным подтверждением, что никаких пороков развития у будущего ребенка нет. Кстати, визуализация еще не родившегося малыша для женщины очень важна – такие моменты всегда поднимают настроение.

Убедившись, что основания для беспокойства отсутствуют, будущая мама, следуя рекомендациям врача, может начинать готовиться к родам.

**Роды в срок происходят на 38–41-й неделе беременности.** Вариабельность связана с возможными погрешностями в расчете срока беременности или с особенностями здоровья матери и готовностью ее родовых путей. Если по истечении этого времени роды не начались естественным образом, их вызывают искусственно с помощью различных методов стимуляции родовой деятельности, в крайнем случае родоразрешение происходит путем кесарева сечения.

### 5. Неонатальный период – на что обратить внимание

Неонатальный период весьма непродолжителен – всего 28 дней, но именно в это время в организме ребенка происходят очень важные изменения, которые имеют большое значение для всей его будущей жизни: идет перестройка всех органов и

систем, адаптация к новым условиям существования вне материнского организма. Меняется тип питания, дыхания и кровообращения.

В раннем неонатальном периоде возникает целый ряд приспособительных (адаптационных) реакций и реакций на окружающую среду. Они носят название кризов. В их числе так называемый гормональный криз. Это физиологическое состояние периода новорожденности затрагивает в равной степени мальчиков и девочек. Во время родов через пуповинную кровь в организм новорожденного поступают гормоны, которые воздействуют на его половые органы, вызывая увеличение и нагрубание молочных желез (обычно это не требует лечения, достаточно наблюдения со стороны врача-педиатра). Кроме того, у мальчиков отмечается незначительный отек мошонки, а у девочек из влагалища могут появляться выделения, напоминающие месячные. Не пугайтесь: указанные физиологические изменения показывают, что эти мальчики и девочки в будущем станут полноценными мужчинами и женщинами.

**Половые органы в период новорожденности требуют ухода и соблюдения гигиены.** Девочек в любом возрасте надо подмывать дважды в день. Нельзя использовать мыло, в том числе детское. Существуют различные уходовые гигиенические средства для новорожденных – масла, гели для интимной гигиены. Следует выбирать pH-нейтральные гели. У девочек в периоде новорожденности слизистая вульвы покрыта белым налетом, иногда очень выраженным. Это так называемая смазка, которую не следует убирать искусственно. Смазка защищает нежную слизистую от факторов внешней среды. При правильном уходе и ежедневной гигиенической ванне смазка через некоторое время соется естественным образом.

Половые органы мальчиков также требуют гигиенических мероприятий. Во время гигиенической ванны кожу головки полового члена следует слегка оттянуть, чтобы промыть самый кончик полового члена, который обычно прикрыт кожей. Под кожей иногда остаются капли мочи

после мочеиспускания, которые могут раздражать кожу и вызывать образование трещин.

Здесь же уместно остановиться на использовании **памперсов**.

Часто родители спрашивают: не вредно ли использовать памперсы, особенно мальчикам? Существует миф о том, что в результате использования памперсов может возникнуть перегрев яичек. Следует помнить, что если памперсы менять регулярно, каждые четыре часа, а в жаркое время года и чаще, а также менять их каждый раз после опорожнения кишечника, то условия для перегрева яичек просто не могут возникнуть.

## 6. Родителям о маленьких леди

Неонатолог, а затем педиатр оценивают наличие наружных половых органов девочки в раннем возрасте. В дальнейшем профилактический плановый осмотр девочек проводится детским гинекологом перед поступлением их в детское образовательное учреждение. На приеме врач

оценивает наличие матки, анализирует формирование наружных половых органов, исключает серьезные отклонения в здоровье, которые затем могут привести к нарушениям репродуктивной функции.

В ряде случаев родители могут обратиться к детскому гинекологу по собственной инициативе, например, если у девочки наблюдается зуд и жжение в промежности. Велика вероятность заражения острицами, особенно если ребенок посещает детское учреждение. Чаще всего острицы беспокоят в ночное время суток, в это время девочка может случайно занести инфекцию в половые органы. На такой момент следует обратить внимание и сдать анализ на исключение инфицирования острицами. После диагностики вылечить это заболевание не составит труда.

С 9 лет девочкам проводится вакцинация против вируса папилломы человека (ВПЧ) в целях профилактики рака шейки матки. Существуют две вакцины: «Церварикс» и «Гардасил», обе они работают одинаково эффективно,

в следующих разделах мы расскажем о них более подробно.

Пока эти вакцины не входят в национальный календарь России, и врачей в государственных учреждениях не обязывают рекомендовать их. Инициатива вакцинации должна исходить от родителей девочки. Необходимо обратиться в центр вакцинации, предварительно необходим осмотр врача-иммунолога, который констатирует отсутствие противопоказаний. Если девочка здорова, можно начать вакцинацию, выбор вакцины остается за иммунологом. Прививка делается трехкратно и переносится достаточно легко. После вакцинации формируется стойкий иммунитет, что является надежной защитой от вируса.

Следует знать, что лучше всего делать данную прививку до начала половой жизни. Можно провести вакцинацию и позже, и она будет эффективной, если к этому времени женщина еще не заразилась ВПЧ. Если речь идет о девушке, которая начала вести половую жизнь, сначала требуется консультация гинеколога

с анализом состояния шейки матки, констатацией наличия или отсутствия в организме ВПЧ, после этого можно обращаться к иммунологу на предмет вакцинации.

Существует ряд очень важных моментов, на которые родителям следует обратить особое внимание в то время, когда девочка начинает взрослеть.

**В первую очередь нужно следить за ростом и весом ребенка.**

Почему?

Достижение веса в 45–47 кг необходимо для активации циклической деятельности яичников (наступления менструации). Дело в том, что именно в жировой ткани образуется активное вещество – эстрон (женский гормон), который активизирует работу яичников. В этой важной миссии эстроны помогает также «тканевой гормон» лептин, который продуцируется жировыми клетками.

Таким образом, если девочка обладает избыточной массой тела для своего возраста, менструация у нее начнется раньше. Менструация у полной девочки, начавшаяся в 9 лет, для врачей – обычное

явление. Напротив, у девочек с недостатком массы тела, особенно у тех, которые серьезно занимаются спортом, в том числе балетом, танцами, фигурным катанием, как правило, менструация запаздывает и начинается в 16–18 лет. К сожалению, это неблагоприятный прогностический признак на будущую менструальную функцию.

**Оптимальный срок начала менструации у девочки – 12–13 лет при достижении веса 45 кг, при стандартном росте к этому возрасту.**

Родителей должно насторожить отсутствие менструации у девочки в возрасте старше 15 лет даже при наличии всех вторичных половых признаков, к числу которых относятся: лобковое оволосение, подмышечное оволосение, увеличение молочных

желез. Дело в том, что отсутствие менструации при наличии всех вторичных половых признаков может быть сигналом серьезной патологии. Существует, например, синдром Майера —Кюстнера, когда в организме отсутствуют матка и влагалище. Данная патология диагностируется при обращении пациентки с жалобами на отсутствие менструации, в то время как все вторичные половые признаки у нее в наличии. Этот момент необходимо отслеживать, и если до 15 лет менструация не началась, девочку следует в обязательном порядке показать врачу-гинекологу.

Задержка развития, когда вторичные половые признаки не появились к определенному сроку, также должна насторожить родителей. Конечно, это может быть связано с наследственными и консти-

туциональными факторами, с внешними условиями, в которых живет девочка, и все же истинную причину задержки развития может установить только специалист.

**Необходимо обратить внимание на регулярность менструального цикла у дочери!**

По истечении года после начала первой менструации цикл должен стать регулярным. В первый год допустимы колебания цикла. Однако если по прошествии 2–3 лет у девушки случаются задержки по 2 месяца и дольше, ее необходимо показать гинекологу и провести диагностическое исследование для определения причины отклонений. Современные ультразвуковые аппараты позволяют провести диагностику трансабдоминально или трансректально, последний вариант специалисты считают более информативным. Обследование проводится после опорожнения кишечника тонким узким датчиком через прямую кишку и является совершенно безболезненным. При подозрении на патологию в ряде случаев выполняется МРТ органов малого таза. Исследование безопасно и позволяет детально

оценить строение внутренних половых органов. Обязательна консультация гинеколога для девочек, у которых менструация вызывает болевой синдром. В этом случае обратиться к специалисту следует незамедлительно. Кроме того,стораживающий фактор – чрезмерно обильные менструации. Обильные кровотечения во время менструации у подростков быстро приводят к анемии, существенно снижается гемоглобин, причем внешне эта патология может выражаться только бледностью кожных покровов, а переносится очень тяжело.

**Очень важно знать: в первые 1–2 года после начала менструации у девушки должно произойти установление циркадных ритмов выработки половых гормонов,** система «гипоталамус – гипофиз – яичники» должна запуститься и оптимально функционировать на протяжении следующих лет.

**Вся взрослая жизнь вашей дочери как женщины закладывается в возрасте с 11 до 16 лет. И в этот момент в приоритете должно оказаться ее здоровье, а не ее успехи в учебе или**

Вес и рост подростков. Таблица для девочек

Возраст	Низкий		Средний		Высокий	
	Рост (мм)	Вес (кг)	Рост (мм)	Вес (кг)	Рост (мм)	Вес (кг)
10 лет	127,0-134,3	22,7-27,7	134,3-142,9	27,7-34,9	142,9-151,0	34,9-47,4
11 лет	131,8-140,2	24,9-30,7	140,2-148,8	30,7-38,9	148,8-157,7	38,9-55,2
12 лет	137,6-145,9	27,8-36,0	145,9-154,2	36,0-45,4	154,2-163,2	45,4-63,4
13 лет	143,0-151,8	32,0-43,0	151,8-159,8	43,0-52,5	159,8-168,	52,5-69,0
14 лет	147,8-155,4	37,6-48,2	155,4-163,6	48,2-58,0	163,6-171,2	58,0-72,2
15 лет	150,7-157,2	42,0-50,6	157,2-166,0	50,6-60,4	166,0-173,4	60,4-74,9
16 лет	151,6-158,0	45,2-51,8	158,0-166,8	51,8-61,3	166,8-173,8	61,3-75,6
17 лет	152,2-158,6	46,2-52,9	158,6-169,2	52,9-61,9	169,2-174,2	61,9-76,0

**спорте.** Если в этом возрасте девочка слишком усердно учится, чересчур много занимается, нервничает, устает, у нее присутствует так называемый «синдром отличницы», может произойти физиологический сбой системы, и восстановить ее нормальную работу будет очень сложно. Конечно, родителям всегда приятно, если их дочь отлично учится, занимается музыкой, спортом, владеет иностранными языками, однако не следует забывать об истинном предназначении женщины – создать семью и родить здоровых детей.

## 7. Родителям о маленьких джентльменах

Причиной бесплодных браков в половине случаев является мужское бесплодие. Истоки этого явления чаще всего нужно искать в детстве. Нередко родители просто не замечают андрологическую патологию у ребенка, соответственно, она не диагностируется и не лечится. К сожалению, к периоду вступления юноши в репродуктивную фазу она либо вообще не поддается коррекции,

либо лечение дает значительно менее эффективный результат, чем в раннем возрасте.

**Если вы хотите, чтобы все ваши надежды, связанные с рождением сына, оправдались, следует внимательно следить за развитием мальчика, за особенностями его полового созревания.**

Существует ряд состояний, требующих незамедлительно обращения к детскому урологу-андрологу:

- при жалобах ребенка на периодически появляющиеся боли в яичке, усиливающиеся при ходьбе и любой другой физической нагрузке;
- при покраснении участка мошонки с появлением температуры и болей в яичке;
- после полученной травмы в область половых органов и промежности;
- для консультации и наблюдения после перенесенного инфекционного паротита (свинки);
- при появлении рези и боли при мочеиспускании, появлении примеси крови в моче;
- при появлении выделений из уретры гнойного, кро-

вянистого или слизистого характера, обильно остающихся на нижнем белье.

Перечисленные ситуации в большинстве своем являются острыми состояниями и причиняют ребенку беспокойство. Однако имеется ряд заболеваний, не вызывающих жалоб, но имеющих негативные последствия для репродуктивной способности ребенка в будущем. Родителям мальчика следует быть очень внимательными и регулярно осматривать его, например, во время процедуры мытья.

Из наиболее часто встречающихся андрологических заболеваний следует отметить:

**Синехии** («сращения») – так называются спаечные сращения между головкой полового члена и внутренним участком крайней плоти, препятствующие освобождению головки и приводящие к ее деформации и воспалению. Некоторые родители решают проблему мальчишеской гигиены радикально – обрезанием (в медицине данная манипуляция называется циркумцизия). У такой процедуры

есть свои плюсы и минусы. С одной стороны, это упрощает гигиенический уход, тем самым решается ряд возможных проблем. К плюсам данной манипуляции можно отнести и существующие данные о сокращении количества случаев рака полового члена. С другой стороны, операция выполняется под общим наркозом, да и стоит ли отрезать «на всякий случай» то, что предусмотрено природой? Как правило, отношение к данной операции зависит от религиозных взглядов родителей, и в раннем детском возрасте выполняется, в основном, как ритуальное.

**Фимоз** – сужение крайней плоти, препятствующее выходу головки полового члена и нормальному мочеиспусканию. Такой диагноз – абсолютное показание к обрезанию, вне зависимости от вероисповедания и желаний родителей.

**Гипоспадия** – врожденное недоразвитие мочеиспускательного канала с развитием в нем соединительной ткани, приводящей к искривлению полового члена, а в дальнейшем – к нарушению

половой функции. При этом наружное отверстие мочеиспускательного канала может быть смещено относительно нормального и расположено ниже головки полового члена, в области отсутствующей уздечки крайней плоти головки, в центре тела полового члена или в области промежности. Неправильное расположение уретры вызывает раздражение кожи и нарушение мочеиспускания. Коррекция такой патологии возможна хирургическим путем.

**Баланопостит** (постит, баланит) – это воспаление головки полового члена, крайней плоти или совместное их воспаление. Одна из главных причин заболевания – несоблюдение правил личной гигиены. Для предупреждения возникновения данной проблемы, как правило, достаточно с детства привить мальчику гигиенические навыки ухода за половыми органами во время ежедневного принятия душа.

**Крипторхизм** – неопущение одного или обоих яичек в мошонку. В норме яички опускаются в мошонку из брюшной полости к рожде-

нию ребенка. Это очень существенный момент, поскольку сперматозоидам для нормального созревания необходим температурный режим несколько ниже, чем температура в брюшной полости. При крипторхизме требуется хирургическое лечение, сроки и способы операции выбирает детский уролог-андролог. Родителям важно знать, что до 6–9 месяцев яичко может отсутствовать в мошонке или подниматься («сбегать») в паховый канал. Оперативное низведение яичка в мошонку должно быть выполнено максимально рано при постановке диагноза. Лечение, выполненное после 3 лет, снижает вероятность детородного потенциала яичка до 50 %, а после 6–7 лет до 90 %. При оперированном двухстороннем крипторхизме у мальчиков 12 лет и старше фактор бесплодия развивается в 95–99 % случаев.

**Гипогонадизм** – недоразвитие половых и репродуктивных мужских органов, вызванное различными причинами, в том числе недостаточностью гормонального уровня, генетически обуслов-

ленными причинами и др. Все эти факторы приводят к репродуктивным нарушениям и нарушениям потенции.

**Варикоцеле** – варикозное расширение вен семенного канатика, преимущественно слева, при котором нарушается венозный отток крови от яичка. Заболевание начинает проявляться у мальчиков от 10 до 14 лет и является генетически обусловленной патологией, передающейся, в основном, по отцовской линии. При длительно существующем нарушении венозного оттока происходит нарушение сперматогенной функции яичка, а с ней и репродуктивной, что может привести к мужскому бесплодию. 30–35 % мужского фактора бесплодия обусловлено именно этим заболеванием. При раннем выявлении варикоцеле и его оперативном лечении прогнозируется благоприятный исход.

**Водянка оболочек яичка** – скопление серозной жидкости между листками оболочек яичка. Причиной может стать врожденная паховая грыжа, наличие хронической инфекции в организме, послеоперационные осложнения

после грыжесечения, после операции по поводу варикоцеле.

**Гинекомастия** – увеличение молочных желез у мужчин. Патология является ярким проявлением дисбаланса половых гормонов у мужчин. Может формироваться за счет отложения жира при генетических и эндокринных заболеваниях. Следует выделить отдельно функциональную гинекомастию раннего младенческого возраста, о которой уже упоминалось, и гинекомастию начала пубертатного периода (10–14 лет). В этот период в области сосков формируются небольшие уплотнения до 1,5–2 см, иногда болезненные. Такая картина связана с резким повышением гормональной активности в период начала полового созревания. Как правило, эти явления самостоятельно проходят в течение 1–3 месяцев.

**Энурез** – ночное недержание мочи. Данная патология встречается достаточно часто, и является допустимой у детей до 2 лет. Причины энуреза разнообразны: от повышенной возбудимости до наличия органических или

функциональных поражений, включая некоторые регуляторные отделы головного мозга, или врожденной патологии мочеполовых органов. Если данная проблема беспокоит ребенка старше 2 лет, необходимо обратиться к специалисту, который выяснит точную причину и назначит соответствующее лечение.

В заключение следует еще раз акцентировать внимание: родители, своевременно обратившиеся с мальчиком к детскому андрологу, могут помочь раннему выявлению заболевания. Выполнение ими врачебных советов, рекомендаций и назначений станет залогом предупреждения возможного бесплодия у мальчика в будущем. И чем раньше будет начато наблюдение и лечение, тем более эффективным окажется его результат.

В настоящее время возраст, когда молодые люди начинают половую жизнь, составляет 16–17 лет. Именно в это время следует провести с ними беседу о контрацепции и предохранении от возникновения инфекций. Если родители в силу социальных или

этических моментов не могут взять на себя такую роль, это сделают специалисты.

А значит, пришло время поговорить о контрацепции.

## 8. Методы контрацепции

Выбор способа контрацепции – вопрос сугубо индивидуальный, но решать данную задачу всегда лучше вместе со специалистом. Только врач располагает полной информацией о достоинствах и недостатках того или иного метода, и только врач сможет грамотно подобрать способ предохранения, оптимальный в каждом конкретном случае. За консультацией женщина обращается к врачу-гинекологу, мужчина – к врачу-андрологу. Существуют методы мужской и женской контрацепции.

### Методы мужской контрацепции

#### Биологический метод или Прерванный половой акт

Эффективность данного метода не превышает 70 %: практически каждый третий

прерванный половой акт может завершиться наступлением беременности, поскольку небольшое количество спермы зачастую выделяется уже в его начале.

### Барьерная контрацепция

Типичный представитель данной группы – презерватив – представляет собой механический барьер на пути сперматозоидов. Это наиболее часто используемый вариант мужской контрацепции. В настоящее время производятся высокопрочные и сверхтонкие латексные презервативы различной длины и цвета, с ароматом и без. Однако и презерватив имеет недостаток – его целостность может нарушиться во время полового акта.

А что касается хирургического варианта мужской контрацепции – **вазэктомии**? Многие знают: речь идет об операции, заключающейся в пересечении семявыносящих протоков, по которым сперматозоиды поступают из яичек. Немногим ранее этот способ контрацепции был весьма популярен у молодых людей в европейских стра-

нах, в Америке, затем пришел в нашу страну. Сегодня интернет полон предложениями о подобных операциях. Однако данные современных исследований не обнадеживают: в большинстве случаев следствие такого вмешательства – необратимые изменения в яичке. Считается, что есть способы, позволяющие восстановить пересеченные семявыносящие протоки, но даже в такой ситуации сперматозоиды хорошего качества получить уже не удастся. Дело в том, что вследствие вмешательства начинается атрофия сперматогенного эпителия, ухудшается кровоснабжение и питание тканей яичка, постепенно начинается их белково-жировая дистрофия. Атрофируются те просветы канальцев и те клетки, из которых появляются будущие сперматозоиды.

В результате даже попытки провести ЭКО часто оказываются безрезультатными, поскольку путем пункции или микроразрезов яичка получить качественные сперматозоиды не представляется возможным. Более того, длительное страдание функции

яичка медленно приводит к его атрофии. А яичко выбрасывает огромное количество гормонов, необходимых для обмена веществ человека. Таким образом, начинают страдать и другие системы организма, и происходит это намного раньше, чем если бы мужчина вазэктомию не делал.

