

в зависимости от времени возникновения разрыва матки [1]. В первую группу вошли 20 (71,5 %) пациенток, у которых разрыв матки имел место во время беременности, во вторую группу включены 8 (28,5 %) пациенток, у которых разрыв матки произошел при развитии родовой деятельности. Для сравнительного анализа взяты клиничко-анамнестические сведения, результаты лабораторно-инструментального обследования и родоразрешения. Сравнение исследуемых групп проводилось с использованием непараметрических статистических критериев Манна – Уитни (для количественных признаков) и Фишера с поправкой Йетса (для качественных признаков) при уровне значимости $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение. Необходимо отметить неуклонный рост частоты абдоминального родоразрешения в СККПЦ за исследуемый период: если в 2007 г. частота ОКС составляла 25,1 % от общего количества родов, то к 2010 г. эта цифра достигла 30,8 %. Кроме того, за счет роста числа пациенток с оперированной маткой из года в год увеличивается доля повторных операций: 30,2 % повторных операций в 2007 г., 33,9 % – в 2010 г.

За период с 2007 по 2010 г. в условиях СККПЦ родоразрешено 1866 пациенток с ОКС в анамнезе, у 28 (1,5 %) из них имел место разрыв матки по рубцу: неполный разрыв матки наблюдался у 19 пациенток во время беременности и у 4 пациенток в родах (всего 23 пациентки, 82,1 %), полный разрыв матки был диагностирован у 1 пациентки при беременности и у 4 женщин в родах (всего 5 пациенток, 17,9 %).

Необходимо отметить, что количество разрывов матки по рубцу увеличивалось от года к году: если в 2007 г. произошло 2 разрыва матки по рубцу после ОКС, то к 2010 г. их число возросло до 13.

Согласно результатам сравнительного статистического анализа клиничко-анамнестических и инструментальных данных, достоверные различия между исследуемыми группами наблюдались только в отношении случаев полного разрыва матки по рубцу: риск возник-

новения данного осложнения, сопровождающегося неблагоприятными перинатальными исходами, был достоверно выше во время родов, чем при беременности ($p=0,04$).

Заключение. Увеличение частоты разрывов матки по рубцу прямо пропорционально увеличению частоты абдоминального родоразрешения. Тревожной тенденцией является рост числа разрывов матки во время беременности, причем 60 % из них протекают бессимптомно, являясь интраоперационной находкой. Разрывы матки по рубцу после кесарева сечения как во время беременности, так и в родах не сопровождаются материнской смертностью. Неблагоприятные перинатальные исходы характерны для полных разрывов матки по рубцу после ОКС, количество которых достоверно увеличивается с развитием родовой деятельности.

Литература

1. Репина, М.А. Разрыв матки / М.А. Репина. – Л.: Медицина, 1984. – 203 с.
2. Савельева, Г.М. Кесарево сечение и его роль в современном акушерстве / Г.М. Савельева // Акушерство и гинекология. – 2008. – № 3. – С. 10–15.
3. Стрижаков, А.Н. Беременность после кесарева сечения: течение, осложнения, исходы / А.Н. Стрижаков, Т. Е. Кузьмина // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2002. – Т. 1, № 2. – С. 40–46.
4. Фролова, О.Г. Организация акушерско-гинекологической помощи в современных условиях / О.Г. Фролова // Акушерство и гинекология. – 2007. – № 5. – С. 76–80.
5. Gudgeon, C.W. Uterine rupture and scar dehiscence / C.W. Gudgeon // Anaesth Intensive Care. – 1997. – Vol. 25, № 4. – P. 434–440.

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ РАЗРЫВА МАТКИ ПО РУБЦУ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ КЕСАРЕВА СЕЧЕНИЯ

И. Г. НЕЖДАНОВ, Р. В. ПАВЛОВ,
В. А. АКСЕНЕНКО, И. В. ТЕЛЕГИНА

Ключевые слова: кесарево сечение, рубец на матке, разрыв матки

CURRENT ASPECTS OF UTERINE RUPTURE IN SCARS AFTER PREVIOUS CESAREAN SECTION

NEZH DANOV I. G., PAVLOV R. V.,
AKSENENKO V. A., TELEGINA I. V.

Key words: Cesarean section, uterine scar, uterine rupture

© С. И. Закаидзе, 2012
УДК 616.147.22–007.64:616–053.3/4

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ

С. И. Закаидзе

Ставропольская государственная медицинская академия

Варикоцеле представляет собой варикозное расширение вен семенного канатика и яичка, встречающееся у 2,3–30,7 % лиц мужского

пола. Чаще всего варикоцеле отмечается в возрасте 15–25 лет. В дошкольном возрасте частота заболевания не превышает 0,12 %, среди мальчиков школьного возраста варьирует от 2,2 до 10 %, а у призывников в армию – от 2,3 до 20 % обследованных [1, 5]. Актуальность изучения варикозного расширения вен гроздьевидного сплетения связана с его доказанным отрицательным влиянием

Закаидзе София Ильинична, аспирант кафедры детской хирургии с курсом анестезиологии и реаниматологии Ставропольской государственной медицинской академии; тел.: (8652)357870; e-mail: sofya-zakaidze@yandex.ru.

на сперматогенез. По данным современной литературы варикоцеле является причиной мужского бесплодия в 11,3–40 % всех случаев, конкурируя лишь с воспалительными заболеваниями мужских половых органов [2, 3].

Цель: оптимизация лечебно-диагностического комплекса ведения детей и подростков с варикоцеле.

