В программе антропометрических исследований приняло 90 юношей и 89 подростков.

Исследуя показатели антропометрии у юношей различных регионов, были неслучайно достоверные различия с коррелятивной связью возраста, веса тела, длин: тела, туловища, руки, диаметров: поперечной и продольной грудной клетки, плечевого и тазо- гребневого, ширины нижнего эпифиза плеча, обхватов: груди, плеча, предплечья, бедра, голени, шеи, дистальных плеча и стопы, жировых складок: поперечноподлопаточной, груди, боковой стенки живота, поясницы, плече (спереди), кисти, бедре, средней величины, типа конституции, артериального давления: систолического и диастолического, показателя андроморфии, в сравнении с подростками (*, **).

Неслучайно достоверно индекс Варги (1.75 ± 0.02) определил незначительное снижение массы тела, индекс Вервека (0.62 ± 0.01) - выраженную брахиморфию, индекс Дю- Ранта--Лайнера (33.10 ± 1.31) средний рост при дефиците массы тела у подростков; ИВ (1.97 ± 0.02) незначительное снижение массы тела, ИВЕ (1.1 ± 0.01) гармоничное развитие, МРИ (37.84 ± 0.43) средний рост при дефиците массы тела у юношей (***).

Исследуя показатели антропометрии юношей ставрополья, были выявлены неслучайно достоверные различия возраста, веса тела, длины руки, диаметров: поперечной и продольной грудной клетки, обхватов: груди, плеча, предплечья, бедра, голени, шеи, дистальных плеча и стопы, жировых складок: поперечнои продольно-подлопаточной, боковой стенки живота, пояснице, плече (спереди), средней величины, типа конституции, артериального давления: систолического и диастолического, показателя андроморфии, в сравнении с подростками (*, **, ***).

Неслучайно достоверно ИВ (1.75 ± 0.02) умеренное снижение массы тела, МРИ (32.69 ± 0.44) у подростков; ИВ (2.21 ± 0.07) отсутствие снижение массы тела, МРИ (41.57 ± 1.30) средний рост при дефиците массы тела у юношей (***).

Исследуя показатели антропометрии у кавминводских юношей, были выявлены неслучайно достоверные различия возраста, веса тела, диаметра поперечной грудной клетки, обхвата плеча, жировые складки: поперечно и продольно-подлопаточные, боковой стенки живота, плеча (спереди), типа конституции, в сравнении с подростками (*, **, ***).

Неслучайно достоверно ИВ (1.74 ± 0.06) умеренное снижение массы тела), ИВЕ (0.60 ± 0.02) выраженную брахиморфию, МРИ (33.18 ± 1.23) средний рост при дефиците массы тела у подростков; ИВ (2.25 ± 0.07) отсутствие снижение массы тела, ИВЕ (0.52 ± 0.02) , МРИ (42.20 ± 1.36) средний рост при дефиците массы тела у юношей (***).

Соматотипологическая диагностика выявила у юношей торакальный тип телосложения, у подростков астеноидный с большим дефицитом массы тела.

Адаптация, как форма приспособления на уровне организма охватывает все морфологические системы, способствуя эволюционному процессу.

В.И. ВЕРНАДСКИЙ О ЖИВОМ ВЕЩЕСТВЕ КАК ПЛАНЕТНОМ ЯВЛЕНИИ

Целин Я.В.

В 1916 году В.И. Вернадский сформулировал постулат о постоянстве количества жизни на Земле. Этим было положено начало новому направлению наук – биогеохимии, значение которого было осознано в полной мере только в конце XX – начале XXI веков.

В 1919 г. в дневнике В.И. Вернадский записал: «Я ясно стал осознавать, что мне суждено сказать человечеству новое в том учении о живом веществе, которое я создаю, и что это есть мое предназначение, моя обязанность, наложенная на меня, которую я должен проводить в жизнь».

В 1929 г. В.И. Вернадский готовит к изданию книгу «Живое вещество» (другое наименование – «Биогеохимические очерки»). В октябре 1936 г. учёный впервые употребил термин «ноосфера».

В 1940 г., готовя третий выпуск «Проблем биогеохимии», В.И. Вернадский констатировал: «Рассматривая Землю как планету, мы можем утверждать, что изучение нашей Земли есть не только изучение индивидуальной планеты, но может быть, распространяемо на логическую категорию природных тел, к которым принадлежит Земля, а вывод из её учения может быть, распространён на недостижимые реально небесные тела» (В.И. Вернадский «Жизнь на благо России». М.: Ноосфера, 2003 г., с.61, 81, 91-92.).

Жизнь, по В.И. Вернадскому, проявляется в непрерывно идущих, происходящих в планетном масштабе, закономерных миграциях атомов из биосферы в живое вещество, с одной стороны, и, с другой стороны, в обратных их миграциях из живого вещества в биосферу. Живое вещество есть совокупность живущих в биосфере организмов — живых естественных тел, — и изучается в планетном масштабе, а отдельный организм, на которое направлено внимание биолога, отходит на второе место в масштабе изучаемых биогеохимией явлений.

Живое вещество подобно массе газа растекается по земной поверхности, занимая все пригодные для жизни участки. Общий вес живого вещества оценивается величиной 2,4-3,6*10 т. (в сухом весе).

Это вещество вечно разрушается и создаётся, главным образом, не ростом, а размножением. Поколения создаются в промежутках от десятков минут до сотен лет, находясь в динамическом равновесии.

Верхний предел поля жизни обуславливается присутствием лучистой энергии. Нижний предел связан с достижением высокой температуры, ставящей предел жизни.

В.И. Вернадский, создавая формулы размножения живого вещества и вычисляя скорость захвата им пространства, получил цифры, впечатляющие воображение: одна бактерия за сутки способна нарастить массу, равную земному шару (скорость размножения равна скорости звука).

