

+ Неизлечимых болезней нет

Александр Светлов

Технология: ЖЕНСКИЕ страхи



Жизнь без лекарств



Я привлекаю здоровье!

Марина Геннадиевна Дрангой
Гинекология: женские страхи
Серия «Неизлечимых болезней нет»

*Текст предоставлен издательством «Эксмо»
http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=170843
Гинекология: Женские страхи : Эксмо; М.; 2005
ISBN 5-699-11125-5*

Аннотация

К сожалению, ни одна женщина не застрахована от гинекологических заболеваний, но каждой по силам распознать их первые симптомы и сделать все возможное, чтобы недуги не прогрессировали. Но для этого необходимо обладать знаниями. Книга Алексея Светлова расскажет вам, в чем заключаются особенности данных заболеваний, какими методами они исследуются и как лечатся.

Помните – неизлечимых болезней нет, всегда можно найти способ, помогающий восстановить здоровье.

Содержание

1. Немного о физиологии	10
Большие половые губы	11
Малые половые губы	12
Клитор	13
Промежность	14
Девственная плева	16
Влагалище	17
Шейка матки	20
Матка	22
Маточные трубы	25
Яичники	27
Изменения в строении и функции половых органов женщины в различных периодах жизни.	28
Период новорожденности и детства	28
Период полового созревания	30
Период половой зрелости женщины	34
Климактерический период	35
2. Основные факторы риска женской физиологии	37
3. Основы альтернативной медицины в гинекологии	39
Фитотерапия	39

Когда следует собирать лекарственные растения	41
Способы приготовления лекарственных средств	42
Противопоказания к применению некоторых лекарственных растений внутрь	44
Золотой ус	46
Полезные вещества, содержащиеся в золотом усе	48
4. Врожденные заболевания и пороки развития	51
Пороки развития влагалища	53
Пороки развития матки	54
Пороки развития маточных труб	56
Пороки развития яичников	57
Пороки развития наружных половых органов	58
5. Нарушения менструального цикла	60
Аменорея	62
Гипоталамическая аменорея	64
Гипофизарная аменорея	71
Яичниковая аменорея	76
Конец ознакомительного фрагмента.	79

Марина Дрангой

Гинекология:

Женские страхи

Здравствуйте, уважаемые мои читатели! Зовут меня Алексей Светлов. Как лечащий врач я каждый день встречаюсь с больными и сталкиваюсь с их бедами, проблемы простого человека знаю не понаслышке.

Мой дед был знахарем, и за помощью к нему обращались люди всех близлежащих деревень. Он знал много старинных способов и рецептов лечения болезней, которые передавались из поколения в поколение в нашей семье и аккуратно записывались в толстую, потрепанную тетрадку. Еще будучи мальчишкой, я не раз заглядывал в нее: чего там только не было – рецепты настоев, настоек, отваров, медолечения, заговоры, даже лечение пиявками.

Случалось, что дед брал меня с собой в соседнее село, где кто-то был болен, и я наблюдал за его работой. Он знал, как снизить температуру и остановить лихорадку, как избавить ребенка от болей в животе, как снять приступ удушья, мог помочь практически в каждом случае облегчить состояние больного человека.

Каждое лето мы ходили в луга: собирали травы, кору деревьев, ягоды. Дед рассказывал мне об их целебных свойствах,

не забывая при этом добавлять, что всякое растение должно быть использовано строго по рецепту и что при несоблюдении правил оно может принести вред здоровью. Я внимательно слушал и старался запомнить советы старика.

С тех самых пор я мечтал, что стану врачом и буду помогать людям. И, как известно, если очень захотеть, мечты сбываются. Я – доктор.

Несмотря на то что по специальности я педиатр, за консультацией ко мне обращаются люди всех возрастных групп: дети, взрослые, старики, многие из них болеют разными заболеваниями одновременно. Получается, что большинство пациентов вынуждены обращаться к разным специалистам – кардиологам, невропатологам, гастроэнтерологам, гинекологам... И каждый из них направляет этого пациента на множество исследований и назначает ему огромное количество лекарств. А организм-то у человека один, все органы взаимосвязаны, и без учета этой целостности могут наступить печальные последствия. Поэтому кто-то должен выступать координатором происходящего.

В настоящее время российское здравоохранение не имеет возможности полноценно обследовать и лечить людей. Поэтому основная нагрузка ложится на семейных врачей, задачей которых является не только лечение больных, но и предупреждение возникновения заболеваний с учетом экологической и социальной обстановки в стране.

И я понял, что мое призвание – быть семейным врачом.

Думаю, что иметь своего семейного врача хотел бы каждый. Знающего, дружелюбного, заинтересованного в твоём здоровье и ответственного за него. Он необходим пациентам и в качестве психолога, духовника, гинеколога, диетолога и много кого ещё, т. е. он выполняет не только медицинские, но и социальные функции. Он необходим всем и каждому. Весь цивилизованный мир давно уже осознал это. Не сомневаюсь, что большинство граждан среднего достатка считают, что лучше иметь дело с одним врачом, принимающим на себя ответственность за здоровье семьи в качестве лекаря и медицинского адвоката в одном лице, чем самостоятельно ставить себе диагнозы и путешествовать от специалиста к специалисту в поисках способов укрепления здоровья, неся существенные потери времени и денег.

По моему мнению, многим больным требуется помощь семейного врача, ведь он как клиницист является специалистом по всем недугам. И только если он оказывается бессилен помочь больному решить его проблемы, он направляет к специалисту и совместно с ним продолжает лечение.

Я продолжал изучать нетрадиционные методы лечения, использовал знания моего деда, интересовался другими народными способами лечения заболеваний и пришел к выводу, что лечение обычными медикаментозными средствами иногда оказывает нежелательное действие, а иной раз и губительно сказывается на организме больного человека. Не зря существует такая поговорка: «Одно лечим, другое кале-

чим». В связи с этим я решил, что при ведении своих пациентов буду сочетать медикаментозное лечение и лечение народными средствами.

Всем известно, что на протяжении столетий люди изучали целебную силу растений, минералов, воды, камней и т. д. Однако до сих пор многие люди недооценивают эффективность даров природы, причем зря. Поэтому я хочу изменить представление современных людей и в этой книге подробно описать все положительные стороны народной медицины.

К примеру, в своей практике я столкнулся с растением, которое есть в каждом доме, хотя многие даже не подозревают насколько велико его целебное действие на организм человека и что оно может излечить практически все болезни. Название ему – **ЗОЛОТОЙ УС**. Это неприметное, неприхотливое растение обладает таким мощным энергетическим воздействием, что даже одно его присутствие в доме создает благоприятную атмосферу в семье. Оно излучает флюиды, воздействующие на подсознание человека, при этом настроение у человека улучшается, он становится добрее, щедрее и терпимее к другим, а ведь это является залогом благополучия отношений между людьми. Были найдены старинные записи о том, что люди ставили цветок у порога дома, приговаривая: «золотой ус, спаси от злых уст». Помимо вышеперечисленных эффектов, это растение обладает большой целебной силой на физическое состояние организма. Так, например, если приложить лист золотого уса на больное место,

боль уменьшится, а через некоторое время уйдет совсем. А если еще и приготовить из этого растения настойки, настои или отвары и употреблять их в соответствии с рецептами, которые были проверены временем, то результат будет просто потрясающим. Вам достаточно будет знать свое заболевание, и, используя данные рецепты, вы легко сможете подлечиться сами. Да и за лекарством не придется далеко ходить, ведь многие целебные растения растут на вашем подоконнике.

Также в своих книгах я расскажу о целебных свойствах других растений, о целебной силе воды, минералов и др. Если вы будете правильно и рационально их сочетать, то почувствуете прилив жизненных сил, здоровье улучшится, увеличится продолжительность жизни.

Итак, запомните: ваше здоровье и здоровье ваших близких в ваших руках. Надеюсь, что моя книга станет добрым и нужным советчиком для каждой семьи и окажет неоценимую помощь в трудную минуту.

Счастья и здоровья вам и вашим близким.

1. Немного о физиологии

Репродуктивная система женщины состоит из наружных и внутренних половых органов. Наружные половые органы представлены большими и малыми половыми губами, клитором, преддверием влагалища и промежностью.

Большие половые губы

Большие половые губы представляют собой симметрично расположенные кожаные складки по обеим сторонам половой щели от лобка к промежности. Состоят половые губы из соединительно-тканой основы, жировой клетчатки и венозных сплетений. В толще половых губ заканчиваются круглые маточные складки. Между собой большие половые губы соединяются спереди и сзади, образуя переднюю спайку в верхней области лобка и заднюю на границе с промежностью. При отсутствии у женщины половой жизни внутренние поверхности половых губ соприкасаются, и половая щель в результате закрыта, тогда как после родов она полностью не прикрывается половыми губами.

Малые половые губы

Малые половые губы представляют собой образования из соединительной ткани, гладкомышечных и нервных волокон с развитой венозной сетью. Располагаются они непосредственно под большими половыми губами и прикрываются ими. У клитора малые половые губы расщепляются, тогда как на противоположной стороне по отношению к половой щели они сливаются с большими половыми губами. В связи с тем, что в их строении присутствует много сальных желез, вырабатываемый ими секрет скапливается между большими и малыми половыми губами.

