

«Современное состояние проблемы сохранения репродуктивного здоровья молодёжи»

Выполнила Физля Асие Л1-175В



Некоторые биологические показатели нормы для среднего взрослого человека:

- *Частота сердечных сокращений* — 60 – 90 уд./мин.
- *Артериальное давление* — в пределах 140/90 мм. рт.ст.
- *Частота дыхательных движений* — 16 – 18 в минуту
- *Температура тела* — до 37 °С (в подмышечной впадине)

- Важной составляющей понятия "здоровье" является *репродуктивное здоровье*.
- Под репродуктивным здоровьем, в соответствии с рекомендациями Программы действий Международной конференции по вопросам народонаселения и развития (Каир, 1994), подразумевается состояние полного физического и социального благополучия, а не только отсутствие заболеваний репродуктивной системы, нарушения ее функций и/или процессов в ней.

Показатели репродуктивного здоровья:

- количество родов,
- материнская смертность,
- детская (в том числе нео-, пери- и постнатальная) смертность,
- невынашивание беременности,
- аборт: на 100 родов, на 1000 женщин репродуктивного возраста, на 100 живорожденных,
- количество женщин, пользующихся контрацептивами,
- уровень бесплодия,
- количество ИППП/ВИЧ/СПИД,
- репродуктивные потери.

Половая функциональная система

- Функциональная система половой функции – сложная.
- Включает ряд иерархически и последовательно объединенных подсистем.

□ 1. *Основная функциональная система, отвечающая за:*

- возникновение полового влечения;
- направленный поиск партнера.

□ 2. *Подсистема полового акта.*

□ 3. *Ф. С. созревания и рождения плода.*

□ 4. *Ф.С. вскармливания плода.*

□ 5. *Поведенческие функциональные системы родителей, обеспечивающие:*

- заботу;
- сохранение;
- воспитание потомства.

