

(в 2009 г. – 22, в 2008 г. – 21) на телеканалах СТС, Рен-ТВ, Домашний, кабельном телевидении «Студия-Т (Темерник)» по актуальным темам: о профилактике крымской геморрагической лихорадки и пищевых отравлений, о мероприятиях и тематических днях.

Количество публикаций в прессе за три года составило – 398, при этом 70% публикаций в СМИ были посвящены вопросам здорового образа жизни, искоренения пьянства и алкоголизма, снижение уровня табакокурения, повышения санитарной культуры населения и профилактики заболеваний.

Создан редакционный совет из специалистов различного профиля по оценке актуальности, значимости, краткости и емкости изложения темы в статьях.

В сети Интернет на сайте городского филиала в рубриках «Пресс-служба» и «Уголок здоровья» размещено 390 информации в виде статей, лекций, бесед, тематических дней.

В кинолектории ведется ежедневная демонстрация короткометражных санитарно-просветительных фильмов (всего 20 фильмов), с ежегодным охватом около 10 тысяч человек.

Проводится активная работа в формате «круглых столов», «уроков здоровья», «часов вопросов и ответов» – для учащихся образовательных учреждений и родителей дошкольных организаций.

Работают «школы молодых матерей» во всех женских консультациях городских больниц, а также в детских поликлиниках – по вопросам основ правильного питания и здорового образа жизни подрастающего поколения.

Особое внимание уделялось санитарно-просветительной работе среди детей и обслуживающего персонала летних оздоровительных учреждений. Были вручены памятки руководителям оздоровительных учреждений для организации санитарно-просветительной работы.

В 2010 г. было разработано 46 новых памяток и листовок для населения. В г. Ростова-Дону организована постоянно действующая выставка санитарных бюллетеней и памяток. Стенды «Нас спрашивают – мы отвечаем», «Прочитай – возьми с собой» постоянно обновляются памятками. В филиалах «Центра гигиены и эпидемиологии в Ростовской области» ежегодно проводится городской конкурс санитарных бюллетеней. Систематически проводилось обучение руководителей и менеджеров туристических фирм по вопросам профилактики особо опасных инфекций и предупреждения их завоза на территорию РФ, для чего было организовано информирование туристических фирм о состоянии заболеваемости карантинными инфекциями в различных частях мира. Были разработаны памятки для граждан и паломников, выезжающих за рубеж, по профилактике инфекционных заболеваний, которые корректируются

и дополняются с учетом эпидемиологической конъюнктуры инфекционных заболеваний; всего в 2010 г. прошли обучение 144 сотрудников 37 туристических фирм. (2009 г. – 197 чел., в 2008 г. – 193 чел.).

Выводы

1. Дальнейшее совершенствование системы информирования и просвещения населения по наиболее актуальным направлениям обеспечения санэпидблагополучия, реализация программ взаимодействия с гражданским обществом по повышению санитарной культуры населения, консолидация усилий всех заинтересованных служб и ведомств по формированию мотивации для ведения здорового образа жизни, сохранения здоровья населения.

2. Совершенствование работы по улучшению качества и увеличению охвата профессиональной гигиенической подготовкой и аттестацией декретированного контингента населения в целях предупреждения санитарных нарушений и обеспечения санэпидблагополучия населения.

3. Проведение работы по информированию населения об основных принципах здорового питания, мерах личной и общественной профилактики алиментарно-зависимых заболеваний.

4. Участие в реализации мер по выполнению концепции демографической политики Российской Федерации на период 2025 года, в том числе направленных на снижение алкоголизации населения, курения табака и других пагубных пристрастий.