Примерно то же самое можно сказать и о химической или гормональной мужской контрацепции. Исследования, которые в настоящее время ведутся специалистами всего мира, говорят о том, что подобные методы имеют массу побочных эффектов и могут привести к необратимым изменениям в яичке.

В свете всего вышесказанного подчеркнем: по нашему мнению, адекватных вариантов мужской контрацепции всего два: барьерная контрацепция, прерванный половой акт или сочетание обоих способов.

### **Методы женской контрацепции**

#### **Химическая контрацепция**

В эту группу входят препараты, нарушающие подвижность сперматозоидов (наибо-

лее известны «Фарматекс» и «Патентекс Овал»). Их эффективность достаточно высока, хотя и не столь надежна, как в случае гормональной контрацепции, о которой пойдет речь ниже. К минусам химических спермицидов можно отнести, во-первых, некоторое неудобство в использовании, а во-вторых, при попадании их во влагалище образуется обильная мокрая пена, что может помешать достижению оргазма мужчины, иногда эти спермициды могут вызывать раздражение слизистых половых органов.

#### **Внутриматочная контрацепция**

Другое, более распространенное среди женщин, название этого вида контрацепции – «спираль» – связано с тем, что первые представители данной группы действительно имели форму спиралеобразной петли. Современные же «спирали» – это, как правило, Т-образные или зонтикообразные пластиковые контрацептивы, имеющие стержень-оплетку из меди или драгоценных металлов и обладающие бактерицидным действием. Надежность этой группы контра-

цептивов достаточно высока, к тому же они удобны: ставятся, как правило, на пять лет, в течение которых женщина может ни о чем не беспокоиться. Однако следует учесть: внутриматочная контрацепция не подходит нерожавшим женщинам.

Кроме того, использование внутриматочной контрацепции повышает риск воспалительных заболеваний матки и придатков. Еще один неприятный момент – использование «спиралей» повышает риск внематочной беременности.

#### **Гормоносодержащие «спирали»**

Одной из разновидностей внутриматочной контрацепции данной группы является «Мирена». Ее особенность в том, что она содержит контейнер, внутри которого находится гормональный препарат. Просачиваясь сквозь стенки контейнера, препарат попадает на внутренний слой матки, прекращая рост эндометрия. В результате менструация становится скудной и безболезненной. При этом яичники продолжают работать в обычном режиме.

Кроме того, «Мирена» является эффективным препаратом для лечения таких серьезных заболеваний, как обильные и болезненные менструации, опухоли эндометрия, миома матки, эндометриоз, аденомиоз.

#### **Гормональные контрацептивы**

Отношение к гормональным контрацептивам среди пациенток до сих пор неоднозначное. «Гормоны – это вредно», – считают многие. И ошибаются. Препараты первого поколения действительно содержали высокую дозу гормонов и имели массу побочных эффектов, в частности, вызвали увеличение массы тела. Но с тех пор прошло много лет, и качество этих препаратов принципиально изменилось. Содержание гормонов в них крайне незначительно, этот вид контрацепции хорошо переносится пациентками и практически не имеет негативных побочных эффектов. Наоборот, некоторые оральные контрацептивы способствуют исчезновению угревой сыпи, уменьшают рост волос на теле и укрепляют волосы на голове – иными словами,

косметический эффект от их применения исключительно положительный.

Помимо своего прямого назначения, большинство гормональных контрацептивов обладают выраженным лечебным действием. Эта группа препаратов широко применяется для лечения таких грозных заболеваний, как доброкачественные опухоли эндометрия, аденомиоз, эндометриоз, обильные и болезненные менструации, синдром хронической тазовой боли. Современные гормональные контрацептивы сдерживают рост миоматозных узлов.

Недавно проведенные исследования убедительно доказали: прием гормональных контрацептивов на протяжении 5 лет и дольше создает **онкопротективный (защитный) эффект** в отношении таких опасных заболеваний, как рак матки и рак яичников на последующие 15–20 лет.

Препараты подавляют рост эндометрия и таким образом предотвращают возможное развитие гиперплазии эндометрия, которая считается предраковым состоянием.

Если ее не лечить, она может превратиться в атипическую гиперплазию, а затем, спустя годы, в рак эндометрия. Однако гормональные контрацептивы стоят на страже, и даже после их отмены изначальное подавление роста эндометрия создает эффект защиты от раковых процессов.

Что касается яичников, доказано, что причина возникновения очень опасного заболевания – рака яичников – частые овуляции. Каждый месяц происходит разрыв доминантного фолликула в яичнике, и таким образом создается его травма. На фоне приема гормональных контрацептивов овуляции нет, яичник «спит», и эти несколько лет «отдыха» надежно предохранят его в дальнейшем.

Гормональные контрацептивы выпускаются в виде таблеток, кожного пластыря; подкожного имплантата, есть и особая форма гормональной контрацепции – внутривлагалищное кольцо. Работают все эти препараты одинаково, различаются только способы доставки гормона в кровоток: через стенки желудка и кишечника, че-

рез кожу или через слизистую влагалища.

Данный вид контрацепции считается одним из самых надежных.

### **Метод физиологического подсчета менструального цикла**

Некоторые женщины используют широко известный метод физиологического подсчета «опасных» и «неопасных» дней менструального цикла. Однако это крайне ненадежный метод, и гинекологи не рекомендуют его применять, поскольку вероятность возникновения беременности в данном случае весьма высока.

Как вы убедились, выбор средств и методов контрацепции сегодня обширен, они надежно предохраняют от наступления беременности. Но разобраться во всем их многообразии самостоятельно не представляется возможным; правильное, всесторонне обоснованное решение может принять только специалист. К его советам стоит прислушаться.

Есть еще один момент, о котором здесь следует упомянуть.

Когда семейная пара решает задуматься о планировании беременности, женщина, принимающая контрацептивные препараты, должна от них отказаться. Это понятно. Однако существует мнение, что следует выждать какое-то время после отмены гормональных контрацептивов и затем попробовать зачать ребенка. Такая точка зрения ошибочна. Напротив, **именно первые 2–3 менструальных цикла после отмены препаратов будут наиболее фертильны.** За 2–3 месяца до предполагаемой беременности женщине рекомендуется начать прием препаратов фолиевой кислоты для профилактики грозного порока развития плода – дефекта нервной трубки.

Хотим напомнить: намного проще, безопаснее, а главное эффективнее предохраняться от беременности с помощью контрацептивных препаратов, чем делать аборт. Если сопоставить вред от аборта с теми побочными эффектами, которые могут возникать на фоне использования тех или иных видов контрацепции, становится совершенно оче-



видно: вредные последствия аборта во много раз больше!

### Чем опасен аборт?

Аборт – крайне опасная операция. Различают несколько ее видов.

Простой инструментальный (медицинский) аборт выполняется на сроке до 12 недель. Это очень травматичное и болезненное вмешательство, к тому же выполняется оно вслепую: доктор только по ощущениям чувствует глубину проникновения инструментов. Во время выскабливания полости матки, выполняемого при аборте, всегда повреждается эндометрий, а иногда и мышечный слой матки. В отдельных случаях это заканчивается образованием сращений, спаек, рубцов.

При аборте может травмироваться базальный слой эндометрия (источник его роста). После травматичного аборта эндометрий отрастает неравномерно: на одних участках толще, на других – тоньше. На таком неравномерно истонченном эндометрии впоследствии нельзя ожидать вынашивания абсолютно здорового малыша. Даже если

беременность возникла, она может протекать с явлениями угрозы прерывания, может сформироваться плацентарная недостаточность, есть вероятность серьезных осложнений во время родов.

На сроке шесть-семь недель может быть выполнен вакуумный аборт – прерывание нежелательной беременности путем отсасывания плодного яйца специальным вакуумным аппаратом. Данный способ, хотя и менее опасный для здоровья женщины, нежели обычный медицинский аборт, также сопряжен с инструментальным вмешательством – потребуется как минимум расширение шейки матки. Это предопределяет наиболее частое осложнение – невынашивание в дальнейшем желанной беременности.

Наибольшую опасность представляют аборты, проведенные до первых родов: неподготовленная гормональная система молодой женщины реагирует на это вмешательство более остро, чем у рожавшей женщины, а потому чаще возникают осложнения: нарушения менструального цикла, последующее невынашивание беременности, вос-

паления придатков или матки, непроходимость маточных труб, изменения эндометрия.

Наиболее щадящим методом прерывания беременности является медикаментозный аборт. Женщине назначается препарат, который блокирует действие прогестерона – гормона, поддерживающего беременность. Затем она принимает еще один препарат, который вызывает сокращение матки и исторгает из нее плодное яйцо. Существует ряд противопоказаний для медикаментозного аборта, однако если никаких препятствий нет, то выбор такого метода в ситуации нежелательной беременности оптимален. Основное условие: срок беременности не должен превышать 63 дня от первого дня последней менструации.

### 9. Вступаем в репродуктивный возраст

Именно в этот период ведется активная сексуальная жизнь, создаются семьи, рождаются дети. И очень важно внимательно следить за состоянием своего репродуктивного здоровья, чтобы со-

хранить его на долгое время и не сталкиваться с неприятностями.

Первое, о чем следует помнить – это о регулярных посещениях специалиста-гинеколога женщиной и андролога-уролога мужчиной.

Мужчинам среднего возраста, если они не имеют жалоб, рекомендуется посещать специалиста уролога-андролога в профилактических целях 1 раз в год. Женщины должны делать это чаще и консультироваться у гинеколога 1 раз в полгода.

С чем связана такая периодичность? Дело в том, что многие серьезные гинекологические заболевания начинают проявлять себя только тогда, когда они уже находятся в запущенной стадии. Например, если речь идет о такой проблеме, как инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ), то это состояние никак не ощущается на протяжении многих лет. Точно также могут «притаиться» до поры до времени: маленькая киста яичника, небольшой миоматозный узел или легкая дисплазия шейки

матки, самостоятельно обнаружить у себя эти изменения невозможно. Однако последствия могут быть весьма печальными. Только регулярное посещение гинеколога позволит женщине оставаться совершенно спокойной за свой завтрашний день.

В период активной сексуальной жизни и мужчины, и женщины часто сталкиваются с ЗППП (заболеваниями, передающимися половым путем). Остановимся на этой теме более подробно.

### **Инфекции: будьте бдительны!**

Здесь входят как венерические болезни, известные людям с древних времен, так и заболевания, вызванные условно-патогенными бактериями, вирусами, грибами. Кстати, некоторые из них отличаются высокой устойчивостью к действию лекарственных препаратов, и для того, чтобы успешно справиться с половыми инфекциями, необходим целый комплекс мер.

Самая основная и распространенная причина заражения — незащищенный половой контакт. Если он

происходит с носителем возбудителя заболевания без использования барьерных контрацептивов, вероятность заражения при многих инфекциях составляет почти 100 %. Некоторые заболевания также могут передаваться через кровь (например, через общий инъекционный шприц), а также от матери к ребенку при родах или через грудное молоко.

Отсутствие своевременного лечения приводит к осложнениям — заболевания переходят из острой формы в хроническую, которую вылечить гораздо сложнее. Среди наиболее негативных последствий — мужское и женское бесплодие, преждевременные роды, замирание беременности, развитие внутриутробных патологий плода.

Но есть ряд общих признаков, которые сопровождают большинство половых заболеваний. Среди них:

– зуд и жжение в интимной области у женщин и по ходу уретры у женщин и мужчин;

– повышенное количество выделений из половых органов у женщин и их изменения (с запахом, мутно-слизистые, желтоватого цвета, творжи-

стые и др.);

– болевые ощущения внизу живота у женщин, по ходу мочеиспускательного канала и в промежности;

– дискомфорт или боль у женщин во время секса; у мужчин — учащенное мочеиспускание малыми порциями, появление рези и боли при мочеиспускании;

– высыпания в области половых органов и т. д.

Обращаем ваше особое внимание на то, что при появлении любого из описываемых выше симптомов следует срочно обратиться к специалисту: гинекологу, урологу или венерологу.

Теперь остановимся кратко на тех заболеваниях, которые в настоящее время встречаются более или менее часто, и риску инфицирования которыми в той или иной степени подвергается любой человек, ведущий половую жизнь.

### **Гонорея**

Попав в половые пути женщины, гонококк может вызывать серьезные спаечные и воспалительные процессы

в органах малого таза. Чаще всего он поражает эпителий, выстилающий цервикальный канал (канал шейки матки), полость матки и трубы. Вследствие спаечного процесса трубы замыкаются с двух сторон, могут начать формироваться гнойные мешотчатые образования, которые приходится удалять. Гонорея может вызывать серьезные изменения в структуре эндометрия, что, в свою очередь, приводит к невозможности прикрепления к нему плодного яйца, и, как следствие, возникает бесплодие и хронический воспалительный процесс в матке и придатках матки. При крайней степени выраженности гонорейного процесса возникает воспаление в брюшной полости (пельвиоперитонит).

У мужчин гонорея поражает уретру, простату и придаток яичка.

### **Хламидиоз**

Хламидийная инфекция, так же, как и гонорея, вызывает сильнейший спаечный процесс в трубах, нарушает структуру эндометрия, распространяется по брюшине. Кроме того, хламидии пора-

жают глаза, вызывая конъюнктивиты, часто затяжные. Случается, что предметом первичной жалобы пациентки являются именно бесконечные конъюнктивиты. Она обращается к офтальмологу, и только в ходе общего обследования выявляется заболевание – хламидиоз. Если на фоне течения хламидиоза наступила беременность и женщина выносила ребенка, масса новорожденного обычно меньше нормы, часто такие дети рождаются в состоянии гипоксии. Кроме того, у новорожденных может оказаться врожденная патология – поражения глаз, половых органов, органов дыхания и пр.

Женщины более восприимчивы к хламидиозу, чем мужчины. У мужчин симптомы хламидийной инфекции проявляются вначале в большинстве случаев как слабо выраженное воспаление мочеиспускательного канала затяжного (хронического) течения – уретрит, который продолжается до нескольких месяцев. Могут появиться скудные серовато-стекловидные выделения из мочеиспускательного канала. При

мочеиспускании могут отмечаться зуд и жжение. Но чаще хламидиоз протекает с минимальными внешними симптомами.

Существует опасное осложнение, получившее название Болезнь Рейтера, которое характеризуется триадой симптомов: уретрит, конъюнктивит и артриты, с поражением крупных суставов. Встречается не часто, развивается в основном у мужчин в возрасте 18–30 лет. Синдром могут сопровождать различного вида поражения кожных покровов, в том числе и воспалительное заболевание кожного покрова полового члена (баланопостит).

### Трихомониаз

Трихомониаз, так же как гонорея и хламидиоз, относится к группе венерических заболеваний (ЗППП).

У мужчин данное заболевание может протекать скрыто и бессимптомно, у женщин – более явно.

Возбудитель трихомониаза – простейшее одноклеточное существо – влагалищная трихомонада. Это крупный подвижный микроорганизм, который имеет специальные

органы движения. При исследовании нативного («свежего») мазка трихомонады, передвигающиеся в капле физиологического раствора, хорошо видны под микроскопом. Попадая в половые пути женщины, трихомонады перемещаются в шейку матки, в полость матки, в маточные трубы, вызывая тяжелые воспалительные процессы. Кроме того, трихомонады могут поражать и мочевые пути, вследствие чего развиваются уретриты и циститы.

Острый трихомониаз проявляется у женщины обильными зловонными гнойными выделениями из половых путей. Обычно такое состояние вызывает тревогу пациентки, вынуждая ее обратиться к врачу. Но бывают ситуации, когда пациентки пытаются лечить заболевания самостоятельно, переводя острое состояние в недолеченное хроническое. Неприятные симптомы уменьшаются, но микроб на долгие годы остается в организме пациентки, вызывая бесплодие, тяжелые спаечные процессы в половых путях, хроническое воспаление.

Надо подчеркнуть, что хронические процессы при

неправильном, неполноценном лечении встречаются и при гонорее, и при хламидиозе. А между тем достаточно выполнить несколько исследований, в том числе анализы крови, чтобы выявить возбудителя или антитела к нему.

У мужчин трихомониаз может сопровождаться слизистыми желтоватыми выделениями с неприятным запахом, зудом при мочеиспускании, болью при половом акте. При поражении предстательной железы возникает простатит.

**Все заболевания, передающиеся половым путем, обязательно требуют лечения обоих половых партнеров, причем даже в том случае, если у одного из них инфекция не выявляется. Дело в том, что у мужчин выявление инфекций, передающихся половым путем, сильно затруднено в силу анатомических особенностей их организма. Если у женщины инфекция выявлена, то партнера нужно лечить априори и необязательно ждать результатов лабораторных исследований. Это особенно важно в том**

**случае, если речь идет о планировании беременности или лечении бесплодия.**

### **Мико- и уреоплазменная инфекция**

Микоплазмы и уреоплазмы – это мелкие, очень схожие между собой микроорганизмы. Среди них есть абсолютный патоген – *Mycoplasma genitalium*, которая попадает в организм половым путем, может вызывать серьезный воспалительный процесс. Этот возбудитель склонен поражать уретру и протоки простаты у мужчин. Есть и условные патогены (*Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum*). Изолированная роль условно-патогенных мико- и уреоплазм в формировании воспалительного процесса не вполне доказана. Считается, что данные виды могут быть членами ассоциации микроорганизмов, входящих в состав биопленок, о которых пойдет речь ниже. Тем не менее известно, что у мужчин *Ureaplasma urealyticum* может вызывать уретриты как самостоятельно, так и в ассоциа-

ции с другими бактериями. Возбудитель адгезируется (прилипает) на сперматозоиды, изменяя их активность и оплодотворяющую способность. Так что, если планируется беременность, лучше пройти совместное лечение с супругой от этого вида уреоплазмы.

### **Бактериальный вагиноз**

Бактериальный вагиноз – это исключительно женское заболевание (дисбиоз влагалища). Изучению этой патологии в последние годы уделялось очень большое внимание, и сегодня бактериальный вагиноз представляется уже не таким безопасным и простым заболеванием, как казалось ранее.

Суть этого состояния в том, что во влагалище женщины при неблагоприятных условиях погибают лактобактерии (которые в норме должны составлять основу микробиоценоза). Вместо них накапливаются различные условно-патогенные микроорганизмы, которые формируют так называемые биопленки. Эти биопленки представляют

собой плотно сцепившиеся друг с другом микроорганизмы различных групп и классов, которые дружно противостоят антибиотикам и другим противомикробным препаратам. Как правило, основу бактериальных пленок составляют анаэробные микроорганизмы, которые живут в бескислородных условиях, выделяют при этом зловонный газ.

Пациентки с бактериальным вагинозом отмечают обильные выделения с резким неприятным запахом несвежей рыбы, часто выделения бывают пенистыми, липкими, вызывают дискомфорт в половых органах.

Откуда же возникают в организме женщины эти бактерии?

Причин может быть несколько: это и неправильная гигиена, и нарушение гормонального фона, прежде всего – снижение уровня эстрогенов.

Одна из самых частых причин – хроническое воспалительное заболевание предстательной железы полового партнера. В силу воспалительного процесса внутренних половых органов

эякулят мужчины становится нестерильным, в нем накапливается большое количество бактерий. Эти бактерии с эякулятом (спермой) попадают во влагалище женщины и накапливаются там, вытесняя лактобактерии, а затем формируют те самые бактериальные пленки.

В состав биопленок чаще всего входят кишечные палочки, гарднереллы, стрептококки, стафилококки, клебсиеллы, клостридии и другие аэробные и анаэробные бактерии, часто обнаруживаются условно-патогенные уреоплазмы и микоплазмы. Все перечисленные микроорганизмы достаточно опасны для здоровья женщины. Они могут вызвать воспалительные процессы в полости матки и в придатках матки, могут провоцировать послеоперационные осложнения, особенно после внутриматочных операций (аборты, гистероскопии).

Однако наибольшую опасность анаэробные бактерии представляют для беременных женщин. Попадая из влагалища на околоплодные оболочки, они вызывают их воспаление, затем возника-

ет воспаление околоплодных вод и плаценты. В результате плодные оболочки разрываются и происходит излитие околоплодных вод. На сегодняшний день основной причиной выкидышей и преждевременных родов являются анаэробные инфекции (по сути – бактериальный вагиноз!).

Приоритетная задача в лечении бактериального вагиноза – разрушить бактериальные пленки и дать возможность антибактериальным препаратам уничтожить условно-патогенные микроорганизмы.

Для разрушения биопленок используется медикаментозные и немедикаментозные методы лечения.