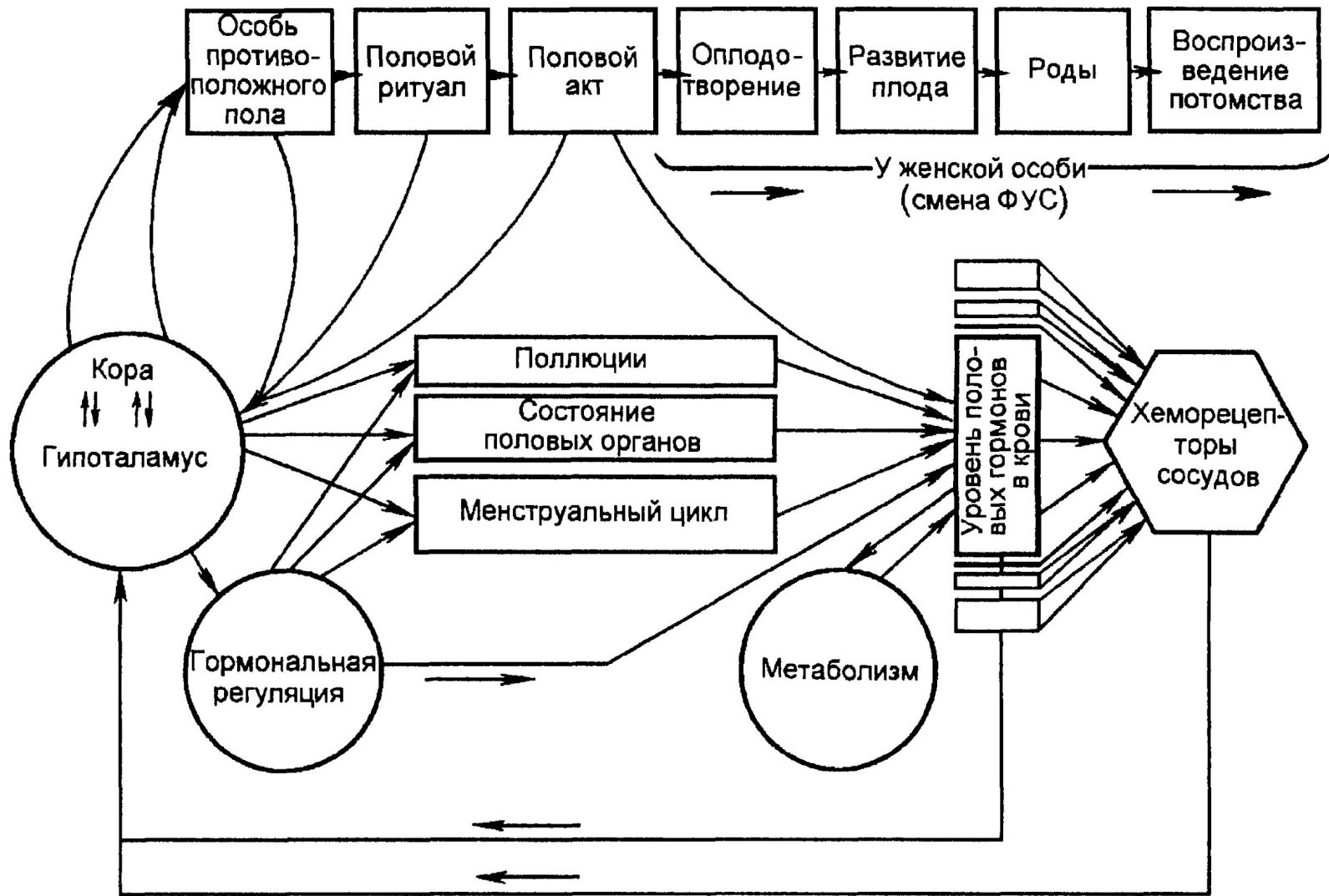


Рис. 33.2. Функциональная система, определяющая половые функции человека.

Формирование репродуктивной системы в онтогенезе:

- **Пол** – понятие комплексное, состоящее из нескольких взаимосвязанных звеньев репродуктивной системы:
 - генетической структуры половой клетки (генетический пол),
 - морфоструктуры гонад (гонадный пол),
 - баланса половых гормонов (гормональный пол),
 - строения половых органов и вторичных половых признаков (соматический пол),
 - психосоциального и психосексуального самоопределения (психический пол),
 - определенной роли в семье и обществе (социальный пол).
- В конечном итоге **пол** - это биологически и социально обусловленная роль субъекта в семье и обществе.

