Полученные результаты: установлены достоверные отличии по жировому компоненту между нападающими (10,74±0,27) и вратарями (12,04±0,47), защитниками (11,15±0,21) и полузащитниками (10,48±0,22), полузащитниками и вратарями (p <0,05). Наибольшее значение жирового компонента установлено у вратарей, наименьшее- у нападающих. По мышечному компоненту достоверные отличия установлены между защитниками (84,28±0,24) и полузащитниками (85,05±0,21) (p <0,05) и полузащитниками и вратарями (83,67±0,45) (p <0,01). Наибольший мышечный компонент установлен у полузащитников, наименьший-у защитников. Установлены достоверные отличии по росту стоя между нападающими (179,20± 0,52) и полузащитниками (175,26± 0,32), нападающими и вратарями (185,11±0,4), защитниками (180,15±0,4) и полузащитниками защитниками и вратарями, полузащитниками и вратарями (p<0,001). По индексу Скелии выявлены достоверные отличии между нападающими (92,90±0.4) и полузащитниками (91,7±0,3), нападающими и вратарями (94,58±0,5) (p<0,05), защитниками (93,21±0,3) и полузащитниками (p<0,001), защитниками и вратарями, (p<0,05), полузащитниками и вратарями (p<0,001).

Заключение. Согласно результатам исследования, жировой и мышечный компонент наилучшим образом представлен у полузащитников, наихудший -у вратарей. Преимущество к спортивным результатам дает рост и длинные конечности спортсменов. Наивысшим ростом и длинными конечностями обладают вратари. То есть, готовность к игре вратари компенсируют ростом и длинными конечностями.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ АНТРОПОМЕТРИИ У ЮНЫХ ПЛОВЦОВ

Тешабаев М.Г., Мавлянов И.Р.
Республиканский научно-практический центр спортивной медицины, Ташкент.

Введение. В последние десятилетия оценка морфофункциональных особенностей юных спортсменов вызывает особый интерес у специалистов в области спортивной медицины, педагогики и биомеханики. [1,2]. Результаты современных исследований свидетельствуют о том, что у детей и подростков, систематически занимающихся плаванием, постепенно формируются характерные закономерности в строении и пропорциях тела. [7,8]. Эти изменения обусловлены процессами адаптации организма к специфическим требованиям вида спорта и регулярным физическим нагрузкам. [4,6]. Особое значение при этом приобретает сравнение и анализ динамики антропометрических показателей в различных возрастных группах. Именно в период интенсивного роста (11–14 лет) закладываются основные морфологические предпосылки, которые напрямую влияют на технику плавания, спортивную результативность и уровень выносливости юных спортсменов. [3,5].

Цель исследования: изучить динамику изменений антропометрических показателей у юных пловцов.

Материал и методы: Исследование проводилось в 2024-2025 учебном году, в период подготовки спортсменов при поэтапном медицинском обследовании, на базе Андижанской специализированной детско-юношеской спортивной школы по плаванию. Основную группу составили 60 мальчиков и 56 девочек в возрасте 11,8±0,43 года, занимающихся плаванием. Контрольную группу составили 60 мальчиков возрасте 12,7±0,7 года и 56 девочек в возрасте 11,5±0,39 года. При определении антропометрических показателей спортсменов использовались такие показатели, как возраст спортсменов, длина тела, длина тела сидя, окружность грудной клетки в состоянии покоя, окружность головы, масса тела, а также индексы Скелии, Кердо, Эрисмана, Ливи, Кетле и Пинье.

Результаты: Проведённый анализ антропометрических показателей мальчиков основной и контрольной групп показал, что у спортсменов наблюдаются большие значения длины тела (153,8±0,70 см против 144,2±0,71 см) и роста сидя (81,9±0,48 см против 75,2±0,48 см). У основной группы отмечены более высокие значения окружности грудной клетки в покое (74,0±0,61 см против 67,4±0,64 см) и индекс Пинье (46,4±0,80 против 40,8±0,84), что указывает на лучшее физическое развитие. При этом индекс Кетле и индекс Кердо у основной группы ниже, чем в контрольной, что отражает более гармоничное телосложение и меньшую массу тела относительно роста. В целом данные свидетельствуют о специфических морфофункциональных особенностях, сформированных под влиянием спортивных тренировок.

Статистический анализ антропометрических показателей у девочек основной и контрольной групп выявил ряд отличий. У девочек основной группы средний возраст был выше (12,6±0,38 года против 11,5±0,39 года). Отмечались большие значения длины тела (150,5±0,63 см против 148,1±0,07 см), роста сидя (80,2±0,43 см против 78,1±0,52 см) и массы тела (39,06±0,62 кг против 32,8±0,75 кг). При этом у основной группы зафиксированы более низкие значения индекса Скелии (87,5±0,06 против 89,5±0,23) и индекса Пинье (42,1±0,90 против 47,7±1,14), что может отражать лучшие показатели развития и гармоничности телосложения. Также у основной группы ниже индекс Кердо (24,3±1,24 против 29,5±1,26) и индекс Эрисмана (5,05±0,71 против 6,5±1,20), а индекс Кетле, напротив, выше (17,3±0,46 против 14,9±0,44). Эти данные свидетельствуют о наличии различий в морфофункциональных характеристиках между группами.