Прекрасно зарекомендовал себя аппарат **ультразвуковой кавитации**. Суть метода в том, что с помощью ультразвука аппарат создает воздушно-пузырьковую взвесь, которой орошают влагалище.

При попадании на слизистую мелкие пузырьки схлопываются, вызывая механическое разрушение биопленок. Затем с помощью антисепти-

ческого раствора, который застряет в аппарат, отдельные микробы уничтожаются и смываются с поверхности слизистой. Достаточно 4–5 процедур ультразвуковой кавитации, и справиться с бактериальным вагинозом будет гораздо проще.

Следует знать: при лечении бактериального вагиноза требуется обязательное обследование полового партнера! Бессмысленно проводить лечение женщины с применением различных противомикробных препаратов, если при повторном половом контакте она вновь получит от партнера весь спектр микроорганизмов. Если женщине поставлен диагноз «бактериальный вагиноз», половые контакты на время лечения исключаются, а партнеру необходимо обратиться к урологу. Врач проведет тщательное обследование, акцентируя особое внимание на содержании условно-патогенных микроорганизмов в эякуляте и моче. Необходимость лечения партнера определяется врачом-урологом на основании результатов обследования и осмотра.

Стоит обратить внимание читателей и на тот факт, что ни при каких условиях врач-гинеколог, который проводит лечение любой половой инфекции у женщины, не может «заодно» назначить лечение и мужчине. Врач-гинеколог не имеет права лечить мужчин, а препараты не назначаются заочно! Лечение мужчины может заниматься только врач-уролог (андролог), опираясь на данные осмотра, лабораторных исследований, УЗИ.

### **Генитальный кандидоз**

Возбудитель этого заболевания – грибы рода *Candida*.

В быту данное заболевание именуют молочницей, и это абсолютно неправильно, поскольку никакой связи с молоком здесь нет. Выделения при кандидозе грязно-зеленого цвета, крошковидные или жидкие, обильные. Заболевание сопровождается выраженным зудом и отеком тканей половых органов.

Часто пациентки, не зная, как выглядит кандидоз, называют молочницей любые выделения белого цвета из половых органов. Следует сказать, что это заблуждение. В норме

светлые выделения должны быть у каждой женщины репродуктивного периода. Их количество зависит от дня цикла и от уровня эстрогенной насыщенности организма женщины. При кандидозе же выделения патологические, вызывающие резкое раздражение половых органов.

Возбудитель *Candida* может находиться в двух формах: неактивная форма дрожжевого гриба (клетка), и активная форма – псевдомицелий. В норме дрожжи в неактивной форме (в виде клеток) могут существовать на слизистой влагалища вполне здоровой женщины. В дальнейшем все зависит от взаимоотношения иммунитета организма женщины и активности гриба. Если иммунитет достаточный, то, как правило, он не позволяет клеткам прорасти в активную форму, но как только иммунная система ослабевает, дрожжевые клетки превращаются в псевдомицелий. Именно его наличие вызывает неприятные симптомы – резкое жжение, зуд и дискомфорт половых органов.

Дрожжи довольно редко «приживаются» на половых органах мужчин. Однако если

появились симптомы кандидоза, а именно белый налет, жжение, зуд, покраснение в области головки полового члена или крайней плоти, иногда с мелкой сыпью, боль при половом акте – этостораживающий фактор. Либо серьезно снижен иммунитет, либо присутствие возбудителя сигнализирует о вероятном наличии другой инфекции, в частности трихомонад.

Активная форма дрожжевого гриба требует обязательного лечения. Более того, кандидоз может быть индикатором более серьезных проблем в половых органах, и опытный доктор порекомендует более детальную диагностику причин заболевания.

А чем может быть вызвано снижение иммунитета? Самая главная причина – беременность. При беременности уровень иммунитета резко снижается, дрожжевые клетки переходят в псевдомицелий, который, кстати, может вызвать осложнения во время беременности.

Вторая причина рецидивирующего кандидоза – сахарный диабет. Третья – прием антибиотиков.

Еще одно обстоятельство, провоцирующее тяжелый кандидоз, – СПИД. Пациенты с этим заболеванием могут погибнуть от генерализованного кандидоза.

### **Инфицирование вирусом папилломы человека (ВПЧ)**

Вирусы папилломы человека делятся на две большие группы: онкогенные и неонкогенные. Вирусы обеих групп передаются только при половых контактах.

Неонкогенные типы вируса папилломы человека – наиболее часто встречающиеся 6-й и 11-й – поражают вульву и вызывают формирование так называемых половых бородавок (аногенитальные бородавки или остроконечные кондиломы). Эти образования не опасны с точки зрения онкологии, но доставляют пациентам массу неприятностей.

Что касается онкогенных вирусов, то в настоящее время их насчитывается 12 типов, самые агрессивные – 16-й и 18-й. Именно эта группа приводит к формированию измененных клеток на поверхности шейки матки вплоть до злокачественных процессов.

Эти типы вирусов могут спровоцировать и развитие рака полового члена.

Из 100 % случаев рака шейки матки у 98–99 % женщин обнаруживается 16-й или 18-й тип ВПЧ.

Следует знать: рак шейки матки – это инфекционное, заразное заболевание. Однако половым путем передается не сам раковый процесс, а вирус, который в дальнейшем вызывает изменения клеток и запускает механизм их раковой трансформации.

Попадая в половые пути женщины во время полового контакта, вирус внедряется в структуру клетки и встраивает в ее ДНК свой кусочек информации. Иными словами, проникая в ядро клетки, вирус заставляет ее продуцировать себе подобные вирусы. Так происходит изменение клетки. Чем глубже проникает вирус, тем больше изменяется клеточный массив, в конечном итоге клетка начинает аномально размножаться и запускается механизм формирования рака.

Надо сказать, что с ВПЧ женщины встречаются в своей жизни достаточно часто. В

процессе смены половых партнеров может происходить многократное инфицирование вирусом. Однако иммунная система стоит на страже и благополучно избавляет организм от вирусов, даже от таких агрессивных, как 16-й и 18-й типы. К сожалению, некоторые женщины имеют особенности иммунитета, и именно они подвергаются наибольшему риску. Считается, что, если от момента инфицирования ВПЧ прошло 3 месяца, а вирус по-прежнему находится в организме, велика вероятность того, что он остался на пожизненное носительство.

В любом случае не нужно паниковать, если в организме молодой девушки по результатам анализов был выявлен 16-й или 18-й тип ВПЧ. Первое, что следует сделать, – подождать. У большинства женщин через некоторое время благодаря работе иммунной системы в организме происходит самоочищение и самовыздоровление. На пожизненное носительство вирус остается буквально у единиц.

Принято считать, что в настоящее время препарата для

лечения ВПЧ не существует. Действительно, если произошла интеграция вируса в структуру клетки, «выбить» его оттуда практически невозможно. Препараты не могут внедриться внутрь клетки, а только подавляют размножение вируса или могут уничтожить его, но только в том случае, если он находится в неинтегрированном состоянии.

Если интеграция вируса папилломы все же произошла, единственный способ избавиться от него – удалить тот массив клеток, который поражен вирусом. Для этого существуют различные аппаратные методики, начиная от **лазерной вапоризации** и заканчивая **конизацией шейки матки**.

Данная операция заключается в удалении участка конусообразной формы из шейки матки и части цервикального канала. Всегда удаляется минимально возможный массив тканей, хирург работает четко в зоне поражения, оставляя нетронутыми здоровые клетки. Параллельно пациентке назначается противовирусная терапия, которая препятствует попаданию вылетевших в

момент операции вирусов в соседние пока еще здоровые клетки.

К счастью, в настоящее время существует достаточное число способов защиты от инфицирования ВПЧ. И первое, о чем следует сказать – **современные вакцины**. «Церварикс» эффективно работает против 16-го и 18-го типов вирусов, а «Гардасил» действует комплексно и предусматривает защиту от 6-го, 11-го, 16-го и 18-го типов.

В связи с тем, что у женщин риск опасного развития ВПЧ гораздо выше, чем у мужчин, в настоящее время вакцинация рекомендуется только женщинам. В ряде случаев курс лечения папилломавирусной инфекции назначается мужчинам в случае наличия у них кондилом или, как носителям ВПЧ, в сроки совместного лечения половой партнерши при выраженных поражениях ВПЧ, например, шейки матки. Но данная тактика признается целесообразной у мужчин не всеми специалистами.

Кстати, современными исследованиями доказано, что введение вакцины, которая

должна защищать организм от внедрения 16-го и 18-го типов ВПЧ, по факту способствует защите и от некоторых других типов вирусов папилломы.

Заметим, что процесс формирования рака шейки матки протекает очень медленно, стадийно, врач видит его визуально и пропускать это заболевание не должно! Достаточно гинекологического осмотра, мазков на онкоцитологию, и картина будет ясна.

Но почему до сих пор к онкологам обращаются женщины с 3-й и 4-й стадией рака шейки матки? Все до обидно просто: некоторые пациентки не посещали гинеколога в течение 5–7 и более лет или проходили формальное обследование в смотровом кабинете, где часто работает только средний медицинский персонал.

Современные методы диагностики предполагают двойной скрининг. Во-первых, берется **цитологический мазок** – соскоб клеток с поверхности шейки матки, самый эффективный – **метод жидкостной цитологии**,

когда клетки помещаются в контейнер с жидкой средой. Параллельно проводится **анализ на наличие ВПЧ в организме**.

Если двойной скрининг дает отрицательный результат по обоим исследованиям, у женщины никогда не будет рака шейки матки, если, конечно, она снова не заразится 16-м или 18-м типом ВПЧ. Кстати, получив отрицательный результат, имеет смысл провести вакцинацию, если это не было сделано ранее.

Если же одно из исследований дает положительный результат, дальнейшие рекомендации и способ лечения выбирает врач-гинеколог, исходя из анализа каждого конкретного случая.

Отличный метод диагностики рака шейки матки – **кольпоскопия**. Это безболезненный визуальный метод, когда шейка матки осматривается под увеличением от 7 до 30 раз. На поверхность шейки поочередно наносится два раствора, сначала раствор уксусной кислоты, который вызывает набухание клеток, затем раствор люголя коричневого цвета, который

наглядно выявляет скрытые зоны поражения, если они есть.

Еще один метод диагностики – **биопсия**. Специальным аппаратом с тонкой петлей на конце захватывается и срезается тонкий кусочек ткани, его и отправляют на исследование, в ходе которого делается нарезка слоев и выполняется гистологический анализ материала.

Еще раз повторим: при условии регулярного посещения пациенткой врача-гинеколога и своевременной диагностики пропустить рак шейки матки невозможно.

В завершение данного раздела остановимся на группе **гемоконтактных инфекций**, то есть передающихся через кровь.

### **Сифилис**

Возбудитель этой инфекции – бледная спирохета (другое название – бледная трепонема) – передается различными путями. Все зависит от стадии заболевания у источника инфекции. Если у больного человека стадия сифилитической язвы (шанкра), то передача возбудите-

ля идет только с поверхности язвы (контактно). Язвы могут находиться на любых участках тела: во влагалище, на шейке матки, на наружных половых органах, вокруг ануса, на молочных железах, на лице, губах, языке, глотке и т. д. Эта язва имеет плотное дно (твердый шанкр), и она не болит! Если больной ее замечает, есть надежда, что он обратится к врачу. Если язва не видна, первая стадия заболевания проходит незаметно для больного человека. Кстати, нередко сифилитические язвы пациенты путают с герпесом, особенно если язва на губе. При этом больной с сифилитической язвой на губе может заразить партнера даже при поцелуе!

На следующей стадии заболевания появляется увеличенный узел на стороне поражения – бубон. В дальнейшем возбудитель с поверхности язвы попадает в кровь и выделяется со всеми жидкостями и секретами организма (кровь, моча, слюна, сперма). Такой человек очень заразен, а беспокоить его при этом может только легкая розоватая сыпь на коже. Язва к этому

времени, как правило, уже затягивается, и больной о ней забывает.

Диагностировать сифилис, особенно на ранней стадии, очень сложно. Дело в том, что все реакции на сифилис, которые ставят лаборатории, основаны на определении различных видов антител к возбудителю. Но эти антитела появляются только через 4–8 недель от заражения! На стадии язвы, которую обнаружил у себя пациент, анализ крови на сифилис будет **ОТРИЦАТЕЛЬНЫЙ!** Только опытный врач может заподозрить сифилитический процесс. Доказательством будет обнаружение самого возбудителя (трепонема) на поверхности язвы. Вывод очевиден: при любом подобном подозрении следует незамедлительно обратиться к специалисту очно.

Конечно, в современных условиях сифилис встречается нечасто. Другое дело – гепатиты В и С, которые и в настоящее время довольно распространены, особенно среди представителей неблагополучной среды.

### **Гепатиты В и С**

Вирусные гепатиты типа В и С – это заболевания, поражающие печень. Вирус передается с микрокаплей крови. Наиболее частый путь передачи – использование одного шприца при введении препаратов (наркотиков), при нанесении татуировок, при выполнении маникюра и педикюра плохо обработанными инструментами, при половых контактах. В особой группе риска врачи хирургических специальностей и медицинские сестры.

У этих инфекций так же существует так называемый серонегативный период (отсутствие антител в крови при уже имеющемся заболевании). Данный период, когда человек болен, заразен для окружающих, а стандартные лабораторные анализы в норме, может длиться до 6 месяцев. Особенно это касается вирусного гепатита С, который зачастую протекает бессимптомно. Хронический гепатит В или С часто приводит к циррозу и раку печени.

### **ВИЧ-инфекция**

Это еще одна гемоконтактная инфекция. Вирус передается со всеми жидкостями ор-



ганизма (кровь, сперма, моча, слюна). Однако для заражения нужна не микрокапля, а макрокапля, то есть порция крови, видимая глазом. Заражение происходит тем же способом, что и при гепатитах, однако серонегативный (инкубационный) период очень длительный. От момента заражения до обнаружения антител проходят месяцы, а иногда и годы.

Единственным способом предохранения от данных инфекций является применение презерватива. Однако надо учитывать, что и этот вариант не дает полной гарантии от заражения.

### **Диагностика ЗППП**

В большинстве случаев при диагностике ЗППП необходим комплексный подход. Он предполагает несколько методов исследования, которые позволяют с точностью установить диагноз и составить наиболее эффективную схему лечения.

Сегодня для диагностики ЗППП используются следующие виды исследования:

бактериоскопическое (исследуется мазок на флору или секрета простаты у мужчин

после специальных методов окраски с помощью светового микроскопа);

бактериологическое – это культуральный посев на бактерии, вирусы, грибы, хламидии, микоплазмы и уреаплазмы. При этом определяется чувствительность выявленных возбудителей к антибиотикам);

ДНК-диагностика методом ПЦР;

Иммунодиагностика (определение в крови пациента специфических иммуноглобулинов класса IgM, IgA, IgG к различным бактериям и вирусам).

Выбор конкретного исследования зависит от заболевания, которое подозревается у больного. Назначить анализы может только специалист после индивидуального осмотра и изучения анамнеза.

Бактериоскопическое исследование является незаменимой частью планового осмотра гинеколога или уролога. Оно позволяет выявить такие заболевания, как бактериальный вагиноз, микозы, трихомониаз, а также обнаружить воспалительные процессы в уретре и простате у мужчин.

Для диагностики вирусных заболеваний (ВИЧ, герпес, цитомегаловирус, коревая краснуха, ВПЧ, а также хламидиоз и т. д.) используется иммунодиагностика – ИФА (иммуноферментный анализ). Иммунодиагностика позволяет выявить специфические антитела к возбудителю того или иного заболевания. Благодаря иммунной реакции организма врачи могут установить точный диагноз, иногда давность и остроту заболевания, а также наличие уже имеющегося иммунитета к различным вирусам и бактериям.

Наиболее достоверной является ДНК-диагностика методом ПЦР (полимеразноцепная реакция). Она позволяет обнаружить возбудителя даже при его крайне низкой концентрации в исследуемом материале. Среди преимуществ данного метода – оперативность. Результаты анализа можно получить в течение суток. Современным методом ДНК-диагностики в реальном времени являются комплексные исследования сразу на группы наиболее часто встречающихся инфекций объединенными в «пакеты».

Для женщин – это ПЦР RT «Фемофлор»-8 и расширенный «Фемофлор»-16, а для мужчин «Андрофлор», при котором проводится одномоментное исследование одного взятого от пациента материала сразу на 24 группы возбудителей, включая ЗППП. Все эти современные методики внедрены и широко используются в работе нашей клиники.

Материалом для лабораторного исследования в каждом конкретном случае для каждого метода свои. Это может быть: кровь из вены, вагинальный секрет, отделяемое из уретры у мужчин и женщин, сперма, моча, соскобы со слизистых, секрет простаты. Для более точной диагностики и во избежание неудачной постановки анализа в лаборатории при заборе каждого материала важно соблюдать все рекомендации и подготовку к сдаче анализа, рекомендованные врачом или медицинскими консультантом.

Не только перечисленные выше инфекции могут стать теми подводными камнями, с которыми есть вероятность столкнуться на протяжении периода зрелой жизни. На-

стало время поговорить о некоторых других важных аспектах, касающихся репродуктивного здоровья женщины и мужчины.

## 10. Здоровье женщины

### Заболевания мочевыделительной системы

В силу того, что уретра у женщин короткая, широкая и открывается очень близко ко входу во влагалище, возбудители, попадающие в вагину при половых контактах, часто могут поражать и мочевыводящие пути женщины. Как правило, воспаление уретры (**уретрит**) и воспаление мочевого пузыря (**цистит**) у женщин также связаны с половыми инфекциями. Поэтому если пациентка обращается к урологу с жалобами на нарушение мочеиспускания, ей сразу рекомендуют также обследоваться и у гинеколога.

Механизм возникновения большинства случаев циститов следующий: при половом контакте инфицированная сперма изливается во влагалище, микробы начинают раз-

множаться, бели (патологические выделения), вытекая из влагалища, попадают на область уретры, вызывая ее воспаление, затем микроорганизмы, которых становится все больше, поднимаются в мочевой пузырь, вызывая его воспаление. При длительных затяжных процессах инфекция может распространиться и на почки.

Основным микроорганизмом, поражающим мочевые пути женщин, является кишечная палочка. Инициировать воспаление также могут стрептококки, стафилококки и пр.

Другой механизм появления микробных агентов в мочевых путях – проникновение инфекции из других органов (например, кишечника) с током крови (гематогенно) и с током лимфы (лимфогенно).

Метод лечения – тот или иной вид антибактериальной терапии, выбирают после тщательного изучения микрофлоры влагалища и посева мочи на спектр возбудителей.

Надо заметить, что у пациенток более старшего – постменопаузального – возраста, об этом периоде жизни мы еще будем говорить более подробно, характер цистита

другой – как правило, атрофический.

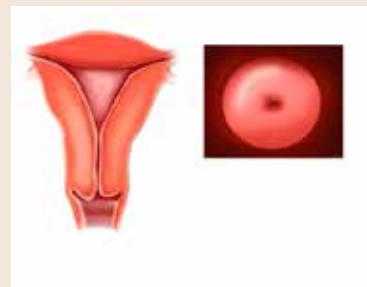
Это связано с тем, что нижние отделы мочевого пузыря (также как и влагалища) выстланы одинаковым, гормонозависимым эпителием. Как только во влагалище начинается атрофия (вследствие возрастного дефицита эстрогенов), такая же атрофия развивается и в мочевом пузыре.

В этом случае лечение с применением антибиотиков, как правило, не эффективно и, более того, может усугубить ситуацию. Исправить ситуацию помогут **препараты, содержащие половые гормоны**, которые назначает специалист. В этой связи еще раз напомним, что лечением заболеваний, связанных с мочевыделительной системой, должны заниматься совместно врач-уролог и врач-гинеколог.

### Гинекологические заболевания

Здесь мы расскажем о тех гинекологических заболеваниях, которые в настоящее время встречаются чаще всего.

### Патологии шейки матки



Шейка матки – вид со стороны влагалища, как видит его доктор во время осмотра

Многие женщины слышали о том, что на шейке матки бывают изменения: эрозия и дисплазия. Хотя термин «**эрозия**» звучит очень часто, с точки зрения медицины он неправильный. Если сами доктора говорят об эрозии шейки матки, то, скорее всего, они имеют в виду изменения доброкачественного характера, которые имеются на шейке, не опасные и не всегда требующие лечения.