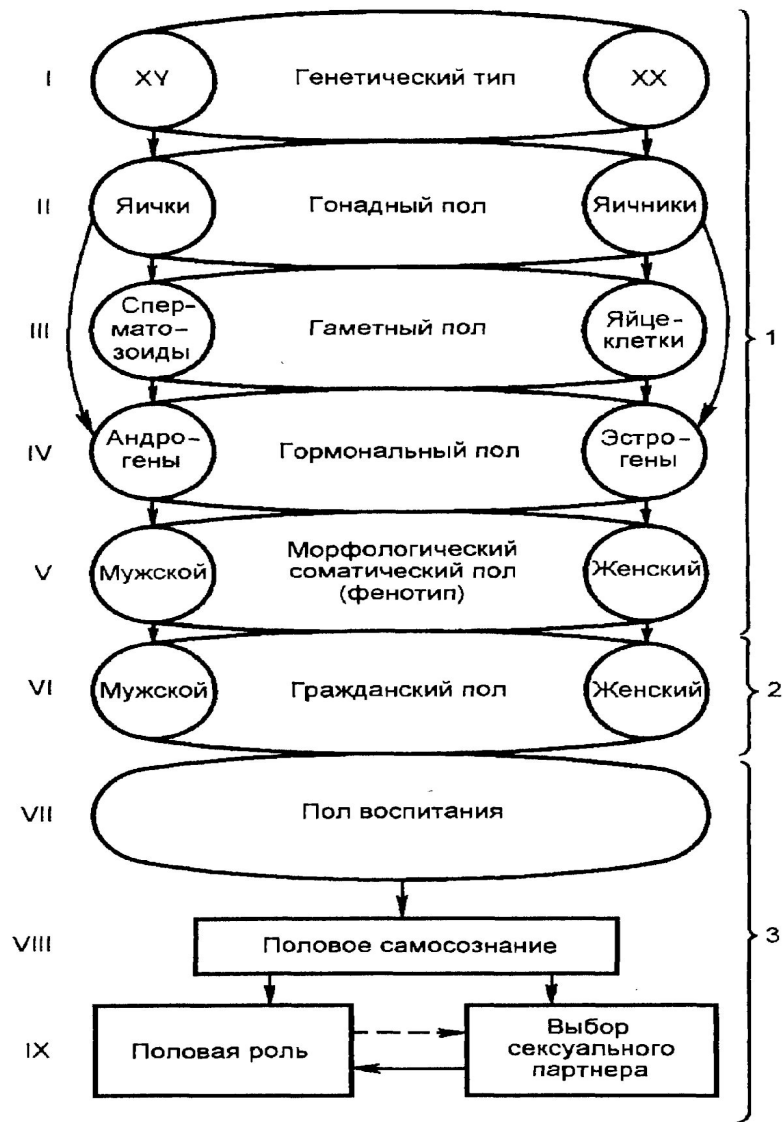
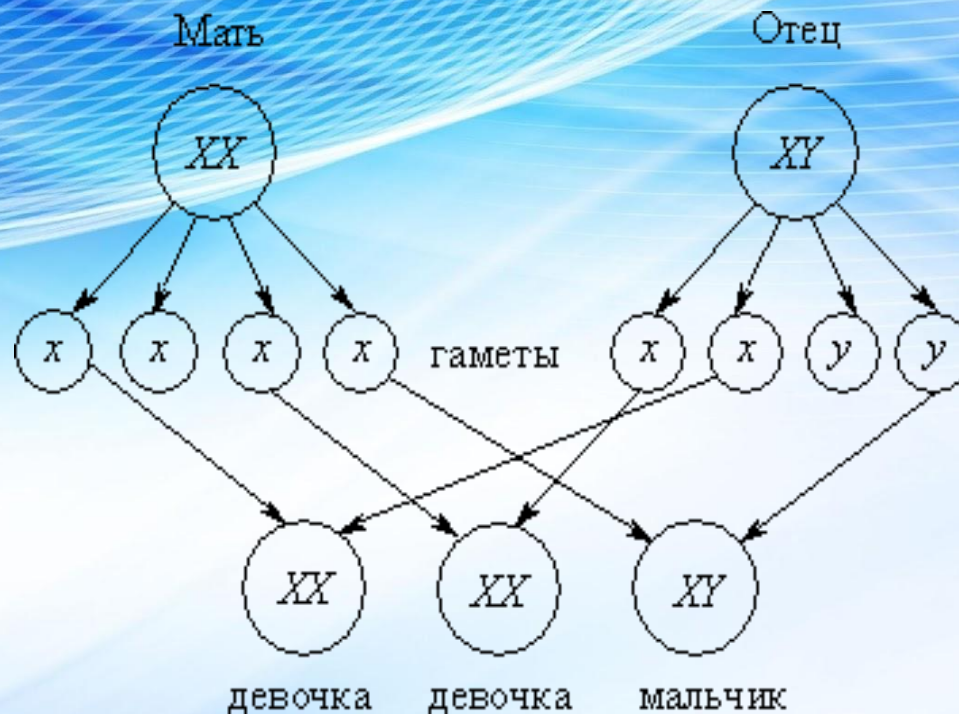


Рис. 33.1. Формирование пола у человека (по Васильченко, 1977).

1 — физикальные детерминанты половой принадлежности; 2 — промежуточная (первая конвекционная) детерминанта; 3 — социально-психологические детерминанты.

I этап:

- Пол будущего организма предопределяется в момент оплодотворения и зависит от сочетания в зиготе половых хромосом: XX набор соответствует женскому, XY – мужскому полу.