Клитор

Клитор состоит из двух пещеристых тел (в которых содержится венозная кровь), чем очень похож на строение полового члена мужчины. Состоит клитор из тела, располагающегося внутри, и головки, располагающейся снаружи. В составе клитора также имеются свои сальные железы, которые продуцируют своеобразный секрет. Клитор является органом полового чувства (приятных ощущений во время секса), поэтому он богат кровеносными сосудами и нервами.

Промежность

Промежность представляет собой пространство между задней спайкой больших половых губ и верхушкой копчика. Под кожей этого пространства располагается мышечно-фасциальная пластинка. Промежность разделяют на переднюю и заднюю. Передняя промежность – участок от спайки больших половых губ до заднепроходного отверстия. В свою очередь область от верхушки копчика до заднепроходного отверстия называется задней промежностью. Сама промежность покрыта тонкой кожей, которая утолщается при переходе в общий кожный покров. Расстояние от задней спайки половых губ до верхушки копчика определяется как высота промежности, которая колеблется от 3 до 5 см.

Преддверие влагалища является областью перед входом во влагалище. Спереди преддверия влагалища расположен клитор, сзади располагается спайка больших половых губ, а малые половые губы располагаются по обеим сторонам преддверия влагалища. Дном преддверия влагалища является девственная плева. В преддверии влагалища находятся наружное отверстие мочеиспускательного канала и выводные протоки парауретральных желез и желез преддверия влагалища (бартолиновые железы). В строение преддверия влагалища входят своеобразные луковицы, похожие на пещеристые тела полового члена у мужчины. Располагаются

эти луковицы в боковых отделах преддверия и в нижней части влагалища, проходят под основанием больших и малых половых губ, соединяясь друг с другом с обеих сторон. При половом акте именно такое расположение этих луковиц образует своеобразную манжету. Нужно отметить, что луковицы также охватывают и мочеиспускательный канал.

Железы преддверия влагалища располагаются в толще больших половых губ, размером они напоминают крупную горошину. Железы выделяют слизистый секрет, особенно при половом возбуждении, увлажняющий преддверие влагалища.

Девственная плева

Девственная плева представляет собой границу между наружными и внутренними половыми органами женщины. Форма девственной плевы различна, в ней может быть два или больше отверстий. Однако чаще всего она имеет одно отверстие в центре, пропускающее кончик пальца. Через это отверстие выделяются секрет внутренних половых органов и кровь при месячных. В момент первого полового сношения края девственной плевы надрываются, и ее остатки выступают в виде лоскутов. Во время родов происходит дальнейшее разрушение девственной плевы, и ее остатки приобретают вид небольших сосочков. В редких случаях девственная плева может быть сплошной – это может быть следствием аномалии развития или склеивания краев плевы после воспалительных процессов. В результате такого нарушения во время месячных происходит скопление крови в расположенных выше половых органах (матке, трубах).

Внутренние половые органы женщины представлены влагалищем, маткой и придатками матки – яичниками и маточными трубами.

Влагалище

Влагалище – мышечный орган, имеющий вид вытянутой трубки, длиной 8—10 см. Данный орган располагается в малом тазу от преддверия влагалища до шейки матки. В момент родов влагалище представляет собой родовой канал, по которому продвигается ребенок перед рождением на свет. Через влагалище выделяется секрет вышерасположенных органов и кровь во время месячных. В вертикальном положении женщины влагалище направленно кзади и кверху. Во влагалище выделяются передний и задний отделы. Верхний отдел влагалища более подвижный, способен к растяжению. Шейка матки вдается именно в верхний отдел влагалища, вокруг шейки образуются своды влагалища – передний и два боковых. Внутреннюю поверхность влагалища разделяют на переднюю и заднюю стенку. Задняя стенка влагалища более длинная – 8—10 см; передняя – 6—8 см. Стенки влагалища с помощью рыхлой соединительной ткани соединены спереди с дном мочевого пузыря, а сзади – с прямой кишкой. Также следует отметить, что между нижней частью и прямой кишкой расположены мышцы тазового дна.

В месте, где влагалище переходит в преддверие, нижняя часть влагалища окружена луковично-пещеристой мышцей и граничит с кавернозными телами, луковицами и большими железами преддверия.

Стенка влагалища, как правило, толщиной 3—4 см и состоит из трех слоев:

- 1) первый слой – поверхностный – слизистая оболочка;
- 2) второй слой – средний – мышечный;
- 3) третий слой – внутренний – соединительно-тканная оболочка.

Слизистая оболочка влагалища шероховатая с поперечными складками, особенно на передней и задней стенках. У девочек и пожилых женщин складчатость влагалища отсутствует. Подслизистый слой влагалища при нормальном строении влагалища развит слабо. В свою очередь мышечный слой хорошо выражен в период половой зрелости и особенно во время беременности. Внутренний слой представлен соединительной тканью, которая переходит в соединительно-тканые прослойки, отделяющие влагалище от соседних органов.

Вокруг влагалища со всех сторон располагается околослаглищная клетчатка (жировая).

Следует отметить, что в связи с циклическими ежемесячными периодами женщины наибольшие изменения происходят в слизистом слое в зависимости от фазы цикла. Сущность этих изменений сводится к тому, что в различные фазы менструального цикла происходит отторжение разных слоев эпителия, которые попадают в просвет влагалища. В связи с такой деятельностью во влагалище, взяв мазки из разных отделов влагалища, можно определить фазу менстру-

ального цикла женщины в настоящий момент.

В конечном итоге можно определить ряд функций, которые выполняет влагалище:

- 1) сексуального органа и приемника спермы во время полового акта, обеспечивающего продвижение спермы во время полового акта, обеспечивающего продвижение семенной жидкости к наружному отверстию цервикального канала;
- 2) родового канала, в котором происходит биомеханизм родов в процессе родового акта;
- 3) канала для прохождения крови во время месячных;
- 4) органа, защищающего вышерасположенные половые органы и служащего для их осмотра и характеристики, оценки анатомо-функционального состояния и для оценки в определенной мере общего состояния организма женщины.

Шейка матки

Данное образование является переходной зоной между влагалищем и маткой. Шейка матки имеет цилиндрическую форму (при условии отсутствия родов у женщины). После родов шейка матки приобретает коническую форму. Оценивая расположение шейки матки, можно отметить, что большая часть шейки матки располагается над влагалищем, а меньшая – во влагалище (около $1/3$ части шейки матки). Часть шейки матки, располагающаяся во влагалище, покрыта по составу той же слизистой оболочкой, что и влагалище. Соответственно, часть шейки с внутренней стороны матки также покрыта слизистой оболочкой матки.

По всей длине шейки проходит канал шейки матки, который соединяет влагалище и полость матки. Отверстие канала у перехода к полости матки называется внутренним зевом, а к влагалищу – наружным. Строение слизистой оболочки цервикального канала особенное, не такое, как во влагалище. Наружный зев у нерожавших женщин имеет точечную крупную форму, у рожавших – щелевидную в связи с боковыми надрывами в родах.

Между телом и шейкой матки выделяется перешеек в виде пояса высотой 1 см, стенка которого по строению напоминает шейку матки, а слизистая оболочка подобна таковой тела матки. В нижнем отделе перешейка матки располагает-

ся внутренний зев цервикального канала, а вверху так называемый анатомический внутренний зев переходит в полость матки.

Матка

Матка имеет грушевидную форму, несколько сплюснута в переднезаднем размере. Матка расположена в полости малого таза, часто ближе к правой или левой стенке таза. Масса матки в среднем составляет 40—60 г.

В матке принято выделять тело и шейку, а также перешеек между ними. У большинства женщин матка отклонена вперед в полости малого таза. Часть матки выше места отхождения труб принято называть дном, а справа и слева книзу находятся ее боковые края, в свою очередь кверху – углы матки.

Матка является полым органом. Это означает, что в теле матки имеется свободная полость. На разрезе полость матки имеет треугольную форму. Однако в обычном виде передняя и задняя стенки матки соприкасаются, и поэтому полость ее имеет вид щели.

Строение стенки матки, так же как и влагалища, представлено тремя слоями:

- 1) первый слой – внутренний – слизистая оболочка (эндометрий);
- 2) второй слой – средний – мышечный (миометрий);
- 3) третий слой – наружный – серозная оболочка и брюшина.

Наибольшие изменения в зависимости от фазы цикла от-

мечаются в слизистом слое (эндотелии) матки. Толщина эндометрия в связи с этим составляет от 1 до 2—3 мм. В толще эндометрия располагаются простые трубчатые железы, секретирующие слизистый секрет. Миометрий претерпевает значительные структурные изменения во время беременности и родов, до этого момента изменения в нем практически отсутствуют. Толщина мышечного слоя колеблется от 3 мм до 10 мм в разных участках матки. Наибольшая выраженность мышечного слоя (миометрия) матки отмечается у дна матки и в местах соединения матки со связками. Наименьшая толщина его в области передней стенки матки и ближе к шейке матки.