Список литературы

1. О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения: Федеральный Закон от 30 марта 1999 г. № 52-ФЗ.
2. О качестве и безопасности пищевых продуктов: Федеральный Закон от 2 января 2000 г. № 29-ФЗ.
3. Об ограничении курения табака: Федеральный Закон от 10 июля 2001 г. № 87-ФЗ.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ ЧАСТОТЫ СЕРДЕЧНЫХ СОКРАЩЕНИЙ ЮНЫХ СПОРТСМЕНОВ В ПРОЦЕССЕ МНОГОЛЕТНЕЙ СПОРТИВНОЙ ПОДГОТОВКИ

Вахитов И.Х., Халиуллин Р.С., Петров А.В., Нигаметзянов А.И., Ульянова А.В.

Казанский (Приволжский) федеральный университет, Казань, e-mail: tggyu-mbofka@mail.ru

Закономерности изменения показателей насосной функции сердца развивающегося организма при систематических мышечных тренировках является предметом изучения ряда исследователей. Это приобретает особую актуальность в связи с привлечением детей к занятиям по различным видам спорта. В отдельных видах спорта (художественная гимнастика, фигурное катание, спортивная гимнастика, плавание и т.д.) дети в раннем возрасте начинают

заниматься интенсивными мышечными тренировками. Организм, в частности сердце при мышечных тренировках испытывает большое напряжение. В этой связи изучение показателей насосной функции сердца юных спортсменов, приобщенных к мышечным тренировкам в раннем возрасте, представляется важным. Цель исследования явилось изучение показателей частоты сердечных сокращений (ЧСС) развивающегося организма при мышечных тренировках, организованных на различных этапах постнатального развития.

Для изучения показателей частоты сердечбиений детей приобщенных к мышечным тренировкам в различных возрастах и занимающихся разными видами спорта нами были исследованы юные спортсмены занимающиеся в специализированных ДЮСШ –по плаванию, лыжным гонкам, спортивной гимнастике и хоккею с шайбой. Отбор и систематические мышечные тренировки в данных видах спорта начинаются в разных возрастах развития детей. Спортивным плаванием и гимнастикой дети начинают заниматься, как правило, в 6-7 летнем возрасте, а лыжными гонками и хоккеем с шайбой несколько позже – в 9-10 летнем возрасте.

Для определения частоты сердечных сокращений использовали метод тетраполярной грудной реографии (W.I. Kubicek et al., 1966).

У юных пловцов приступивших к мышечным тренировкам в 6-7 летнем возрасте, на этапе начальной подготовки частота сердечных сокращений уменьшилась с 92,7 до 73,4 уд./мин, т.е. урежение ЧСС по сравнению с исходными данными составило 19,3 уд./мин ($P < 0,05$). На этапе специальной подготовки у юных пловцов ЧСС снизилась с 73,4 до 61,5 уд./мин, т.е. урежение ЧСС по сравнению с предыдущим этапом спортивной подготовки составило 11,9 уд./мин ($P < 0,05$). На этапе спортивного совершенствования у юных спортсменов, систематически занимающихся плаванием, наблюдалась лишь тенденция к уменьшению частоты сердечных сокращений. Следовательно, у юных пловцов в процессе систематических мышечных тренировок частота сердечных сокращений в значительной степени уменьшается на этапе начальной подготовки.

У детей приступивших к мышечным тренировкам в 9-10 летнем возрасте и занимающихся лыжными гонками на этапе начальной подготовки частота сердечбиений уменьшилась с 88,7 до 74,9 уд./мин, т.е. на 13,8 уд./мин ($P < 0,05$). Примерно на такую же величину (13,7 уд./мин) ЧСС уменьшилась у юных лыжников-гонщиков на этапе специальной подготовки ($P < 0,05$). На этапе спортивного совершенствования частота сердечбиений у юных лыжников-гонщиков существенных изменений не претерпела по сравнению с показателями ЧСС зарегистрированными на предыдущем этапе спортивной под-

готовки. Следовательно, у детей, приступивших к мышечным тренировкам в 9-10-летнем возрасте и систематически занимающихся лыжными гонками частота сердечбиений достоверно урежается на этапах начальной и специальной подготовки. При этом урежение частоты сердечных сокращений у юных лыжников-гонщиков на этапах начальной и специальной подготовки выражено примерно одинаково.