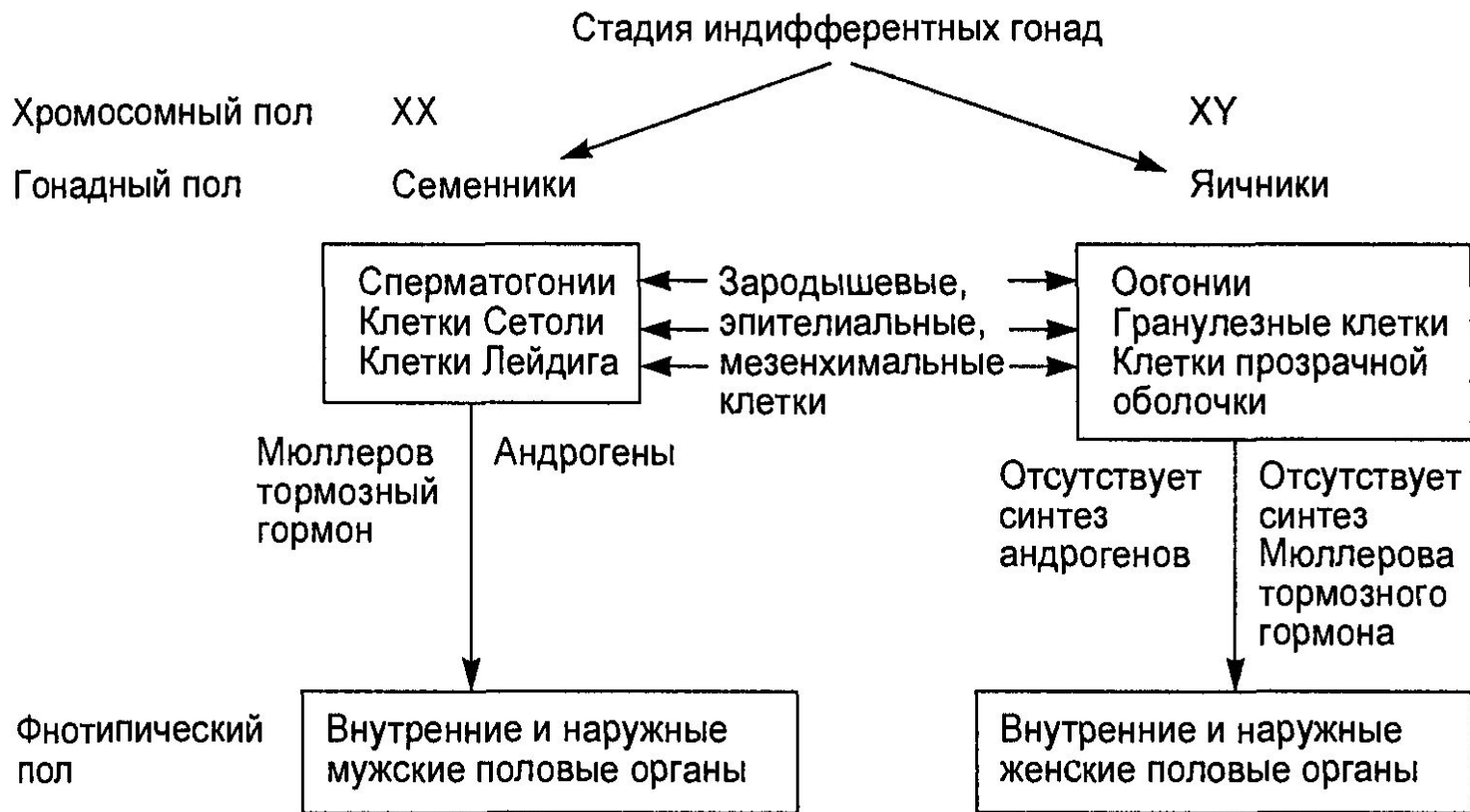


Рис. 16.2. Половая дифференциация человека.

Эмбрион имеет мужской (XY) и женский (XX) хромосомный пол. Хромосомный пол сменяется развитием индифферентных гонад в яичники или семенники. В результате формируется гонадный пол. Семенники секретируют тестостерон, который обуславливает развитие мужского фенотипического пола, а отсутствие секреции тестостерона обуславливает развитие женского фенотипического пола.