Наружный слой представлен брюшиной. Это специальный покров, покрывающий все внутреннюю поверхность всех внутренних органов. Он покрывает матку спереди и сзади, он рыхло сращен с дном матки, а также передней и задними стенками. Спереди брюшной покров доходит до внутреннего зева и переходит вверх на мочевой пузырь. С боков матка свободна от брюшного покрова, так как здесь он расходится в стороны, образуя широкие связки матки.

Функциональная роль матки в женском организме чрезвычайно велика и заключается в следующем:

- 1) защита вышерасположенных половых органов и брюшной полости от поступающих инфекционных возбудителей из влагалища (при помощи цервикального канала);
- 2) регулярное самоочищение полости матки, цервикаль-

ного канала и влагалища посредством ежемесячного выделения менструальной крови;

3) участие в процессе полового акта и создание условий для транспорта сперматозоидов через цервикальный канал в полость матки и к трубам;

4) имплантация оплодотворенной яйцеклетки с созданием условий для развития эмбриона и плода в течение беременности, изгнание плода в процессе родов.

5) вместе со своим связочным аппаратом матка составляет и укрепляет тазовое дно.

Маточные трубы

Данные образования отходят от дна матки несколько выше и кзади от круглых связок матки. Трубы располагаются так же, как и матка, в полости малого таза, прикрывая яичники. Длина труб колеблется от 8 до 20 см (в среднем 10—12 см). Толщина стенки матки у места отхождения от матки тонкая, ее толщина постепенно увеличивается по мере приближения к яичникам. Один конец маточной трубы, как уже было упомянуто, открывается в полость матки, другой конец открывается в брюшную полость. Воронка, открывающаяся на конце трубы, обращенная в брюшную полость, имеет диаметр около 20 см, вокруг нее в большом количестве располагаются бахромки. Длина бахромок составляет 1—1,5 см, самая длинная из бахромок прилежит непосредственно к яичнику. Именно движение этих бахромок обеспечивает попадание яйцеклетки из яичника в маточную трубу, а затем и в матку после оплодотворения.

Принцип строения маточной трубы похож на строение матки.

Также в стенке трубы имеются три слоя:

- 1) внутренний – слизистый;
- 2) средний – мышечный;
- 3) наружный – серозный покров.

Слизистый слой имеет отличия в строении в связи с на-

личием в нем специальных клеток с ресничками, которые и обеспечивают продвижение яйцеклетки внутри трубы. Серозная оболочка, покрывающая маточные трубы, является частью брюшины широкой связки матки. Несмотря на это, труба является довольно подвижным органом с небольшим количеством рыхлой клетчатки, расположенной на ней.

Основную функцию маточных труб можно определить как обеспечение продвижения яйцеклетки от яичников к матке, сперматозоидов из полости матки в брюшную полость, а также в транспортировку оплодотворенной яйцеклетки (зиготы) из брюшной полости в полость матки.

Яичники

Главными половыми железами женщины являются яичники. Располагаются яичники по бокам от тела матки, кзади от нее в особом углублении брюшины. Яичники находятся в полости малого таза в подвешенном состоянии благодаря собственному связочному аппарату. Яичник представляет собой орган, состоящий из структурных единиц, способных синтезировать женские гормоны, и обеспечивает созревание фолликула, а, следовательно, и яйцеклетки. Максимального размера яичники достигают в репродуктивном возрасте женщины. При этом отмечено, что правый яичник несколько больше и тяжелее левого у всех женщин.

Строение яичника представлено наружным слоем клеток, следующим слоем располагается соединительно-тканная прослойка, а затем уже функциональные слои яичника, которые и выполняют все необходимые функции синтеза гормонов яичником.

Изменения в строении и функции половых органов женщины в различных периодах жизни.

Период новорожденности и детства

В половой системе женщины в первые 10—15 дней после рождения привходит ряд структурных и функциональных изменений. Характерным для этого периода является наличие вытянутой формы яичников, длина их при этом составляет 1,5—2 см, расположение их в брюшной полости несколько выше, чем у взрослой женщины. Поверхность яичников гладкая, число незрелых фолликулов достигает примерно 700 000, отмечается достаточно большое число отмерших фолликулов. Несмотря на это, в яичниках имеются и зреющие фолликулы. Это указывает на гормональную активность яичника — возможен синтез половых гормонов — эстрогенов. Наличие действия гормона эстрогена на организм новорожденной девочки можно выявить, исследуя клеточный состав влагалища, реакцию среды во влагалище. Характерным также для этого периода жизни является заполненность цервикального канала шейки матки слизью.

Следует отметить, что матка новорожденной располагает-

ся в брюшной полости, длина матки около 3 см, в эндометрии отмечаются незначительные циклические изменения. В некоторых случаях изменения в эндометрии столь выражены, что может произойти отторжение эндометрия (как во время месячных у взрослой женщины), что у новорожденной девочки сопровождается скудными кровянистыми выделениями.

Нередко у новорожденной девочки встречается незначительное увеличение молочных желез.

Все вышеописанные изменения связаны с действием материнских плацентарных эстрогенов. Все эти проявления должны исчезнуть в течение первых 10 дней жизни ребенка. Так при высоком уровне данный гормон тормозит самостоятельную функцию синтеза гормонов ребенка, что приводит к усилению гормональной функции яичников новорожденной девочки. С этим же связано более длительное увеличение и даже нагрубание молочных желез, возможно выделение молозива из сосков.

С последующим ростом девочки наступает период детства, длящийся до 8 лет. Окончание этого периода связано с началом периода созревания. Следует отметить, что созревание – процесс индивидуальный и какие либо изменения начинают происходить у каждого ребенка в разное время.

При исследовании строения половых органов в период детства отмечаются следующие особенности: в первый год жизни ребенка отмечается уменьшение размера матки, дли-

на ее на этот момент составляет 2,5 см. А уже к 4 годам начинается постепенное прибавление размеров матки и матка достигает размеров взрослой к 6 годам девочки. Изменяются и соотношения шейки и тела матки. В конце первого года жизни оно составляет 2: 1, в 4 года – 1,7: 1, а в 8 лет – 1,4: 1. Опускание матки из брюшной полости в малый таз происходит лишь к 3—4 годам.

Остальные половые органы практически не изменены. Слизистая оболочка влагалища тонкая до 7 лет. Размеры яичников до 5—6 лет также изменяются незначительно, масса их увеличивается до 1 г, тогда как в 8 лет масса яичников составляет 1,5 г. Гормональная активность гипофиза в детском возрасте пребывает на низком уровне. Тем не менее в этот период все структуры яичников и гипофиза сформировались и представляют собой потенциально активные к синтезу гормонов образования. В свою очередь связи между этими системами еще незрелые, что проявляется в высокой чувствительности этих желез к воздействию даже малых доз различных гормонов, в частности эстрогена. Это воздействие может привести к нарушениям формирования нормальных взаимодействий и развития половой сферы в период созревания.

Период полового созревания

Следующий период в жизни – период полового созревания.

ния женского организма. Весь период полового созревания длится около 10 лет: с 7 до 17 лет. В этот период, помимо окончательного созревания половой системы женщины, заканчивается и физическое развитие организма в целом. Отмечается рост тела в длину, завершается окостенение зон роста трубчатых костей, формируется телосложение.

В целом непосредственное созревание половой системы – длительный и достаточно сложный процесс.

Весь период созревания в свою очередь протекает неодинаково. В связи с этим выделяют несколько своего рода маленьких периодов развития половой системы женщины.

Первым периодом можно назвать *пубертатный период*. Начало его отмечается в 7 лет, а окончание в 9. Гормональная активность (синтез гормонов гипофизом) в этот период носит не циклический, а эпизодический характер. Этот момент в свою очередь обуславливает также непостоянство синтеза эстрогена яичниками.

Второй период носит название *первой фазы пубертатного периода* (10—13 лет). Для этого периода характерно формирование суточной цикличности и увеличение количества синтезируемых гипофизом гормонов. Окончание этого периода сопряжено с наступлением менархе (первых месячных).

Следующий третий период – *вторая фаза пубертатного периода*, соответствует этот период возрасту от 14 до 17 лет. Характерным в этом периоде является формирование

окончательной цикличности в выработке гормонов, а также регулируется и определяется точное их количество, необходимое для нормального функционирования половой сферы женщины.

Все эти периоды проявляются последовательными изменениями в организме девочки.

Так, в пубертатном периоде начинается интенсивный рост организма в длину, появляются признаки женственности — округляются бедра за счет увеличения количества и перераспределения жировой ткани, формируется таз по женскому типу, происходят изменения в слизистом слое влагалища.

Для первой фазы пубертатного периода характерно увеличение молочных желез, изменение микрофлоры влагалища (появляются молочнокислые бактерии), начинается оволосение лобка. Как уже отмечалось выше, завершение этой фазы совпадает со временем появления первой менструации (11—12 лет).

Во вторую фазу (возраст от 14 до 17 лет) продолжается и завершаются процесс развития молочных желез и оволосение по женскому типу. Последним моментом является оволосение подмышечных впадин, которое начинается в 13 лет. При нормальном течении этого периода отмечается установление циклического характера месячных. Отмечается остановка роста тела в длину и окончательно заканчивается формирование таза по женскому типу.

