

сюжетный балет, насыщенный действием. Он постоянно обогащал лексику классического танца элементами бытового и эстрадного танца, свободной пластики и фольклора.

В балетном наследии Д.А. Брянцева заложено творческое и философское кредо хореографа, его танцевальный стиль и язык, которые сделали его философом танца.

Медицинские науки

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МАКСИМАЛЬНЫХ УРОВНЕЙ ЙОДДЕФИЦИТА У НАСЕЛЕНИЯ АГРОПРОМЫШЛЕННОГО РЕГИОНА Авдеева И.А., Конюхов В.А., Настека Н.Л. ГОУ ВПО «Оренбургский государственный университет» Оренбург, Россия

Проведенный ретроспективный анализ йодной недостаточности в многолетней динамике в разрезе территориальных образований области, выявил существенные различия в формировании биологического ответа по отдельным территориям. При этом максимальные уровни во времени не всегда совпадают с региональными закономерностями, что с одной стороны согласуется с выводами о многофакторности причин йоддефицита, с другой – позволяет предложить новый подход к оценке максимальных уровней йодной недостаточности за все время регистрации этих множест-

венных влияний. Принципиально важно, что региональный критерий йодного дефицита $43,4 \pm 0,65\%$, рассчитанный на основе максимальных уровней достоверно ($p < 0,001$) превышает уровень $33,9 \pm 0,71\%$, рассчитанный в период отсутствия йодной профилактики, а частотная характеристика неонатального ТТГ $> 5 \text{ МЕ/л}$ в сельской местности $48,3 \pm 0,87\%$ достоверно превышает уровень городского $37,4 \pm 0,93$ ($p < 0,001$), что соответствует тяжелой степени дефицита в сельской в отличие от средней степени в городской. Необходимо подчеркнуть, что в период отсутствия йодной профилактики различия были статистически незначимы. Существенные различия выяснены и по географическим зонам (Таблица), причем, если в Северо-Западном и Восточном Оренбуржье выявлена тяжелая степень йоддефицита, то в Центральном – средней степени йоддефицит, что отличается от снижения с Запада на Восток в период отсутствия йодной профилактики.

Гигиеническая оценка максимальных уровней йоддефицита по географическим зонам по данным биомониторинга в %

Критерии оценки	Северо-запад		Центральное Оренбуржье		Восточное Оренбуржье	
	n	p±m %	n	p±m %	n	p±m %
Максимальный уровень	1643	50,7±1,2	2212	36,7±1,0	2112	44,7±1,1
t	3,7					
t*			9,0			
t**					5,4	

t – критерий достоверности разницы показателей между: t – Северо-западным и Восточным Оренбуржьем; t* – Северо-западным и Центральным Оренбуржьем; t** – Центральным и Восточным Оренбуржьем

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ УЛУЧШЕНИЯ КАЧЕСТВЕННОЙ И КОЛИЧЕСТВЕННОЙ СТРУКТУРЫ НОВОРОЖДЕННЫХ.

Албегонова Ф.Д., Маргиева Д.А., Дудиев Р.В.,
Цориева А.М.

Северо-Осетинская государственная
медицинская академия
Владикавказ, Россия

Неблагоприятная демографическая ситуация, сложившаяся в нашей стране обусловлена многими факторами. При всей важности комплексного подхода к решению этой проблемы, как нам представляется, в системе факторов влияющих на демографическую ситуацию особое место занимает улучшение качественной и количественной структуры новорож-

денных. Между тем, место и роль качественной и количественной структуры новорожденных в системе расширенного воспроизводства населения до сих пор не изучена, как медицинской, так и социально-экономическими науками. Вместе с тем практическая реализация данной проблемы¹ возможна при достаточно полном ее теоретическом осмыслении.

В этой связи нами делается попытка исследовать факторы, влияющие на качественную и количественную структуру новорожденных.

Для изучения данной проблемы нами проанализированы статистические данные, ха-

¹ Улучшение качественной и количественной структуры новорожденных.