Самое распространенное состояние шейки матки называется **эктопией** (устаревшее название – псевдоэрозия). Это гормонально обусловленное смещение стыка двух эпителиев, один из которых покрывает видимую часть шейки матки, дру-

гой – выстилает цервикальный канал изнутри.

Обращаем внимание: эктопия шейки матки – это вариант нормы, и никаких специальных методов лечения, обследования или наблюдения не требуется.

Иное дело – **дисплазия** шейки матки – наиболее серьезное изменение структуры эпителия шейки матки, по сути, предрак эпителия. Следующей стадией может быть уже **«рак на месте»** и **инвазивный рак**.

По современной классификации существуют три вида дисплазии: легкой, средней и тяжелой степени.

Процесс перехода дисплазии легкой степени в тяжелую длительный. Он занимает, как правило, несколько лет и проходит несколько стадий. Нужно понимать: все начинается с дисплазии легкой степени, которая затем медленно трансформируется в среднюю и только при отсутствии должного лечения переходит в тяжелую.

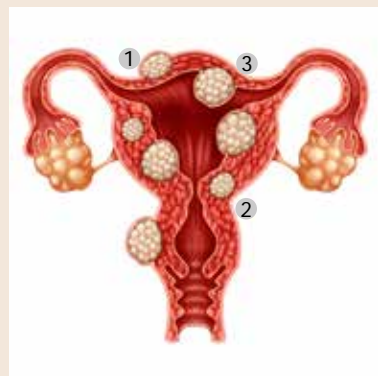
Процесс перехода от доброкачественного изменения к злокачественному также занимает годы (три, пять и более лет). И тем не менее если

эти состояния вовремя не лечить, некоторые патологические изменения шейки матки, хотя и со временем, но все же могут перейти в рак.

Становится очевидно: чем раньше обратиться к врачу, тем лучше. Даже серьезные патологические изменения шейки матки в настоящее время быстро и эффективно лечатся с помощью современных методов.

### Миома матки

**Весьма распространенное заболевание, характеризующееся появлением узлов, формирующихся из мышечных волокон матки. Эти узлы бывают трех типов.**



1. Субсерозный узел – маточное образование, большая часть которого выходит на поверхность органа. При этом полость матки он не изменяет.

2. Интрамуральный узел – формируется в самом толстом, мышечном, слое матки.

3. Субмукозный узел – обращен в полость матки и может деформировать ее.

Причина роста узлов до сих пор не ясна, однако известно, что миома – гормонозависимое образование. Обычно миомы появляются у женщин в возрасте старше 30 лет. К 40–50 годам наблюдается их максимально быстрый рост. Когда узел достигает размера 5–6 мм, врач может обнаружить его во время ультразвукового исследования.

### Что делать, если специалист диагностировал миому?

В первую очередь не волноваться. Вопреки распространенному мнению, миомы никогда не озлокачиваются. Более того, с наступлением менопаузы их рост естественным образом замедляется, и они постепенно уходят в обратное развитие, хотя полностью не исчезают никогда.

Во-вторых, и здесь мы развенчаем еще один миф, не стоит отказываться от бани, массажа и пребывания на солнце (разумеется, в разум-

ных пределах). Все эти факторы никак не сказываются на росте миомы, поскольку, как мы говорили, это гормонозависимый узел. А уровень гормонов в организме никак не связан с воздействием на него солнечных лучей или температурным фактором.

По строению миоматозных узлов специалисты выделяют порядка 20 типов миом, в каждом свой набор рецепторов, более или менее чувствительных к тем или иным гормонам. Некоторые чувствительны к эстрогенам, другие – к прогестерону. Чем выше дисбаланс гормонов, тем быстрее растет миоматозный узел. Когда наступает менопауза, снижается уровень эстрогенов, прогестерон исчезает, и узлы постепенно уменьшаются.

Соответственно, среди вариантов лечения небольших миом гормональная терапия занимает важное место.

Миома опасна своим объемом. Если узел направлен в полость матки и деформирует ее, матка не может сократиться, объем тканей, который находится в ней, вызывает маточное кровотечение. Кстати, именно обильные кровотечения

ния могут свидетельствовать о наличии миомы. Постоянная кровопотеря приводит к развитию анемии, которая проявляется бледностью кожных покровов и слизистых оболочек, повышенной утомляемостью и слабостью. Только очень большие или множественные миомы вызывают болевые ощущения.

Крупные миоматозные узлы подлежат удалению. В большинстве случаев легче всего удалить субмукозную миому – такое вмешательство выполняется изолированно со стороны матки с помощью современных гистероскопических методов. С интраутеральными узлами бороться несколько сложнее: в этом случае проводятся либо совмещенные операции – лапароскопические и гистероскопические, либо лапароскопические – подразумевается методика малоинвазивного удаления опухолевых узлов через проколы в брюшной стенке с помощью эндохирургической техники.

Что касается субсерозной миомы, то в ее удалении может вообще не возникнуть необходимости, поскольку даже

узел размером 3–4 см может не мешать нормальному функционированию органов и систем. Другой вопрос, если такой узел начинает, например, сдавливать мочевой пузырь, тогда у пациентки возникают жалобы на недержание мочи, появляются постоянные позывы к мочеиспусканию. В подобных ситуациях субсерозные узлы удаляют лапароскопическим методом.

Резюмируя, отметим: в настоящее время миома матки не считается опасным заболеванием, крупные миомы удаляются щадящими методами (консервативная миомэктомия), при этом матка полностью сохраняется, менструальная функция восстанавливается. И никаких неблагоприятных последствий для здоровья в дальнейшем не наблюдается.

### **Эндометриоз**

Причина возникновения этого заболевания до сих пор недостаточно изучена, хотя по частоте возникновения данная патология занимает второе место после миомы матки.

Как вы уже знаете, внутри полости матки существуют

клетки эндометрия, которые под воздействием гормонов яичников разрастаются и раз в месяц отторгаются с выделением коричневого секрета. И если эти клетки по каким-то причинам попадут в другие органы и не погибнут, то и на новом месте они будут вести себя точно так же, как и в полости матки, фактически «менструировать» в замкнутых полостях. Но как такие клетки могут «заблудиться»? Все дело в том, что во время менструации у женщины происходит так называемый ретроградный заброс крови, то есть часть крови вместе с клетками эндометрия попадает в брюшную полость. В норме иммунная система четко отслеживает этот момент и сразу же уничтожает клетки эндометрия, находящиеся не на своем месте. Однако у некоторых женщин защита не срабатывает, и клетки эндометрия, оказавшиеся в брюшной полости, благополучно там приживаются. Они могут попасть на брюшину, на кишечник, на мочевой пузырь, на маточные трубы, на яичники и внутрь тканей яичника и раз в месяц продолжают менструировать.

Такая ситуация сопровождается крайне неприятными симптомами и имеет неблагоприятные последствия в плане наступления беременности. Если эти клетки оказались на брюшине, где много нервных окончаний, женщина во время менструации испытывает боли. Кроме того, вокруг кровоточащих очажков начинается асептическое воспаление, а затем возникают спайки, нарушается анатомия органов. Если клетки эндометрия попали на прямую кишку, во время менструации будет болезненным акт дефекации. Клетки, оказавшиеся в просвете маточной трубы, вызывают спаечные процессы и непроходимость труб. Если клетки попадают внутрь ткани яичников, в яичниках формируются эндометриоидные кисты. Врач, вскрывший такую кисту во время операции, видит густую темную массу застоявшейся крови, внешне напоминающую шоколад. Поэтому такие кисты иначе называют «шоколадными».

В отдельную форму выделяют эндометриоз мышцы матки, называемый **аденомиозом**. При аденомиозе внутри мышцы образуются

лакуны, заполненные кровью. Мышца теряет свою способность к сокращению, заболевание сопровождается выраженным болевым синдромом, возникают кровотечения.

**Для эндометриоза характерна триада симптомов: боли во время менструации и при половых контактах, обильность менструаций и бесплодие.**

К сожалению, диагностика эндометриоза затруднена в силу того, что чаще всего его представляют рассеянные формы (мелкие лакуны), которые не видно ни на УЗИ, ни на МРТ, ни на КТ. Специалист видит только локализованные формы заболевания (например, шоколадная киста в яичнике хорошо заметна на УЗИ).

Заподозрить эндометриоз можно лишь по косвенным признакам, к которым относятся чрезмерно обильные менструации и сопровождающий их болевой синдром. Эти симптомы не следует игнорировать, необходимо безотлагательно обратиться к гинекологу. Лечение назначают сразу, есть специфические препараты для лечения эндометриоза в виде таблеток или

инъекций. Тяжелые формы эндометриоза лечат хирургически.

В этом случае выполняется лапароскопия, во время которой при помощи специального аппарата каждый очаг эндометриоза коагулируется. Таких очагов может быть более 100, и каждый нужно найти и обезвредить. После хирургического лечения назначается поддерживающая гормональная терапия. После такого сочетанного лечения состояние пациентки значительно улучшается и появляются шансы на наступление беременности.

#### **Синдром поликистозных яичников (СПЯ)**

Еще одно заболевание с неясной этиологией, однако достаточно четко прослеживается фактор наследственной предрасположенности к нему.

Суть патологии в дисфункции центральных отделов регуляции менструального цикла (гипоталамус и гипофиз). Происходит нарушение процесса созревания фолликулов. Вместо главного (доминантного) в яичнике образуется множество мелких фолликулов. Как правило, в

основе этого заболевания лежит нарушение углеводного обмена – инсулинорезистентность.

Менструации у таких пациенток редкие, скудные, овуляции либо не происходят, либо они очень редки, поэтому наступление спонтанной беременности маловероятно.

При заболевании наблюдается значительное количество стромальной (соединительной) ткани яичников, которая выделяет мужские половые гормоны – андрогены. Фенотип пациентки с синдромом поликистозных яичников обусловлен этим фактором: чрезмерное оволосение (гирсутизм), наличие акне и постакне, телосложение по мужскому типу – сглаженная талия, крупные объемные плечи. Заболевание сопровождается нарушением углеводного и жирового обмена, и, как правило, такие пациентки имеют избыточный вес.

Основой лечения синдрома являются гормональные контрацептивы, которые подавляют патологический механизм формирования избыточного количества фолликулов. На фоне гормональных контрацептивов их

число сокращается, яичники уменьшаются. Используются контрацептивы с антиандрогенным действием, и в результате исчезает угревая сыпь, постепенно уменьшается гирсутизм. Нормализуется вес. Если пациентка планирует беременность, контрацептивы отменяются, затем назначаются препараты для стимуляции овуляции. В результате яичники «выдают» один доминантный фолликул, в котором, как вы помните, содержится яйцеклетка, и наступает желанная беременность.

При тяжелых формах заболевания запустить овуляцию бывает крайне сложно, тогда пациентке рекомендуют обратиться в центр репродукции для проведения процедуры ЭКО.

#### **Кисты яичников**

Это большая группа заболеваний, при которых в яичнике (в одном или в обоих) образуются объемные образования различного происхождения. Все они отличаются друг от друга причинами возникновения, структурой, проявлениями и своим внешним видом.

Наиболее часто встречаются функциональные кисты в яичниках: **фолликулярные кисты** («переросшие», несовулировавшие фолликулы) и **лютеиновые** (чрезмерно большие желтые тела, образовавшиеся в яичнике в месте разрыва доминантного фолликула). Эти кисты, как правило, не требуют оперативного лечения и исчезают самостоятельно.

Об **эндометриоидных кистах**, которые также развиваются в яичниках, мы уже упоминали. Кисты размером более 3 см подлежат удалению во избежание их последующего роста и чтобы предотвратить дальнейшее сдавливание ткани яичника опухолью.

**Тератома** (дермоидная киста) – достаточно распространенная и в то же время очень «странная» киста. «Тератос» переводится с греческого как «чудовище», что в какой-то мере отражает внутреннее строение образования. Причина появления такой кисты – нарушение закладки органов и тканей в период внутриутробного раз-

вития девочки. По каким-то причинам элементы эктодермы (зародышевого листка, из которого в дальнейшем развиваются кожа, ногти и волосы) попадают внутрь формирующегося яичника. До определенного момента эти клетки никак себя не проявляют. Но в какой-то момент они вдруг начинают разрастаться, формируя в яичнике полость, внутри которой находятся кусочки кожи, ногти, кожный жир, комки волос.

Эта киста хорошо видна на УЗИ. После диагностики требуется удаление данного образования.

Помимо перечисленных выше существует большое количество иных доброкачественных кист яичников. Основной метод диагностики яичниковых образований – УЗИ органов малого таза. Иногда для уточнения диагноза используется МРТ (магнитно-резонансная томография).

К сожалению, в яичниках могут формироваться и злокачественные опухоли. Растут они бессимптомно и очень быстро. Именно эта причина легла в основу принятого стандарта посещения гинеко-

лога 1 раз в 6 месяцев. При этом каждый полугодовой осмотр в обязательном порядке должен сопровождаться ультразвуковым исследованием.

### **Сальпингоофорит (воспаление придатков матки)**

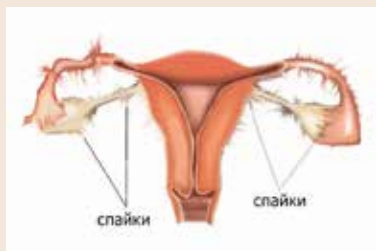
На этом заболевании стоит сконцентрировать особое внимание, поскольку существует устойчивый миф о том, что причина его возникновения – переохлаждение.

На приеме у врача пациентки пытаются найти связь между воспалением придатков и купанием в холодном водоеме, связывают это с промокшими ногами, с сидением на холодной земле. Каких только теорий возникновения этого заболевания не услышит доктор!

Следует знать: воспаление придатков – инфекционный процесс! В норме в брюшной полости среда стерильна, микроорганизмов там нет. Если вы переохладитесь, промочите ноги, у вас может появиться насморк, или обострится хронический тонзиллит (поскольку на миндалинах есть микробы). Но воспаления придатков матки у вас не будет никогда!

Для того чтобы в придатках матки (а к ним относятся трубы, яичники, связочный аппарат) возникло воспаление, туда должны попасть микроорганизмы. Основной путь проникновения микробов в придатки матки – половой. Распространенные микроорганизмы, вызывающие воспаления придатков: гонококки, трихомонада, хламидии. Кроме того, многие анаэробные микроорганизмы также могут вызывать воспаление придатков.

Попадая в половые пути женщины, эти микроорганизмы из влагалища поднимаются в полость матки, вызывая ее воспаление (эндометрит), проникают в трубы (сальпингит), а затем и в яичники (сальпингоофорит). Под воздействием воспалительного процесса в трубах происходят спаечные процессы, замыкаются ампулярные отделы, фимбриии, и формируются своего рода «мешки», заполненные серозной жидкостью или гноем. В тяжелых случаях их вместе с маточными трубами приходится удалять.



Второй механизм возникновения заболевания – вторичное воспаление преимущественно правых придатков при гнойном аппендиците. Изначально воспаление возникает в аппендиксе, и при отсутствии своевременного оперативного лечения гнойный воспалительный процесс переходит на правые придатки матки, а затем на всю брюшную полость, вызывая перитонит. Однако это редкая ситуация, а основная причина острого и хронического воспаления матки и придатков – половые инфекции.

### **Бартолиниты, абсцессы и кисты бартолиновых желез**

Рассматривая анатомию женской половой системы, мы упоминали бартолиневы железы. Пришло время поговорить о них более подробно.

Это две парные железы, которые расположены слева

и справа при входе во влагалище. Сами железы находятся в толще больших половых губ, а их выводные протоки открываются в преддверие влагалища. При половом возбуждении именно эти железы начинают вырабатывать прозрачный вязкий секрет – смазку, необходимую для полового контакта. Чем выше уровень возбуждения женщины, тем больше смазки вырабатывают бартолиневы железы.

Если во влагалище женщины оказываются различные патогенные или условно-патогенные микроорганизмы, они могут по тонким протокам попасть в ткань самой железы и вызвать там воспаление. Наиболее часто воспаление бартолиновых желез (одной или обеих) вызывают гонококки, трихомонады, кишечные палочки. При воспалении бартолиновой железы (бартолините) возникает увеличение и отек большой половой губы на стороне поражения, болезненность при ходьбе и при попытке сесть. Если пациентке на этом этапе не оказывается своевременная медицинская помощь, воспалительный процесс про-

грессирует: в ткани большой половой губы формируется гнойный мешок, и возникает абсцесс бартолиновой железы. В этом случае вариант лечения только один – хирургический: вскрытие гнойника и промывание полости. Воспалительный процесс приводит к запаиванию выводного протока железы, соответственно, железа теряет свою функцию. Поскольку оттока секрета не происходит, слизь-смазка скапливается в железе. В дальнейшем на месте абсцесса может сформироваться киста. Как правило, киста бартолиновой железы не болит, но мешает при половых контактах, деформируя наружные половые органы, сужая вход во влагалище. Удаление кисты решает эти проблемы, но функция железы при этом, конечно, не восстанавливается.

### **Внематочная беременность**

Это очень грозная патология, которая при отсутствии медицинской помощи может привести к летальному исходу.

Суть проблемы в том, что плодное яйцо не может спуститься из маточной трубы

(где произошло оплодотворение) в полость матки, где, как вы уже знаете, и должна в норме развиваться беременность. Причины, как правило, связаны с нарушением проходимости труб. После перенесенного воспалительного процесса в трубах формируются спайки, сращения, которые препятствуют продвижению оплодотворенной яйцеклетки. В результате живое плодное яйцо прикрепляется там, где оно остановилось, – в трубе.



Там оно и продолжает развиваться. До достижения размера 10–15 мм плодное яйцо может растягивать трубу, не травмируя ее. При большем диаметре маточная труба разрывается и возникает внутрибрюшное кровотечение, угрожающее жизни пациентки.

Основными симптомами внематочной беременности являются: задержка менстру-

ации, слабopоложительный тест на беременность, отсутствие плодного яйца в полости матки при УЗИ. Увидеть само плодное яйцо в просвете трубы на раннем сроке крайне сложно.

При разрыве маточной трубы у женщины появляются боли в животе, слабость, кровянистые выделения из половых путей. При массивном внутрибрюшном кровотечении происходит потеря сознания. Разрыв маточной трубы требует экстренной операции!

### **Нарушения менструального цикла**

Менструальный цикл регулируется организмом на нескольких уровнях. Связь идет по цепочке, которую упрощенно можно обозначить так: кора головного мозга – гипоталамус – гипофиз – яичники – эндометрий.

В коре головного мозга происходят разного рода психоэмоциональные процессы. Гипоталамус отвечает за нейроэндокринную деятельность всего организма, именно отсюда поступает команда на выработку половых гормонов.

Гипофиз продуцирует гонадотропные гормоны, которые, в свою очередь, с током крови доходят до яичников. Яичники выделяют свои гормоны – эстрадиол и прогестерон. И все эта система действует на эндометрий, который, ежемесячно отторгаясь, дает кровянистые выделения, которые называются менструацией.

Сбой на каждом из уровней может привести к нарушениям менструального цикла. Это одна из самых частых жалоб, с которой пациентки обращаются к гинекологу. Задача специалиста – не просто подтвердить факт, а найти «слабое звено» в описанной цепочке и принять необходимые меры для нормализации ситуации.

Давайте кратко рассмотрим, какие именно нарушения могут происходить на том или ином этапе.

#### **Маточный фактор**

Любая патология эндометрия может приводить к нарушениям цикла. Эндометрий может пострадать вследствие инфекционных процессов или травматичных оперативных

вмешательств (чаще всего аборта). Если травмирован базальный слой эндометрия, который, как вы знаете, является источником его роста, нарушения цикла неизбежны. Патологические кровотечения из матки, опухолевые процессы в ее полости также являются причиной нарушения менструального цикла.

Диагноз ставится на основании ультразвукового или бактериологического исследования либо при помощи аспирационной биопсии (когда отделяется маленькая часть эндометрия и проводится морфологическое исследование).

#### **Яичниковый фактор**

Изолированный яичниковый фактор нарушения менструального цикла может возникать при воспалительных процессах в яичниках. Если в яичнике закончился фолликулярный резерв, наступает ранняя менопауза, следствием которой является аменорея (отсутствие менструации).

Существует группа иммунных заболеваний – аутоиммунный оофорит – когда иммунная система перестает воспринимать яичник как

«родной» и блокирует его деятельность. Яичник перестает работать, и менструации прекращаются. Еще одна причина нарушения – если ранее у пациентки был удален большой фрагмент яичника, такой яичник, конечно, не может работать полноценно. Кисты яичников или другие объемные образования в них также могут провоцировать сбой цикла.