Обобщая вышеизложенное можно отметить, что у юных пловцов и лыжников-гонщиков в процессе мышечных тренировок частота сердечных сокращений урежается. Однако, у детей, приступивших к мышечным тренировкам в 6-7 летнем возрасте, т.е. у юных пловцов, значительное урежение ЧСС происходит на этапе начальной подготовки. На этапе специальной подготовки урежение ЧСС у юных пловцов менее выражено. У детей, приступивших к мышечным тренировкам в 9-10 летнем возрасте (у юных лыжников), урежение частоты сердечных сокращений наблюдается равномерно на этапах начальной и специальной подготовки.

В отличие от юных пловцов и лыжников-гонщиков у детей систематически занимающихся диаметрально противоположным видом спорта, т.е. спортивной гимнастикой на начальном этапе спортивной подготовки частоты сердечных сокращений снизилась с 92,6 до 83,0 уд./мин, т.е. на 9,6 уд./мин ($P < 0,05$). На этапе специальной подготовки у юных гимнастов ЧСС уменьшилась с 83,0 до 73,1 уд./мин, т.е. на 9,9 уд./мин ($P < 0,05$). На этапе спортивного совершенствования у юных гимнастов ЧСС существенных изменений не претерпела по сравнению с показателями ЧСС зарегистрированными на предыдущем этапе мышечной тренировки. Следовательно, у детей систематически занимающихся спортивной гимнастикой частота сердечных сокращений достоверно уменьшается на этапах начальной и специальной подготовки. При этом урежение ЧСС на этих двух этапах спортивной подготовки выражено примерно одинаково. На последующем этапе спортивной подготовки, т.е. на этапе спортивного совершенствования у юных гимнастов отмечается лишь тенденция к урежению частоты сердечбиений.

У детей систематически занимающихся хоккеем с шайбой на этапе начальной подготовки частота сердечных сокращений снизилась с 88,4 до 78,3 уд./мин, т.е. на 10,1 уд./мин ($P < 0,05$). На этапе специальной подготовки у юных хоккеистов ЧСС уменьшилась с 78,3 до 70,7 уд./мин, т.е. на 7,6 уд./мин ($P < 0,05$). На этапе спортивного совершенствования урежение ЧСС у юных хоккеистов составило 10,6 уд./мин ($P < 0,05$). Следовательно, в процессе систематических занятий хоккеем с шайбой у юных спортсменов частота сердечных сокращений урежается на каждом этапе спортивной подготовки в среднем на 7-10 уд./мин ($P < 0,05$).

Анализируя суммарное урежения ЧСС детей специализирующихся в различных видах спорта было установлено, что у юных пловцов за восемь-девять лет систематических мышечных тренировок урежение частоты сердечбиений по сравнению с исходными данными составило примерно на 32 уд./мин ($P < 0,05$). У лыжников-гонщиков за аналогичный период мышечных тренировок ЧСС уменьшилась по сравнению с исходными данными на 30 уд./мин ($P < 0,05$). У гимнастов в процессе восьми-деяти лет систематических мышечных тренировок ЧСС снизилась по сравнению с исходными данными на 20,1 уд./мин ($P < 0,05$). У юных спортсменов систематически занимающихся хоккеем с шайбой в течении восьми-деяти лет ЧСС уменьшилась по сравнению с исходными данными примерно на 28 уд./мин ($P < 0,05$).

Следовательно, на урежение частоты сердечных сокращений юных спортсменов влияет возраст, в котором дети приступают к систематическим занятиям спортом и характер выполняемых физических упражнений.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА УГЛА НИЖНЕЙ ЧЕЛЮСТИ ПО ДАНЫМ ТЕЛЕРЕНТГЕНОГРАММЫ И ОРТОПАНТОМОГРАММЫ

Дмитриенко С.В., Иванова О.П., Севастьянов А.В.,
Ртищева С.С., Ярадайкина М.Н.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru*

Компьютерная ортопантомография (ОПТГ) один из современных методов рентгенологического исследования челюстно-лицевой области, позволяющий не только диагностировать патологию, но и при объективном анализе выбирать рациональный план лечения. Предложено большее количество методов исследования, в том числе и угла нижней челюсти.

