

(47,7%). По данным ТАПБ, в 92% (67 пациентов) был поставлен диагноз РЩЖ (в 59 случаях — папиллярный, в 2 случаях — медуллярный, в 6 случаях — фолликулярный). Таким образом, сочетание этих эхографических признаков является прямым показанием для ТАПБ субсантиметровых узлов ЩЖ.

Однако не всегда при РЩЖ регистрируются типичные эхографические признаки. Наибольшие трудности в дифференциальной диагностике узлов ЩЖ возникают при комбинации таких ультразвуковых признаков как гипоэхогенность структуры в сочетании с четкими и ровными контурами узлов. Подобное сочетание признаков было выявлено у 49 пациентов. В 28 случаях (57,1%) при ТАПБ выявлен папиллярный РЩЖ, в 19 (38,8%) — фолликулярная опухоль (вероятно аденома), в 2 — коллоидный зоб. Наличие четких и ровных контуров нетипично для микрокарциномы, но по данным патоморфологического исследования операционного препарата оно обычно соответствует инкапсулированному папиллярному РЩЖ. Учитывая то, что более чем в 50% цитологических заключений о наличии РЩЖ ультразвуковые признаки были нейтральными (четкие, ровные контуры), такие узлы должны подвергаться ТАПБ с целью исключения РЩЖ.

По данным разных авторов [2, 8, 10], РЩЖ на сонограммах в 12-32% случаев не отличается от аденом ЩЖ и визуализируется в виде изоэхогенного образова-

ния с четким ободком «хало» по периферии. Наличие четкого гипоэхогенного ободка «хало» уже не считается признаком, позволяющим исключить злокачественную опухоль, так как «хало» — симптом наблюдается в 15-20% случаев карцином щитовидной железы [2, 8]. В нашем исследовании ультразвуковой комплекс (изоэхогенное образование с четкими ровными контурами и ободком «хало») выявлен у 16 пациентов. По данным ТАПБ, в 10 случаях имела место фолликулярная опухоль, в 5 — папиллярный РЩЖ, в 1 — коллоидный зоб. Таким образом, и при наличии «хало» оправдано выполнение ТАПБ, так как почти во всех случаях при цитологическом заключении получены основания для дальнейшего оперативного лечения (фолликулярная опухоль и папиллярный рак).

Заключение

При формировании показаний для проведения ТАПБ под контролем УЗИ необходимо в первую очередь руководствоваться не размерами образования, а его ультразвуковыми и клиническими характеристиками. Поскольку микрокарцинома щитовидной железы не имеет достоверных ультразвуковых критериев, то всем больным при выявлении «малых» очаговых образований ЩЖ независимо от размера узла необходимо проводить ТАПБ под контролем УЗИ, что позволит своевременно выявлять злокачественный процесс и формировать группу больных подлежащих наблюдению и лечению.

ЛИТЕРАТУРА

1. Толстоколов А.С., Ершова Г.И., Коваленко Ю.В., Дергунова С.А. Пункционные методы диагностики и лечения заболеваний щитовидной железы // Саратовский науч.-мед. журн. — 2010. — № 2. — С. 464-467.
2. Усовик О.А., Подвязников С.О., Шолохов В.Н. Возможности дооперационной диагностики непальпируемого рака щитовидной железы // Сибирский онкологический вестник. — 2010. — № 4. — С. 15-19.
3. Фадеев В.В., Ванушко В.Э. Комментарии к клиническим рекомендациям Американской ассоциации клинических эндокринологов и Европейской тиреоидологической ассоциации по узловому зобу 2010 года // Клин. и эксп. тиреолог. — 2010. — № 3. — С. 6-16.
4. Gharib H., Papini E., Valcavi R. et al. American Association of Clinical Endocrinologist, Associazione Medici Endocrinologi Medici guidelines for clinical practice for diagnosis and management of thyroid nodules // Endocrine Practice. — 2010. — № 16. — P. 1-43.
5. Kim D., Lee E., Kim S. et al. Ultrasound-guided fine-needle aspiration

biopsy of thyroid nodules: comparison in efficacy according to nodule size // Thyroid. — 2009. — № 19 (1). — P. 27-31.

6. Румянцев П.О., Ильин А.А., Румянцева У.В., Саенко В.А. Рак щитовидной железы. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. — 448 с.

7. Семкина Г.В., Смирнова В.А., Абдулхабирова Ф.М., Ванушко В.Э. Роль тонкоигольной аспирационной биопсии в динамическом наблюдении пациентов с узловым зобом // Клиническая и экспериментальная тиреоидология. — 2012. — № 3 (6). — С. 30-43.