II этап:

- Между 7-й и 10-й неделями внутриутробного развития происходит формирование половых желез в соответствии с набором половых хромосом:
- Ж: яичники
- М: яички



III этап:

- Между 10-й и 12-й неделями эмбриогенеза образуются внутренние гениталии. Функционально полноценные тестикулы (семенники) в этот период выделяют особый пептидный гормон [Josso, 1984], вызывающий рассасывание мюллеровских производных.
- При отсутствии тестикулов или при их патологии с нарушением продукции антимюллерова гормона развиваются внутренние женские половые органы (матка, трубы, влагалище) даже у эмбриона с генетическим мужским полом (46, XY).

IV этап:

- Между 12-й и 20-й неделями эмбриогенеза идет формирование наружных гениталий. Определяющую роль в мужском развитии на этом этапе играют андрогены.
- При отсутствии андрогенов и при нарушении рецепторной чувствительности к ним наружные гениталии формируются по женскому (<нейтральному>) типу даже при наличии 46,XY кариотипа и нормальной функции эмбриональных тестикулов.
- Возможно и развитие промежуточных вариантов (неполной маскулинизации).

V этап:

- Опускание тестикулов в мошонку. Происходит между 20-й и 30-й неделями эмбриогенеза. Механизм, вызывающий или нарушающий продвижение тестикулов, до конца не ясен. Однако несомненно, что и тестостерон, и гонадотропины причастны к этому процессу.

VI этап:

- Половая дифференцировка происходит уже в пубертатном возрасте, когда окончательно формируются связи в системе гипоталамус – гипофиз – гонады.



- Высшей формой гуморальной регуляции является гормональная.
- Термин «*гормон*» был впервые применен в 1902 г. Старлингом и Бейлиссом в отношении открытого ими вещества, продуцирующегося двенадцатиперстной кишке, - секретина.
- Термин «гормон» в переводе с греческого означает «*побуждающий к действию*», хотя не все гормоны обладают стимулирующим эффектом.