Однако в доступной литературе мы не встретили сравнительной характеристики угла нижней челюсти (Ar-Go-Me) по данным ортопантомографии и телерентгенографии, что послужило целью настоящего исследования.

Нами проведен анализ телерентгенограмм и ортопантомограмм у 36 пациентов первого периода зрелого возраста, обоего пола, с физиологической окклюзией постоянных зубов.

Телерентгенограммы и ортопантомограммы получали в одном режиме на цифровых аппаратах ORTHOPHOS Plus Serp в программе SIDEXIS. ОПТГ проводили без разобращения зубных рядов межрезцовым фиксатором, челюсти смыкались при этом в привычной окклюзии. Подтверждено, что все анатомические образования на ортопантомограммах были увеличены как по горизонтали, так и по вертикали, однако их соотношения соответствовали истинным.

При сравнении показаний телерентгенограммы и ортопантомограммы у одного и того же пациента значения угла (Ar-Go-Me) совпадали, разность между показателями не превышала $\pm 1,5$ градуса, что в дальнейшем позволяло оценивать угол нижней челюсти по ортопантомограммам без дополнительного телерентгенографического исследования.

Таким образом, для определения величины угла нижней челюсти рекомендуем оценивать данный показатель по ортопантомограмме, как наиболее распространенном методе исследования.

ВЗАИМОСВЯЗЬ САГИТТАЛЬНЫХ И ТРАНСВЕРСАЛЬНЫХ РАЗМЕРОВ ЗУБНЫХ ДУГ ПРИ ИХ БРАХИГНАТИЧЕСКОЙ ФОРМЕ.

Дмитриенко С.В., Иванова О.П.,
Севастьянов А.В., Ртищева С.С.,
Ярадайкина М.Н.

*Волгоградский государственный медицинский
университет, Волгоград,
e-mail: svdmitrienko@volgmed.ru*

По мнению Е.Н. Angle понятие идеальной зубной дуги связано с различными типами лица, а именно долихоцефалическим, мезоцефалическим и брахицефалическим. При этом показано, что при брахицефалическом типе лица чаще встречаются короткие и широкие зубные дуги. Однако не приведены морфометрические данные и не показана взаимосвязь между сагиттальными и трансверсальными размерами зубных дуг.

При определении основных параметров зубных дуг нами измерялась ширина дуги, глубина дуги и фронтально-дистальную диагональ. К брахигнатической форме относили короткие и широкие зубные дуги. Индекс дуги рассчитывался как отношение глубины дуги к ширине зубной дуги, измеряемой между точками, расположенными на середине дистальных поверхностей вторых постоянных моляров вблизи окклюзионного контура.

Результаты исследования показали, что ширина зубных дуг в области вторых постоянных моляров на верхней челюсти составляла $57,9 \pm 1,42$ мм, на нижней челюсти $55,9 \pm 1,53$ мм, ширина зубных дуг между клыками на верхней челюсти составляла $34,7 \pm 1,59$ мм, на нижней челюсти $27,5 \pm 1,47$ мм.

Глубина зубных дуг от фронтальной точки, расположенной между медиальными резцами, до линии, соединяющей дистальные точки вторых постоянных моляров, на верхней челюсти составляла $46,9 \pm 1,74$ мм, на нижней челюсти $44,3 \pm 1,93$ мм. Фронтально-дистальная диагональ, измеряемая от фронтальной точки, до дистальной точки вторых моляров на верхней челюсти составляла $51,5 \pm 2,12$ мм, на нижней челюсти $46,7 \pm 1,96$ мм.