

Нурматова З.И., Нурматов А.А., Юсупова М.Р.

Nurmatova Z.I., Nurmatov A.A., usupova M.R.

### Чавонон ва саломатии тазаккури онҳо.

### Youth and their reproductive health

Ҳангоми гузаронидани тадқиқот маълум шуд, ки ба саломатии тазаккур бемориҳои ҷисмонӣ ва бемориҳои амрози занона таъсир мерасонанд. Ин тасдиқ мекунад, ки албатта саривақт ба чавонон оиди масъалаи саломатии тазаккур ва баланд намудани ҷавобгӯӣ ба саломатии худ ахборот диҳад. Мавзӯҳои оиди нигоҳ доштани саломатии худ, ки чавонро ба ташвиш меорад, бисёр саволҳои контрацепсияи ҳуб, исқоти ҳамл, ва оқибати он, пешгирии бемориҳои бо алоқаи ҷинсӣ гузаранда ва сирояти вирусҳои норасоии масъулияти бадан, бемориҳои саратонӣ олати таънос буданд. Ҳамин тариқ тадқиқоти гузаронида нишон дод, ки бояд ба тазаккури саломатии чавонон ахбороти чуқури фаҳмиш дода, хоҳиши онҳо интихоботи дурусти чавонро ба инобат гирифта, тавсияи амалияи иҷтимоӣ-психологӣ дуруст диҳанд.

As a result of research it is established that reproductive health is influenced by such factors, as a somatic and gynecologic pathology. It once again confirms necessity for timely informing of youth on problems of reproductive health and increase of their responsibility for own health. Themes on preservation of the health which excite youth, were various - questions of effective contraception, abortions and their consequences, preventive maintenance, a HIV of an infection, oncological diseases of genitals. Thus, results of socially-psychological diagnostics of personal factors of reproductive behavior allow to approach to deeper understanding of values of reproductive health of youth, desires, motives, expectations, initiatives in decision-making at modern young men and girls of reproductive age, and also to develop adequate practical psychological-social recommendations and effective techniques of work with young men. It once again confirms necessity for timely informing of youth on problems of reproductive health and increase of their responsibility for own health.

Пиров Б.С., Нурматова М.А.

## МОДИФИКАЦИЯ ГЕРНИОПЛАСТИКИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ПРИ КАНАЛЬНОЙ ПАХОВОЙ ГРЫЖЕ

Кафедра колопроктологии ТИППМК

*Ключевые слова: паховые грыжи, степень изменений в паховой области, модификация грыжесечений.*

### Актуальность

Независимо от достигнутых успехов в герниологии, неудовлетворительные результаты после герниопластики паховых грыж остаются высокими, составляя от 5% до 30% [1-4].

До сих пор многие врачи в практике используют одни и те же методы: при косых грыжах - пластика передней стенки по Мартынову, а при прямых - задней по Бассини. При этом не учитываются такие антропометрические данные, как размеры наружного и глубокого паховых колец, размеры грыж, расположение грыжи в паховом канале и состояние мягких тканей паховой области.

В зарубежных странах уже активно проводятся операции с применением новых технологий, такие как эндовидеолапароскопия, но у нас в стране этот метод только начинает развиваться [5].

В связи с этим актуальной является предложенная нами модификация операции на передней стенке пахового канала при канальной форме косой грыжи, которая направлена на профилактику рецидива паховых грыж.

### Цель работы

Улучшение результатов хирургического лечения паховых грыж путем модификации способов пластики пахового канала и диф-

ференцированного подхода к выбору метода оперативного вмешательства.

#### **Материал и методы исследования**

Предмет исследования составили 283 (100%) пациента, которым в период с 1997 по 2010 г.г. в клинике общей хирургии № 1 ТГМУ и кафедре колопроктологии ТИППМК в плановом порядке было выполнено 285 операций по поводу различных видов паховых грыж. Из них у 9 обследованных установлены рецидивные паховые грыжи.

174 (57%) больным, составившим основную группу, произведено 176 операций. Из них у 21 имелись сопутствующие заболевания. 252 оперированных были лицами мужского пола.

Контрольная группа была образована 109 (41,2%) пациентами, которые оперированы по методикам Мартынова, Бассини, Постемского.

В I подгруппу основной группы вошел 41 больной с косой паховой грыжей, у которых определялась легкая степень разрушения пахового канала, т.е. без разволокнения апоневроза наружной косой мышцы при не расширенном глубоком паховом кольце. Им производилась операция Мартынова. При разволокнении апоневроза производили модифицированную операцию Мартынова со сшиванием разволокненных участков узловыми поддерживающими швами с обязательным сохранением фасции Томсона (рационализаторское предложение, выданное ТГМУ за № 3080-Р-293 от 14.03.2005).

В зависимости от расширения глубокого пахового кольца 30 пациентам с косыми паховыми грыжами произведено ушивание кольца с обеих сторон модифицированным нами способом Марси (рационализаторское предложение, выданное ТГМУ за № 3078-Р-291 от 14.03.2005), а переднюю стенку - модифицированной нами методикой Мартынова. Срок грыженосительства варьировал от 6 месяцев до 15 лет от момента заболевания и составил в среднем 2 года.