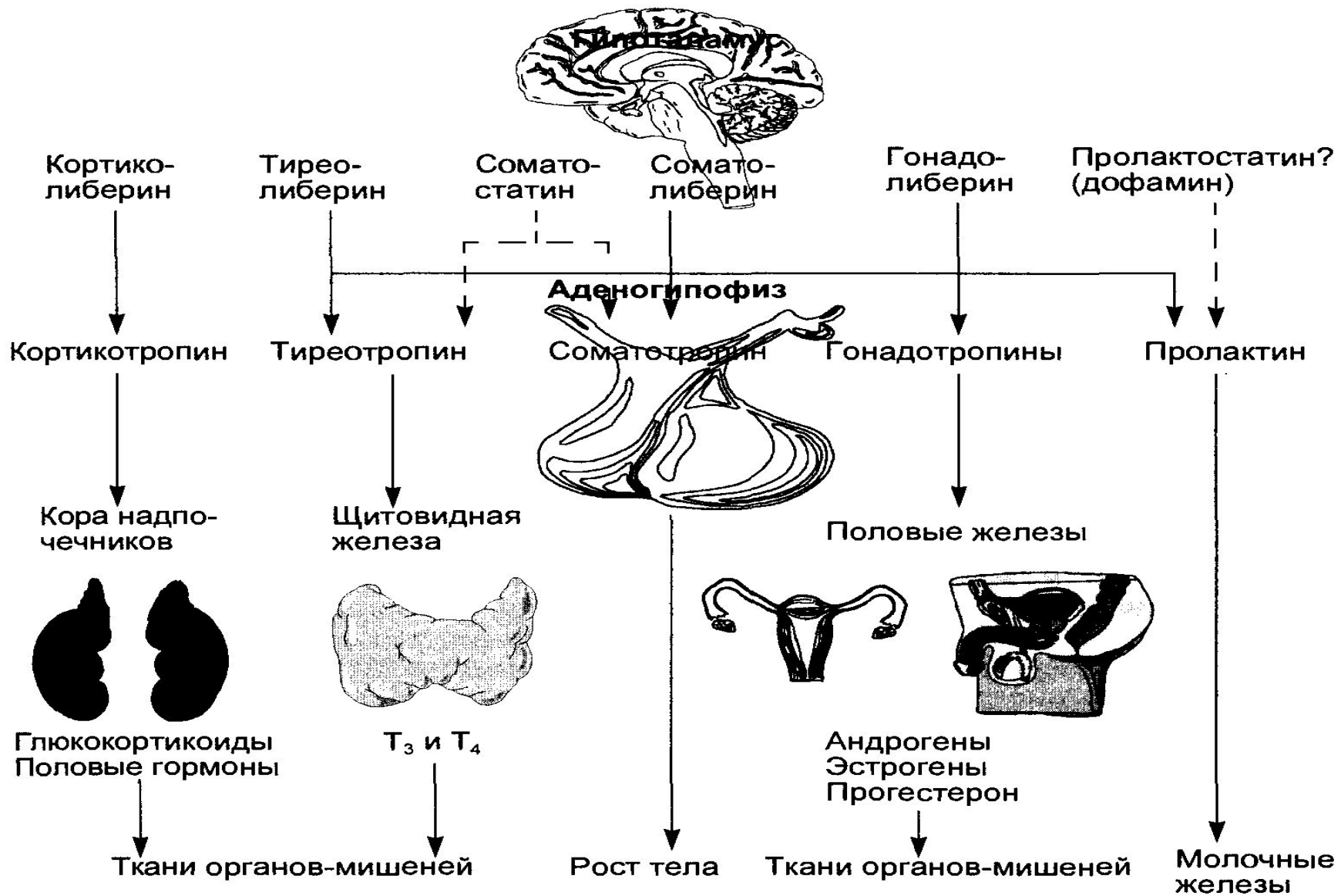


Рис. 6.5. Основные гормоны аденогипофиза (кортикотропин, тиреотропин, соматотропин, гонадотропины, пролактин), регуляция их секреции гипоталамическими нейропептидами и основные эффекты.

Сплошные стрелки — стимуляция, пунктирные стрелки — подавление секреции.

Стадии развития:

- *предпубертатный*, характеризующийся соматическим ростом и началом развития женского/мужского морфологического типа;
- *пубертатный*, на котором появляются вторичные половые признаки;
- *постпубертатный*, продолжающийся до стадии готовности к бракосочетанию.

- **половые признаки** -- морфологические и функциональные признаки, определяющие половую принадлежность особи.
- половые признаки вторичные - П. п., относящиеся к строению и (или) функции различных органов, кроме половых.
- половые признаки первичные - П. п., относящиеся к строению половых органов.

● Мальчики:

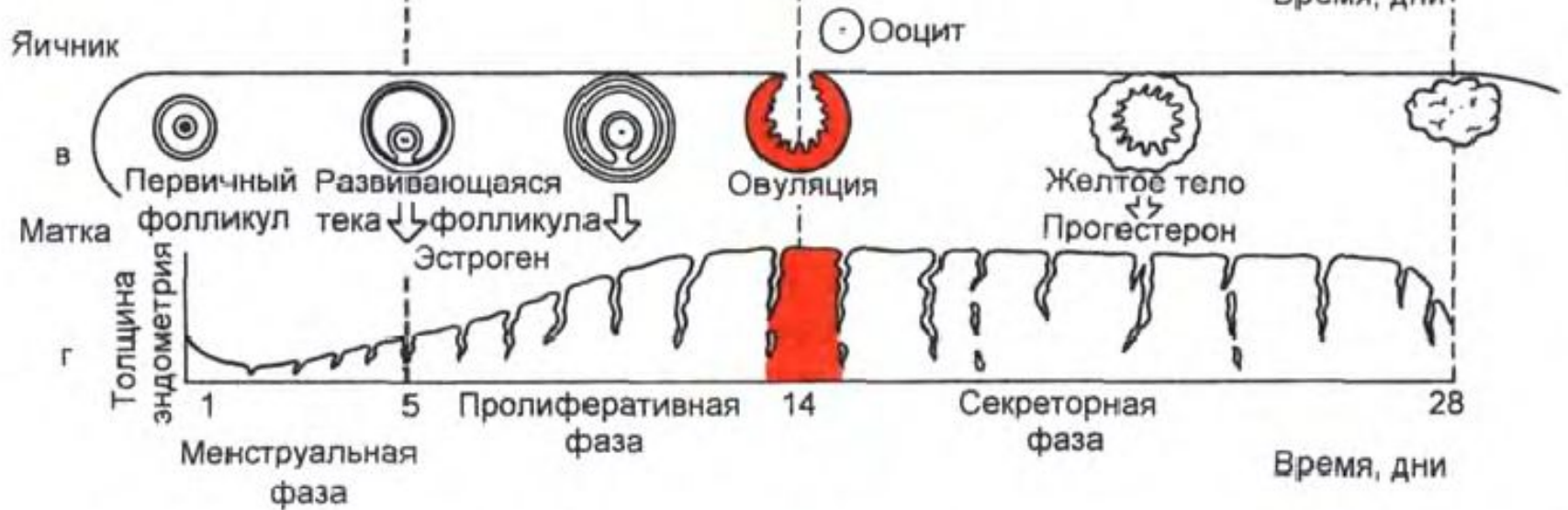
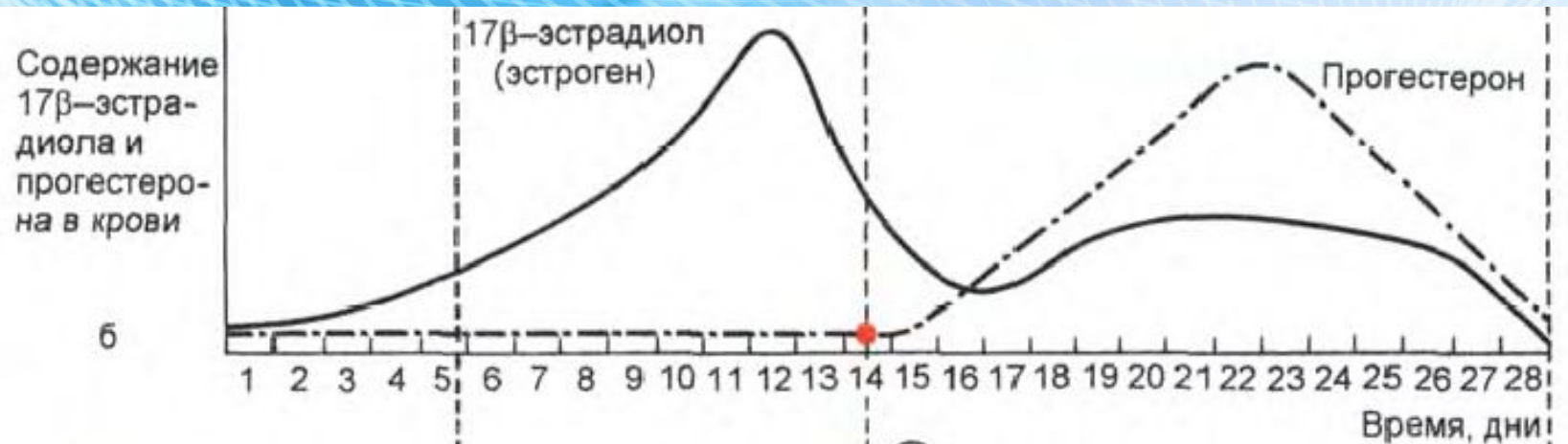
- 12-13 лет: оволосенение области лобка и половых органов;
- 13-14 лет: рост яичек, увеличение семенных канальцев;
- 13-16 лет: увеличение полового члена, появление эрекций и поллюций, ломка голоса, изменения в костно – мышечном аппарате, рост волос в подмышечной впадине, на груди, лице.

● Девочки:

- 9-10 лет: рост костей таза, округление ягодиц, рост сосков;
- 10-11 лет: рост молочных желез, оволосение лобка;
- 11-12 лет: рост наружных и внутренних половых органов;
- 12-15 лет: пигментация сосков, увеличение молочных желез;
- 13-14 лет: рост волос в подмышечных впадинах, появление менструаций;
- 14-15 лет: самая ранняя НОРМАЛЬНАЯ беременность;
- 15-16 лет: регулярный характер менструаций.