8. Котляров П.М. и др. Ультразвуковая диагностика заболеваний щитовидной железы. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Видар-М, 2009. — 239 с.

9. Матяшук С.И., Найда Ю.Н., Шелковой Е.А. Показания к пункционной биопсии (ТАПБ) узлов щитовидной железы // Ліки України, 2011. — № 6 (152). — С. 61-70.

10. Шулуто А.М., Семиков В.И., Ветшев П.С. Непальпируемые узловые образования щитовидной железы. — М.: Профиль-2С, 2011. — 144 с.

УДК 611.738.1:616.351-007.44:618.1-007.4

Анатомо-функциональное состояние мышц тазового дна и ректовагинальной перегородки у женщин с задним тазовым пролапсом и ректоцеле

А.Г. ХИТАРЬЯН, К.А. ДУЛЬЕРОВ, А.А. ПОГОСЯН, Е.И. ПОЛОНСКАЯ, М.Е. ПРОВТОРОВ

Дорожная клиническая больница, г. Ростов-на-Дону
Городская больница № 6, г. Ростов-на-Дону
Областная больница № 2, г. Ростов-на-Дону

Хитарьян Александр Георгиевич

доктор медицинских наук, профессор, заведующий

1-м хирургическим отделением

344011, г. Ростов-на-Дону, ул. Варфоломеева, д. 92а,

тел. (863) 266-03-03, e-mail: dulierov@mail.ru



В статье выявлены анатомо-функциональные особенности ректовагинальной перегородки и тазовой диафрагмы у женщин с задним пролапсом тазовых органов. Морфологическое исследование, проведенное на 16 трупах женщин, позволило выявить дегенеративно-дистрофические изменения в области centrum tendineum perineae в 100% случаев, в то время как mm. levatori ani в большинстве случаев были без изменений (88,9%). В клинической группе у 114 больных трансвагинальное и трансректальное ультразвуковое исследование тазового дна и ректовагинальной перегородки, тонометрическое исследование вагинального давления позволило разработать критерии анатомо-функциональной несостоятельности тазового дна, выявление которых является прямым показанием для использования трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения.

Ключевые слова: тазовый пролапс, тазовая диафрагма, анатомо-функциональная недостаточность.

Anatomic and functional state of pelvic floor muscles and rectovaginal septum in women with the rear pelvic prolapse and rectocele

A.G. HITARYAN, K.A. DULEROV, A.A. POGOSYAN,
E.I. POLONSKAYA, M.E. PROVOTOROV

Railway Clinical Hospital, Rostov-on-Don
City Hospital № 6, Rostov-on-Don
Regional Hospital № 2, Rostov-on-Don

Article identified anatomical and functional features of rectovaginal and pelvic diaphragms in women with rear prolapse of pelvic organs. Morphological study on 16 corpses of women revealed degenerative-dystrophic changes in the centrum tendineum in 100% of cases the perineae, whereas mm. levatori ani were mostly unchanged (88,9%). In a clinical group at 114 patients with transvaginal or transrectal ultrasound and rectovaginal pelvic floor, tonometric study of vaginal pressure allowed the development of criteria for anatomic and functional failure of the pelvic floor, which is a direct indication for use of transvaginal pelvic floor surgery mesh without tension.

Key words: pelvic prolapse, pelvic diaphragm, anatomic and functional insufficiency.

Опущение и выпадение внутренних половых органов среди женщин имеет высокое распространение. Этот процесс имеет всегда прогрессирующее течение, сопровождаясь развитием структурно-функциональных нарушений смежных органов [1]. В результате формируется целый симптомокомплекс анатомических и функциональных тазовых расстройств. Ректоцеле — одно из проявлений анатомо-функциональных нарушений при пролапсе тазовых органов [2]. Несмотря на постоянное совершенствование хирургических методов лечения ректоцеле, добиться безрецидивного послеоперационного течения заболевания сложно ввиду того, что задний пролапс представляет собой комплекс нарушений тазовых органов, изолированное ректоцеле встречается редко. Рецидивы ректоцеле после хирургического лечения встречаются от 5,0 до 27,3% [3, 4], их частота не имеет тенденции к снижению. Учитывая постоянный рост продолжительности жизни, увеличение доли женщин пожилого возраста, а также тенденцию к омоложению заднего тазового пролапса, высокую частоту рецидивов после хирургического лечения ректоцеле, необходимо изучение патогенетических механизмов заболевания, определяющих выбор метода диагностики и лечения, тактику наблюдения за пациентами и способов из реабили-

тации, профилактику рецидивов, что имеет большое медицинское и социальное значение.