Изменения в половых органах связаны с увеличением раз-

меров матки, яичников. Соотношение шейки и тела матки становится 1: 3. В пубертатный период также отмечается увеличение передней доли гипофиза и других эндокринных желез.

Следует отметить, что примерно у 1/3 девушек в первые 3—5 лет после первых месячных (менархе) отмечается отсутствие овуляции — выходя яйцеклетки из фолликула и продвижение ее по маточной трубе для оплодотворения. Такое положение вещей объясняет высокую частоту дисфункциональных маточных кровотечений в этом возрасте.

Хочется обратить внимание на тот момент, что на все вышеописанные процессы, на их нормальное течение, формирование влияет множество факторов. Эти факторы можно подразделить на внутренние и внешние.

Внутренние связаны с наследственной предрасположенностью, конституциональным состоянием здоровья и массой тела девочки. Существуют результаты исследований, в которых отмечается, что у девочек с большой массой тела менархе наступают раньше, чем у сверстниц с меньшей массой. Наступление первых месячных возможно при достижении массы тела около 48 кг, когда жировой слой составляет 22 % от общей массы тела. Так, в 16 лет содержание жировой ткани составляет 27 %, а в 18 лет — 28 % от общей массы тела. Такая необходимость наличия жировой ткани связана с возможностью синтеза жировой тканью эстрогенов, что приводит к возрастанию их уровня и способствует нормальному

течению пубертатного периода.

Внешние факторы, влияющие на процесс полового созревания организма, следующие:

- 1) климатические (географическое местожительство, освещенность, высота над уровнем моря и т. д.);
- 2) питание – полноценность потребляемых продуктов питания (достаточное содержание в пище белков, жиров, углеводов, микроэлементов и витаминов);
- 3) наличие различного рода заболеваний внутренних органов (сердечно-сосудистой системы, почек, желудочно-кишечного тракта, печени и др.).

Заболевания данных органов могут привести к ослаблению организма девочки и затормозить начало полового созревания.

Подводя итоги, хочется отметить, что полноценная половая зрелость наступает к 16—18 годам, что проявляется полноценностью развития половой системы и организма в целом. Весь организм женщины окончательно сформирован и готов к зачатию, вынашиванию беременности, родам и вскармливанию новорожденного.

Период половой зрелости женщины

Длительность этого периода занимает около 30 лет: с 16—18 лет до 45 лет. Характерным в этот период являются определенное строение половой системы и ее циклические изме-

нения, обеспечивающие возможность размножения. Строение всех половых органов в репродуктивном периоде подробно описано выше. При нормальном функционировании половой сферы организма женщины в этот период, как правило, происходят зачатие, вынашивание и рождение ребенка. Следует отметить, что это оптимальный период для возможного зачатия и рождения ребенка в жизни женщины.

Климактерический период

Наступление климакса у женщины отмечается в среднем к 45 годам. В свою очередь существует деление климактерического периода на отдельные фазы, характеризующиеся специфическими изменениями в организме женщины. Климакс в начальной стадии характеризуется угасанием возможностей репродуктивной системы, что проявляется урежением и исчезновением месячных, отсутствием или редкими овуляциями, снижением количества вырабатываемых половых гормонов. В дальнейшем наступает обратное развитие половых органов женщины в связи с отсутствием гормонального фона, поддерживающего их в определенном состоянии в репродуктивный период. Отмечаются уменьшение размеров матки и яичников, изменения в слизистой оболочке влагалища. При нормальном течении этого периода жизни возникающие изменения в организме женщины постепенно саморегулируются. Вначале на наступление климакса реагиру-

ет нервная система женщины (появляются плаксивость, раздражительность и т. д.), но в дальнейшем при отсутствии нарушений в течение этого периода происходит нормализация в работе всех органов и систем женщины.

2. Основные факторы риска женской физиологии (неблагоприятные факторы, влияющие на здоровье женщины)

Факторов, влияющих на нормальное функционирование половой сферы женщины, великое множество.

В первую очередь хочется обратить внимание на такой фактор, нарушающий функционирование половых органов, как недостаточно правильное и сбалансированное питание, причем очень важным является этот фактор в периоде становления половой системы в детском и юношеском возрасте. Полноценное питание с достаточным количеством белков, жиров, углеводов, витаминов и микроэлементов – залог нормального развития репродуктивной системы и дальнейшего ее нормального функционирования. Однако, несмотря на полноценное питание, нарушения в работе половых органов все равно возникают. Данная ситуация может быть связана со следующими факторами риска по развитию патологии репродуктивной системы:

- 1) врожденные аномалии развития (недоразвитие матки, влагалища, двурогая матка и т. д.);
- 2) врожденные аномалии в синтезе гормонов половой

сферы женщины;

3) воздействие неблагоприятных бытовых условий жизни и окружающей среды (зараженная промышленными отходами среда обитания, работа на вредном производстве и т. п.);

4) поступление в организм женщины сильнодействующих лекарственных препаратов, ядов, наркотических веществ, большого количества алкоголя и никотина;

5) наличие у ближайших родственниц по женской линии нарушений в работе половых органов и аномалий развития;

6) хронические инфекционно воспалительные процессы в половых органах и других органах и системах в организме;

7) наличие тяжелых хронических заболеваний внутренних органов организма женщины, нарушающих нормальное кровообращение во всех органах, в частности в половых органах. К таким заболеваниям относятся заболевания сердечно-сосудистой системы, печени, почек и др.;

8) наличие у женщины аборт, операций на половых органах.

Все вышеперечисленные факторы риска могут вызывать нарушения работы половой сферы женщины, что приводит к заболеваниям этих органов и зачастую к бесплодию.

3. Основы альтернативной медицины в гинекологии *(общие сведения о лекарственных препаратах и методах лечения)*

Фитотерапия

Лекарственные травы и сборы, используемые при лечении многих гинекологических заболеваний, можно приобретать в аптеке или собирать и заготавливать самим.

Существует ряд правил по сбору, сушке, хранению трав, с которыми мы хотим вас ознакомить.

1. Кору следует снимать со спиленных деревьев или веток, ни в коем случае нельзя лишать коры живое дерево.

2. Многолетние травы следует срезать с помощью ножа, ни в коем случае нельзя вырывать их с корнем.

3. Листья с деревьев также желательно срезать, с дерева нельзя обрывать все листья.

4. Если вы срезали цветы, убедитесь, что они уже дали семена, либо оставьте часть цветов нетронутыми, чтобы в следующем году вам было где пополнить свои запасы.

5. Если вы вырываете корни, то обратите внимание на воз-

раст растения. Молодые растения лучше не трогать.

6. Не рекомендуется в течение нескольких лет подряд собирать в одном и том же месте зверобой и чабрец.

7. Кору следует заготавливать ранней весной. Острым ножом делают кольцевые надрезы и снимают кору в виде трубочек.

8. Плоды, семена заготавливают по мере созревания. Недозревшие и перезревшие плоды и семена заготавливать не стоит, так как в них недостаточное количество лекарственных веществ.

9. Почки следует собирать, когда они только-только набухли, т. е. ранней весной. Почки собирают руками, с сосновых веток срезают ножом, а с березовых ветвей их обмолачивают после предварительного просушивания. Все почки следует сушить при невысокой температуре.

При сборе листьев предпочтение следует отдавать нижним листьям. Обратите внимание на то, чтобы листья были чистыми и не пораженными грибом. Черешки у листьев следует отрывать сразу.

Корни выкапывают либо ранней весной, либо в момент отмирания наземной части растения, т. е. осенью.

Цветы собирают в начале цветения, их обрывают руками или отрезают ножом. цветоножки следует сразу же удалять.

Травы собирают в начале цветения, отрезая ножом верхнюю часть растения.

Собирать растения следует в сухую солнечную погоду

днем. Желательно делать это на чистых полях, лугах и в лесах, подальше от заводов, электростанций и автомобильных дорог.

Когда следует собирать лекарственные растения

Лекарственные растения (их побеги, листья, плоды, почки и т. д.) следует собирать в определенное время. В зависимости от вида растения его лекарственные свойства проявляются в большей или меньшей степени в разное время, это нужно учитывать при сборе этих растений. Например, корневища аира болотного следует собирать летом с июня по август, а плоды шиповника лучше всего запастись в августе и в октябре. Все эти особенности хорошо описаны в лекарственных сборниках, и при желании об этом можно прочитать. Однако хочется отметить, что лекарственные растения следует собирать, только хорошо зная, как они выглядят, и непременно в отдаленных от населенных мест и магистралей местах. Это достаточно проблематично для городского человека, поэтому проще приобрести лекарственные растения и сборы в аптеке.

Огромное значение для эффективности лечебных свойств растений имеет правильная сушка. Лучше всего растения сушить на свежем воздухе в тени, а корни и корневища, наоборот, на солнце. Не забывайте убирать растения на ночь, что-

бы утренняя роса не подмочила их. Не забудьте перед сушкой перебрать траву. Затем аккуратно разложите ее на бумаге тонким слоем. В процессе сушки следует несколько раз перевернуть растения, только делать это нужно очень аккуратно, чтобы они не рассыпались. Запомните! Нельзя складывать для хранения недосушенные травы, но также нельзя и пересушивать растения (правильно высушенные травы сохраняют свой цвет, запах и вкус). Высушенные травы складывают в чистую и сухую тару. Не забудьте наклеивать этикетку с указанием названия растения и года сбора, так как у каждой части растений имеется определенный срок хранения: корневища и кора годны в течение 5 лет, плоды – 3 года, листья, трава и цветы – 2 года.