#### **Поражения гипофиза**

Изолированное поражение гипофиза – это опухоли гипофиза. Патологические разрастания чаще всего возникают в зоне, которая отвечает за синтез гормона пролактина (пролактинома). Избыток синтеза пролактина приводит к тому, что другие гормоны не вырабатываются и начинается аменорея.

Нарушения в работе гипоталамуса

Гипофизом «командует» гипоталамус, таким образом, нарушения в гипоталамусе будут приводить к тому, что по всей цепочке «не проходит» команда, соответственно, и менструации нет. К ги-



поталамическим факторам нарушения цикла относятся в том числе ожирение и аноксия.

Кора головного мозга и стресс-факторы

К таковым относятся: затяжной стресс, недоедание, тяжелейшие физические нагрузки. Один из примеров влияния стресса – «аменорея военного времени». Отсутствие менструации в подобных условиях – защитная реакция на стресс.

В то же время будет ошибкой считать, что если у вас нервная работа или вы усиленно трудились в течение месяца и чувствуете усталость, отсутствие менструации – это реакция на стресс. Скорее всего, причина в чем-то ином. И выяснить это лучше, обратившись за консультацией к гинекологу.

Кстати, до сих пор существует мнение, что сбой менструального цикла может вызвать... авиаперелет! Безусловно, такое предположение выглядит комично, особенно если вспомнить, что в самолете вместе с вами летят еще 200–300 или даже 500

человек. А стюардессы летают на воздушных судах ежедневно!

## 11. Здоровье мужчины

### Осторожно, простатит!

Простатит (общее название группы воспалительных заболеваний предстательной железы) является самым распространенным заболеванием половых органов у мужчин, и в последние годы врачи диагностируют его все чаще. В настоящее время простатит выявляют у 30–60% мужчин в разных возрастных группах.

Напомним, **предстательная железа** – это одиночный орган, выделяющий особый секрет, активизирующий подвижность сперматозоидов.

Что же такое простатит? Специалисты объединяют в это понятие два типа заболеваний, сходных по симптомам и клиническому течению, но различающихся по причинам развития. Первая группа включает в себя **инфекционные простатиты**, они могут быть вызваны различны-

ми бактериями, вирусами или грибами.

Вторая группа объединяет так называемые **застойные (небактериальные) простатиты**. Надо сказать, что деление это весьма условно, поскольку застойный простатит очень быстро переходит в бактериальный за счет инфицирования.

Наиболее часто возбудителями инфекционного простатита являются: стафилококки, стрептококки, кишечная палочка, протей, энтерококки, несколько реже: гонококки, трихомонады, хламидии, микоплазменная инфекция.

Причиной второй группы простатитов является застой как секрета в предстательной железе, так и крови в венах этого органа. В большинстве случаев застой (и секрета, и крови) наступает одновременно, поскольку причины, вызывающие эти состояния, общие. Среди них: прерванный половой акт, отсутствие регулярности и ритма половой жизни, длительное половое воздержание, неполноценные эякуляции из-за стресса во время полового акта и т. д.

Венозный застой может наступить при длительных гиподинамических состояниях: при малоподвижной работе в сидячем положении (водители, люди умственного труда), при запорах, геморрое, переохлаждении, а также при злоупотреблении алкоголем.

Предрасполагающими факторами к возникновению простатита являются: снижение защитных сил организма, наличие в организме очагов инфекции, из которых патогены проникают в предстательную железу, гормональные и нервно-вегетативные нарушения.

Во многих случаях простатиту предшествует или сопутствует **воспаление в мочеиспускательном канале** (уретрит). Кроме того, в мочеиспускательном канале у мужчин часто содержится большое количество различных микроорганизмов, не вызывая в нем воспалительного процесса. Однако при проникновении в предстательную железу при определенных условиях эти микроорганизмы могут стать причиной воспаления в ней.

Следует знать: одним из факторов, способствующих развитию простатита, является систематический прием алкогольных напитков. Кстати, алкоголь вызывает жировое перерождение тканей яичек и печени, что через сложную систему обмена гормонов способствует резкому падению уровня мужских половых гормонов.

Особое значение в этом смысле имеет «**пивной алкоголизм**». Помимо всех негативных изменений, перечисленных выше, пиво оказывает прямое раздражающее действие и способствует переходу всей микрофлоры мочеполового тракта – от почек до мочеиспускательного канала – в более агрессивное состояние. Не случайно опытные урологи для уточнения диагноза при стертых клинических симптомах иногда рекомендуют пациентам за 1–2 дня до сдачи анализов выпить пива в качестве провокации.

Еще один фактор, влияющий на формирование простатита, – климатический. В районах с повышенной влажностью при низких температурах воздуха простатит наблюдается чаще. Переохлаждение

оказывает непосредственное влияние на предстательную железу, предрасполагая к застою секрета и проникновению микроорганизмов в этот орган.

Простатит может быть **острым и хроническим**. Хронический простатит в большинстве случаев изначально развивается как вялотекущий воспалительный процесс и реже является следствием недостаточного лечения острого простатита. Длительное время, иногда исчисляемое годами, хронический простатит никак себя не проявляет – это так называемая латентная стадия. И только в результате стрессовых ситуаций (переохлаждение, общесоматические заболевания, отклонения в ритме половой жизни, употребление алкоголя, сильные нервные переживания, инфицирование более агрессивными возбудителями и т. п.) заболевание начинает проявлять себя клиническими симптомами.

**Симптомы** хронического простатита разнообразны и делятся на 3 группы:

1. Боли в области половых органов.

2. Расстройства мочеиспускания.

3. Половые расстройства.

В отдельную группу можно выделить влияние простатита на мужское бесплодие.

Кроме этого выделяют группу общих проявлений заболевания: быстрая утомляемость, слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности.

Боли в области половых органов носят ноющий характер. Они локализуются в области промежности, крестца, наружных половых органов. Обычно при болях, локализованных только в пояснично-крестцовой области, больные иногда сами себе ставят неправильный диагноз «радикулит», «остеохондроз» и лечатся в домашних условиях – безуспешно. И только тщательный врачебный осмотр и лабораторные исследования позволяют поставить правильный диагноз.

Расстройства мочеиспускания при хроническом простатите включают учащенное и, как правило, болезненное мочеиспускание, вялую струю мочи, затрудненное мочеис-

пускание. Нарушение проходимости мочи по уретре приводит к хронической задержке мочи в мочевом пузыре, которая в свою очередь способствует образованию камней мочевого пузыря, воспалению мочевого пузыря, а в дальнейшем и к воспалению почек со снижением их функции.

Часто при хроническом простатите возникают различные нарушения половой функции: ускоренное семяизвержение, тусклость оргазма, расстройства полового влечения и, как следствие, недостаточно хорошая эрекция.

Многие больные хроническим простатитом предъявляют жалобы на бесплодие в браке. Нередко отмечаются выраженные вегетативные реакции: потливость, приливы крови.

Поздним осложнением хронического простатита является склероз простаты, в основе которого лежит замещение железистой ткани рубцами, что приводит к сморщиванию железы, уменьшению ее в размерах и к полной утрате функции.

## **Мужчины! Настоятельно рекомендуем подумать о женщине.**

Мы уже упоминали о том, что хронические воспалительные заболевания мужской половой сферы, и не в последнюю очередь простатит, являются потенциальной угрозой для постоянных половых партнеров. С каждым половым актом без средств предохранения в половые пути женщины со спермой выбрасывается порция инфекции, которая может стать причиной воспалительных заболеваний женских половых органов.

Особенно опасно это при зачатии или во время беременности: повышается риск осложнений беременности, вероятно угроза выкидыша или искусственного прерывания беременности по медицинским показаниям.

**Лечение простатита – достаточно сложная задача.** Это связано с особенностями анатомии и физиологии предстательной железы, причинами, вызвавшими заболевание, а также с особенностями его течения. Обращаем внимание: положи-

тельного результата можно достичь только при соблюдении следующих правил.

**1. Лечение должно быть своевременным.** Результаты лечения лучше, если заболевание выявлено на ранней стадии и осложнения еще не наступили.

**2. Лечение должно проводиться только у медицинского специалиста.** Ни в коем случае не следует заниматься самолечением! Неквалифицированное или недостаточное лечение, а также неправильный подбор препаратов лишь усугубит ситуацию.

**3. Лечение должно быть комплексным.** Удовлетворительных и стойких результатов удастся достичь только комплексом нескольких, хорошо себя зарекомендовавших методов. Эти методы может определить и подобрать только лечащий врач, с учетом особенностей заболевания в каждом конкретном случае.

**4. Лечение воспалительных заболеваний половой сферы мужчин должно осуществляться**

**только в паре с половым партнером.** Это связано с тем, что большинство воспалительных заболеваний передаются преимущественно половым путем и при излечении только одного партнера возможно повторное инфицирование.

**5. Необходимо строгое соблюдение всех назначений и рекомендаций по лечению и режиму.** Лечение простатита связано со множеством особенностей, ограничений и неприятных ощущений для пациента, и для достижения результата потребуются определенные психологические и физические усилия, о чем подробно рассказывает врач.

В отдельную главу имеет смысл выделить **гиперплазию простаты**. Будет уместно рассказать об этом заболевании именно здесь. С одной стороны, мы несколько забегаем вперед, поскольку о проблемах, с которыми сталкиваются мужчины с течением времени, пойдет речь в соответствующем разделе. С другой – в последние годы наметилась тенденция к омоло-

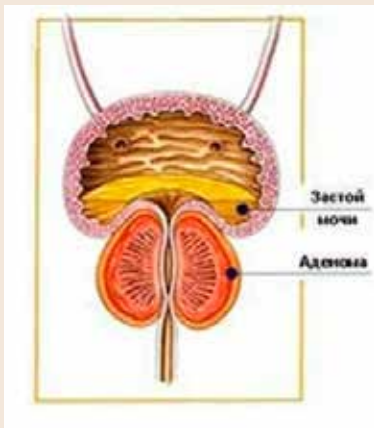
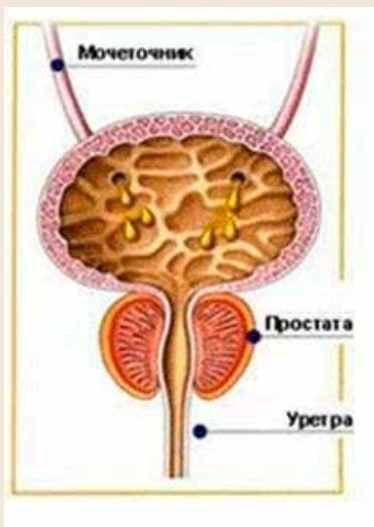
жению многих заболеваний, и гиперплазия простаты – не исключение. Встречается начальный рост ДГПЖ у мужчин в 45 лет и даже раньше.

## **Что такое гиперплазия простаты?**

**Доброкачественная гиперплазия предстательной железы** – ДГПЖ (или аденома простаты) – так называют процесс разрастания в предстательной железе определенных зон (область парауретральных желез) – одна из самых распространенных проблем, с которой сталкиваются многие мужчины.

К 20-летнему возрасту простата мужчины достигает своих нормальных размеров. Однако после 45 лет в силу сложных эндокринных процессов в организме наблюдается новый скачок ее роста. Парауретральные железы, разрастаясь, сдавливают просвет мочеиспускательного канала, и нарушается отток мочи на уровне соединения мочеиспускательного канала и мочевого пузыря. (рисунок)

Заболевание является очень распространенным, у половины мужчин оно развивается после 50 лет, а в более старшем возрасте – после 80 –



диагностируется у 90 %.

Основным симптомом данного заболевания являются различные **расстройства мочеиспускания**. Их принято делить на 2 группы: сим-

птомы наполнения (учащенное мочеиспускание, в том числе в ночное время, возникновение позывов к немедленному мочеиспусканию и пр.) и симптомы опорожнения (затрудненное начало мочеиспускания, слабая и прерывистая струя мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря и т. п.).

Существует **международная шкала оценки простатических симптомов (IPSS)**, мы считаем, что в данном контексте привести ее будет весьма уместно. Заполнить таблицу можно самостоятельно, и у вас будет возможность оценить собственный симптомокомплекс.

**Если сумма набранных баллов превышает 7, это значит, что вы имеете расстройство мочеиспускания, по поводу которых целесообразно обратиться к врачу-урологу.**

Следует принять во внимание: выраженность симптомов не всегда напрямую связана с размерами предстательной железы. Поэтому не пытайтесь поставить себе диагноз сами. И уж тем более не следует заниматься самолечением. Большинство

Шкала IPSS	никогда	реже, чем 1 раз в неделю	реже, чем в половине случаев	примерно в половине случаев	чаще, чем в половине случаев	почти всегда
	0	1	2	3	4	5
1. Как часто в течение последнего месяца у Вас было ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря после мочеиспускания?						
2. Как часто в течение последнего месяца у Вас была потребность мочиться чаще, чем через 2 часа после последнего мочеиспускания?						
3. Как часто в течение последнего месяца у Вас имелось прерывистое мочеиспускание?						
4. Как часто в течение последнего месяца Вам было трудно временно воздержаться от мочеиспускания?						
5. Как часто в течение последнего месяца у Вас была слабая струя мочи?						
6. Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось натуживаться, чтобы начать мочеиспускание?						

7. Как часто в течение последнего месяца Вам приходилось вставать ночью с постели, чтобы помочиться?					
Суммарный балл по IPSS					

Как бы Вы отнеслись к тому, если бы Вам пришлось жить с имеющимися у Вас проблемами с мочеиспусканием до конца жизни?	прекрасно	0	неудовлетворительно	4
	хорошо	1	плохо	5
	удовлетворительно	2	очень плохо	6
	смешанное чувство	3		

широко разрекламированных «растительных экстрактов», пищевых добавок и гомеопатических средств, которые якобы рассасывают аденому, на самом деле не прошли необходимых клинических испытаний и не дают никакого лечебного эффекта (разве что психологический). Самолечение и народное лечение простаты может даже навредить, так что самое лучшее, что можно сделать при наличии перечисленных симптомов, это обратиться к врачу.

**Тем более что в настоящее время ДГПЖ достаточно легко диагностируется.**

На первичном приеме специалист оценивает состояние пациента, в том числе по данным анкетирования, проводит пальпацию предстательной железы, выполняет УЗИ, назначает лабораторные исследования, анализы крови и мочи. Исследуется мочевой пузырь на предмет полного его опорожнения, контролируется наличие остаточной мочи. Пациентам старше 45 лет рекомендуется сдать кровь на простатоспецифический антиген (ПСА), этот тест позволяет оценить состояние предстательной железы и считается онкомаркером. При необходимости выполняется биопсия.

Цель всех этих исследований – убедиться, что расстройства мочеиспускания, имеющиеся у данного пациента, связаны именно с аденомой простаты. Дело в том, что в ряде случаев такие расстройства могут свидетельствовать о наличии других проблем. И только врач может выявить истинную причину.

Нельзя забывать, что увеличение простаты и связанные с этим нарушения мочеиспускания, из-за которых не происходит оттока мочи из мочевого пузыря и почек, могут провоцировать возникновение инфекции мочевых путей, образование мочевых камней и почечную недостаточность.

Варианты **лечения ДГПЖ** в настоящее время достаточно многообразны и эффективны. Выбор метода остается за врачом и зависит от стадии заболевания и его клинического течения.

Чаще всего специалисты назначают медикаментозные препараты из группы альфа-адреноблокаторов, клиническая эффективность которых доказана и которые прежде всего рекомендованы для лечения аденомы проста-

ты. Кроме того, если аденома простаты достаточно сильно увеличена (составляет более 60 мл), то, помимо альфа-адреноблокаторов, результативным будет применение ингибиторов 5-альфа-редуктазы.

Благодаря действию этих лекарственных препаратов мочеиспускание нормализуется. Их длительный (годами) прием останавливает или приостанавливает рост узла ДГПЖ, таким образом, качество жизни мужчины улучшается стойко и выражено.

Однако следует иметь в виду, что полностью вылечить ДГПЖ этими препаратами невозможно.

При больших размерах ДГПЖ или выраженных симптомах нарушения мочеиспускания может быть показано хирургическое вмешательство. В настоящее время в хирургических урологических стационарах проводятся очень эффективные, малоинвазивные операции по удалению узла ДГПЖ. Доступом при этих операциях является эндоскопический трансуретральный доступ – трансуретральная резекция (ТУР) простаты, то есть удаление

аденомы проводится через уретру без разреза, а при аденомах большого размера выполняется позадилоная аденомэктомия. Для выделения и удаления ГПЖ используются разные источники энергии: радиоволновая резекция, лазерная резекция и др. Выбор метода операции и ее объема всегда остается за хирургом. В основе выбора как размеры, расположение ГПЖ, так и общее состояние пациента, переносимость им предполагаемого наркоза, наличие сопутствующих патологий и т. д. При своевременном и грамотно выполненном лечении прогноз заболевания весьма благоприятный.

### **Эректильная дисфункция – поговорим откровенно...**

Данные Всемирной организации здравоохранения в этом смысле неутешительны. По статистике, нарушения эрекции отмечает у себя каждый десятый мужчина в возрасте старше 21 года, в возрасте 30–35 лет – каждый пятый, а в возрасте от 40 до 70 лет – примерно 50 % мужчин. При этом прослеживается тенденция к ухудшению ситуации.



Почему сложилась такая картина? Какие факторы провоцируют эректильную дисфункцию?

Условно их принято делить на две группы: внешние (экзогенные) и внутренние (эндогенные).

В первую группу включены факторы, которые продиктованы нашей ежедневной деятельностью и условиями жизни. Это, в частности, знакомые всем хроническое недосыпание, постоянные стрессы на работе или в семейной жизни, неправильное питание с выраженным недостатком необходимых организму витаминов и микроэлементов, употребление алкоголя (в особенности пива). Особенно негативным фактором, влияющим на эректильную функцию, является курение, а также прием любых нарко-

тических препаратов, в том числе «легких» (а таких, на самом деле, в отношении пагубного влияния на здоровье не существует). Отдельно стоит отметить повышенный радиационный фон, который, к сожалению, зафиксирован во многих мегаполисах.

Что касается внутренних факторов, то к ним относят различные нарушения в работе организма мужчины. В их числе гипогонадизм (недостаточность выработки тестостерона яичками), а также заболевания, связанные с нарушениями функции гипофиза и надпочечников, некоторые опухоли (пролактинома, аденома гипофиза). На механизм эрекции негативно влияют различные медикаменты, психотропные препараты и антидепрессанты.

Нарушения могут возникнуть как следствие различных заболеваний, в числе которых гипертоническая болезнь, сахарный диабет, метаболический синдром и другие.

Вот далеко не полный перечень причин, лежащих в основе эректильной дисфункции или заболеваний, когда нарушение качества эрекции

является неотъемлемым симптомом.

Что делать? Существуют ли эффективные **методы лечения эректильной дисфункции?**

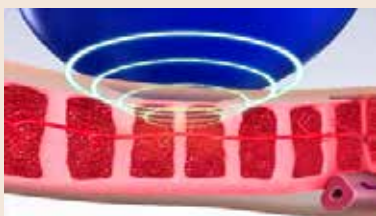
К счастью, ответ на этот вопрос звучит утвердительно. В настоящее время урологами-андрологами и сексологами накоплен большой багаж знаний и опыта в данной области, что позволяет с уверенностью сказать: в лечении эректильной дисфункции практически нет нерешаемых проблем. Конечно, многое зависит от причин, возраста, от степени нарушения эректильной функции, от сопутствующих заболеваний.

Распространенной физиотерапевтической методикой лечения является **ЛОД-терапия (лечение отрицательным давлением)**. В клинике Семейной медицины мы используем данный метод, дополненный лазерным и светодиодным облучением. Наш собственный опыт говорит о том, что такая методика показывает высокую эффективность при лечении эректильной дисфункции, особенно на

ранних стадиях неглубоких сосудистых расстройств.

Настоящим открытием в современной физиотерапии при лечении эректильной дисфункции стала **ударно-волновая терапия** полового члена.

Суть метода в направленном физическом воздействии на ткани полового члена или простаты ударной волны низкоинтенсивного характера инфразвукового типа, которую излучает аппарат (рисунок).