Выводы: Проведенные исследования антропометрических данных показали существенные различия между юными спортсменами и их сверстниками контрольной группы. У юношей основной группы отмечено превосходство по длине тела и росту сидя, а также более благоприятные показатели соматометрических показателей, что свидетельствует о гармоничном телосложении и хорошей физической подготовленности.

У девушек основной группы также отмечены более высокие показатели длины тела и массы тела, а также характерные изменения индексов Кердо и Кетле, отражающие особенности адаптации организма к регулярным физическим нагрузкам.

В заключении следует отметить, что полученные данные свидетельствуют о наличии четких морфофункциональных особенностей, связанных с систематическими тренировками у юных спортсменов, что подтверждает положительное влияние занятий спортом на развитие организма в подростковом возрасте.

ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЙ АЛГОРИТМ ПРИ КОЛОНОПТОЗЕ В СОЧЕТАНИИ С ХРОНИЧЕСКИМ КОЛОСТАЗОМ

Ботиров А.К., Хусанов С.М., Мамажонова Д.М., Ботиров Ж.А.
Андижанский государственный медицинский институт, Узбекистан.

Актуальность проблемы. В настоящее время исследователи обоснованно считают, что длительное консервативное лечение колоноптоза и доведение его до степени суб- и декомпенсации является неоправданным. Такое обстоятельство связанно с широким применением субтотальной резекции ободочной кишки, которая часто приводит к высокой частоте рецидива - 17,6 - 45,9%. В связи с этим, продолжаются дискуссии касательно выбора метода, объема резекции толстой ободочной кишки и способа формирования межкишечного соустья.

Материал и методы исследования. Предметом настоящего исследования явились 132 больных висцероптозом в сочетании с хроническим колостазом (КС) находившихся на стационарном лечении в колопроктологическом отделении кафедры хирургии и гражданской обороны Клиники АндГосМИ. Согласно цели и задачам исследуемые больные условно разделены на две группы:- группа сравнения – (2018-2022 годы) - 85 (64,4%) больных, которым проведен ретроспективный анализ результатов хирургического лечения с соблюдением традиционных подходов;- основная – (2020-2023 годы) - 47 (35,6%) больных, которым проведено проспективное исследование хирургического лечения с использованием оптимизированной хирургической тактики. Для решения поставленных задач проводились клинико-лабораторные, инструментальные методы и статистические исследования проводились соответственно последним стандартным методикам согласно рекомендациям по обследованию, утвержденной Министерством здравоохранения Республики Узбекистан.

Результаты и их обсуждение. Ретроспективный анализ показал, что из 85 больных оперативное вмешательство выполнено в 62 (72,9%) случаев, при суб- и декомпенсированной стадии колоноптоза в сочетании с ХКС. В 23 (27,1%) случаев проводилась неоднократная, длительная консервативная терапия (преимущественно при компенсированной стадии заболевания). К тому же отсутствие системного подхода к выбору объема резекции толстой ободочной кишки привело в 12 (19,4%) случаев к осложнениям, связанным с выбором объема резекции толстой ободочной кишки: продолжающийся запор – в 8,1%, диарея – в 6,5% и рецидив висцероптоза – в 4,8%. Эмпирический подход к способу формирования межкишечных соустий привело к развитию осложнений, связанных с формированием межкишечного соустья в 8,1% с летальным исходом в 1,6% случае. Вместе с тем отмечены осложнения со стороны операционной раны в 11,3% случаев и осложнения общего характера, не связанные с операцией на кишечнике в 9,7% случаев, с летальным исходом в 1,6% случае. Данное обстоятельство побудило нас усовершенствовать лечебно-диагностический алгоритм.

Полученные нами показали важнейшее значение подготовки к оперативному вмешательству и послеоперационному ведению. При этом, наряду с общими мероприятиями важную роль играют меры специальной подготовки толстого кишечника, а также специфические меры профилактики гнойно-септических и ТЭО.

Программа предоперационной подготовки включала дезинтоксикационную терапию и химическую стимуляцию кишечника, препараты, нормализующие (регулирующие) функцию кишечника без раздражения его стенки, предотвращающие сгущение содержимого и облегчающие его пассаж, препараты, нормализующие микрофлору кишечника (пробиотики и пребиотики), пищеварительные ферменты, лечебные микроклизмы, специальная диета, активный образ жизни.

В этой связи, как показал наш опыт работы, оптимальным является модифицированный способ, суть которого заключается в восстановлении топографии правой половины, печеночного угла и 2/3 поперечно ободочной кишки, с резекцией 1/3 поперечно ободочной кишки, селезеночного изгиба, нисходящей и сигмовидной кишки. Формируется «погружной» инвагинационный колоректоанастомоз по «методике Клиники». Полученные данные свидетельствуют о эффективности предложенного модифицированного способа.

Резюме. Таким образом, подводя итог можно заключить, что при висцероптозе в сочетании с ХКС, придерживаясь усовершенствованного лечебно-диагностического алгоритма и модифицированного способа, нам удалось оптимизировать хирургическую тактику и соблюсти системность подходов. Оперативные вмещательства проводились открытым доступом, по общепринятой методике. Во всех