

ники № 4 и 7). Мы условно обозначили район обслуживания каждой детской поликлиники как следующие зоны: детская поликлиника №1 – зона А; детская поликлиника № 2 – зона Б; детская поликлиника № 3 – зона В; детская поликлиника № 4 – зона Г; поликлиника № 7 – зона Д.

Согласно данным Министерства к экологически неблагополучной может быть отнесена зона В, затем по убывающей зона Г, зона Д. Зона Б характеризуется как относительно благополучная, а зона А считается относительно «чистой» в экологическом смысле.

Было установлено, что в относительно благоприятных районах города (зона А и Б) в структуре заболеваемости ОИВДП преобладали первичные формы острого стенозирующего ларинготрахеита (ОСЛТ). Отрицательная экологическая обстановка в зонах В и Г характеризовалась тенденцией к росту рецидивирующей формы ОСЛТ.

Мониторинг частоты ОИВДП показал, что повышение заболеваемости происходит спустя 3-4 дня после повышения содержания в атмосфере пыли СО₂ и окислов азота в сочетании с неблагоприятной метеорологической обстановкой.

Следовательно, характер и частота ОИВДП зависит не только от экологической, но и от метеорологической обстановки.

Профилактика рецидивирующих инфекций верхних дыхательных путей у детей

Лазарев В.В., Леванова Ф.М., Клименко Г.В., Чениб Р.А., Лазарева Е.В.

Северо-Осетинская государственная медицинская академия, Владикавказ

В течение 12 месяцев велось наблюдение за группой из 130 детей в возрасте от 1 года до 9 лет с рецидивирующими инфекциями верхних дыхательных путей (РИВДП). Эта группа была обозначена как ПР (профилактика рецидивов). Методом случайной выборки группа ПР была разделена на следующие группы, идентичные во возрасту и полу:

- первую группу (ПР₁) составили дети (n=40), которым для профилактики РИВДП назначали поливитаминные препараты в течение 3 месяцев в осенне-зимне-весенний период (контрольная группа);

- вторая группа детей (ПР₂) (n=45) получала комплекс профилактических мероприятий по оригинальной методике с использованием лазерного аппарата «Узор», бактериального иммуномодулятора Рибомунил.

- у третьей группы (ПР₃) детей (n=45) профилактическое воздействие осуществлялось с помощью аппарата светодиодной терапии «Дюна-Т», бактериального иммуномодулятора Рибомунил.

Медико-экономическая эффективность проводимых профилактических мероприятий с использованием лазерного (группа ПР₂) или светодиодного излучения (группа ПР₃) в сочетании с бактериальными иммуномодуляторами (Рибомунил) выражалась в уменьшении в течение года на одного ребенка числа РИВДП соответственно по сравнению с контрольной группой в 2,9 и 4,0 раза, снижении числа случаев гос-

питализации в 2,5 и 3,16 раза, сокращении числа дней госпитализации на 3,55 и 4,36 койко-дня, снижение обращаемости в поликлинику в 2,5 и 2,8 раза, а также сокращением амбулаторно-поликлинического этапа лечения на 15,45 и 14,95 дня.

Тип конституции как показатель биоэнергетических особенностей у легкоатлетов спринтеров и стайеров

Лазарева Э.А.

*Ульяновский государственный университет,
Ульяновск*

Одной из актуальных проблем спортивной медицины является ранняя диагностика предрасположенности спортсменов к занятиям тем или иным видом спорта. В частности, среди легкоатлетов требуется как можно раннее разделение их на группы спринтеров и стайеров.

Цель настоящей работы – выявить, имеется ли корреляция между типом энергообеспечения и типом телосложения у легкоатлетов спринтеров и стайеров, и возможно ли использовать полученную информацию в ранней спортивной диагностике юношей для отбора их в группу стайеров и спринтеров.

В исследовании приняли участие легкоатлеты спринтеры и стайеры высших спортивных разрядов. Отнесение испытуемых к тому или иному типу энергообеспечения производилось на основе велоэргометрического тестирования (Король В.М., Сонькин В.Д., 1983; Корниенко И.А., Сонькин В.Д., Воробьев В.Ф., 1991; Зайцева В.В. и др., 1997). Определение типов конституции производили по методике Б.А. Никитюка, С.С. Дарской (1975) с учётом объединения астенического и торакального типов телосложения в один – астено-торакальный (Сонькин В.Д., Израиль С.И., 1996).

В ходе проведённого велоэргометрического тестирования выявлено, что у легкоатлетов спринтеров доминирующим типом энергообеспечения мышечной деятельности является анаэробный тип, определяющий наибольшую работоспособность в зоне максимальной мощности. Легкоатлеты стайеры оказались представлены аэробным типом энергообеспечения, что определяет их наибольшую работоспособность в зоне умеренной и большой мощности. На основе проведённого соматотипирования выявлено неравномерное распределение различных типов телосложения в группах спринтеров и стайеров. Легкоатлеты спринтеры, характеризующиеся анаэробным типом энергетики, представлены на 62% мышечным и на 38% астено-торакальным типом конституции, а стайеры, представленные аэробным типом энергетики, в 100% случаев относятся к астено-торакальному типу. Сопоставление типов телосложения и энергообеспечения наглядно продемонстрировало тесную взаимосвязь между особенностями системы энергетического обеспечения и телосложением спортсменов спринтеров и стайеров. Это позволяет использовать тип конституции как некий маркёр типа энергетического обеспечения и, как следствие, даёт возможность отбора спортсменов в группу спринтеров и стайеров на основе внешних признаков.