Она распространяется вглубь тканей, что позволяет добиться воздействия на очаги фиброза – микрорубцы и спайки. Это влечет их разрушение, усиление прорастания новых капилляров, восстановление кровоснабжения тканей, насыщение кислородом и усиление кровотока. Происходит стимуляция выработки сосудистого медиатора возникновения эрекции, а также

запуск других биохимических и тканевых механизмов оздоровления тканей.

Биологический механизм воздействия основан на принципе кавитации – в измененных воспалением тканях меняется проницаемость клеточных мембран. Ударная волна легко проникает через эластичные мембраны неповрежденных структур, не оказывая на них воздействия, а при столкновении с воспаленными элементами возникает кавитация (очень краткосрочное растяжение и схлопывание) — патологические участки ткани разрушаются.

Наконец, существуют **современные технологии протезирования**, когда используются различные модификации фаллопротезов и операций. К выбору данного метода мы подходим только после тщательного обследования пациента и используем его, когда другие варианты лечения не дают результата. Ведь каким бы надежным и современным ни был установленный фаллопротез, после операции восстановление естественного механизма

эрекции станет невозможным.

Возможно, вы знаете: современный фармакологический рынок в изобилии предлагает **различные препараты и биологически активные добавки (БАД)**, которые производители позиционируют как панацею от всех проблем. Так ли это?

Здесь надо понимать: данная «индустрия» – это рынок, со всеми его плюсами и минусами. Действительно, на прилавках аптек сегодня достаточно много препаратов, которые произведены мировыми лидерами фармакологической индустрии. Эти бренды уже сами по себе гарантия качества и надежности. То же касается и БАДов. Мы в своей практике применяем подобные препараты, в числе которых многокомпонентные БАДы и даже их линейки, причем не только для лечения эректильной дисфункции, но и при решении других проблем, с которыми сталкиваются мужчины.

Но нельзя забывать: назначение лечения и подбор медикаментов вообще и в таком деликатном деле как

эректильная дисфункция в частности – дело исключительно квалифицированного специалиста, врача. Только опытный грамотный врач, оценив состояние пациента, проанализировав его психоэмоциональные нарушения, наличие или отсутствие органических причин, может правильно и квалифицированно подобрать лечение, проконтролировать его ход в динамике и объяснить пациенту свою точку зрения аргументированно и убедительно. А главное – врач несет полную ответственность за свои действия и назначения. Согласитесь, этого не смогут сделать ни интернет-аптека, ни консультант по сетевому маркетингу, ни фармацевт в аптеке.

А что касается народных средств для повышения потенции, о которых вполголоса говорят в кругу друзей или гуглят в интернете? По этому поводу у медицинских специалистов есть четкая позиция: мы работаем, основываясь на принципах доказательной медицины, то есть решения о применении профилактических, диагностических и лечебных меропр-

ятий принимаются исходя из имеющихся доказательств их эффективности и безопасности. Эмпирический подход в назначениях лечения остался в прошлом. Уже недостаточно опираться только на опыт представителей старшего поколения или собственный опыт, пусть даже и положительный.

Сегодня как компоненты в современных препаратах и биологически активных добавках используются корень женьшеня и кора йохимбе, поскольку их положительное влияние на эректильную функцию не только известно, но и точно доказано.

Но что такое настойка «струи бобра», «шпанской мушки» или «кошачьего когтя»? Предоставим отвечать на этот вопрос народным целителям.

А вот на продуктах, которые **улучшают эректильную функцию** и, главное, предупреждают ее расстройства, стоит остановиться подробнее. Вводите в свой **рацион** пищу, богатую жиро- и водорастворимыми витаминами (это оливковое и подсолнечное масла, орехи, ши-

повник, смородина, свежие овощи и фрукты, злаковые и бобовые), обратите внимание на источники омега-3 полиненасыщенных жирных кислот (рыбий жир, соевое, кунжутное, кукурузное масло), источники незаменимых аминокислот (молоко и молочнокислые продукты, перепелиное яйцо, мясо и рыба).

При этом не следует забывать, что переедание и избыток массы тела – это прямой путь к нарушениям потенции, поэтому употреблять любую, в том числе полезную, пищу следует в умеренных количествах.

Большое значение имеет **полный отказ от курения и употребления любых наркотиков. Воздержитесь от злоупотребления алкоголем**, в том числе пивом. Очень важный момент – **своевременная профилактика и лечение заболеваний**, провоцирующих эректильную дисфункцию, к ним, как мы уже упоминали, относятся гипертоническая болезнь, атеросклероз, сахарный диабет, ожирение и др.

Среди других мер профилактики эректильной дис-

функции – безукоризненное соблюдение режима сна и бодрствования. **Высыпаться** нужно обязательно, ведь именно во сне организм восстанавливает все свои уникальные, «заводские» настройки саморегуляции и устраняет «поломки» в них.

**Рекомендуются занятия спортом**, дозированные физические нагрузки, в том числе и на свежем воздухе. И, конечно, по возможности следует **избегать стрессовых ситуаций** и на работе, и дома. Не забывайте, что именно здоровье – главная ценность в жизни. Берегите его!

Завершая главу, хотелось бы отметить, что чаще всего эректильная дисфункция – это следствие различного рода нарушений в системе регуляции этого процесса. Крайне редко данная проблема возникает внезапно и навсегда. Поэтому ваша задача при первых же неудачах на сексуальном поприще записаться и нанести визит специалисту, без излишних волнений и смущения. Мы обязательно вам поможем! А думать о том, что проблема окажется слиш-

ком серьезной и никто уже не сможет вам помочь, или, наоборот, убеждать себя, что проблемы с эрекцией для вас несущественны, – большая ошибка. Комфортные сексуальные отношения очень важны для нормального психологического состояния каждого человека. И вы имеете на них полное право.

Ниже мы приводим анкету для оценки сексуального здоровья. Вы можете ответить на все приведенные в ней вопросы и составить относительно этого важного вопроса собственное мнение – теперь оно будет вполне объективным.

Если набранное вами общее количество баллов составляет 21 или меньше, у вас есть признаки эректильной дисфункции и имеет смысл обратиться за консультацией к врачу-урологу.

### **Чем опасен метаболический синдром?**

Метаболический синдром называют новой неинфекционной пандемией XXI века, охватившей индустриально развитые государства. Для развивающихся стран он в



МЕЖДУНАРОДНЫЙ ИНДЕКС ЭРЕКТИЛЬНОЙ ФУНКЦИИ (МИЭФ-5)  
(Шкала оценки степени выраженности эректильной дисфункции)

1. Как Вы оцениваете степень Вашей уверенности в том, что Вы можете достичь и удержать эрекцию?		Очень низкая	Низкая	Средняя	Высокая	Очень высокая
		1	2	3	4	5
2. Когда при сексуальной стимуляции у Вас возникала эрекция, как часто она была достаточной для введения полового члена во влагалище?	Сексуальной активности не было	Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
	0	1	2	3	4	5
3. При половом акте как часто Вам удавалось сохранять эрекцию после введения полового члена во влагалище?	Не пытался совершить половой акт	Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
	0	1	2	3	4	5
4. При половом акте было ли Вам трудно сохранять эрекцию до завершения полового акта?	Не пытался совершить половой акт	Чрезвычайно трудно	Очень трудно	Трудно	Немного трудно	Нетрудно
	0	1	2	3	4	5
5. При попытках совершить половой акт часто Вы были удовлетворены?	Не пытался совершить половой акт	Почти никогда или никогда	Изредка (гораздо реже, чем в половине случаев)	Иногда (примерно в половине случаев)	Часто (гораздо чаще, чем в половине случаев)	Почти всегда или всегда
	0	1	2	3	4	5

недалеком будущем может обернуться демографической катастрофой. Распространенность синдрома составляет в среднем 23–25 %, причем в соответствии с прогнозами в ближайшие 25 лет количество людей с этим заболеванием увеличится на 50 %.

Как ни парадоксально, до сих пор официального диагноза «метаболический синдром» не существует. Это целый комплекс нарушений в организме, стоящий на пересечении ряда дисциплин – эндокринологии, кардиологии, урологии-андрологии, репродуктологии, неврологии.

Нет и единого мнения о причинах возникновения метаболического синдрома. Суть наиболее распространенной и признанной теории развития синдрома заключается в сочетании причинных и провоцирующих факторов, что и определяет реализацию генетической предрасположенности к ожирению и к тканевой невосприимчивости инсулина. Основным фактором принято считать наследственную предрасположенность человека к инсулинорезистентности. О чем идет речь?

Инсулин – гормон, вырабатываемый поджелудочной железой, выполняет роль ключа, который позволяет глюкозе проникнуть в клетку, где она становится топливом для работы организма, энергетической пищей клеток. Но если инсулин присутствует, а клетка не пропускает внутрь себя глюкозу, такое состояние называется инсулинорезистентностью.

На этом фоне развивается ожирение, которое усугубляет постоянное переедание, особенно если в рационе присутствуют продукты с избыточным содержанием углеводов и жиров. Низкая физическая активность также не способствует нормализации веса.

Итак, главный критерий диагностики метаболического синдрома – **ожирение по абдоминальному типу**. Этот тип ожирения является наиболее опасным и характеризуется не только значительным увеличением толщины подкожной клетчатки передней брюшной стенки, но и большим скоплением внутрибрюшного жира, окутывающего органы брюшной полости.



Степень абдоминального ожирения определяют по окружности талии. У мужчин в норме он составляет менее 94–102 см, в зависимости от роста. Если значение выше – это настораживающий фактор.

Дополнительные признаки, характеризующие метаболический синдром – повышенное артериальное давление (более 140/90 мм рт. ст.) и ряд лабораторных тестов, среди которых показатель содержания глюкозы в крови утром натощак более 5,8 ммоль/л, а также значения «хорошего» холестерина (ЛПВП) менее 1,0 ммоль/л и «плохого» (ЛПНП) более 3,0 ммоль/л.

Подобные изменения ускоряют развитие атеросклероза сосудов, увеличивают нагрузку на сердце. При этом у большинства пациентов выявляется недостаточность функции

половых желез и уменьшение синтеза тестостерона. Снижение выработки тестостерона изменяет ход биохимических процессов в организме, способствует накоплению жировой ткани и приводит к нарушению обмена веществ. Жировая ткань является почвой, на которой мужские половые гормоны превращаются в женские. Чем больше жира, тем меньше тестостерона и больше эстрогенов (женский половой гормон). Как вы догадываетесь, ничего хорошего мужчинам это не сулит. Увеличение женской составляющей в мужском организме приводит к усилению аппетита, атрофии мышц и дальнейшему накоплению жировой ткани. Круг замкнулся. И надо сказать, разорвать эту цепочку совсем не просто. Более того, нет такого специалиста, который, действуя в одиночку, смог бы успешно справиться с данной группой проблем.

Это могут подтвердить пациенты, которые в процессе лечения метаболического синдрома обращаются с жалобами: «Доктор, я снизил вес на 10 кг, а чувствую себя

хуже! Пью таблетки, нормализовалось давление, но отчего-то мне по-прежнему плохо! Принимаю статины, у меня хороший холестерин. Но почему мое состояние не становится лучше?!» А все дело в том, что тот или иной врач откорректировал только одну патологию из целого комплекса нарушений и только на своем уровне. Между тем каждый из назначенных препаратов имеет побочные действия – угнетает выработку тестостерона, например, тем самым провоцируя эректильную дисфункцию.

В итоге качество жизни такого пациента начинает страдать, и он вообще может отказаться от назначенного лечения.

### **К комплексной проблеме необходим комплексный подход!**

Именно таким подходом мы руководствуемся в клинике Семейной медицины и считаем его единственно правильным. К какому бы специалисту ни обратился наш пациент, он сразу же встраивается в общий алгоритм, где уролог, кардиолог, терапевт и эндо-

кринолог действуют сообща. Ни один специалист никогда не станет делать назначения в отрыве от поля деятельности коллег. Все усилия врачей будут распределены максимально рационально и будут направлены работать в интересах пациента.

Например, правильным назначением компенсирующей дозы тестостерона мы, урологи, поднимаем мужчину на совершенно другой уровень – психоэмоциональный и физический. У него повышается работоспособность, восстанавливается сексуальная активность, либидо. Мы помогаем нашим коллегам, терапевтам, снизить уровень статинов, потому что на фоне приема тестостерона холестерин нормализуется намного быстрее. Постепенно снижается вес, а значит, естественным образом уходит артериальная гипертензия и можно назначать более щадящие препараты по нормализации давления – те, которые не угнетают эректильную функцию. На своем опыте мы убедились: если специалисты работают вместе, справиться с метаболическим синдромом – совершенно реальная задача.

## Основы лечения метаболического синдрома

Наиболее существенное значение имеет **изменение образа жизни пациента**.

В первую очередь это **коррекция режима питания**, в том числе ограничение употребления блюд, содержащих жиры и насыщенные жирные кислоты, снижение калорийности употребляемой пищи, увеличение доли растительной клетчатки, богатой витаминами и микроэлементами. Следует ограничивать поступление в организм углеводов, как простых, так и сложных (белые крупы, картофель,

мучные и кондитерские изделия). Ведь именно они, находясь в избытке, превращаются в жир, пополняя его запасы.

Второе важное условие – **увеличение физической активности**. В зависимости от возраста и физической формы подбирается индивидуальная программа по укреплению мышечного корсета, снижению массы тела, повышению выносливости. Рекомендуется выполнение систематических 30-минутных физических нагрузок средней интенсивности: ходьба, плавание, велопрогулки, танцы.

## Квинтет комплексной медикаментозной терапии метаболического синдрома

Коррекция инсулинорезистентности и противодиабетическая терапия

Антиоксиданты и витамины (особенно D3 и B9)

Коррекция уровня тестостерона и эректильной дисфункции

Коррекция артериальной гипертензии

Статины, Омега-3 НПЖК



В ряде случаев добавляются медикаментозное лечение различными препаратами.

Третье условие – **правильно подобранная и организованная медикаментозная терапия**.

**Новые решения против метаболического синдрома и не только**

Сегодня мы, специалисты отделения Семейной медицины, осваиваем и внедряем в практику следующую ступень лечения избыточного веса, в том числе и при метаболическом синдроме.

Речь идет об изучении генов, отвечающих за целый ряд обменных процессов в организме, и, учитывая их уникальность и сочетание, подборе индивидуальной программы питания и физических нагрузок для каждого пациента.

Звучит неправдоподобно, но, оказывается, не каждому полному человеку вредны конфеты, наоборот, быстрые углеводы в небольшом количестве для некоторых людей – путь к нормализации веса. Если у пациента низкое

усвоение жиров, то это в его конкретном случае ослабит запреты на любимые лакомства – разумеется, в разумных пределах.

Совместно с нашими партнерами мы изучаем гены, отвечающие за эти процессы, ДНК-методами молекулярной биологии. И, установив взаимосвязи между генами конкретного человека и потребностями организма в питании, делаем выводы о том, что именно необходимо лично вам.

Изучается до 32 генов и мутаций в них, чтобы выявить нужные закономерности. По результатам анализа наши партнеры, специалисты по питанию и нутригенетики, составляют ДНК-отчет с подробными рекомендациями. О чем именно идет речь?

**Рекомендации по стилю питания**

Подбирается индивидуальный баланс питательных веществ, составляется список продуктов, которые рекомендуется добавить в рацион, а какие исключить. Для каждого пациента разрабатывается примерное меню.

Оценивается реакция на молочные и злаковые продукты, кофе, алкоголь, соль и сахар – это позволяет установить допустимую норму их потребления.

Устанавливаются генетически запрограммированные склонности к формированию зависимости от алкоголя, еды, никотина, и на этих основаниях разрабатывается план взаимодействия пациента с психологом, с видимым результатом.

Анализируется, полезно ли пациенту вегетарианство, эффективны ли в его случае разгрузочные дни, какова его личная потребность в антиоксидантах и витаминах.

Рассчитывается предрасположенность к полноте и типу ожирения, диабету, инсулинорезистентности, атеросклерозу и болезни Альцгеймера, вычисляется уровень холестерина и составляется его генетический паспорт: «плохой» и «хороший» холестерин.

### **Рекомендации по физической активности**

Кроме того, изучается

возможность спортивного потенциала пациента, что позволяет правильно подобрать уровень физической нагрузки и ее оптимальный вид. Возможно, вам будет интересно и полезно получить ответ на вопрос, в какое время суток – утром или вечером – вам лучше поддерживать свою форму, узнать, спринтер вы или стайер, и что именно поможет вам сохранить стройную фигуру на протяжении многих лет.

У вас, дорогие читатели, есть возможность не только ознакомиться с этой полезной информацией, но и с помощью медицинских специалистов правильно интерпретировать ее и получить конкретное руководство к действию.

Соблюдение всех полученных рекомендаций поможет вам сохранить здоровье и будет прекрасной профилактикой на всю жизнь. И, возможно, «новая неинфекционная пандемия XXI века» никогда не встретится на вашем пути! «Способность предвидеть развитие болезни – лучшее качество врача. От этого зависит успех лечения», –

так говорил Гиппократ, и мы стараемся руководствоваться его мудрыми словами в своей ежедневной практике.

## **12. Здоровье после 50 лет**

С течением времени в организме как женщины, так и мужчины происходят естественные изменения. Какие именно? И что нужно делать, чтобы предупредить проблемы, которые принято называть возрастными?

### **Что происходит в организме женщины?**

Климактерический (или переходный) период\* в жизни женщины – это адаптационный возрастной процесс, связанный с физиологической перестройкой организма, в первую очередь – **естественным угасанием функции яичников**. Прекращается менструация, **практически сводится на нет секреция**

\* Специалисты различают такие понятия, как менопауза (последняя в жизни женщины менструация), пременопауза (период продолжительностью от одного до полутора лет, предшествующий менопаузе), постменопауза (период жизни женщины после последней менструации). Так называемая «перименопауза» объединяет пременопаузу, менопаузу и постменопаузу.

**яичниками эстрогенов – женских половых гормонов**. Поскольку эстрогены оказывают влияние на многие органы и системы женского организма, снижение их уровня в организме влечет за собой целый ряд изменений, способных осложнить жизнь женщины.

### **Климактерические расстройства**

Первыми возникают так называемые «вегетативные изменения»: приливы жара, покраснение лица, нарушение сна, вялость, утомляемость, раздражительность.

В дальнейшем могут появиться и более серьезные проблемы, например нарушение мочеиспускания, которое становится очень частым. Это связано с тем, что эпителий уретры также подвержен влиянию эстрогенов. Ощущается сухость влагалища, что затрудняет половой контакт. С прекращением выработки эстрогенов начинает увядать кожа, появляются морщины, а волосные фолликулы теряют способность удерживать волосы. Снижение выработки

эстрогенов приводит к потере костной массы, кости становятся более хрупкими. Кроме того, в этот период может резко повышаться уровень холестерина, увеличивается вероятность развития ишемической болезни сердца, гипертонии.

**Можно ли свести все эти неприятные явления к минимуму?**

Можно и нужно. И поможет в этом **менопаузальная гормональная тера-**

**пия (МГТ).** Оптимальный вариант – обратиться к врачу на самом раннем этапе возрастной перестройки организма. Тогда есть возможность на фоне еще хорошего самочувствия провести все необходимые исследования и подобрать тот вариант комплексной терапии, который в лучшую сторону скажется на качестве жизни женщины в последующие годы.

Итак, мы с вами обсудили, что в основе климактерическо-

го синдрома лежит возрастной дефицит женского полового гормона – эстрогена.

**Соответственно, самое логичное и правильное решение проблемы – введение этого гормона в организм извне в малых дозах для устранения всех климактерических проявлений.** Именно по этому пути и развивается современная фармакотерапия климактерических нарушений.

**Что нужно знать о менопаузальной гормональной терапии?**

Для того чтобы врач гинеколог мог правильно подобрать ваш индивидуальный вариант менопаузальной гормональной терапии, нужно прежде всего самостоятельно оценить степень тяжести климактерических нарушений.

Существует специальная шкала Грина для оценки степени тяжести климактерического синдрома.

Кроме того, необходимо:  
– измерить артериальное давление;  
– определить гормональный статус – сдать на гормо-

ны ФСГ, Е2 (на 2–4-й день цикла);

- сделать УЗИ органов малого таза и маммографию;
- пройти тест на онкоцитологию;
- сдать кровь на ТТГ, глюкозу, инсулин, сделать липидограмму.