рактически характеризующие динамику коэффициента младенческой смертности. Так в 2000 году число умерших детей в возрасте до 1 года в расчете на 1000 родившихся составило 11,7; в 2001 году – 10,8; в 2002 году – 12,6; в 2003 году – 10,6; в 2004 году – 9,5; в 2005 году – 8,9; в 2006 году – 9,8; в 2007 году – 10,4; в 2008 году – 9,6¹.

Такая нестабильная динамика младенческой смертности характеризует то, что наше здравоохранение до сих пор не располагает комплексной программой улучшения качественной и количественной структуры новорожденных.

Отсутствуют объективные прогнозные оценки факторов, влияющие на качественную и количественную структуру новорожденных. В этой связи, как нам представляется, следует отметить, что улучшение состояния здоровья новорожденных практически возможно только при системном подходе. Где каждый фактор исследуется отдельно, для того чтобы полнее выявить реальные причины характеризующие данную ситуацию. Из всех факторов, влияющих на качественную и количественную структуру новорожденных мы выделили два как нам кажется, основных аспекта:

1. Перинатальная профилактика – совместная работа медико-генетической, акушерской, педиатрической служб и кабинетов функциональной диагностики. Это снижает риск рождения детей с врожденными пороками развития и предупреждает осложнения в антенатальном, интранатальном и постнатальном периодах у женщин.

2. Перинатальная диагностика – раннее выявление и лечение детей с врожденными пороками развития, т.е. снизятся уровни инвалидизации и смертности детей в младенческом возрасте.

Предлагаемые нами мероприятия, как часть комплексных мероприятий будут способствовать улучшению качественной и количественной структуры новорожденных детей.

ЗАДАЧИ ЛЕЧЕБНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ДЕТЬМИ С ДЕТСКИМ ЦЕРЕБРАЛЬНЫМ ПАРАЛИЧОМ

Епифанцев А.В., Волченкова О.Ю.

*Областная детская больница
Ростов-на-Дону, Россия*

В возрасте 1-3 лет основная задача педагога состоит в том, чтобы развить у ребенка

предметно-манипуляционную деятельность, сенсорные функции, речевую и предметно-действенное общение с окружающими, начальных форм социального поведения с окружающими и самостоятельности, а также развитие ощущений артикуляционных поз и движений.

Эти задачи особенно актуальны для детей с органической патологией ЦНС и, особенно, с детским церебральным параличом, поскольку всегда имеется существенное отставание в психофизическом развитии данной категории больных. Дети с ДЦП нуждаются в ранней комплексной лечебно-педагогической работе, основным направлением которой является развитие речи и коммуникативного поведения. Коррекционная работа проводится дифференцировано с учетом особенностями заболевания и возраста ребенка.

На основе предметно-практической и игровой деятельности, осуществляемой с помощью взрослого, стимулируется сенсорно-моторное поведение и голосовые реакции. При этом тормозятся нежелательные патологические движения, сопровождаемые повышением мышечного тонуса и одновременным облегчением произвольной сенсомоторной активности.

Для таких детей целесообразно применять дополнительные приспособления для фиксации головы и конечностей с целью облегчения функции артикуляционного аппарата, тренировки зрительно-моторной координации и других реакций.

Хорошие результаты формируются с использованием методики кондуктивного воспитания, которая позволяет образовать неразрывную связь в развитии моторики, речи и произвольной регуляции поведения.

Обязательным компонентом является и ранняя систематическая логопедическая работа, приводящая к развитию ощущений артикуляционных поз и движений, преодоление и предупреждение оральной диспраксии. Для этого используются упражнения с сопротивлением, чередованием упражнений с открытыми глазами со зрительным контролем с помощью зеркала и с закрытыми глазами с целью сосредоточения внимания на собственных ощущениях. У детей активно воспитывается потребность в общении не только с родителями, но и со сверстниками. Много уделяется внимания развитию объема пассивного словаря и объяснению значения новых слов, накапливающихся у ребенка в процессе его жизни и особенно первых лет, когда и начинает формироваться личность.

¹ Статистический сборник: состояние здоровья детей и подростков в Республике Северная Осетия – Алания. - Владикавказ, 2009. - С. 3