- **менструальный цикл** (cycclus menstrualis) -- совокупность последовательно развивающихся изменений в половой системе (яичниковый и маточный циклы) на фоне общих функциональных сдвигов в организме женщины, происходящих от первого дня наступившей до первого дня последующей менструации.

1. Менструальная фаза (в среднем 5 дней)- кровотечение (40-50 мл. крови) из полости матки в конце овариального цикла, если не происходит фертилизации и имплантации яйцеклетки.
2. Поллиферативная фаза (7-12 дней)-эстрогены образуют новый развитый фолликул. Восстанавливается эндометрий, усиливается секреция слизи в шейке матки.
3. Секреторная фаза (12-16 дней)-от момента овуляции до начала менструации. Подготовка слизистой оболочки матки к имплантации яйцеклетки. Желтое тело продуцирует прогестерон, способствующий накоплению гликогена, гликолипидов, гликопротеинов, необходимых для поддержания метаболизма оплодотворенной яйцеклетки.



Факторы, влияющие на половое созревание:

□ генетика:

- ❖ у 46% девочек начало полового созревания приходится на тот же возраст, что и у их матерей;

□ окружающая среда:

- ❖ гипотеза о том, что косметические средства, содержащие экстракт плаценты или эстрогены, а также бисфенол А, применяющийся при изготовлении бутылочек для детского питания приводят к более раннему созреванию;

□ **питание:**

- ❖ запас жира, сигнализирующий о готовности к вынашиванию и вскармливанию потомства;
- ❖ у вегетарианцев отмечается более позднее созревание.

□ **общество:**

- ❖ расовые (раннее-негроидная раса, позднее-азиатская);
- ❖ социальные (более раннее созревание девочек из социально неблагополучных семей, семей в окружении взрослых мужчин);
- ❖ национальные различия.

Проблемы сохранения репродуктивного здоровья:

❑ БИОЛОГИЧЕСКИЕ:

❑ сокращение рождаемости;

❑ *нежелательная беременность и социальное сиротство ;*

❑ *качество рождающегося потомства и репродуктивные потери;*

❑ *Заболевания репродуктивной системы.*

❑ ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ:

❑ Проблемы полового воспитания подростков

Обоснование целенаправленной работы с подростками:

- 1. Дестабилизация института семьи, соотношение разводов к бракам;
- 2. Достаточно высокие показатели аборт, при хороших темпах снижения;
- 3. Токсикомания, алкоголизация и наркотизация;
- 4. Рост числа случаев заболеваний передаваемых половым путем;
- 5. Прорыв порнофильмов и литературы;
- 6. Отсутствие целенаправленной программы по гигиеническому воспитанию детей и подростков.

Признаки нарушения репродуктивного процесса:

- **патология зачатия** (бесплодие, эктопическая беременность, врожденные пороки развития и хромосомные нарушения плода, отражающие наследственную патологию генетического аппарата половой клетки);
- **патологическое течение беременности** (невынашивание, клиническим эквивалентом которого являются спонтанные аборты; фетоплацентарная недостаточность и задержка развития плода, внутриутробное инфицирование, гипоксические нарушения и т.д.);
- **патология родов** (интранатальные повреждения плода – травматические, гипоксические и т.д.); репродуктивные потери (пренатальные, перинатальные и младенческие – их уровень и структура);
- **неонатальная и младенческая заболеваемость и смертность**, а также детская инвалидность.

Меры сохранения репродуктивного здоровья:

- ▣ *изучение современных проблем репродуктивной демографии для оптимизации демографического развития страны:*
 - анализ динамики количественных и качественных показателей родившихся детей;
 - анализ динамики внутриутробных и постнатальных потерь.

- ▣ *обоснование и разработка показаний к прерыванию нежелательной беременности:*
 - анализом структуры и динамики абортов (в том числе внебольничных);
 - изучением контингентов женщин;
 - изучение негативных последствий абортов - материнской смертности в абортивные сроки, утраты здоровья женщин при абортах, в т.ч. в результате операций гистерэктомии, при позднем аборте и осложнений аборта.

Спасибо за внимание