Способы приготовления лекарственных средств

Настои можно готовить двумя способами: горячим и холодным. Существует несколько методик приготовления настоев горячим способом.

Во-первых, можно измельчить растения, поместить их в эмалированную посуду. Затем залить горячей водой, закрыть крышкой и поставить на водяную баню на 15 мин. Приготовленный раствор охлаждают в течение 1 ч, затем процеживают через марлю и отжимают осадок. Затем этот раствор доводят кипяченой водой до нужного объема.

Второй способ: траву заливают кипятком, закрывают крышкой и закутывают на 5—6 ч. Затем вытяжку процеживают и отжимают.

Следующий способ — приготовление настоя в термосе. Для этого траву засыпают в термос, заливают кипятком и настаивают в течение ночи.

Можно приготовить настой таким горячим способом: траву заливают кипятком и запаривают в закрытой посуде в течение 30 мин. Затем содержимое процеживают и добавляют к нему сок лимона или мед.

При холодном способе сырье заливают необходимым количеством холодной кипяченой воды и настаивают в течение ночи (или 6—12 ч), фильтруют, отжимают и используют.

Отвар готовят так: траву засыпают в посуду, заливают водой на ночь, а с утра кипятят в течение 5 мин, снимают с огня и оставляют под крышкой на 1 ч. Отвар процеживают и доливают кипяченой водой до нужного объема.

Отвары и настои готовят на 1—2 дня употребления. Хранят их в темном прохладном месте, не допуская попадания прямых солнечных лучей. Если отвар или настой на следующий день нужно пить теплыми, их рекомендуется не подогревать, а разбавлять горячей водой.

Соки получают с помощью пресса или соковыжималки. Их можно пить свежеприготовленными, а можно и консервировать на зиму, хотя при этом теряется значительное количество витаминов и микроэлементов, но тем не менее они

тоже очень полезны.

Для приготовления лечебной ванны 50 г травы заливают 3 л кипятка, настаивают в течение получаса, процеживают и выливают в ванну. Перед ванной рекомендуется вымыться под душем. Лечебная ванна принимается в течение 10—15 мин.

Внимание! Область сердца должна находиться над водой.

Противопоказания к применению некоторых лекарственных растений внутрь

Аир болотный противопоказан при повышенной секреции соляной кислоты в желудке.

Горец перечный нельзя употреблять людям, страдающим гломерулонефритом.

Девясил противопоказан при беременности, а при заболеваниях почек применяется в небольших количествах.

Душицу также нельзя использовать для лечения гастрита беременным женщинам.

Зверобой противопоказан при высоких температурах. Также следует помнить, что при длительном использовании эта трава снижает потенцию у мужчин.

Сок картофеля не рекомендуется людям, склонным к половому возбуждению.

Мелиссу следует избегать гипотоникам.

Плоды можжевельника нельзя использовать людям с заболеваниями почек и водянкой.

При употреблении моркови обратите внимание на то, что позеленевшие участки овоща следует тщательно срезать и не употреблять в пищу.

Морковь отрицательно действует на деятельность сердца.

Мята перечная противопоказана при гипотонии.

Хвощ и шалфей не применяют для лечения гастритов у людей, страдающих заболеванием почек.

Золотой ус

Самой старой аптекой является «зеленая аптека», так как издревле известны растения, оказывающие целебное воздействие на организм.

В настоящее время лекарственных растения и сборы применяются практически при всех видах заболеваний, не исключение и гинекологические заболевания. Известно, что в ряде случаев природный комплекс растений действует более мягко и эффективно, чем извлеченные из него отдельные компоненты, входящие в состав лекарственных фитопрепаратов (биологически активных добавок, витаминов и т. д.). В основном рецепты, применяемые в народной медицине, не противоречат официальной, традиционной медицине. А в ряде случаев большинство врачей настоятельно рекомендуют отдельное применение только лекарственных растений и сборов или в сочетании с медикаментозным и другими методами лечения.

Однако причин развития тех или иных симптомов чрезвычайно много, и зачастую только профессионал сможет решить, какой орган или система организма в конкретном случае нуждаются в коррекции лекарственными препаратами. Поэтому, хотя лечение лекарственными растениями редко дает побочные эффекты, все же существует некоторая опасность самолечения травами и помощь врача-специали-

ста весьма уместна и желательна. В современной медицине уже существуют врачи, специализирующиеся только на лечении травами. К ним направляют на консультацию врачи разных специальностей для индивидуального подбора трав в качестве дополнения к медикаментозному лечению или применения только фитопрепаратов.

Помимо интереса к дикорастущим лекарственным растениям, в современной жизни возрос интерес к лекарственным растениям, которые возможно вырастить дома и применять в дальнейшем для лечения различных недугов. К таким растениям относится золотой ус – очень древнее растение. Применяется оно с лечебной целью очень давно.

Золотой, или китайский, ус, венерин волос, домашний женьшень, кукурузка – это все названия одного растения, которое уже около 100 лет люди выращивают в комнатных условиях и применяют в лечебных целях при различных заболеваниях. На настоящий момент выпущено достаточно много изданий о лечебных действиях данного растения при различного рода заболеваниях организма. В этой книге мы поподробнее остановимся на применении этого замечательного растения при лечении заболеваний женских половых органов.

Родина этого растения – Мексика. Выглядит это растение очень оригинально. В домашних условиях данное растение не вырастает до возможных размеров дикорастущих растений этого рода (достигают 2 м высотой). Растение состоит

из стебля и листьев, расположенных вокруг стебля в строгом порядке, в виде «суставчиков». Пригодным для применения с лекарственной целью растение становится тогда, когда на отростках стебля образуется не менее 9 «суставчиков», которые в процессе роста становятся фиолетовыми. Если побеги остаются зелеными, лечебный эффект растения сильно снижается. Цветки золотого уса мелкие, менее 1 см в диаметре, они обладают тонким ароматом.

Лечебное действие золотого уса основано на биологической стимуляции всех защитных сил организма. Это растение помогает организму самому бороться с недугом. Лечебное действие золотой ус оказывает при любых видах заболеваний. В одних случаях происходит полное выздоровление, в других (при тяжелых хронических заболеваниях, врожденных пороках развития) улучшается самочувствие и продлеваются годы жизни больного.

Полезные вещества, содержащиеся в золотом усе

Свежевыжатый сок из побегов этого растения богат большим количеством *флавоидов* и *фитостеролов* — веществ, которые оказывают стимулирующий биологический эффект в борьбе с заболеванием в организме. Эти вещества используются также в фармацевтической промышленности, они входят в состав антисептиков, широко применяются в лечеб-

ных косметических препаратах.

Сок данного растения содержит 2 вида флавоидов: кварцетин и кемпферол.

Кварцетин обладает противоопухолевым действием, оказывает расслабляющее действие на мышечные органы (матку), является антиоксидантом (применяется в борьбе со старением), и мочегонным эффектом. Исходя из этих свойств применение этого растения целесообразно при онкологических заболеваниях, аллергиях, кровоизлияний в сетчатке, нарушениях микроциркуляции органов и т. д.

Кемпферол обладает тонизирующим, укрепляющим стенку капилляров эффектом, противовоспалительным действием. Поэтому хороший результат отмечается при применении данного растения при воспалительных заболеваниях половых органов, обильных менструальных кровотечениях, заболеваниях мочевыделительной системы.

Следующим полезными веществами, входящими в состав сока из золотого уса, являются **стероиды**, выполняющие в организме функцию биологических регуляторов. К стероидам относятся витамины группы Д, желчные кислоты, стероидные гормоны. Поэтому-то данное растение используется при нарушениях гормональной функции женщины.

β -ситостерол является фитостероидом, применение его благоприятно сказывается при нарушениях обмена веществ, эндокринных заболеваниях и т. д.

В соке этого растения также обнаружены: **хром, никель,**

железо, медь – необходимые для женского организма элементы.

4. Врожденные заболевания и пороки развития

Чаще всего врожденные пороки развития формируются в эмбриональном периоде, связаны с генетическими нарушениями и развиваются в постнатальном периоде (после рождения). На сегодняшний момент частота встречаемости такой патологии возрастает (составляет 2—3 %).

Следует отметить, что отдельно встречающаяся аномалия развития половых органов очень редко встречается без сопутствующей аномалии мочевыводящей системы, так как формирование и развитие органов этих двух систем происходит в тесной взаимосвязи.

Причинами неправильного (аномального) развития половых органов являются не только генетические нарушения у зародыша, но и вредные (тератогенные) факторы, изменяющие генетический материал эмбриона, влияющие на эмбрион еще в утробе матери. Эти факторы влияют уже на сформировавшиеся органы в утробе плода и даже после его рождения.

Вредные тератогенные факторы можно разделить на внешние и внутренние.

