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

случаях оперативное вмешательство завершалось дренированием брюшной полости и области малого таза по типу «проточной» системы». Результаты хирургического лечения висцероптоза в сочетании с ХКС расценены нами как хорошие при восстановлении у пациентов регулярного самостоятельного стула, хорошем общем самочувствии и полном восстановлении работоспособности. Случаев несостоятельности швов с развитием общего перитонита, диареи, рецидива висцероптоза в сочетании с стойким запором, требующего повторной операции, мы не наблюдали. Хорошие результаты хирургического лечения подтвердили обоснованность предложенной хирургической тактики.

ЭКДИСТЕРОИДСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В СПОРТИВНО-МЕДИЦИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сагдуллаев Ш.Ш., Сыров В.Н., Турсунходжаева Ф.М., Эгамова Ф.Р.
Институт химии растительных веществ им. акад. С.Ю. Юнусова АН РУз.

В последние годы вопросы использования фармакологических средств для повышения работоспособности, ускорения её восстановления после истощающих нагрузок и замедляющих развитие утомления, в практике спортивной медицины приобретают особую актуальность. Связано это с тем, что в современном спорте нагрузки достигли такого уровня, который невозможно преодолеть без фармакологической поддержки. Однако, для таких целей не могут использоваться препараты, истощающие резервы организма, предназначенные для чрезвычайно мотивированных реакций, например, связанных с опасностью для жизни. Кратковременный эффект таких препаратов достигается за счёт интенсивного расходования энергетических и пластических ресурсов, приводящего в дальнейшем к длительному снижению работоспособности и нежелательным побочным явлениям.

Поиск эффективных и безопасных средств для применения в подготовке спортсменов к соревнованиям и быстро купирующих у них явления утомления, проводимые в Институте химии растительных веществ Академии Наук Республики Узбекистан привели к созданию высокоэффективных в этом отношении препаратов и биологически активных добавок.

Экдистен (индивидуальные соединение) и эксумид (суммарный препарат, содержащий экдистерон, туркестерон и др.) получены из произрастающего в центрально-азиатском регионе растения – живучка туркестанская. Препарат Экдистен и биологически-активная добавка Эксумид является средствами тонизирующего действия, усиливает биосинтез белка в организме, повышают его адаптационные возможности к стрессирующим факторам среды. Экдистен и Эксумид особенно хорошо зарекомендовали себя при использовании в практике спортивной медицины под их влиянием наблюдался более быстрый прирост скоростно-силовых качеств спортсменов. Большинство из них отмечали более быстрое прохождение чуства усталости, апатии, улучшение переносимости нагрузок. Изучение Экдистена и Эксумида в соревновательной практике (в заключительный предсоревновательный период) показало, что препараты вызывают ускорение адаптации к климато-поясным и социальным условиям, улучшение аппетита и повышение адаптации к физическим нагрузкам заключительного тренировочного цикла. Когда возникала необходимость в значительном увеличении дозы Экдистена (наблюдение над спортсменами-метательницами и штангистами, где препарат использовали в дозе до 100 мг в сутки) положительный специфический эффект не сопровождался никакими токсическими явлениями. Анаболические проявления Экдистена во всех случаях подтверждались клинико-лабораторными исследованиями (увеличение массы тела, содержания гемоглобина и эритроцитов, общего белка в сыворотке крови, понижение концентрации мочевины). При антропометрических исследованиях лиц, многократно принимавших Экдистен, замечено увеличение мышечной массы при снижении количества общего и подкожного жира.

Применение Экдистена и Эксумида спортсменами не противоречит требованиям антидопингового контроля, поскольку в отличие от стероидных анаболических препаратов, относящихся к запрещенному списку ВАДА, Экдистен не проявляют характерных для них гормональных эффектов.