

*Педагогические науки***СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СОМАТОТИПОВ УЧАЩИХСЯ 10-12 ЛЕТ СЕЛЬСКОЙ И ГОРОДСКОЙ ШКОЛ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ.**

Дудина Е.В., Алексанянц Г.Д.

*Кубанский государственный университет физической культуры, спорта и туризма
Краснодар, Россия*

В настоящее время исследованиями Е.Г. Сологуб и В.А. Таймазова (2000); Р.Н. Дорохова (2005); Э.Г. Мартиросова с соавт., (2006) и др. доказано, что показатели физического развития у детей определяют основные черты здоровья данного поколения в более старших возрастах, включая потенциальное долголетие и передачу соответствующих качеств будущему поколению. Особое место в определении степени физического развития занимает «функциональная конституция».

Морфологическим отражением конституции является соматотип, представляющий собой комплекс морфологических особенностей индивида, обусловленный качественным развитием и

соотношением трех, основных соматических компонентов: жирового, мышечного, костного.

Целью настоящего исследования явилось изучение сравнительных характеристик соматотипов школьников Краснодарского края.

Соматотип у исследуемых определяли по Хит – Картеру (1969). Обследованы мальчики и девочки в возрасте 10-12 лет (всего 97 человек) обучающиеся в МОУ СОШ № 29 станицы Новотитаровской и МОУ СОШ №30 г. Краснодара.

В результате исследований было установлено, что хорошее развитие скелета и скелетной мускулатуры, вытянутость тела в длину, наиболее выражено у городских мальчиков (56,0%) и девочек (26,5%). Однако у девочек этой же школы, преобладали и признаки производных эндоморфии (элементов тучности) (30,3%). В тоже время, среди сельских девочек отмечено увеличение лиц экто - мезоморфного типа (37,4%).

Полученные результаты могут быть использованы учителями физической культуры городских и сельских школ, при формировании групп детей, а так же при планировании комплекса физических нагрузок.

*Современная медицина и проблемы экологии***ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ ЗАБАЙКАЛЬЯ НА СОСТОЯНИЕ ЗУБОЧЕЛЮСТНОГО АППАРАТА У ДЕТЕЙ**

Батоцыренов М.Б.

*Военная поликлиника
Владивосток, Россия*

Государственная политика в области экологии направлена на поддержание целостности и жизнеобеспечивающих функций природных систем для устойчивого развития социума, повышение качества жизни, улучшение здоровья населения и демографической ситуации, обеспечение экологической безопасности страны [322, 329]. Интеграционный характер экологических исследований требует преодоления междисциплинарных барьеров. Объективная оценка сложившейся в регионе экологической ситуации невозможна без учета конкретной географической системы, иерархической соподчиненности систем различного таксономического уровня, использования картографических материалов, характеризующих распределение в объектах окружающей среды биогенных элементов [58, 122, 215, 216, 218]. Следует отметить, что геоинформационные системы (ГИС) представляют собой весьма эффективное средство сбора, хранения, передачи и анализа территориально распределяемой информации [90, 234, 235]. В числе ГИС находятся и ландшафтно-геохимические системы [194].

Отсюда возникает необходимость системного подхода к созданию структурно-функциональных моделей взаимодействия человека и биосферы с учетом его экологического «портрета».

Сложные природно-климатические условия Забайкалья, ухудшающаяся экологическая и социально-экономическая обстановка приводят к снижению уровня здоровья населения, о чем свидетельствуют рост заболеваемости, повышение инвалидности и смертности.

Согласно основным показателям социально-экономического развития Читинской области снижение численности населения (на конец года) с 2000 года по 2005 год составляет 50,6 тыс. человек. Коэффициент смертности (число умерших на 1000 женщин) с 2000 года по 2005 год составляет 2,2 тыс. человек. Зарегистрировано больных детей, с впервые установленным диагнозом, на 100000 детей с 2000 года по 2005 год составляет 29,922 тыс. человек.

Вследствие того, что Забайкалье занимает крайний юго-восток Восточной Сибири, природные и климатические условия очень разнообразны и отличаются особой суровостью. На формирование метеорологических и климатических особенностей оказывает значительное влияние изменение абсолютных высот местности, колебание которых составляет размах от 290 до 3070м (А.В. Дегтев).

Б.Б. Прохоров (1989) на основании анализа 30 параметров среды обитания человека предла-

гает оценивать степень комфортности среды по пятибалльной системе. По этой системе, все регионы России делятся на комфортные, прекомфортные, гипокомфортные, дискомфортные и экстремальные.