Материал и методы. Исследование проводилось на базе детских лечебных учреждений г. Ставрополя с 2005 по 2010 г. Обследовано 65 детей и подростков в возрасте 14+1,2 лет. Придерживались общепринятой в РФ классификации варикоцеле, выделяя 3 его степени по состоянию вен семенного канатика и гроздьевидного сплетения [4]. Больные были разделены на две группы. В первую группу входили дети и подростки с варикоцеле 1–2 степени (45 больных). Во вторую группу вошли 20 пациентов с варикоцеле 3 степени. Группой сравнения служили 40 здоровых подростков, которые по возрасту и росто-весовому показателю соответствовали больным с варикоцеле.

Лечебно-диагностический комплекс включал в себя поликлинический и стационарный уровни.

На поликлиническом уровне пациентам с варикоцеле 1–2 степени осуществляли:

1) диагностический этап, который состоял из осмотра детей и подростков в комплексе с ультразвуковой доплерографией (УЗДГ) органов мошонки и левой почечной вены. УЗДГ проводили в положении стоя и лежа, а также с нагрузочными пробами на ультразвуковом сканере ALOKA SSD-1700 с датчиком линейного формата и рабочей частотой 7,5 МГц. Оценивали диаметр сосудов, линейную (ЛСК) и объемную скорости кровотока (ОСК). Выполняли определение антиспермальных антител в крови, измерение артериального давления (АД) в течение 2 недель, спермограмму (после достижения 14-летнего возраста);

2) лечебный этап, который включал: медикаментозное лечение (детралекс по 1 таблетке 2 раза в день в течение 2 месяцев), изменение стиля жизни (исключение тяжелых физических нагрузок, ношения облегающего белья). При наличии положительного эффекта от начала лечения (в течение 6 месяцев) осуществляли дальнейшее ведение пациентов с контрольным обследованием 1 раз в 3 месяца. При отрицательной динамике больного переводили на стационарный (инвазивный) уровень.

Пациентам с варикоцеле 3 степени (20 человек) после проведения лечебно-диагностического комплекса выполняли оперативное лечение (лапароскопическое клипирование и операцию Паломо).

Результаты и обсуждение. При УЗДГ венозного кровотока наличие признаков экстравазальной компрессии левой почечной вены в аортomezентериальном «пинцете» установлено в двух группах у 49 (75 %) пациентов. Из них стойкое сужение почечной левой вены, регистрируемое в вертикальном и горизонтальном положении тела, отмечено у 24 (37,5 %) детей. У 25 (62,5 %) пациентов обнаружена перемежающаяся компрессия вены, определяемая только при вер-

тикальном положении тела. У 16 (25 %) больных компрессия левой почечной вены не зарегистрирована.

В первой группе у 29 (64 %) больных после проведения лечебного комплекса отмечено улучшение показателей УЗДГ органов мошонки и левой почечной вены. Антиспермальных антител в сыворотке крови не было обнаружено. У пациентов отсутствовали изменения показателей спермограммы.

Во второй группе не наблюдали улучшения клинических данных, показателей УЗДГ (в горизонтальном положении диаметр левой яичковой вены составил 1,1+0,6 см, ЛСК 10,5+1,7 см/с, ОСК 640+130,2 мл/мин), регистрировали выраженные изменения в аортomezентериальном и преаортальном отделах левой почечной вены, наличие ретроградного кровотока в дилатированных венах гроздьевидного сплетения слева. Изменения в спермограмме при варикоэном расширении вен семенного канатика проявлялись в виде астенозооспермии (ухудшение подвижности сперматозоидов) у 5 пациентов. Три человека вошли в группу риска по развитию транзиторной артериальной гипертензии с эпизодами повышения АД до 180/100 мм рт. ст.

После выполнения оперативного пособия по методике Паломо рецидив варикоцеле отмечен у 1 пациента. Через 6 месяцев после операции отсутствовали антиспермальные антитела в сыворотке крови, показатели спермограммы были в пределах нормы.

Заключение. Предлагаемый лечебно-диагностический комплекс позволяет патогенетически выбрать тактику лечения детей и подростков с варикоцеле. Входящие в комплекс лечебные мероприятия способствуют профилактике развития бесплодия в старшем возрасте.

Литература

- Имавердиев, С.Б. Способ выявления венколлатералей при варикоцелэктомии / С.Б. Имавердиев, И.А. Исмаилов // Урология. – 2006. – № 1. – С. 70–72.
- Лоран, О.Б. Выбор метода хирургической коррекции варикоцеле с учетом особенностей венозной гемодинамики / О.Б. Лоран, М.М. Сокольщик, С.В. Гагарина и др. // Урология. – 2006. – № 5. – С. 24–29.
- Поляев, Ю.А. Рентгеноэндovasкулярная окклюзия при лечении варикоцеле у детей и подростков / Ю.А. Поляев, А.А. Мыльников, С.В. Щенев и др. // Детская хирургия. – 2006. – № 3. – С. 39–41.
- Тараско, А.Д. Клиническая анатомия варикоцеле / А.Д. Тараско, А.М. Комаров, А.Г. Лихачев // Амбулаторная хирургия. Стационарозамещающие технологии. – 2007. – № 4. – С. 223.
- Цуман, В.Г. Результаты операций при варикоцеле в возрастном аспекте. Метод профилактики и лечения послеоперационного рецидива / В.Г. Цуман // Детская хирургия. – 2007. – № 1. – С. 4–7.

ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕЧЕБНО-ДИАГНОСТИЧЕСКОГО КОМПЛЕКСА ВЕДЕНИЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ С ВАРИКОЦЕЛЕ
С. И. ЗАКАИДЗЕ

OPTIMIZATION OF MEDICAL-DIAGNOSTIC COMPLEX OF VARICOCELE CHILDREN AND ADOLESCENTS MANAGEMENT
ZAKAIDZE S. I.

Ключевые слова: варикоцеле, доплерография, лечение

Key words: varicocele, Doppler sonography, treatment