40 больным II подгруппы со средними формами паховых грыж выполняли операцию Бассини. Средний возраст был  $36,9 \pm 4,1$  лет. Срок грыженосительства варьировал от 3 месяцев до 20 лет от момента заболевания и составил в среднем 2,5 лет. Косые грыжи выявлены у 2 (5%) пациентов, прямые - у 38 (95%). 3 больных оперированы по поводу рецидивной грыжи.

У 30 больных II подгруппы были диагностированы сложные формы прямых паховых грыж. Только одному пациенту операция не была произведена вследствие сопутствующей патологии. Все больные были мужского пола. Средний возраст  $45,3 \pm 7,6$  лет. В зависимости от выполненных операций выделили 3 категории оперированных.

При интраоперационной ревизии были выявлены массивные разрушения задней стенки пахового канала, однако во всех случаях апоневрозы поперечной и наружной косой мышц живота были наименее разрушены. Эти обстоятельства и обусловили возможность применения способа Бассини в комбинации с Мартыновым у 25 больных. Все пациенты также были мужского пола. Двое оперированы по поводу рецидивной грыжи, 3 больных - способом Постемского, один из них был с рецидивом, 2 - способом Шоулдайса и 1 - способом Кукуджанова.

При наличии прямых и тяжелых форм паховых грыж использовались пластики пахового канала по Шоулдайсу, Бассини в комбинации с модифицированным нами методом Мартынова, а также по Постемскому.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

При оценке результатов хирургического лечения паховых грыж нами учитывался выраженность болевых ощущений в области операции, срок восстановления активности пациентов после операции, наличие осложнений и рецидива заболевания.

В I подгруппе основной группы патология была обусловлена врожденными причинами, вызванными неполным заращением вагинального отростка брюшины, что приводит к образованию предуготовленного грыжевого мешка. У 103 (98%) оперированных результаты оценены как хорошие. Все больные осмотрены до 3 лет. Нагноения и рецидивов заболеваний не отмечено.

При оперативном лечении пациентов II подгруппы основной группы сочли необходимым использовать несколько методов герниопластики - по Бассини, Бассини с Мартыновым, Постемскому, Кукуджанову и Шоулдайсу. Результаты прослежены у всех больных и расценены как хорошие у 95%, рецидив отмечался у 2 (1,3%) пациентов (таб.).

Главной причиной улучшения результатов и снижения процента рецидива в этих группах до 1,3% объясняется применением различных дифференцированных способов в зависимости от состоятельности тканей пахового канала.

**Результаты герниопластики в различных группах исследования**

| Методы операций        | Результаты лечения  |           |                    |                      |
|------------------------|---------------------|-----------|--------------------|----------------------|
|                        | Количество операций | Хорошие   | Удовлетворительные | Неудовлетворительные |
| И. По Мартынову        | 41                  | 41        | -                  | -                    |
| Мартынов в модификации | 32                  | 30        | 2                  | -                    |
| Марси+ Мартынов        | 30                  | 30        | -                  | -                    |
| Бассини                | 40                  | 38        | 1                  | 1                    |
| Бассини+Мартынов       | 25                  | 23        | 1                  | 1                    |
| Постемский             | 3                   | 3         | -                  | -                    |
| Кукуджанов             | 1                   | 1         | -                  | -                    |
| Шоулдайс               | 2                   | 2         | -                  | -                    |
| Всего                  | 174                 | 168 (91%) | 4 (2,6%)           | 2 (1,3%)             |
| Контрольные (все виды) | 109                 | 91        | 10                 | 8 (7,96%)            |

**Выводы**

Герниопластика грыж различных видов с применением методики, содержащей в своей основе применение нескольких способов в зависимости от степени деструкции как задней, так и передней стенок пахового канала, является более эффективной, чем использование какого-либо одного из имеющихся на сегодня способов операции. Из всех известных на сегодняшний день способов наиболее физиологичным и надежным будет считаться тот, который в наименьшей степени изменяет анатомические и функциональные взаимоотношения тканей пахового промежутка и меньше всего нарушает кровообращение этой зоны.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Григорьева М.В. Глубокая аутобрюшинная пластика при лечении сложных паховых грыж: Автореф. дисс. ... канд, мед, наук. Санкт-Петербург, 2002. 21с.
2. Гусев А.И. Лечение паховых грыж с использованием лоскута из апоневроза наружной косой мышцы живота на питающей ножке: Автореф. дисс. канд.мед.наук. Красноярск, 1999. 24 с.
3. Нестеренко Ю.А., Садов Ю.Б. Хирургия паховых грыж // Вестник хирургии. 1985. №7. С. 124-126.
4. Пиров Б.С. Оптимизация тактики хирургического лечения паховых грыж: дисс. ... канд. мед. наук. Душанбе, 2006. С. 6
5. Пиров Б.С. Чурраҳои Қадкашак. Душанбе: Истеъдод, 2011. 96 с.