К внешним относятся: ионизирующее излучение; внутриутробные инфекции; лекарственные средства, особенно гор-

мональные; химические вещества (при работе на вредных производствах, например); неправильное и нерациональное питание (недостаточное поступление питательных веществ, витаминов и микроэлементов) и др. Все эти факторы приводят к нарушению метаболических процессов в клетках и нарушениям процессов клеточного деления.

Пороки развития половых органов могут быть:

- 1) легкими, не влияющими на функциональное состояние половых органов;
- 2) средними, нарушающими функцию половых органов, но допускающими возможность деторождения;
- 3) тяжелыми, полностью исключающими возможность выполнения детородной функции.

Пороки развития могут отмечаться в яичниках, маточных трубах, влагалище, матке.

Пороки развития влагалища

Аплазия влагалища (синдром Рокитанского – Кюстнера) является одной из самых часто встречающихся аномалий развития. Характерным является заращение влагалища. Проявляется данная аномалия аменореей (как истинной, так и ложной – менструации есть, а кровь скапливается в полости матки и брюшной полости). Половая жизнь при этом нарушена или невозможна. Достаточно часто аплазия влагалища сочетается с задержкой развития матки, труб, яичников.

Пороки развития матки

Пороки развития матки, возникающие после рождения ребенка (в постнатальном периоде), проявляются гипоплазией (изменением в эндометрии матки), недоразвитием – инфантилизмом, что сочетается с аномальным расположением матки в полости малого таза. Матка при вышеуказанных пороках развития уменьшена в размерах, шейка ее более длинная или соответствует размерам матки. В зависимости от степени выраженности недоразвития и гипоплазии отмечается или аменорея, или альгодисменорея.

Существуют пороки, формирующиеся в эмбриональный период (при генетических изменениях), чаще всего такие пороки комбинированные – сочетаются с пороками влагалища. Наиболее выраженной формой порока развития является наличие совершенно самостоятельных двух половых органов: двух маток (каждая с одной трубой и одним яичником), двух шеек и двух влагалищ. Встречается такой порок крайне редко. Чаще отмечается удвоение влагалищ с заращением одного, при этом между матками имеются связи. Иногда полость одной из таких маток слепо заканчивается, а ее шейка и второе влагалище отсутствуют – имеется удвоение матки, но одна из них в виде рудимента. Чаще встречается такая аномалия развития, как двурогая матка – имеются разделение в области тела матки и плотное соединение в области

шейки матки. Такая матка может быть с двумя шейками. В свою очередь двурогость может быть выражена незначительно, например лишь в области дна, где образуется углубление. Такая матка называется седловидной. Седловидная матка в свою очередь может иметь полную перегородку, распространяющуюся на всю полость, или частичную – в области дна или шейки. В последнем случае наружная поверхность матки не отличается от нормальной матки.

Иногда при удвоении матки и влагалища может отсутствовать какая-либо симптоматика вследствие их достаточного развития, поэтому менструальная функция может не нарушаться.

Пороки развития маточных труб

Проявляются аномалии труб их недоразвитием, очень редко встречается аномалия с их заращением, рудиментарными отростками, добавочными ветвями или добавочной трубой.

Пороки развития яичников

Чаще всего данные аномалии развития обусловлены генетическими изменениями и сопровождаются аномалиями развития других органов репродуктивной системы.

Пороки развития яичников связаны с дискинезией гонад в генотипе. Эти нарушения проявляются в трех вариантах: чистая форма, смешанная и синдром Шерешевского – Тернера. Подробнее данные пороки развития описаны в разделе «Нарушения менструального цикла».

Лечение всех пороков развития, как правило, оперативное. При заращении влагалища при невозможности пластики измененных тканей выполняется создание искусственного влагалища из кожного лоскута, участков тонкой и сигмовидной кишок. Наличие перегородок в матке создает необходимость их иссечения, в остальных случаях более серьезные пороки развития матки требуют индивидуального подхода. При пороках яичников в свою очередь требуется длительное или пожизненное применение гормонотерапии.

Пороки развития наружных половых органов

Данные виды пороков развития развиваются как проявления гермафродитизма.

Истинный гермафродитизм характеризуется наличием половых желез и женских и мужских (яичника и яичка). Тем не менее даже при наличии такой аномалии обычно элементы мужской железы не функционируют (вследствие отсутствия процесса сперматогенеза – синтеза сперматозоидов).

Псевдогермафродитизм – это аномалия, при которой отмечается несоответствие строения половых органов имеющимся половым железам. Женский гермафродитизм проявляется тем, что при наличии яичников, матки и влагалища наружные половые органы по строению напоминают мужские (выраженность этого сходства различна).

Различают наружный, внутренний и полный (наружный и внутренний) женский псевдогермафродитизм.

Наружный женский гермафродитизм характеризуется увеличением клитора и наличием сращения больших половых губ по средней линии, клитор напоминает мошонку. При этом выражены яичники, матка, трубы и влагалище.

При внутреннем гермафродитизме наряду с выраженными внутренними половыми женскими органами имеются выводные протоки семенников и парауретральные железы – го-

мологи предстательной железы.

Крайне редко встречается полный женский гермафродитизм.

Врожденные заболевания, нарушающие функцию репродуктивной системы, но не имеющие выраженных анатомических дефектов половых органов, как правило, проявляются той или иной формой нарушений менструального цикла. Данные виды патологии подробно описаны в следующем разделе – «Нарушения менструального цикла».

5. Нарушения менструального цикла *(клиника, профилактика и лечение)*

Все расстройства менструальной функции у женщин можно условно объединить в понятие «дисфункциональные маточные кровотечения». Кровотечения могут быть циклическими (ежемесячными) – соответствовать менструальному циклу. Но сами месячные при этом обильные или, наоборот, скудные. Могут также беспокоить длительные (более 6—7 дней) выделения крови во время месячных. Однако женщину чаще всего беспокоит отсутствие месячных по несколько месяцев. Такие месячные называются ациклическими. Месячные при этом могут быть редкими с промежутками от 36 дней до 3 месяцев или, наоборот, более частыми, возникает укорочение длительности менструального цикла (до 21 дня и менее).

Выделяются также болезненные менструации – альгодисменорея и метроррагия (ациклические кровотечения) и возникновение кровотечений между менструациями.

Причины, приводящие к развитию нарушений в менструальной функции у женщины, чрезвычайно многообразны:

- 1) в первую очередь к причинам можно отнести аномалии

развития половых органов (врожденные нарушения) или нарушение в гормональной функции организма женщины;

2) воспалительные заболевания внутренних половых органов женщины;

3) новообразования: например, при миоме (опухоли) матки кровотечение является главным симптомом.

4) причины, связанные с заболеваниями внутренних органов (тяжелых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, гепатите, заболеваниях почек и т. д.), которые приводят к ослаблению и зачастую истощению резервных возможностей организма и, как следствие, нарушению менструальной функции;

5) тяжелые интоксикации различными ядами.

Однако более правильно определить нарушения менструальной функции как патологию, обусловленную нарушением ритмической секреции гормонов яичника (гипофиза) и не связанную с органическими заболеваниями половых органов, нарушением кроветворения или системными заболеваниями организма.

Аменорея

Понятие «аменорея» описывает отсутствие менструаций в течение 6 месяцев и более у женщин старше 18 лет. Различают *первичную аменорею* – полное отсутствие менструаций у женщины на протяжении предшествующей жизни, и *вторичную аменорею* – прекращение менструаций после того как они уже были.

Однако, помимо этих видов аменореи, можно выделить отдельный вид – отсутствие менструаций при наличии циклических процессов в матке и яичниках при врожденных пороках развития половых органов. К таким врожденным аномалиям можно отнести заращение или отсутствие влагалища, заращение маточного зева. Такие нарушения также могут возникнуть после массивных гнойно-воспалительных заболеваний внутренних половых органов, в результате чего образовавшиеся спайки и рубцы мешают прохождению менструальной крови. Единственным выходом в данной ситуации является хирургическое рассечение спаечного процесса или восстановление нормального строения влагалища при врожденных пороках развития.

Периодические циклические кровотечения из экстрагенитальных (не относящихся к половым органам женщины) органов при аменорее (отсутствии менструаций) у женщин называются викарными менструациями. Женщины перед та-

кой менструацией отмечают тянущую боль в низу живота и в области поясницы. При викарных менструациях отмечается понижение свертываемость крови, повышение проницаемости сосудов. Возможны викарные менструации из послеоперационного рубца, связанные с наличием наружного эндометриоза, возникающего самостоятельно или вторично после операций на матке (кесарева сечения, удаления матки). Эндометриоз – заболевание, характеризующееся возникновением очагов эндометриодной ткани матки (слизистой оболочки) в других органах половой сферы (трубах, яичниках, влагалище) или брюшине.

К факторам, вызывающим развитие аменореи, можно отнести следующие:

- 1) инфекционные заболевания половых органов или других органов организма;
- 2) опухолевый процесс в яичниках, матке, гипофизе;
- 3) генетические аномалии, приводящие к нарушению синтеза гормонов или других соединений, необходимых женскому организму;
- 4) хроническая или острая интоксикация ядами или лекарственными препаратами;
- 5) психические заболевания и травмы головного мозга.