**По результатам этого обследования врач подберет вариант менопаузальной терапии, оптимально подходящий именно для вас.**

Принимая препараты менопаузальной терапии, женщина словно возвращается на пять-десять лет назад, качество ее жизни существенно улучшается. Моментально прекращаются приливы, улучшается настроение, возрастает активность, увеличивается работоспособность. Восстанавливается функция мочевого пузыря, нормализуется количество мочеиспусканий – и дневных, и ночных. Исчезает сухость влагалища, и нормализуется половая жизнь. На фоне гормональной терапии стабилизируется давление, возвращается к норме уровень холестерина. Препараты

Шкала Грина - оценка симптомов КС (климактерического синдрома)						
	Симптомы	нет	слабые	умерен.	тяжелые	баллы (0-3)
1	Сердцебиение, тахикардия					
2	Чувство напряжения, нервозность					
3	Нарушение сна					
4	Возбудимость					
5	Панические атаки					
6	Нарушение концентрации					
7	Усталость					
8	Потеря интереса ко многим вещам					
9	Депрессия					
10	Плаксивость					
11	Раздражительность					
12	Головокружение, обмороки					
13	Напряжение, сдавливание в голове и теле					
14	Чувство онемение и дрожь в теле					
15	Головные боли					
16	Мышечные и суставные боли					
17	Слабость в конечностях					
18	Затрудненное дыхание					
19	Приливы					
20	Ночная потливость					
21	Потеря интереса к сексу					

препятствуют снижению костной массы, и риск переломов существенно уменьшается. Улучшается качество волос, кожи, и любая процедура у врача-косметолога дает заметный результат.

**Женщина, принимающая эти препараты, и в 60 лет выглядит привлекательно.**

Существует всего два абсолютных **противопоказания** к применению менопаузальной гормональной терапии: если в анамнезе есть рак молочной железы и артериальные или венозные тромбозы.

Остальные противопоказания носят относительный характер и рассматриваются в индивидуальном порядке. Если специалисту очевидно, что плюсы от приема препарата перевесят минусы, он может назначить его и при варикозе, и при сахарном диабете, и при гипертонической болезни (конечно, при этом врач контролирует ситуацию).

Что касается **продолжительности приема препаратов**, то она варьируется.

Если раньше этот срок был строго ограничен пятью годами, то, согласно последним данным, можно успешно использовать препараты менопаузальной гормональной терапии в течение 10 лет и более.

Следует сказать несколько слов о самих препаратах, которые подразделяются на два типа. Препараты первого типа назначают женщинам, у которых перименопаузальные изменения появились в возрасте 45–50 лет. Прием этих препаратов циклический, упаковка содержит два типа таблеток, разных по цвету и составу. Чередование их применения вызывает появление менструальноподобного кровотечения. После 50 лет, как правило, назначают препараты непрерывного применения, на фоне которых менструальной реакции нет. Препараты выпускаются в форме таблеток, наклеиваемых пластырей, которые наклеиваются на разные участки тела, или в виде гелей, которые наносятся на кожу, они не оставляют жирных пятен и быстро высыхают.

По мнению специалистов, трансдермальная терапия – оптимальная форма введения препаратов, не нарушающая функцию печени, что существенно при длительном применении.

Препараты различаются и по составу: они могут быть однокомпонентными (то есть содержащими только эстрогены), двухкомпонентными и трехкомпонентными. Препараты первой группы изолированно используются редко. Дело в том, что прием эстрогенов стимулирует рост внутреннего слоя матки, и велик риск на фоне положительных изменений получить маточное кровотечение. Поэтому подобные препараты могут быть рекомендованы, например, пациенткам с отсутствием матки.

В двухкомпонентных препаратах именно второй компонент – гестаген (аналог прогестерона) – предотвращает маточное кровотечение. Такие препараты назначают чаще всего.

Препараты третьей группы содержат андрогеноподобное вещество и используются в тех случаях, когда нужно восстановить костную массу у

пациенток с остеопорозами. Такие препараты обладают разнонаправленным действием: влияют на костную массу как андроген, но в то же время имеют эстрогеноподобное влияние на другие органы и системы.

Подбираются препараты всегда **индивидуально**, после тщательного анализа состояния здоровья и на основании данных, полученных во время исследований.

**Принимая решение о переходе на гормональную терапию, практически все женщины без исключения задают врачу один и тот же вопрос: «А я прибавлю вес от гормонов?»**

Ответ однозначный – **НЕТ!**

Дело в том, что прибавка в весе обусловлена именно возрастными изменениями. Не в последнюю очередь **дефицитом эстрогенов**. Эти женские половые гормоны могут синтезироваться в яичниках и жировой ткани (абдоминальный внутренний жир). Соответственно, когда синтез эстрогенов в яичниках заканчивается, мозг, который на-

чинает страдать от дефицита эстрогенов (его страдания – это приливы!), дает команду на увеличение синтеза этой группы гормонов из жировой ткани.

Внешне это проявляется тем, что у женщины в перименопаузальном периоде начинает резко увеличиваться окружность талии. Талия постепенно сглаживается, даже если женщина прибавила в весе незначительно.

Но если в этот момент организм начнут поступать эстрогены из препаратов, головной мозг не сможет определить их происхождение, поскольку формула лекарственного эстрадиола полностью совпадает с естественным. Соответственно, команды на накопление абдоминального жира не будет. И если женщина хочет, чтобы ее фигура оставалась такой же стройной, как раньше, с четко обозначенной талией, нужно понимать, что без препаратов менопаузальной гормональной терапии обойтись невозможно.

Однако все не так просто. Существует и другая проблема, также связанная

с возрастными изменениями. С течением жизни женщины **уровень основного обмена снижается**. К 70 годам снижение основного обмена достигает 90 % от возраста 18–20 лет. Соответственно на 90 % замедляются все процессы сгорания калорий. Таким образом, если вы будете вести тот же образ жизни, к которому привыкли, и питаться так же, как всегда, вес постепенно, но неуклонно будет увеличиваться.

Приятно помечтать о некой «волшебной таблетке», которая поможет разом снизить вес и откроет двери в любимую кофейню, где по-прежнему можно радовать себя любимыми сладостями... Но увы. Такой таблетки не существует, а реалии говорят о том, что чем старше возраст, тем более жестко нужно себя контролировать. Безусловно, все мы разные, и обмен веществ – дело индивидуальное. Кто-то может позволить себе больше, кто-то меньше, и все же основное правило – **постепенное снижение калорийности потребляемых продуктов – касается всех!**

### **Массу тела можно и нужно контролировать.**

Наличие изменений легко рассчитать по специальной таблице:

Рост	Вес	ИМТ

Общепринятая формула выглядит так:

$$I = m/h^2$$

Чтобы высчитать индекс массы тела, нужно свой вес в килограммах ( $m$ ) разделить на свой рост в метрах, возведенный в квадрат ( $h^2$ ).

### **Как трактовать результаты?**

Дефицит массы тела – менее 18,5 – низкий риск других заболеваний.

Нормальная масса тела – 18,5–24,9 – средний риск других заболеваний.

Избыточная масса тела (предожирение) – 25,0–29,9 – повышенный риск других заболеваний.

Ожирение I степени – 30,0–34,9 – высокий риск других заболеваний.

Ожирение II степени – 35,0–39,9 – очень высокий риск других заболеваний.

Ожирение III степени – 40,0 и более – чрезвычайно

высокий риск других заболеваний.

Следует помнить, что ожирение – не только эстетическая проблема. Когда окружность талии превосходит 80 см, возникают множественные нарушения различных видов обмена – **метаболический синдром**, о чем мы рассказывали ранее. Эта проблема касается не только мужчин, но и женщин.

Что же следует предпринять для нормализации веса?

### **Поддержание физической активности**

Речь ни в коем случае не идет о занятиях спортом до изнеможения. Тем более что такая нагрузка будет способствовать значительному увеличению мышечной массы. Как следствие, вес в килограммах не только не снизится, но может даже возрасти, поскольку мышцы тяжелее, чем жир. В постменопаузальном периоде более предпочтительны занятия физкультурой, а не спортом, то есть умеренные нагрузки. Это не утомительно и в то же время очень полезно: регулярные физические упражнения

тренируют сердце, легочную ткань, женщина чувствует себя в тонусе.

### **Изменение системы питания**

К сожалению, современные тенденции говорят о том, что в массе своей люди вообще, и женщины в частности, переедают, причем в первую очередь это касается пищи, содержащей **быстрые углеводы** (как правило, «что-нибудь вкусненькое»). К быстрым углеводам относятся сахар и его производные, а также белая мука и ее производные, то есть конфеты, печенье, плюшки, торты и пирожные. **Данные продукты постепенно нужно исключать из рациона, заменяя их на углеводы медленно действия.** Это все виды круп, греча, пшеница грубого помола (булгур), нешлифованный темный рис, макаронные изделия из твердой пшеницы.

Совсем неправа пациентка, которая вместо полноценного приема пищи съедает «всего лишь» кофе с пирожным и считает, что ест мало. По объему это действительно немного, но если количество калорий, содержащихся в та-

ком «перекусе», пересчитать на полезные продукты, например нежирную рыбу или курицу и овощи, получится огромная порция еды, достаточная для того, чтобы оставаться сытой минимум 4–5 часов! А кофе с пирожным если и утолит голод, то совсем ненадолго.

Есть и еще один момент. Быстрые углеводы, попадая в организм, расщепляются, образуя глюкозу. В ответ на появление в крови глюкозы из поджелудочной железы происходит мощный выброс гормона инсулина. Напомним, что инсулин «загоняет» глюкозу в клетки, где она расщепляется, и образуется необходимая энергия. При этом глюкоза может служить источником энергии, только функционируя внутри клетки. Если же у клетки нет потребности в глюкозе, тот же инсулин, который иначе называют жирозапасающим гормоном, запускает механизм трансформации глюкозы в жир. Согласитесь, современный образ жизни большинства людей не предполагает сверхъестественных энергетических затрат, а значит, употребление быстрых

углеводов всегда ведет к развитию ожирения. Иначе обстоит дело с «медленными» углеводами, которые, постепенно расщепляясь, позволяют инсулину равномерно проводить глюкозу в клетки, обеспечивая долговременное чувство сытости и необходимую энергетическую подпитку.

Снижение калорийности принимаемой пищи – важный момент. Но стоит обратить внимание и на то, **в какое время и как часто вы принимаете пищу.** Правила здорового питания говорят о том, что питаться следует дробно, небольшими порциями, последний прием пищи должен происходить не позднее, чем за 3–4 часа до сна.

Здесь будет уместно упомянуть о методе **интервального голодания**, который в последнее время набирает популярность. Пользу интервального голодания для здоровья человека в 2016 г. доказал японский ученый Ёсинори Осуми и получил за это Нобелевскую премию в области медицины и физиологии. Суть метода в следующем. Каждые сутки делятся на части (существует около 10

схем деления): в определенные периоды времени разрешается принимать пищу (так называемое пищевое окно), а в остальное время есть запрещено, можно только пить воду. Интервалы воздержания от пищи могут быть разными – от 14 до 36 часов.

Чем полезно интервальное голодание? Когда наш организм не получает пищи, в его работе происходит ряд позитивных изменений: уровень инсулина в крови падает, что способствует процессам жиросжигания, на межклеточном уровне запускаются механизмы, которые приводят к более быстрому обновлению клеток. Все эти процессы благотворно сказываются не только на общем физическом состоянии человека, но и приводят к нормализации веса. Считается, что на интервальном голодании возможно снизить вес на 3–4 кг в месяц, и, что важно, этот процесс не будет стрессовым, тогда как при длительных голодовках всегда есть опасность, что организм начнет откладывать получаемые калории «про запас».

Однако бывают ситуации, когда самостоятельная рабо-



та пациента все-таки не приводит к нормализации веса. В этом случае имеет смысл обратиться за консультацией к специалистам, которые возможно порекомендуют **медикаментозные препараты**.

О чем идет речь?

Есть пациентки, у которых уровень глюкозы в крови и уровень инсулина достаточно высокие, причем с приемами пищи это никак не связано. В то время как инсулин пытается загнать глюкозу в клетки, клетки этот инсулин «не видят». Развивается уже знакомое вам по предыдущим разделам состояние инсулинорезистентности. Что именно является первопричиной данной ситуации, высокий уровень инсулина или избыточная масса тела, сказать сложно, но, так или иначе, данная комбинация способствует постоянному увеличению веса. Разорвать порочный круг можно с помощью специального препарата, который разработан для пациентов с инсулинорезистентностью. Решение о целесообразности приема препарата, который в настоящее время считается самым физиологичным, принимают совместно гинеколог,

эндокринолог и уролог. Препарат восстанавливает чувствительность клеток к инсулину, после чего команда на утилизацию глюкозы поступает своевременно. Глюкоза быстрее расщепляется, уровень инсулина со временем снижается, а видимый эффект от применения этого препарата – снижение массы тела.

Вторая группа препаратов оказывает влияние на центральную нервную систему. Пациентке может быть рекомендован препарат, который относится к группе антидепрессантов. Действие его основано на повышении уровня серотонина в крови, как следствие, снижается патологическая тяга к пище. Препарат нивелирует эмоциональное напряжение, снимает стресс, который многие привыкли заедать. Вес постепенно приходит в норму.

Существуют также специально разработанные инъекции, которые, с одной стороны, восстанавливают чувствительность к инсулину, а с другой – замедляют продвижение пищи по желудочно-кишечному тракту. Пища находится в желудке дольше, появляется ощущение запол-

ненности, соответственно, не возникает патологического чувства голода.

В подобных ситуациях может оказаться эффективным еще один препарат, представляющий собой капсулы с гелем, который при проглатывании набухает в желудке. Соответственно, человек съедает меньше пищи, а гель через несколько часов полностью выводится из организма.

При высокой степени ожирения, если индекс массы тела составляет 40 и более, прибегают к самому жесткому варианту лечения – бариатрической хирургии, когда проводятся различного рода операции по уменьшению объема желудка. Выполняют такие вмешательства по жизненным показаниям, и это тема для отдельного разговора.

### **Пролапс половых органов: тет-а-тет об интимном**

Известно, что с течением времени под действием сил гравитации кожа лица теряет эластичность и начинает постепенно опускаться вниз, образуя морщины и складки. Похожая ситуация происходит и с внутренними поло-

выми органами женщины. Обстоятельствами, повышающими риск развития данной патологии, являются анатомические травмы в родах, многоплодные беременности или когда крупный плод, двигаясь по родовым путям, нарушает анатомию тазовой диафрагмы, которая в норме должна удерживать внутренние органы – шейку матки и саму матку внутри влагалища.

Эти нарушения могут не проявлять себя годами или даже десятками лет, но все же рано или поздно они дадут о себе знать, особенно, если у пациентки в целом снижен тургор тканей или имеется избыточный вес. Постепенно происходит опущение стенок влагалища, затем опускается шейка матки, а в самых тяжелых случаях появляется угроза выпадения самой матки из влагалища. Все это сопровождается крайне неприятными симптомами. Дело в том, что передняя стенка влагалища и задняя стенка мочевого пузыря связаны между собой, а задняя стенка влагалища расположена близко к передней стенке прямой кишки. Соответственно, опущение стенок влагалища влечет за собой

проблемы с мочеиспусканием, а иногда и с дефекацией. Нарушается анатомия уретры, и при любом повышении внутрибрюшного давления (а это происходит при покашливании, чихании или резких движениях) непроизвольно выделяются капли мочи. Здесь следует отметить, что данная проблема может возникать и без связи с опущением половых органов.

Как справиться со всеми этими неприятными явлениями, которые порой причиняют пациентке настоящие страдания? Конечно, как можно быстрее обратиться к гинекологу! Современные методы лечения способны существенно улучшить качество жизни женщины. После тщательной диагностики, которая включает в себя целый комплекс исследований, врач выбирает стратегию лечения.

На ранних стадиях заболевания могут быть достаточно эффективны специальные физические упражнения. Они хотя и не исправят ситуацию кардинально, способны замедлить ее прогрессирование. Здесь следует сказать, что

чаще всего сами пациентки не замечают начала заболевания. И на первой стадии диагностировать пролапс может только врач.

Если речь идет об изолированном нарушении мочеиспускания (так называемое стрессовое недержание мочи; под стрессом в данном случае подразумеваются моменты физического напряжения), это состояние корректируется с помощью амбулаторной операции, во время которой уретра подтягивается с помощью специальной проленовой ленты. Лента поддерживает уретру и предотвращает ее смещение. Отметим, что данный метод дает очень хорошие результаты.

В тех случаях, когда нарушения мочеиспускания сочетаются с пролапсом, сначала выполняется оперативное лечение пролапса, когда лишняя ткань стенок влагалища иссекается. Влагалище делают более узким, фиксируют мышцы, иногда укорачивают шейку матки, чтобы она не выходила за пределы половой щели. Затем выполняются уже упомянутые манипуляции с уретрой.

Существует группа пациенток, у которых диагностирован пролапс, но при этом выполнить оперативное вмешательство по тем или иным причинам не представляется возможным. Выход есть и в этом случае – во влагалище помещают маточное кольцо (пессарий). Благодаря своей упругой и эластичной структуре оно удерживает матку в ее естественном положении и препятствует смещению. Меняют пессарий в условиях клиники с периодичностью 1 раз в 3–4 недели.

Отдельно следует сказать и об аппаратных методах, использование которых в ряде случаев дает возможность получить не только лечебный, но и эстетический эффект.

На ранних стадиях пролапса будет эффективно лечение с помощью фракционного лазера. Аппарат **Fotona**, который прекрасно зарекомендовал себя в области косметологии, может быть оснащен специальной насадкой, с которой работают гинекологи или специально подготовленные косметологи. При помощи этой насадки осуществляется лазерная обработка слизи-

стой влагалища, и, если пролапс едва начался, ситуацию можно значительно улучшить и «подтянуть» слизистую, выполнив всего 5–6 аппаратных процедур.

### **Вульво-вагинальная эстетика**

Сегодня вульво-вагинальная эстетика становится все более востребованной, и приятно отметить, что у нас в этом плане есть что предложить пациенткам. Данные технологии используются в основном в косметологии, однако показывают отличные результаты и в отношении коррекции возрастных изменений интимных зон.

Прекрасный пример вульво-вагинального омоложения – филеры, при помощи которых врачи-косметологи проводят процедуру контурной пластики. Эти филеры можно вводить и в половые органы, восстанавливая, например, объем больших половых губ.

Другой пример – плазмотерапия PRP. Процедура, хорошо зарекомендовавшая себя в области омоложения кожи лица и тела, может

столь же успешно применяться и в эстетической гинекологии. Суть процедуры в инъекционном введении в те или иные зоны (в нашем случае это слизистая влагалища) обогащенной тромбоцитами аутоплазмы, полученной из собственной крови пациентки непосредственно перед процедурой. В результате происходит естественная биостимуляция клеток и становится ощутим выраженный эффект омоложения.

Говоря о вульво-вагинальном омоложении, мы должны еще раз упомянуть о препаратах менопаузальной гормональной терапии. Любой из них будет способствовать естественному увлажнению слизистой влагалища, сохранению тургора тканей. Помимо системных препаратов, о которых мы говорили выше, существуют и препараты местного действия, противопоказания к их применению практически отсутствуют, а эффективность высока. Вы сможете оставаться сексуально активными долгое время, а это положительно скажется и на всех других жизненных сферах.

В нашей клинике Семейной медицины, где гинекологи, урологи и специалисты эстетической медицины работают единой командой, мы достигаем значимых положительных результатов в решении любых задач, о которых говорилось выше.

### **Что такое остеопороз?**

В последние десятилетия отчетливо проявляется тенденция к увеличению продолжительности жизни населения. Средняя продолжительность жизни женщин в мире приближается к 80 годам. Если учесть, что среднее время наступления менопаузы – 52 года, получается, что примерно треть своей жизни женщина проводит в состоянии дефицита женских половых гормонов.

Как уже было сказано, менопауза, не являясь собственно заболеванием, приводит к нарушению эндокринного равновесия в организме, вызывая приливы, раздражительность, бессонницу, урогенитальные расстройства, а также повышение риска развития остеопороза.

Считается, что к 70-летнему возрасту 40 % женщин имеют не менее одного перелома, обусловленного остеопорозом.

Остеопороз характеризуется общей прогрессирующей потерей костной массы, следствием чего является хрупкость костей, ведущая к увеличению частоты переломов. Наиболее распространено данное заболевание среди женщин в постменопаузе, то есть болезнь проявляется в процессе старения. 80 % пациентов, страдающих остеопорозом, женщины.