В концепции биогеохимических провинций учтены природно-техногенные факторы воздействия, их уровни, длительность действия и площадь распространения. В классификации биогеохимических провинций проведена их экологическая оценка в соответствии с биогеохимическими критериями. Предлагается выделить четыре типа биогеохимических провинций: I тип - зона относительно благополучной экологической ситуации; II тип - зона экологического риска; III тип — зона экологического кризиса; IV тип — зона экологического бедствия.

Восточное Забайкалье по степени комфортности среды относится к гипокомфортным и дискомфортным регионом и к зоне экологического риска и кризиса. Экстремальность условий усиливается геохимическими факторами окружающей среды, где недостаток или избыток определенных химических элементов приводят к развитию географической патологии (Авцын и др., 1985). Известно, что в биогеохимическом отношении для Забайкалья характерна недостаточность многих макро- и микроэлементов (Петропавловский и др., 1994, 1996; Алексеева и др., 1996; Тутельян, 1996; Петренко и др., 1998. Выявлено, что содержание стронция в почвах и водах $0,8 \cdot 10^{-3}\%$, что в пять раз ниже нормы; концентрация селена $0,25 \cdot 10^{-3}\%$, что в 10 раз ниже нормы. Вместе с тем, содержание таких элементов как свинец, ртуть, марганец и мышьяк значительно превышает норму. Отчасти обнаружено, что содержание марганца составляет 16,3% при норме 8,3%; магния - 7,63% от 2,01% нормы.

Эти природно-климатические особенности, осложненные антропогенным прессом, оказывают негативное влияние на состояние здоровья населения. По данным государственной статистики до 40% патологических изменений в состоянии здоровья населения обусловлены антропогенным загрязнением окружающей среды.

Влияние загрязнения окружающей среды на органы и ткани полости рта обуславливает высокую распространенность и интенсивность основных стоматологических заболеваний (Е.В. Боровский, 1984; Э.М.Кузьмина, 1995; В.М. Елизарова, 1995; А. Вочкаич, 1993; Kirch,1993; Kihane d.,1999). Так как детский организм наиболее подвержен влиянию факторов окружающей среды, то загрязнение её приводит, прежде всего, к увеличению заболеваемости среди детей и подростков (Л.С. Мазницына, 2002; В.Л. Ковальский, 2002). Следует отметить, что согласно основным показателям, характеризующим социально-экономическое положение семей в Читинской области, численность детского населения в возрасте от

рождения до 14 лет, за последние пять лет уменьшилась на 3,1%.

Состояние здоровья детей и подростков считается одним из наиболее чувствительных медико-биологических показателей экологической обстановки окружающей среды обитания (С.В.Аверьянов, 1999; Е.Е.Двинянинова, 2000).

Вместе с тем, тенденции формирования и развития стоматологической заболеваемости детского населения в условиях суровых природно-климатических местностей, осложненных антропогенным влиянием, а также планирование и реализация комплексных программ профилактики стоматологических заболеваний, адекватных степени напряжения санитарно-гигиенической ситуации и экологического неблагополучия требуют дальнейшего усовершенствования и уточнения.

Интенсивность заболевания ставится в прямую зависимость от продолжительности влияния загрязненной окружающей среды и степени адаптации к ней. Особое место в исследовании занимает адаптация пришлого населения, протекающая с сильным напряжением адаптивных систем с тенденцией к декомпенсации. Адаптация к иным климатическим условиям происходит путем изменения поведения человека и активности обменных процессов в организме. Согласно данным Л.Е. Панина (1980), существенную роль в молекулярных механизмах адаптации играют макро- и микроэлементы. (Л.В. Сусликов, 2000). Физиологические механизмы адаптивной перестройки организма в экстремальных климатогеографических и экологических условиях закономерно приводят к сдвигам элементного гомеостаза и возникновению дефицита макро- и микроэлементов, что, в свою очередь, влечет за собой повышенную потребность организма в них (Н.А. Агаджанян, Н.В. Ермакова, 1997).

У приезжих в Забайкалье наблюдается увеличение растворимости эмали с нарастанием поражения кариесом. В первые недели приезда растворимости подвержено 3,5% эмали, через полгода – 24%, через год – 26%, через два года – 13%.