Задний тазовый пролапс является полиэтиологичным заболеванием, при котором развивается дистрофия и/или атрофия ректовагинальной перегородки, дефекты мышц тазового дна [5]. Укрепление мышц тазового дна является одной из задач лечебных программ при ректоцеле. В последнее время отмечается бурное развитие реконструктивно-пластической хирургии тазового дна с применением современных синтетических материалов для восстановления дефектов тазовой фасции [6]. Имеющийся опыт применения современных технологий в хирургическом лечении ректоцеле в России диктует необходимость уточнения критериев выбора и целесообразности применения того или иного способа лечения ректоцеле, что вновь накладывает ряд требований к методам диагностики стадии заболевания.

Целью работы явилось выявить анатомо-функциональные особенности ректовагинальной перегородки и тазовой диафрагмы у женщин с задним пролапсом тазовых органов.

Материалы и методы исследования

Проведенная работа включала морфологический и клинический раздел. Морфологическую часть работы

осуществляли в бюро судебно-медицинской экспертизы города Ростова-на-Дону. Для выявления особенностей дегенеративно-дистрофических изменений структур тазового дна были исследованы 16 трупов женщин в возрасте 55-75 лет. Методика исследования промежности трупов женщин осуществлялась после выполнения бедренно-вентральной фиксации в положении на спине. При помощи гинекологического зеркала проводился осмотр шейки матки, стенок влагалища. Далее при помощи электронного безмена «Весна» осуществлялась инструментальная тракция шейки матки в сторону гименального кольца с натяжением до 0,3-0,5 кг. При наличии возможности выведения шейки матки за пределы гименального кольца на 2-3 см снаружи делали заключение о наличии тазового пролапса. В результате признаки тазового пролапса у 9 (56,25%) трупов выявлялись, а у 7 (43,75%) не обнаруживались. Далее поперечным разрезом производилась отсепаровка кожно-жирового лоскута, выделялись структуры тазового дна (*m. levator ani, centrum tendineum perinei*). Из данных областей для гистологического исследования производили взятие биоптатов и оценивали состояние структур тазового дна, проводили измерение высоты промежности. Микропрепараты окрашивали гематоксилином-эозином и по Ван Гизону (гематоксилин-пикрофуксин).

Клиническая часть работы была выполнена при исследовании и лечении 114 женщин с задним тазовым пролапсом со II-IV стадиями заболевания за период с декабря 2007 по январь 2012 года. Возраст больных колебался от 31 до 70 лет, в среднем составив $62,3 \pm 1,9$ года. Длительность заболевания в среднем была $28,3 \pm 1,5$ года. Для проведения сравнительного анализа толщина ректовагинальной перегородки, мышц-леваторов и тазовой диафрагмы была определена у 14 женщин в возрасте 50-70 лет без явлений тазового пролапса.

Исследование ректовагинальной перегородки проводили на гинекологическом кресле. Проводили пальцевое исследование стенок прямой кишки и бидигитальное исследование ректовагинальной перегородки при одновременной пальпации со стороны влагалища и прямой кишки. Эхографическое исследование органов малого таза проводилось на аппарате Aloka SSD 500 и Sequoia-512 фирмы Akuson (США) с использованием датчиков 5,0-8,0 МГц. Объемная реконструкция осуществлялась с помощью компьютерной системы 3D COMPACT компании Tom Tec.

Сканирование выполнялось в стандартном положении пациентки для гинекологического исследования, без специальной подготовки. При трансабдоминальном исследовании измеряли толщину тазовой диафрагмы в покое и при напряжении. Затем вагинальный или линейный высокочастотный датчик устанавливали без надавливания практически вертикально на уровне преддверия влагалища, то есть осуществляли интраитальное исследование. УЗ-признаки недостаточности мышц тазового дна, а также измерение размеров ректоцеле проводили при трансагинальном исследовании как в состоянии покоя, так и при напряжении.

Кроме того, ультразвуковое исследование ректовагинальной перегородки проводили по методу, разработанному Дрыга А.В. с соавт. (2007) с использованием микроконвексного датчика в диапазоне частот 4-9 МГц путем эндоректального исследования. Особенности методики эндоректального исследования заключались в использовании микроконвексного датчика при условии контрастирования влагалища гиги-

еническим тампоном типа Tamрах [7]. Исследование проводили в положении пациентки на левом боку, при этом переднюю поверхность бедер максимально приводили к передней брюшной стенке. Ультразвуковой датчик располагали в 3,0 см от края ануса так, чтобы его рабочая поверхность находилась в поперечном положении к передней стенке прямой кишки. При проведении ультрасонографии ректовагинальной перегородки определяли её толщину и складчатость, размеры правого и левого леваторов на уровне сфинктера, на 10 и на 20 мм от сфинктера, измеряли расстояние между леваторами.

