

Выявленная специфика морфологической гетерогенности соматотипов с использованием антропометрической программы исследования данного контингента демонстрирует причинность влияния внешней среды на индивидуальные морфологические типологические особенности. По антропометрической характеристике: студенты- юноши и подростки- лечащиеся (по 1 главной компоненте) и лечащиеся: юноши и подростки (по 2 главной компоненте), характеризуются наиболее значимыми отличиями, а студенты-подростки и юноши- лечащиеся (по 1 главной компоненте) и студенты: подростки и юноши (по 2 главной компоненте): имеют сходные морфологические параметры.

По вариационно- пульсометрической характеристике: лечащиеся: подростки и юноши (по 1 главной компоненте); студенты и лечащиеся: подростки (по 2 главной компоненте), характеризуются наиболее значимыми отличиями, а студенты: подростки и юноши (по 1 главной компоненте); студенты и лечащиеся: юноши (по 2 главной компоненте); имеют сходные морфологические параметры.

Изученные параметры дерматоглифики, ассоциированные с уровнем реактивности организма, позволили установить наличие всех основных типов пальцевых узоров, где наиболее часто встречались завитки. Доминирующим узором оказались: у студентов- подростков дуги и петли, у лечащихся- подростков завитки, у студентов- юношей- петли. Анализ пальцевых дерматоглифов показал (индексы), для студентов: подростков и юношей информативным явились индексы Денкмейера и Фуругата, для лечащихся подростков- индексы Пола, для лечащихся юношей- Дельтовый индекс.

С учётом сложившихся представлений о возможности трактовки дерматоглифических узоров, групп хромосом их определяющих, как признаков маркирующих темпы соматического развития, поддерживается и доказывается предположение об ускоренных темпах у студентов: подростков и юношей, и об их замедленности у лечащихся- подростков и юношей.

Констатируется наибольшая корреляция между антропометрическими и вариационно- пульсометрическими, антропометрическими и микроэлементом селеном, антропометрическими и дерматоглифическими признаками над вариационно- пульсометрическими и дерматоглифическими, вариационно - пульсометрическими и микроэлементом селеном.

Применение факторного анализа методом главных компонент показало: по антропометрическим, пульсометрическим, дерматоглифическим признакам факторы и нормализованные варимаксы с наибольшей величиной показателей образуют студенты и лечащиеся: подростки и юноши в равной степени. Установленный факт иллюстрирует наибольшее отличие морфофункциональных признаков лечащихся- юношей от студентов и лечащихся: подростков и студентов-юношей, доказывая незавершённость адаптационного процесса у лечащихся- юношей к условиям КМВ.

Фактически, установлена связь морфологических и функциональных признаков: антропометрических, дерматоглифических и пульсометрических признаков

у лечащихся- юношей, указание на наличие подобной связи в доступной современной научной литературе не обнаружено. Выявлена максимальная информативная значимость индекса Фуругата и Дельтового, позволяющая использовать данные дерматоглифические показатели с прогностической целью.

В заключение можно констатировать: при адаптации к условиям проживания, обучения и лечения на КМВ у студентов и лечащихся: подростков и юношей из различных регионов в зависимости от особенностей их конституции, вегетативного гомеостаза, дерматоглифики, микроэлемента селена, и состояния здоровья проявляется широкий спектр адаптационных возможностей от стабильной адаптивной реакции до состояния относительной реакции. Установленный в настоящем исследовании различный вклад морфологических и функциональных признаков в формирование адаптивных реакций и различные эффекты адаптации, позволяют считать применённый физиолого-антропологический подход целесообразным и оправданным.

В рамках проведённого исследования важен и ещё один аспект, с учётом возможности управления процессом адаптации, вполне реальным представлялось проведение профилактических мероприятий с целью корректировки выявленных функциональных нарушений. Данный аспект был взят во внимание при проведении исследований.

НАРОДНАЯ МЕДИЦИНА И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ В ТЕРКЕМЕ РЕСПУБЛИКИ ДАГЕСТАН

Ханмагомедов Х.Л.

*Дагестанский государственный
педагогический университет,
Махачкала*

Историческая область Теркеме расположена в центральной части Приморской равнины Республики Дагестан. Основное население – азербайджанцы. Наряду с азербайджанцами здесь живут даргинцы, табасаранцы, агулы и другие народы, населяющие Дагестан. Теркемейцы в течение многих веков выработали народные средства лечения людей от различных заболеваний и «накапливались сведения о болезнях, о лечебных средствах растительного и животного происхождения, рождались приемы оказания акушерской помощи, элементарной хирургии при наружных повреждениях и т. д.» (Н.Ц. Цахаев, М.М. Максудов). Свое народное лечебное искусство теркемейские азербайджанцы Дагестана передавали другим народам, живущим на этой территории.