Тем не менее основной причиной нарушения менструальной функции у женщины являются нарушения системы гормональных взаимодействий «гипоталамус – гипофиз – яич-

ники – матка». В зависимости от уровня поражения в этой системе можно выделить аменорею гипоталамическую, гипофизарную, яичниковую и маточную, а также аменорею, обусловленную первичной патологией некоторых периферических эндокринных желез (коркового вещества надпочечников, щитовидной железы). В любом организме существует тесная взаимосвязь в работе желез внутренней секреции и органов в целом, поэтому неудивительно, что при поражении какого-либо органа или эндокринной железы проявляются те или иные изменения в работе других органов и систем. Следует отметить, что структура женского организма очень сложна из-за наличия множественных взаимодействий между органами и системами. В результате этого так много причин, вызывающих возникновение нарушений нормальной репродуктивной функции организма женщины.

Гипоталамическая аменорея

Развитие такого вида аменореи связано с нарушениями в функции гипоталамуса, а также может быть симптомом ряда заболеваний этого органа. Причинами развития нарушений в гипоталамусе могут быть психогенные факторы, алиментарные, перенесенные нервные и психические заболевания, хронические интоксикации организма. Отсутствие менструации длительное время – иногда один из первых признаков опухолевого процесса в гипоталамусе. К гипоталамической

аменорее относят многие врожденные и приобретенные болезни женщины (к примеру, опухолевые процессы в гипоталамусе).

Психогенная аменорея связана с переживаемыми женщиной переживаниями и стрессами. Чаще проявляется у женщин с поздним возникновением менархе (первой менструации) и отстающих в половом развитии. К этой форме аменореи могут привести сильный испуг, тяжелые длительные переживания. Механизм развития данного вида аменореи развивается в результате чрезмерной секрецией адренокортикотропного гормона надпочечниками. Этот гормон оказывает блокирующее действие на синтез гормонов гипоталамуса. Поэтому происходит торможение секреции лютеинизирующего (ЛГ) и фолликулостимулирующего гормонов (ФСГ), в результате чего фолликулы яичника не созревают и циклическая деятельность в матке отсутствует.

Длительное воздействие на девочек психогенных факторов, вызывающих первичную аменорею, может привести к тяжелым дистрофическим изменениям в яичниках и матке. Поэтому необходимо применение соответствующей терапии, в частности гормональной, для стимуляции развития деятельности яичников и матки. В лечении данного вида аменореи важное значение принадлежит общеукрепляющим средствам (витаминам и физиотерапевтическим методам), а также успокаивающей терапии. К таким средствам относят многие лекарственные растения и сборы. При отсутствии

эффекта, особенно при первичной аменорее и недоразвитии половых органов, целесообразно применение гормональной терапии, направленной на стимуляцию роста матки.

Как отдельный вид психогенной аменореи можно выделить аменорею при ложной беременности. Такое состояние возникает у мнительных и эмоциональных женщин с огромным желанием иметь ребенка или при постоянном страхе забеременеть. Помимо аменореи, у таких женщин могут наблюдаться нагрубание молочных желез, прибавка масса тела вследствие отложения жира. Поставить достоверный диагноз можно после наружного и вагинального осмотра: матка у таких женщин не увеличена, экспресс-тест на беременность отрицательный, при длительном отсутствии менструаций не пальпируются крупные части плода. Для уточнения диагноза в некоторых случаях выполняется ультразвуковое исследование матки. Обычно женщинам с ложной беременностью не требуется гормональной терапии. Лечение в данном случае сводится к применению седативных средств (в большинстве случаев применяются лекарственные травы и сборы, реже более сильные медикаментозные препараты). В тех случаях, когда улучшения от проводимой терапии не отмечается, применяется гипноз. Как правило, менструальный цикл восстанавливается в течение 1—3 месяцев.

Также к разновидностям психогенной аменореи относят отказ от приема пищи – нервное голодание. Встречается такой вид аменореи прежде всего у девушек и женщин моло-

дого возраста, чаще после психической травмы, умственно-го или психического перенапряжения, вследствие самолечения голодом, бесконтрольного приема препаратов, понижающих аппетит, и т. д. В таких случаях наряду с потерей массы тела, истощением женщины, снижением артериального давления возникает первичная или вторичная (отмечается намного чаще) аменорея. Такое состояние сопровождается нарушениями в строении в матке (уменьшается размер матки, все функциональные слои в матке истончаются), уменьшением синтеза гормонов (в первую очередь эстрогенов). Для лечения используются парентеральное питание (внутривенное введение питательных для организма веществ), витаминные препараты, средства, успокаивающе действующие на нервную систему (очень часто это лекарственные растения, как и при других видах психогенной аменореи). При отсутствии менструаций после 3—4 месяцев общей терапии назначается гормональная терапия на 2—3 курса по циклической схеме.

Опухолевые процессы гипоталамуса могут проявиться нарушением менструального цикла, такое проявление еще называют адипозогенитальным синдромом. Развитие данного синдрома (а следовательно, опухолевого процесса в гипоталамусе) чаще всего встречается еще до наступления полового созревания организма. Характерными проявлениями данного синдрома являются ожирение, недоразвитие или атрофия половых желез (яичников) и задержка роста (у детей).

Развитие данного синдрома может быть вызвано не только опухолевыми процессами в гипоталамусе, но, к сожалению, и воспалительным процессом, а также перенесенными в детстве тяжелыми инфекционными заболеваниями.

Само заболевание прогрессирует очень медленно, что обуславливает длительное отсутствие симптомов данного процесса.

Основным симптомом можно назвать усиленное накопление подкожно-жировой клетчатки в области живота, таза, бедер и грудных желез. У таких больных круглое лицо, масса превышает норму в этом возрасте на 10—15 кг. Кожа мягкая, часто имеет мраморный вид. Волосы на лобке и в подмышечной впадине очень редки или отсутствуют. Наружные половые органы недоразвиты, влагалище узкое, матка значительно уменьшена в размерах. Диагностика данного процесса осуществляется с помощью применения дополнительных методов исследования. При опухолевой природе заболевания выполняется рентгеновский снимок головного мозга. Очень помогает в диагностике этого заболевания исследование крови на половые гормоны. При данном процессе концентрация всех половых гормонов снижена.

Также с изменениями в структуре гипоталамуса связана аменорея при синдроме Лоренса – Муна – Барде – Бидля. Данная патология является врожденной и передается по наследству. По клиническому проявлению очень похожа на течение адипозогенитального синдрома. Однако для этой

врожденной патологии характерно еще наличие умственной отсталости и пороков развития (полидактилии – шесть пальцев на руке и др.).

Лечение аменореи при изменениях структуры гипоталамуса зависит от причины, вызвавшей эти структурные изменения в гипоталамусе. При опухолевой природе заболевания необходимо хирургическое лечение в сочетании с комплексной терапией, направленной на нормализацию массы тела и функции половых органов. В целях снижения массы тела хороший эффект отмечается от применения диеты: необходимо употребление ограниченного количества жиров, углеводов, жидкости и поваренной соли в сочетании с лечебной физкультурой. Для нормализации репродуктивной функции применяется гормональная терапия.

Следующая патология, приводящая к нарушению менструальной функции женщины, – синдром галактореи и аменореи. Изначально данное заболевание считалось осложнением послеродового периода, затем было обнаружено возникновение тех же симптомов после психических травм, при опухолях гипоталамо-гипофизарной области у нерожавших женщин. Возникновение данных проявлений зафиксировано также после длительного приема гормональных контрацептивов, некоторых лекарственных препаратов.

В основе развития данного синдрома галактореи и аменореи лежит функциональное или органическое поврежде-

ние центров гипоталамуса, регулирующих выработку гипофизом пролактина. При нарушении процессов выработки гормона, контролирующего выработку пролактина, отмечается повышенное его выделение, что в свою очередь вызывает угнетение секреции фолликулостимулирующего гормона, отсюда и возникают аменорея и атрофические изменения в половых органах.

Диагностируется данный синдром достаточно просто – исследованием сыворотки крови на концентрацию пролактина.

Лечение заболевания также зависит от причины, вызвавшей заболевание. Так, при опухолевом процессе показано хирургическое или лучевое лечение. В остальных случаях назначается терапия специальными препаратами, снижающими концентрацию и синтез пролактина в организме.

К гипоталамической форме аменореи относится также редко встречающаяся патология – синдром Морганьи – Стюарта – Мореля, для которого характерны следующие проявления – ожирение и вирилизм (проявление мужских половых признаков). До конца причины развития заболевания не известны.

Заболевание, как правило, возникает поздно, в 35—40 лет, аменорея вторичная. Симптоматика заболевания проявляется резкой головной болью, судорожными припадками; часты нарушения психики.

Окончательный диагноз устанавливается после рентгено-

логического исследования. Лечение симптоматическое, т. е. направлено на купирование возникших в данный момент симптомов. Гормональная терапия в этом возрасте не применяется.

Гипофизарная аменорея

Аменорея, связанная с недостаточностью функции гипофиза, может возникать при гипофункции всей передней доли гипофиза, продуцирующей кроме гонадотропных гормонов соматотропин, адренокортикотропный гормон, тиреотропин (отвечающий за нормальное функционирование щитовидной железы). Следует отметить, что не всегда отмечается аменорея с нарушением синтеза всех гормонов гипофиза. Развитие аменореи может быть обусловлено выпадением только гонадотропной секреции при сохранившейся продукции других гипофизарных гормонов.