*Пиров Б.С., Нурматова М.А.*

**Модификация пластики передней стенки при канальной паховой грыже**

В работе проанализированы результаты оперативного лечения 283 больных в период

с 1997 по 2011 год с паховыми грыжами, которым в плановом и экстренном порядке проведено грыжесечение. Больным интраоперационно проведено измерение структур пахового канала, выявлена степень изменений тканей и подобран метод операций. При этом некоторые виды грыжесечения нами модифицированы. При дифференцированном подходе можно снизить риск развития осложнений и процент рецидива заболевания до 1,3%.

*Пиров Б.С., Нурматова М.А.*

**Такмилдиҳии усулҳои тармими девори пеши батн, хангоми чураҳои канали қадкашак.**

Дар мақола натиҷаи муолиҷаи 283 мариз, ки гирифтори бемории чураи қадкашак гардида, дар тӯли солҳои 1997 то 2011 таъбабат гирифтаанд гирд оварда шудааст. Бояд қайд кард, ки дар беморон хангоми чарроҳӣ, сохтор ва дараҷаи тағйирёбии бофтаи канали қадкашак муайян карда шуд ва вобаста ба ин усули чарроҳӣ интиҳоб карда шуд. Дар натиҷа такрорёбии беморихои чураи канали қадкашак то 1,3 % кам шудааст.

*Pirov B.S., Nurmatova M.M.*

**Differentiated approach to surgical treatment of groin hernias.**

In work analysed results of operative treatment of 283 patients during the period with 1997 on 2011 with groin hernias by which in a planned and emergency order it is made Hernia section. The patient intraoperative 1s made measurement of structures groin's channel, is revealed degree of changes of fabrics also picks up a method of operations. Thus some kinds of

groin section are modified by us. At the differentiated approach it is possible to lower

risk of development of complications and percent of relapse of disease to 1,3 %.

Пулатова А.П., Рустамова М.С., Чалова О.Д.

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НУТРИЦИАЛЬНОЙ И КОМПЛЕКСНОЙ КОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ ЖДА БЕРЕМЕННЫХ И РОЖЕНИЦ

Кафедра акушерства и гинекологии ТИППМК

*Ключевые слова: анемия, дефицит железа, беременные и роженицы, медикаментозная и нутрициальная коррекция.*

### Актуальность

По данным экспертов ВОЗ [1], в развитых и развивающихся странах анемия и, особенно, ее железодефицитная гипохромная форма распространены у 21-80% женщин репродуктивного возраста и у 49-99% беременных.

Как установлено, дисбаланс микроэлементов и витаминов, наблюдаемый в период гестации, восстанавливается в течение 4-5 лет [2, 3].

При этом риск развития анемизации женщин возрастает в послеродовом периоде в связи с особенностями гемопоэза, который характеризуется интенсификацией суточного эритропоэза и ускоренным гемолизом молодых эритроцитов, выпущенных в русло в ответ на кровопотерю в родах [5]. Кроме того, лактация сопровождается потерей микроэлемента железа с молоком у матерей, а восстановление менструального цикла с ежемесячной потерей железа усугубляет железодефицитные состояния [6, 8, 10].

В странах Центральной Азии и Казахстана, в частности и в Таджикистане, частые беременности и роды с короткими интервалами, длительные периоды лактации наряду с нерациональным питанием с низким содержанием железа, способы и традиции питания, паразитарные инвазии и высокая частота желудочно-кишечных заболеваний являются основными факторами и ведущими причинами, способствующими снижению всасывания и запасов железа с развитием железодефицитной анемии у женщин репродуктивного возраста [2, 3, 4, 7].

Следовательно, нутрициальная диетическая и медикаментозная коррекция железом беременных и родильниц является патогенетически обоснованным лечением ЖДА и профилактикой акушерских и перинатальных осложнений у женщин репродуктивного возраста [8, 9, 11].

### Цель исследования

Изучение эффективности отдельно нутрициальной диетической, медикаментозной и сочетанной комплексной коррекции ЖДА у беременных и родильниц.

### Материал и методы исследования

Согласно поставленной цели, в отделении совместного пребывания матери и ребенка клиники ТНИИ АГиП в течение 2010-2011 г.г. проводилось ретроспективное исследование и проспективное наблюдение 163 женщин различных районов Республики Таджикистан.

Возраст женщин колебался от 16 до 45 и в среднем составил  $31,5 \pm 1,2$  лет. Степень тяжести анемии оценивали по критериям ВОЗ: легкая анемия установлена при уровне Hb - 109-90 г/л, средняя - 89-70 г/л, тяжелая при Hb - 69 г/л и ниже.

Для оценки статуса железа в организме проводили определение транспортного железа и общей железосвязывающей способности сыворотки (ОЖСС) микрометодом по Ненгу и соавт. (1976) с помощью стандартных наборов фирмы "Лохема" (Чехия) с подсчетом коэффициента насыщения трансферрина. Дефицит железа устанавливался при снижении транспортного железа (в норме: 12,5-25,5 мкмоль/л), повышении ОЖСС (нор-