На основе изучения использования в лечении больных народными средствами с древнейших времен до наших дней можем сказать, это они исчерпывали из трех источников: 1) внушения – влияния на психику больного религиозными молитвами, заговорами; 2) использовали для лечения естественные силы природы (геофизические, гидрохимические, рекреационные); 3) использовали различные препараты, которые им были известны от своих предков, зная заранее или вслепую, не зная их действия на организм. Как нам

известно, из рассказов сказительницы из села Берикей Дербентского района Республики Дагестан, Муслимат Гаджи-кызы Ханмагомедовой (бабушки автора данной работы) теркемейские азербайджанцы хорошо знали источники передачи ряда инфекционных заболеваний (кори, легочного туберкулеза, желтухи, возникновения сердечно-сосудистых, кожных, желудочно-желудочных заболеваний, болезней, связанных с геофизическими факторами, а также вызывание в контакте с ядовитыми растениями), знали как их предупредить и лечить народными средствами. Задача медицинской общественности, медико-географов, медико-этнографов эти средства собрать и сделать их достижением научной медицины. Мы получим новые средства немедикаментозного лечения больных. Правда, лечение болезней народными средствами не всегда давали желаемого результата. Поэтому, в практике немало случаев, когда эти средства не помогали. Больные вынуждены были обращаться в медицинские государственные учреждения. Лишь с установлением Советской власти, теркемейцы (азербайджанцы и др.) стали получать квалифицированную медицинскую помощь. Первое медицинское учреждение в Теркеме – врачебно-фельдшерский пункт открывается в селе Берикей в 1920 г. Это было большим событием в жизни теркемейцев. За помощью сюда обращались не только жители северной части Дербентского района, но и жители соседних Кайтагского, Дахадаевского и Каякентского районов. Здесь свои болезни (ранения и др.) долечивали, вернувшиеся с фронтов Великой Отечественной войны 1941-1945 годов, защитники Отечества. Несмотря на отсутствие медикаментов, небольшой медицинский персонал поднял на ноги сотни, тысячи земляков, которые успешно трудились во имя процветания родного края. В 1955 году в Берикейском врачебном участке (правопреемник врачебно-фельдшерского пункта) работал 2,5 штата врачей, 6 среднего медицинского персонала, один мед-статист, 2 прочего работника на 10 сельских населенных пунктов (Берикей, Джимикент, Уллу-Теркеме, Татляр, Карадаглы, Великент, Деличобан, Салик, Кала, Мамедкала) было отмечено 2490 посещений и в его больнице больные провели 230 койко-дней). Открывается в эти годы больница в совхозе им. Алиева пос. Мамедкала, во многом разгрузившая Берикейский врачебный участок, с высококвалифицированным медицинским персоналом. В 1956 г. в указанной больнице было 3441 человекопосещения (амбулаторно – 2446, на дому – 685). В начале 1970-х годов открывается Падарская участковая больница, где больные могли лечить свои недуги, не выезжая в город Дербент, столицу Дагестана – Махачкалу.

Во всех населенных пунктах Теркеме имеются фельдшерско-акушерские пункты. Медицинские учреждения Теркеме находятся под пристальным вниманием Министерства здравоохранения Республики Дагестан, Дербентской районной администрации и местных администраций в пос. Мамедкала и сельских населенных пунктов. Это привело к резкому и резкому уменьшению детско-юношеской смертности, их

практически свести на нет, профилактике от болезней взрослого населения.

Конечно, мы здесь коснулись лишь некоторых вопросов развития здравоохранения в отдельно взятом регионе Дагестана, но они характерны для всех территорий (равнинного, предгорного, горного) Дагестана и в решении вопросов охраны здоровья населения народная медицина окажет существенную помощь. Изучение развития здравоохранения в Теркеме Республики Дагестан основывается нами с 1920 по начало 2005 года.

ГЕНЕТИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ САМООПЫЛЕННЫХ ЛИНИЙ КУКУРУЗЫ СЕЛЕКЦИИ КБГУ В ОНТОГЕНЕЗЕ

Хасанова З.З., Паритов А.Ю., Керефова М.К.

*Кабардино-Балкарский
государственный университет,
Нальчик*

Теория диаллельных скрещиваний и использование данного метода в генетических анализах отдельных групп экспериментального материала в последние годы привлекает все больше внимания исследователей в области генетики и селекции (Турбин, Тарутин, Хотылева, 1974). В данной работе представлены результаты исследования некоторых генетических свойств 6 самоопыленных линий кукурузы селекции КБГУ. Анализ проводился в соответствии с методом, разработанным Джинксом (1954) и Хейманом (1953) при использовании которого на экспериментальный материал налагаются следующие ограничения: 1) гомотизность родительских линий; 2) отсутствие множественного аллелизма; 3) отсутствие генного взаимодействия (эпистаза); 4) гены распределены независимо у родительских линий; 5) диплоидное расщепление; 6) отсутствие различий между реципрокными гибридами.

При выполнении этих требований оценка D оценивает аддитивные, H_1 и H_2 – доминантные эффекты. Сравнивая, эти данные мы видим (таблица), что на всех этапах органогенеза присутствует сверхдоминирование. Отношение H_1/D оценивает среднюю степень доминирования по всем локусам. На всех этапах оно больше 1, что интерпретируется как сверхдоминирование. На V, VI и IX этапах отмечена симметрия в распределении доминантных и рецессивных аллелей, поскольку величина $H_2/4H_1$, которая дает оценку произведения частот доминантных и рецессивных аллелей uv , равна 0,25. На VII и VIII этапах симметрия сдвигается. Величина h^2/H_2 оценивает число сцепленных групп генов или эффективных факторов, контролируемых изучаемый признак и проявляющих доминирование. По высоте растений на различных этапах органогенеза может включаться в работу от 0,02 до 0,19 таких групп генов.