Нарушение менструальной функции может происходить также при гиперсекреции одного или нескольких гормонов гипофиза.

В зависимости от времени повреждения гипофиза аменорея может быть первичной (при врожденном заболевании или развития его в детском возрасте) или вторичной (в случаях развития болезни в зрелом возрасте).

Снижение функции гипофиза может проявляться в виде гипофизарного нанизма, характеризующегося задержкой

роста организма в длину. Часто это патология врожденная. Преобладает дефицит соматотропного гормона, хотя продукция остальных гормонов передней доли также резко снижена.

Лечением гипопизарного нанизма занимается врач-эндокринолог. Лечение в первую очередь направленное на увеличение роста больной, а затем уже на нормализацию менструального цикла.

Развитие недостаточной функции гипофиза во взрослом возрасте именуется синдромом Шехана. Данный синдром возникает после родов или абортв, осложнившихся обильной кровопотерей или сепсисом. Непосредственной причиной заболевания является нарушение кровообращения в области гипофиза, а так как его клетки очень чувствительны к нехватке кислорода, они в первую очередь поражаются. В зависимости от того, какая часть гипофизарной ткани поражена, признаки заболевания могут быть явными или стертыми.

Наиболее ранним признаком заболевания является отсутствие лактации (выработки молока в молочных железах) или ранее исчезновение молока. Менструации или не появляются (вторичная аменорея), или скудные и нерегулярные. Как правило, в дальнейшем нарастает слабость, потеря массы тела. В дальнейшем отмечаются изменения в половых органах, уменьшение размеров матки и яичников, выпадение волос в подмышечных впадинах и на лобке, а иногда и на голове. При исследовании уровня гормонов в крови определяется

резкое снижение количества половых гормонов.

В более поздней стадии заболевания наблюдается нарушение функции других желез внутренней секреции, зависящих от гормонов гипофиза. Например, снижается функция коркового вещества надпочечников, что проявляется повышенной утомляемостью, гипотонией. Уменьшение продукции тиреотропного гормона вызывает гипотиреоз, клинические проявления сводятся к появлению апатии, вялости, сонливости. Снижается основной обмен в организме и накопление йода в щитовидной железе.

Стертая форма синдрома Шихана характеризуется всеми вышеперечисленными симптомами, которые в значительно меньшей степени выражены.

Синдром Шихана необходимо дифференцировать с болезнью Симмондса, встречающейся очень редко и обусловленной чаще всего опухолью гипофиза или повреждением гипоталамуса. Болезнь Симмондса характеризуется прогрессирующим истощением, упадком сил.

Для лечения синдрома Шихана используются гормональные препараты, очень важно полноценное питание, содержащее достаточное количество витаминов и поваренной соли. Гормональная терапия, проводимая 3—4 месяца в год, улучшает состояние половых органов, хотя обычно овуляторный цикл не восстанавливается. Несмотря на то что функция передней доли гипофиза при синдроме Шихана не нормализуется, правильно применяемая заместительная терапия при-

водит к восстановлению нормального самочувствия женщины. Также для улучшения общего самочувствия, снижения всех симптомов данного заболевания целесообразно периодическое применение курсов фитотерапии и физиотерапевтических методов лечения.

Гипофизарный евнухоидизм возникает во время полового созревания, характеризуется полным выпадением гонадотропной функции гипофиза. Отмечается недоразвитие половых органов и недоразвитие пропорций тела.

Заболевание обычно возникает после инфекционных заболеваний или черепно-мозговых травм. Результаты лабораторных исследований крови у данных больных отмечают значительное снижение гормонов гипофиза, а также эстрогена и прогестерона – половых гормонов.

Лечение направлено на ликвидацию полового недоразвития половых органов и признаков, для чего рекомендуется сочетание гонадотропных и половых гормонов.

Аменорея, обусловленная увеличенной продукцией одного из гормонов передней доли гипофиза, встречается при акромегалии и гигантизме, что связано с большим количеством соматотропного гонадотропина. Заболевание возникает при опухоли передней доли гипофиза, реже – при воспалительных поражениях или травмах гипофиза.

Если заболевание начинается в пубертатный период (в период полового созревания), до окончательного окостенения

эпифизарных зон, то у больных отмечается пропорциональное увеличение роста. В таком случае аменорея бывает как первичной, так и вторичной.

При развитии заболевания после 20 лет возникают акромегалия, а аменорея чаще вторичная. Клинически для этого заболевания характерно диспропорциональный рост костей и некоторых органов и частей тела: кости черепа утолщаются, резко увеличены нижняя челюсть и надбровные дуги, увеличиваются в размерах нос, язык, уши, внутренние органы. Признаками заболевания являются утолщение костей кистей стоп, нарушение прикуса, головную боль, слабость, легкую утомляемость. Для правильной диагностики большое значение имеет рентгенологическое обследование черепа, показывающее увеличение размера турецкого седла в случае опухоли. В лабораторных показателях обнаруживается снижение секреции эстрогенов.

Акромегалию и гигантизм нужно не путать с наследственным гигантизмом (синдромом Марфана), который встречается очень редко. Этот синдром наследственный, женщины с этим синдромом отличаются высоким ростом. Синдром сочетается с пороками сердечно-сосудистой системы, вывихом хрусталика, слабым развитием мышечной системы, «паукообразными» пальцами.

Лечение акромегалии проводится в эндокринологическом стационаре. Опухолевый процесс необходимо удалить хирургическим путем. Гормональная терапия включает эст-

рогенные препараты, которые останавливают рост опухоли.

При болезни Иценко – Кушинга, обусловленной поражением гипоталамо-гипофизарной области, также отмечается нарушение менструальной функции. Данное заболевание встречается в возрасте 20—40 лет, часто после патологических родов.

Сопровождается значительным ожирением (преимущественно лица и туловища), вторичной аменореей, а также гипертонией (повышением артериального давления), головной болью, часто – повышенным количеством волос на теле.

Лечение болезни Иценко – Кушинга проводится в эндокринологических стационарах специальными препаратами, уменьшающими выработку гормонов. При отсутствии должного эффекта целесообразно применение лучевой терапии на гипоталамо-гипофизарную область. В тяжелых случаях применяется оперативное лечение.

Яичниковая аменорея

Данный вид нарушения менструальной функции возникает при отсутствии нормальной гормональной функции яичников, в то время как функция гипофиза и гипоталамуса сохранена в полном объеме.

Нарушения могут быть связаны с различными причинами. Врожденное нарушение в структуре яичников (чаще все-

го генетически обусловленном), а также возникновение нарушений до наступления полового созревания приводят к возникновению первичной аменореи (менструальная функция при этом даже не начиналась – месячных не было ни разу). Среди врожденных форм первичной аменореи наиболее распространена аменорея в виде синдрома Шерешевского – Тернера, реже встречаются хромосомные нарушения в чистом виде и смешанная форма хромосомных нарушений.

Синдром Шерешевского – Тернера встречается в 1—2 случаях на 3000 новорожденных девочек. Признаки заболевания обнаруживаются у ребенка с рождения: дети отличаются малым ростом и массой тела, у них бочкообразная грудная клетка, короткая и широкая шея, птоз (опущение верхнего века), высокое верхнее небо, низкое расположение ушей. Отмечаются частые дефекты развития внутренних органов.

Во взрослом возрасте рост таких женщин не превышает 140 см. Резко выражены признаки полового недоразвития – вторичные половые признаки и молочные железы отсутствуют, влагалище и матка недоразвиты, очень низкая экскреция эстрогенов с резким увеличением содержания в крови гормонов гипофиза.

«Чистая» форма дисгенезии гонад представляет собой синдром, выражающийся в резко выраженном недоразвитии половых органов и организма в целом, при этом другие аномалии характерные для синдрома Шерешевского – Тернера

отсутствуют, Встречается намного реже предыдущего заболевания.

«Смешанная» форма дисгенезии гонад также встречается очень редко, характеризуется интерсексуальным (наличием и женских, и мужских признаков) строением наружных половых органов, наличием недоразвитых матки и влагалища. На месте яичников при такой патологии с одной стороны располагается – рудиментарный яичник, а с другой – яичко. Часто у таких больных развиваются опухоли половых желез. При половом созревании преобладают признаки, характерные для мужского фенотипа.

Лечение дисгенезии гонад представляет собой трудную задачу и зависит от возраста больной и формы заболевания.

До полового созревания терапия направлена на увеличение роста больной (при синдроме Шерешевского – Тернера), что достигается применением гормональной терапии. Во взрослом возрасте терапия направлена на развитие вторичных половых признаков, в этой ситуации применяются половые гормоны (эстрогены). При смешанной форме дисгенезии половых желез еще до полового созревания необходимо оперативное лечение с пластикой половых органов. Опухоли яичников удаляются хирургическим путем с последующим гормональным лечением. Однако следует отметить, что терапия строго индивидуальна и подбирается эндокринологом и гинекологом совместно.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.