

консультациях г. Гродно. Анкета состояла из 74 вопросов, из которых нами оценивалась часть, относящаяся к ЭГП и факторам риска.

Результаты: 13% проанкетированных являются сельскими жительницами, 43% - пенсионеры. 40% женщин связывают свою работу с подъемом тяжести массой от 10 кг до 65 кг. В юности 23% женщин занимались спортом (легкой атлетикой). 70% проанкетированных имеют урогенитальные расстройства различной степени тяжести. В анамнезе большинства опрошенных имеется по 1-3 родов, проведенных через естественные родовые пути; самопроизвольные выкидыши были у 11% женщин; медицинские аборт - у 66.7% опрошенных. При родах имелись разрывы: шейки матки - 24.7%, влагалища - 22.2%, промежности - 24.7%. Эпизиотомия выполнена у 19.8% женщин. Данные по экстрагенитальной патологии представлены в таблице.

<i>Экстрагенитальная патология</i>	<i>%</i>	<i>Генитальная патология</i>	<i>%</i>
Сердечно-сосудистая система	59.3	Эрозия шейки матки	60.5
Пищеварительная система	51.9	Миома матки	30.9
Варикозная болезнь	48.1	Кисты яичников	19.8
Дыхательная система	20.0	Выпадение (опущение) матки	18.5
Эндокринная система	20.0	Воспалительные процессы	18.5
Мочевыделительная система	20.0		
Нервная система	11.0		
Грыжи живота	11.0		
Травмы спинного мозга	9.0		
Сахарный диабет	5.5		

Постменопауза наблюдается у 67.9% опрошенных, из них 80% жалуются на приливы, потливость, сердцебиения. Сухость, жжение, зуд во влагалище отметили 27.8% пациенток; дискомфорт при половых контактах - 13% опрошенных.

Выводы: представленные данные являются частью проводимого эпидемиологического исследования. На основании полученных цифр выяснено, что среди ЭГП ведущее место занимает патология сердечно-сосудистой системы. 2 место - заболевания пищеварительной системы. 3 место - варикозная болезнь.

РАЗВИТИЕ РЕПРОДУКТИВНОЙ СИСТЕМЫ ЖЕНЩИНЫ

Сикерич Т.В.

Гродненский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра анатомии человека

Научный руководитель – к.м.н. Шавель Ж.А.

Формирование репродуктивной системы начинается в антенатальном периоде и продолжается в детском и подростковом возрасте.

Генетическая половая детерминированность реализуется с момента соединения женской, мужской половых клеток - гамет, т.е. с периода зачатия и обусловлена набором половых хромосом, образующихся в зиготе. Первичные половые клетки, возникающие в первые 4-5 недель, дифференцируются в оогонии или сперматогонии, индуцирующие формирование из окружающих соматических клеток мужской или женской гонад. Развитие гонад у женского и мужского эмбриона начинается однотипно, с образованием на медиальной стороне первичной почки половых валиков - будущих гонад. Элементами развивающихся гонад являются гоноциты, которые дают начало оогониям и сперматогониям. Кроме того, на формирование пола оказывают

влияние парагенетические факторы как внутренние (ферментные, гормональные, геномные), так и внешнесредовые (химические, физические, инфекционные).

Следующим этапом полового формирования становится дифференцировка внутренних и наружных гениталий. На ранних стадиях эмбриогенеза (до 6 недель) половая система имеет бисексуальные закладки внутренних и наружных половых органов. Внутренние половые органы дифференцируются на 10-12 неделе внутриутробного периода. Основой их развития являются индифферентные мезонефральные (вольфовы) и парамезонефральные (мюллеровы) протоки.

При развитии плода женского пола вольфовы протоки регрессируют, а мюллеровы дифференцируются в матку, яйцеводы, свод влагалища. Маточные трубы формируются в виде парных образований из не слившихся в верхней трети мюллеровых тяжей, в то время как матка и влагалище образуются при срастании мюллеровых протоков. Завершение формирования матки происходит на 11-й неделе, а разделение на тело и шейку – в конце 40-го месяца внутриутробного развития.

Закладка наружных половых органов происходит в области клоачной перепонки на 5-7 неделе. Дифференциация в соответствии с полом происходит с 3-го месяца внутриутробного периода (женского пола на 17-18 неделе). Основой развития наружных половых органов являются половой бугорок, лабиоскротальные валики и уrogenитальный синус. Специфические женские черты половые органы приобретают уже в 17-19 недель беременности. В этом периоде формируются влагалище, клитор, большие и малые половые губы, преддверие влагалища с отдельными наружным отверстием мочеиспускательного канала и входом во влагалище.

Дальнейшее развитие и феминизация половых органов происходит параллельно с эндокринной активностью желез внутренней секреции.

Знание особенностей физиологии патологии полового развития необходимо для правильной профилактики нарушений репродуктивной функции у женщин.

Литература:

1. Б.И. Баисова, «Гинекология», Москва 2007 г.
2. И.В. Дуда, В.И. Дуда, Вл.И. Дуда, «Гинекология», Минск 2005 г.
3. «Гинекология» (новейший справочник), Минск 2006 г.

ЛИЧНОСТНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПОДРОСТКОВ С НАСЛЕДСТВЕННОЙ ОТЯГОЩЕННОСТЬЮ ПО АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

Сикорская Т.А.

Белорусский государственный медицинский университет, Беларусь

Кафедра физиологии

Научный руководитель - к.м.н., доцент Колесникова М.Л.

Определённый вклад в патогенез артериальной гипертензии (АГ) вносят психоэмоциональные факторы. В доступной литературе малоизученными остаются сведения о психологических характеристиках детей из семей больных АГ.

Целью настоящего исследования явилось изучение личностных особенностей подростков с наследственной отягощенностью по АГ.

Материалы и методы. Нами обследовано 35 подростков с нормальным артериальным давлением, один из родителей которых страдал АГ и состоял на диспансерном учете в городском кардиологическом диспансере. Группу сравнения составили 25 здоровых подростков, однотипных по возрасту и полу, без наследственной отягощенности. Комплекс методик психологического исследования включал в себя стандартизированный многофакторный метод исследования личности