Создавая учение о биосфере, живом веществе, В.И. Вернадский не мог не решать вопроса, о том, что такое человечество, какова его роль в системе природы. Он первым пришёл к мысли, что человек своей

жизнедеятельностью не только изменяет природу, но могущество его растёт благодаря науке. Всё человечество, вместе взятое, представляет ничтожную массу вещества планеты. Мощь его связана не с материей, но с его мозгом, с его разумом и направленным этим разумом трудом.

В геологической истории биосферы перед человеком открывается огромное будущее, если он поймёт это и не будет употреблять свой разум и свой труд на самоистребление (В.И. Вернадский Химическое строение биосферы Земли и её окружение. М.: Наука, 1965, с. 327).

В связи с этим В.И. Вернадский писал о необходимости реализации идеи единого «научного мозгового центра» человечества для овладения природой и правильного распределения богатств, в целях обеспечения «единства ноосферы» (Начало и вечность жизни. – М., 1989, С. 155).

В наше время развитие информационной и телекоммуникационной техники является зримым началом воплощения мечты учёного о создании благоприятной среды активации научной работы, популяризации научного знания, интернационализации науки.

К ВОПРОСУ О МЕДИЦИНСКОМ ОБСЛЕДОВАНИИ ЛИЦ, ВСТУПАЮЩИХ В БРАК

Чекушин Р.Х. ГОУ ВПО Кемеровская государственная

медицинская академия МЗ РФ, Кемерово

Здоровье детского населения РФ на сегодняшний день представляет серьёзнейшую социальную проблему, и вызывает небезоснованную тревогу у медиков и педагогов. За последние три года общая заболеваемость детей в возрасте до 17 лет выросла по всем классам и группам заболеваний, ежегодно увеличиваясь в среднем на 5,5-6 %, преимущественно за счет хронических болезней и врожденных аномалий. Рост заболеваемости среди детей обуславливает нарастание инвалидизации детского населения. Так, если в 2004 году распространенность детской инвалидности составляла 205,6 на 10 тыс. детей, то сегодня она составляет 241,2 на 10 тыс. детей (1 ребёнок- инвалид приходится на 43 здоровых ребёнка). Среди причин инвалидности с детства первое место занимают заболевания нервной системы (21,7%,39,8 случаев на 10 тыс. детей). Второе ранговое место принадлежит психическим расстройствам (18,6% ,31,9 случая на 10 тыс. детей). На третьем месте- врождённые и наследственные аномалии (18,2%,31,9 случаев на 10 тыс. детей).

Возникшая ситуация во многом определяется низкими показателями здоровья молодёжи, вступающей в фертильный возраст. Из больного семени не вырастет здоровое дерево, естественно, трудно ожидать, что и от больных родителей родится здоровый ребёнок. По данным медицинской статистики даже у совершенно здоровых молодых людей риск родить неполноценного ребёнка составляет 5%. Во всём мире уже давно принято говорить о планируемой беремен-

ности, добрачном медобследовании. К сожалению, в России данная программа не поддерживается на государственном уровне и плохо пропагандируется. Молодым людям просто в голову не приходит, что выявить все болезни, которые могут не лучшим образом отразиться на здоровье будующего ребёнка, лучше до беременности, до вступления в брак. В случае необходимости, пройти соответствующее лечение. По словам зарубежных специалистов(в странах, где практикуется добрачное медобследование), медобследование до заключения брака «способствует повышению качества жизни новобрачных, позволяет воспрепятствовать распространению некоторых видов инфекции, обеспечивает в будующем рождение здорового ребёнка».

Решив углубить исследование (ранее было проведено исследование среди студентов медакадемии) [1] был проведен соцопрос среди врачей различных специальностей ЦГКБ№3 им. Подгорбунского и ГРД№1 г. Кемерово, на предмет их отношения к проведению медобследования на добрачном этапе (129 врачей). На вопрос о перспективности данного вида обследования положительно ответили 71,24% респондентов. Почти таков же результат на вопрос о целесообразности исследования на групповую и резус совместимость крови (74,86 % и 96,22 % соответственно). На вопрос о взаимной информированности о состоянии здоровья положительно ответили 91,67% опрошенных. На вопросы о целесообразности повышения уровня знаний о наследственных заболеваниях, БППП положительно ответили почти единогласно.

Результаты исследования лишний раз подтверждают, насколько близка врачам проблема планирования семьи, рождения здорового ребёнка. Ведь именно они, начиная с женской консультации и родильного дома сталкиваются со здоровьем только что появившегося на свет.

Да, добрачный медосмотр - процедура , не лишенная здравого смысла, для желающих скрепить себя узами Гименея.

К примеру анализ крови, помимо болезней, ежели такие присутствуют, поможет определить группу крови и выявить совместимость её у обследуемых. Отсутствие таких показателей может привести к негативным последствиям, сказаться на здоровье потомков. Так, в случае несовместимости у будующих детей может развиться анемия, ухудшиться мозговая деятельность, развиться сердечная недостаточность, и другие аномалии вплоть до летального исхода. С помощью рентгенографии грудной клетки определяется работа сердца, выявляется туберкулёз и др.

Медицинское обследование на добрачном этапе можно признать оптимальным подходом к решению затронутой проблемы, поскольку в ряде стран такая практика позволила значительно снизить количество инвалидизирующих болезней, а значит – предупредила множество человеческих трагедий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Чекушин Р.Х.,,Сырнев Т.С. «Добрачное медобследование как один из методов решения проблемы планирования семьи в России». // Успехи современного естествознания. – 2004. – N2 6 – с. 79 – 80.