В Чите, являющейся административным и географическим центром Забайкалья, отмечается мозаичность содержания фтора в воде и почве, оказывающего высокое влияние на интенсивность и распространенность стоматологических заболеваний. Например, водоисточники Ингодинского района города характеризуются пониженным содержанием фтора в питьевой воде, а район, расположенный в пределах озера Кенон, - повышенным (Л.В.Аникина, 1999-20002). Центральный район города имеет водоисточники с нормальным содержанием в них фтора. Известно, что низкое содержание фтора в питьевой воде, а также неблагоприятные факторы с окружающей

среды ведут к повышению стоматологической заболеваемости.

Данная проблема актуальна для района расположения овчинно-мехового комбината (Ингодинский район), где сформировалась антропогенная химическая провинция с повышенным содержанием кадмия, хрома, свинца и цинка (В.Н.Иванов, 1991; Ю.А.Белозерцев, 1992). Техногенная геохимическая провинция сформировалась в Шилкинском районе Читинской области, где в свое время действовал Первомайский горно-обогатительный комбинат по добыче и переработке сырья для извлечения бериллия. Вследствие того, что добыча рудного сырья велась открытым способом и не были проведены захоронения хвостохранилищ, концентрация данного химического элемента в почве, воде и растениях, используемых в пищевой цепи, превышает предельно-допустимые в десятки раз (А.В.Вощенко, Г.А.Мельникова, 1990; Белозерцев, 1999).

В этой связи актуальной становится проблема изучения стоматологической заболеваемости детского населения Забайкалья с последующей разработкой научно-обоснованных мероприятий по многофакторной профилактике основных заболеваний зубочелюстного аппарата у детей.

Результаты данной исследовательской работы позволяют научно обосновать необходимость проведения эколога-медицинских обследований детского населения в экологически напряженных районах и разработать научно-обоснованные программы и мероприятия, направленные на снижение заболеваемости населения, в том числе стоматологической.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Агаджанян Н.А., Марачев А.Г., Бобков Г.А. Экологическая физиология человека. – М.: Издательская фирма «КРУК», 1998. – 416 с.

2. Сусликов В.Л. Геохимическая экология болезней: В 4 т. Т.2. Атомиты. – М.: Гелиос АРВ., 2000. – 672 с.

3. Coleman W.G. Biodiversity and industry ecosystem management // Environ. Manage. - 1996. - Vol.20, №6. - P. 815-825

4. Craniofacial and dental characteristics of Silver-Russel syndrome /J. Koti-lainen, P. Holtta, T. Mikkonen et al. // Amer. J.Med. Genet. - 1995. - N2. - P.229-236.

5. Dale V.H. Applying Ecological Principles to Land Management /V.H. Dale, R.A. Haeuber. - Leipzig: Springer, 2001. – 346 pp.

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧЕСКИЙ ДИЗАЙН ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХЛАМИДИЙНОГО ПРОСТАТИТА

Богомолова Н.В., Ходаев С.П.

*Саратовский государственный медицинский университет, Кафедра гистологии, цитологии и эмбриологии
Саратов, Россия*

Лечение больных хроническим хламидийным простатитом должно быть комплексным и обязательно предусматривать воздействия на все звенья этиологии и патогенеза заболевания. Оно имеет определённые особенности в зависимости от возраста пациента, наличия и характера клинических проявлений заболевания, стадии и фазы активности воспалительного процесса в предстательной железе, состояния иммунитета.

Обследование и лечение проводилось амбулаторно в условиях поликлиники №8 города Саратова, а также в специальных центрах. Дизайн соответствовал стандарту простого открытого рандомизированного исследования в параллельных группах.

Больные были распределены на три группы по возрасту, характеру течения заболевания и давности клинических проявлений (табл. 1).

Таблица 1. Распределение больных по возрасту и характеру течения:

Группа больных	ВОЗРАСТ					ВСЕГО
	19- 20 лет	21-30 лет	31-40 лет	41-50 лет	51-60 лет	
I группа	2	25	21	5	1	54
II группа	3	45	33	10	3	94
III группа	1	11	7	6	2	27

I группа - 54 больных с бессимптомным течением простатита. Они получали базисную терапию.

II группа - 94 больных с болями в тазовой области разной локализации, расстройствами мочеиспускания, патологическими выделениями из уретры и изменениями спермы. Они получали

базисную терапию с учетом основной симптоматики.

III группа - 27 больных с осложнениями хронического простатита, в виде абсцессов, кист простаты и семенных пузырьков, калькулезного простатита (лечение проходило под контролем ТРУЗИ).