### **Чем вызвано данное заболевание?**

В течение нашей жизни в организме постоянно протекают два противоположных процесса: образование новой костной ткани и деградация старой. Масса кости напрямую зависит от баланса между этими двумя процессами, регуляция которых в свою очередь определяется многими факторами, в том числе и работой эндокринных желез. Это и паращитовидные железы (отвечают за фосфорно-кальциевый обмен в организме и вырабатывают паратгормон),

и щитовидная железа (продуцирует тироксин), и яичники (вырабатывают эстрадиол и тестостерон), витамин D, андрогены, вырабатываемые в надпочечниках.

Паратгормон активирует распад (рассасывание) кости и приводит к поступлению в кровь кальция и фосфора. Кальцитонин – это гормон, который вырабатывается клетками щитовидной железы, и основное его действие заключается в подавлении вымывания кальция из костей. Когда в перименопаузе нарушается нормальный гормональный баланс, изменяется и состояние костной ткани.

Клинически остеопороз проявляется переломами, возникающими при минимальной травме. Наиболее частые локализации переломов: предплечье, шейка бедра, позвоночник. Задача врача – выявить пациенток с высоким риском развития остеопороза и предупредить возможные проблемы. Если женщина часто жалуется на боли в спине, суставах, костях, если у нее были переломы в прошлом, – это всегда повод для более серьезного обследования.

Повышают риск развития остеопороза длительный прием кортикостероидов (более трех месяцев), регулярное употребление алкогольных напитков в повышенных дозах, курение более 20 сигарет в день, частая диарея (вызванная такими заболеваниями, как целиакия или болезнь Крона). Помогают заподозрить остеопороз: уменьшение роста более чем на 3 см, наступление менопаузы раньше 45 лет, а также нарушения менструального цикла продолжительностью более 12 месяцев (не связанные с беременностью и возрастными изменениями).

Диагностировать остеопороз помогает и ряд исследований. В частности, одним из точных методов является **рентгеновская денситометрия**, позволяющая оценить минеральную плотность кости и выявить ее снижение. Этот метод диагностики успешно используется также при оценке эффективности лечения остеопороза. Для получения информации о состоянии скелета и скорости восстановления кости проводятся также **лабораторные исследования** – биохими-

ческие маркеры формирования и разрушения кости, характеризующие функции остеобластов (клеток, ответственных за восстановление кости) и остеокластов (разрушающих костную ткань при ее перестройках). По результатам исследований врач получает возможность выявить пациенток с быстрой потерей костной массы, назначить лечение и контролировать его эффективность.

#### **Как лечат остеопороз?**

В настоящее время существует несколько групп препаратов, которые с успехом применяются при лечении остеопороза. К ним относятся бисфосфонаты, основное действие которых заключается в подавлении активности остеокластов и снижении скорости рассасывания костей. Ко второй группе препаратов относят современные препараты моноклональных антител. Действующее вещество представляет собой моноклональное антитело человека, под воздействием которого нарушается функция остеокластов, в результате чего уменьшается резорбция всех видов костей.

Третья группа медикаментов для лечения остеопороза – препараты из группы менопаузальной гормональной терапии. Особенно активно применяются препараты с «тройным действием», стимулирующие рецепторы эстрадиола, прогестерона и тестостерона. Это препараты первой линии терапии постменопаузального остеопороза у женщин. Также хорошо зарекомендовали себя в лечении постменопаузального остеопороза селективные модуляторы эстрогеновых рецепторов, которые сами по себе не являются гормональными препаратами, но, связываясь с рецепторами эстрогенов в тканях, действуют как натуральные гормоны – эстрогены. При этом повышается минеральная плотность кости, останавливается потеря костной массы. Эти препараты не обладают стимулирующим действием на эндометрий и ткань молочных желез.

В зависимости от уровня кальция в крови добавляются препараты кальция в сочетании с витамином D. Итоговую схему лечения, исходя из каждой конкретной ситуации, разрабатывает врач. В результате проявления остеопороза

удается уменьшить, а риск переломов существенно снизить.

По мнению специалистов, приблизительно половину переломов шейки бедра и компрессионных переломов позвоночника можно было бы предотвратить при своевременном и адекватном лечении. В этой связи важность превентивных мероприятий трудно переоценить. И своевременное обращение к специалисту имеет здесь решающее значение.

В завершение главы хочется отметить: у многих женщин наступление климактерического периода вызывает психологический дискомфорт, беспокойство. А между тем это просто новый жизненный этап, в котором, кстати, есть масса положительных моментов, и прожить его надо с удовольствием.

Тем более что благодаря уровню развития современной медицины и высокой квалификации медицинских специалистов, у каждой женщины, вне зависимости от возраста, есть возможность оставаться активной, работоспособной и привлекательной.

## Мужской» климакс: миф или реальность?

Слово «климакс» или «менопауза» по отношению к женщинам давно стало привычным и его значение знают все. Но о том, что происходит с возрастом в организме мужчины, известно значительно меньше. Однако андропауза, возрастной андрогенодефицит или «мужской климакс» – явление столь же естественное. В большинстве случаев изменения в организме мужчины начинаются с 50-летнего возраста, а иногда и раньше.

В чем же заключается суть андропаузы?

Для этого периода характерно снижение в организме уровня мужского полового гормона тестостерона – приблизительно на 1 % в год. Есть данные, что у мужчин в возрасте 80 лет уровень тестостерона составляет в среднем около 20 % от нормального уровня гормона для молодого мужчины.

Основное количество (более 98 %) тестостерона циркулирует в плазме в свя-

занном состоянии: в связи с альбумином или в связи с глобулином, связывающим половые гормоны (ГСПГ, альбумином). Только около 1–2 % тестостерона находится в свободной форме. Считается, что биологически активной фракцией тестостерона является именно свободно циркулирующая фракция и часть гормона, находящаяся в слабой связи с альбумином. В то же время часть тестостерона, связанная с ГСПГ (глобулин, связывающий половые гормоны), не проявляет своей биологической активности. Доказано, что при старении происходит повышение уровня ГСПГ и соответственно количества связанного с ним тестостерона. Таким образом, с возрастом уровень биологически активного тестостерона снижается в большей степени, чем уровень общего тестостерона.

Кроме того, с возрастом начинается старение рецепторов в тканях, с помощью которых органы и клетки тканей опознают и захватывают тестостерон из кровеносного русла.

Все эти факторы обуславливают как снижение либидо, так и многие другие изменения в организме. Нередко процесс протекает стерто, почти незаметно. Сроки появления симптомов могут быть размыты на годы и десятки лет, появляются не все сразу, а некоторые не появляются и вовсе.

Какие же это симптомы? Здесь уместно будет привести таблицу с основным их перечнем. Заполнив ее, вы сможете оценить наличие таких симптомов и степень их выраженности.

Опросник симптомов и суммарной оценки возрастного андрогенодефицита у мужчин (AMS)

Какие из симптомов наблюдаются у вас в настоящее время?

Пожалуйста, отметьте крестиком (X) соответствующие квадратики для каждого симптома. Знак «X» следует поставить в квадрате на пересечении вопроса и наиболее подходящего в вашей ситуации ответа. Отсутствующие симптомы отметьте в квадратике «нет».

№	Симптомы /	Нет	Слабые	Умеренные	Выраженные	Очень выраженные
	/ Баллы	1	2	3	4	5
1.	Ухудшение самочувствия и общего состояния (общее состояние здоровья, субъективные ощущения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Боли в суставах и мышечные боли (боли в нижней части спины, боли в сочленениях, боли в пояснице, боли по всей спине)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Повышенная потливость (неожиданные/внезапные периоды повышенного потоотделения, приливы жара, независимые от степени напряжения)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4	Проблемы со сном (трудности с засыпанием, на протяжении сна, ранним пробуждением, чувство усталости, плохой сон, бессонница)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Повышенная потребность в сне, частое ощущение усталости	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Раздражительность (ощущение агрессивности, раздражение по пустякам, уныние)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Нервозность (внутреннее напряжение, суетливость, беспокойство)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Тревожность (приступы паники)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Физическое истощение / упадок жизненных сил (общее снижение работоспособности, пониженная активность, отсутствие интереса к занятиям досуга, сниженная самооценка, неудовлетворенность сделанным, достигнутым, необходимость заставлять себя проявлять активность)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Снижение мышечной силы (ощущение слабости)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Депрессия (чувство подавленности, грусти, слезливость, отсутствие стимулов, колебания настроения, чувство бесполезности)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Ощущение, что жизненный пик пройден, все в жизни идет на спад	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Уменьшение роста бороды	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Снижение способности и частоты сексуальных отношений	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Снижение количества утренних эрекций	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Снижение сексуального желания / либидо (отсутствие удовольствия от секса, отсутствие желания сексуальных контактов)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Баллы:

17–26 – симптомы не выражены;

27–36 – симптомы слабо выражены;

37–49 – симптомы средней выраженности;

более 50 – симптомы резко выражены.

Следует заметить, что нет человека, который ощущал бы весь перечисленный симптомокомплекс одновременно. Кто-то испытывает проблемы с эрекцией, кого-то мучает бессонница, у третьего появляется лишний вес и «пивной» живот, четвертый постоянно чувствует усталость и раздражается по пустякам. Варианты многообразны. Но если вы отметили умеренные или выраженные симптомы хотя бы в нескольких пунктах таблицы, то **обратиться за консультацией к специалисту имеет смысл.**

Следует признать, что в организме происходят естественные изменения, и доверять свое здоровье урологу-андрологу, терапевту или психологу. Врач обязательно даст ряд рекомендаций, которые помогут свести неприятные явления к минимуму.

С другой стороны, понимая и принимая свое состояние, вы многое можете сделать самостоятельно для **профилактики возрастных изменений.**

О чем идет речь?

Во-первых, постарайтесь по максимуму **сохранять социальную активность** – ни в коем случае не жалейте себя, не отказывайтесь от **умственной и физической работы.** Самое время ввести в привычку ежеутреннюю гимнастику, если вы не делали этого раньше. Займитесь пробежками, в выходные дни

отправляйтесь в пешие походы или в бассейн. Старайтесь не пользоваться лифтом, поднимайтесь по лестнице пешком.

И не сдавайте своих позиций в профессиональной деятельности!

Возьмитесь за реализацию собственного долгосрочного проекта и планомерно двигайтесь к цели, шаг за шагом. Совсем не обязательно он должен касаться работы, например, строительство и благоустройство загородного дома – прекрасный пример самореализации! Ни в коем случае не уступайте лени – если вы будете все время заняты, ваш жизненный тонус останется на высоте!

Еще один важный шаг – **коррекция режима питания.**

Вы уже знаете, что с течением времени обмен веществ имеет свойство замедляться, а это значит, что пришло время снизить количество пищи, содержащей углеводы. Если вы любите пиво, постарайтесь за один прием употреблять всего один бокал и не чаще 1–2 раз в неделю. Сладкие вина лучше заменить на сухие, а

от приема высококалорийных крепких напитков желательно вообще отказаться.

Не стоит употреблять фаст-фуд: полезных веществ в нем ничтожно мало, а калорий много. Мясо – отварное, запеченное или приготовленное на гриле – намного полезнее, чем любые субпродукты – колбасы, сосиски, консервы и т. п. Научитесь любить овощи, фрукты, все то, что содержит клетчатку, витамины и минеральные компоненты. А знаете ли вы, что свежие томаты и свежавыжатый томатный сок – прекрасная профилактика простатита и даже рака простаты? Замените картофель салатом, вместо майонеза отдайте предпочтение растительному маслу, а вместо уксуса – лимону. Что касается хлеба, черный или зерновой будет прекрасным дополнением к вашему столу. Все эти перемены пойдут на пользу, ваш вес будет сохраняться в идеальном состоянии.

Напомним: чем раньше вы оптимизируете физическую и умственную нагрузку, наладите режим питания, тем более поздней и менее заметной станет андропауза.

В любом случае не стоит делать драмы из того, что эректильная функция или либидо снизились. Подумайте о том, нужен ли вам и вашей женщине, которая, кстати, тоже не молодеет, такой же бурный секс, как когда-то раньше? Тем более что возраст экспериментам не помеха – и свою сексуальную жизнь всегда можно разнообразить. Пользоваться ли сиалисом или левитрой (современные регуляторы потенции), решает врач. Кому-то они не приносят вреда, особенно если не злоупотреблять ими, но для гипертоника или пациента с ИБС роковой может стать первая же таблетка. Вопрос о приеме подобных средств, улучшающих половую функцию, лучше предварительно обсудить с урологом-андрологом.

Постарайтесь сделать так, чтобы в вашей семье сохранялся комфортный и благоприятный климат. От вас здесь зависит очень многое. Довольно часто женщина подозревает в снижении интереса к ней соперницу и ревнует. Вы мужчина, спо-

койно объясните ей, что она по-прежнему привлекательна для вас, просто отношения надо научиться выстраивать по-другому. Характерные для возраста андропаузы раздражительность, нервные срывы, забывчивость можно сгладить путем приема назначенных на консультации врачом препаратов. Не отказывайтесь от них, не заставляйте членов семьи страдать. В свою очередь, вы обязательно получите ответную поддержку и вместе справитесь с новой для вас жизненной ситуацией. Тем более что чаще всего андропауза у мужчины протекает в одно и то же время (или чуть позже) с менопаузой у женщины. И, кстати, поэтому врачи не одобряют браков со значительно более молодыми партнерами или партнершами.

Итак, «мужской климакс», как вы уже поняли, это не миф, а существенная группа факторов, которая находится в зоне внимания многих специалистов. Организаторами наблюдения, обследования и кураторами этого состояния, как правило, яв-

ляются семейный терапевт и уролог-андролог. При необходимости мы привлекаем врача-эндокринолога, невролога, кардиолога, психотерапевта. В нашей клинике Семейной медицины уже есть большой опыт обследования и ведения таких пациентов. Помогая вам, оказывая врачебную поддержку, вовремя корректируя и устраняя негативные проявления андрогенодефицита, мы стараемся сделать ваши семейные отношения еще более крепкими.

### **Вместо заключения, или Для чего нужен скрининг?**

Желание выглядеть привлекательно, иметь хорошее здоровье сегодня в тренде. И мужчины, и женщины хотят как можно дольше сохранять и высокую работоспособность, и желание радоваться жизни: активно и с удовольствием отдыхать, путешествовать, быть полноценными компаньонами своим детям и внукам. Безусловно, все это возможно только при условии хорошего здоровья.

Но задуматься об этом нужно не тогда, когда про-

блема начала вас беспокоить, а значительно раньше.

Что именно нужно делать? Как правильно сориентироваться в многообразии медицинских специалистов и исследований? Ответ можно сформулировать в двух словах – медицинский скрининг. Это регулярная комплексная проверка здоровья, разработанная нашими специалистами для разных возрастных групп на основе рекомендаций европейского медицинского сообщества.

Кто-то спросит: а для чего молодому мужчине или женщине, которых ничего не беспокоит, нужен медицинский специалист – андролог-уролог или гинеколог?

Выполнив необходимые исследования, в молодости достаточно их минимального набора, врач подтвердит, что человек действительно здоров, и никакие проблемы ему не угрожают. А если есть тенденция к возникновению тех или иных заболеваний, то на этой стадии задача решается легко и эффективно. Например, специалист порекомендует внести коррективы в стиль питания, и этого будет достаточно для профилакти-

ки мочекаменной болезни, если результаты диагностики показали ее возможное наступление в будущем.

Что касается молодых женщин, гинеколог не только оценит состояние ее здоровья, но и подберет вариант контрацепции, наиболее эффективный именно для ее конкретного случая. Современные методы диагностики сообщают о возможной проблеме задолго до ее наступления. И намного проще и безопаснее предотвратить заболевание, чем потом лечить его.

Как мы уже говорили, в нашей компании принят междисциплинарный подход к любой проблеме со здоровьем. В случае необходимости гинеколог организует совместную консультацию с эндокринологом, терапевтом, урологом и другими специалистами. И совместными усилиями возможно решить любую задачу.

Специалисты дадут рекомендации, соблюдение которых поможет сохранить не только здоровье мужчины и женщины, но позволит паре родить здоровых детей.

Знаете ли вы, например, что сперматогенез мужчины

полностью обновляется за 2–3 месяца? И если пара планирует желанную беременность, врач даст рекомендации по питанию, физическим нагрузкам и другим моментам, которые создадут хорошую базу для здоровья будущего ребенка.

Со временем – после 40 лет – перечень скрининговых исследований расширяется, начинается профилактика ранних симптомов старения. Как мы уже упоминали, в настоящее время появляется и «омолаживается» целый ряд заболеваний, о которых 30–40 лет назад говорили как о «старческих». Динамичная жизнь в современном мире не может не сказываться на здоровье мужчины и женщины: сниженное настроение, усталость, бессонница, раздражительность, снижение мышечной массы, ухудшение общего самочувствия, эректильная дисфункция у мужчин, женское и мужское бесплодие, снижение полового влечения, ожирение, метаболический синдром, психоэмоциональные перегрузки, гормональные нарушения. Наступление всех этих явлений можно как минимум отсрочить, а то и во-



все исключить, если вовремя обратиться за консультацией к специалистам. Какие-то общие рекомендации здесь давать сложно, однако по результатам исследований врачи подберут оптимальный вариант коррекции негативных изменений, который будет эффективно работать в каждом конкретном случае. В этой возрастной группе основная задача профилактики – отсрочить те заболевания, которые запрограммированы генетически и могут возникнуть в результате неблагоприятных условий внешней среды, экологических факторов, хронических интоксикаций и сбоев внутри организма.

В дальнейшем скрининг подразумевает более частые визиты к урологу и гинекологу, в том числе и в профилактических целях. После 50 лет у мужчин могут периодически проявлятьсястораживающие факторы в отношении

болезни сосудов, предстательной железы. Необходимо контролировать уровень тестостерона и, если его количество начнет снижаться, вовремя назначить лечение.

Женщинам могут быть рекомендованы препараты менопаузальной гормональной терапии, необходимое условие поддержания здоровья – регулярные гинекологические обследования с УЗИ, кольпоскопией, УЗИ молочных желез, маммографией.

Еще раз напомним: ранняя диагностика в настоящее время позволяет обнаружить то или иное отклонение от нормы на ранних стадиях. И практически любая патология прекрасно лечится. Но все должно быть под контролем. В этом, в первую очередь, ваша ответственность, дорогие читатели! А мы, со своей стороны, сделаем все возможное для того, чтобы вы всегда оставались здоровы и счастливы!

## Об авторах этой книги



### **Гаврилова Вероника Майевна**

Акушер-гинеколог, главный специалист по гинекологии

Вероника Майевна занимается обследованием и лечением пациенток со всеми формами акушерской и гинекологической патологии, включая вопросы гинекологической эндокринологии, ведения нормальной и осложненной беременности. Огромный опыт работы позволяет ей компетентно разбираться в проблемах патологии шейки матки, причинах бесплодия и невынашивания беременности, доктор владеет всеми видами внутриматочных манипуляций.

«Основная задача акушера-гинеколога — помочь каждой женщине стать счастливой в интимной жизни и обрести радость материнства», — говорит Вероника Майевна.

Многолетний опыт работы акушером-гинекологом помогает Веронике Майевне находить общий язык со своими пациентками, а доброжелательность и спокойный характер создают комфортную обстановку на приеме. Очень часто ей приходится слышать: «Спасибо, доктор, что помогли стать мамой!» Вероника Майевна — главный специалист по акушерству и гинекологии в компании, её знания и опыт позволяют найти решение в самых сложных случаях, к её экспертному мнению прислушиваются все врачи данного направления. Постоянное участие в профильных конгрессах и семинарах позволяют Веронике Майевне быть в курсе передовых методов диагностики и лечения гинекологических заболеваний, ведения беременности.

Член Ассоциации гинекологов-эндокринологов России.



### **Мурадян Александр Рафикович**

Уролог, кандидат медицинских наук

Александр Рафикович — врач-уролог высшей категории, кандидат медицинских наук, обладает богатым опытом хирургической практики и практики консервативного лечения урологических заболеваний. Александр Рафикович умеет всесторонне подойти к решению той или иной проблемы, при необходимости привлечь специалистов других направлений. Очень ценит работу в команде и всег-

да готов поделиться опытом со своими коллегами.

Врач всегда внимателен и тактичен к проблемам своих пациентов, старается максимально подробно рассказывать о проблеме и аргументировать предложенный вариант лечения.

«Основной принцип в моей работе, — говорит он, — полная информированность и доверие между врачом и пациентом, это главное оружие в борьбе с болезнью».

Пациенты ценят Александра Рафиковича за высокий профессионализм и всегда доброжелательное отношение.