При перинеометрии оценку силы сокращения мышц промежности проводили по величине прироста давления при напряжении мышц тазовой диафрагмы с помощью влагалищного датчика перинеометра Peritron 9600 (Австралия). При недостаточности тонического усилия мышц промежности уточняли его степень: значения градиента давления 5-20 мм вод. ст. (в среднем $12,6 \pm 2,7$ мм вод. ст.) отражали умеренную недостаточность; волевое сжатие мышц промежности, при котором давление повышалось на 5 мм вод. ст. и менее (в среднем $2,6 \pm 0,7$ мм вод. ст.), расценивалось как выраженная недостаточность тазового дна. В норме прирост давления на 20-50 мм вод. ст. и выше (в среднем $37,2 \pm 5,3$ мм вод. ст.) свидетельствовал об отсутствии недостаточности тазового дна [8].

Нами была оптимизирована методика исследования состояния ректовагинальной перегородки у женщин с ректоцеле. Микроконвексный датчик 4-9 МГц располагали на 3 см от ануса. Во влагалище размещали влагалищный датчик перинеометра. Датчик с одной стороны контрастировал влагалище, а с другой использовался для измерения влагалищного давления в мм вод. ст. С помощью УЗИ измеряли толщину ректовагинальной перегородки и одновременно интравагинальное давление в покое и при напряжении мышц промежности. Рассчитывали коэффициент соотношения толщины-силы путем деления толщины ректовагинальной перегородки на интравагинальное давление в покое и при выполнении пробы Вальсальвы. Единицей измерения коэффициента было мм/мм вод. ст. Данное соотношение отражало не только морфометрические параметры тазового дна, но и функциональные возможности мышц промежности.

Статистический анализ результатов исследования проводился с помощью программы STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc., США). В работе исследованные величины были представлены в виде выборочного среднего значения $\pm$ ошибка выборочной средней. Достоверность различий средних величин оценивали с помощью t-критерия Стьюдента, поскольку распределение величин соответствовало нормальному. Проверку на нормальность распределения оценивали с помощью критерия Колмогорова – Смирнова. Во всех процедурах статистического анализа рассчитывали достигнутый уровень значимости (p), при этом критический уровень значимости принимался равным 0,05.

Результаты исследования

Проведенное патоморфологическое исследование выявило серьезные различия в степени дегенеративно-дистрофических изменений структур тазового дна. У трупов без признаков тазового пролапса дегенеративно-дистрофические изменения *m. levator ani* и истончения тканевых элементов *centrum tendineum perinei* отсутствовали. У умерших женщин с тазовым пролапсом наблюдались дистрофические и фиброзные изменения структур тазового дна: дегенеративно-дистрофические изменения *centrum*



tendineum perinei встречались в 100% наблюдениях и характеризовались явлениями межуточного отека, дистрофией, воспалением, лимфоцитарной инфильтрацией стенок сосудов и отеком. Дистрофические изменения m. levator ani были выявлены только в одном случае (11,1%). Дистрофические изменения в области centrum tendineum perineae сопровождались уменьшением высоты тазового дна до 0,7-0,5 см (норма — 1,0-3,5 см). Выявленные результаты послужили обоснованием для тщательного обследования состояния тазового дна в клинических исследованиях.

Все пациентки клинической группы по системе POP-Q имели II-IV стадии заднего тазового пролапса. II стадия встречалась у 72 (53,3%), III-IV стадии — у 42 (31,1%) больных.

При поперечном сканировании отчетливо визуализировались внутренний и наружный анальные сфинктеры, m. levatores ani, m. bulbospongiosus, ректовагинальная перегородка. На ультрасонограммах, полученных у женщин без проявления тазового пролапса, мышцы-леваторы имели вид широких лент-тяжей, направляющихся от анального сфинктера вверх веерообразно. При втягивании заднего прохода мышцы сокращались, что служило ориентиром при их нахождении и во время исследования. Ранее в работах М.А. Чечневой (2010) было установлено, что для неизмененных структур тазового дна характерна высота сухожильного центра промежности не менее 10 мм, ширина мышечных пучков «ножек леваторов» (m. bulbocavernosus) не менее 15 мм, отсутствие диастаза мышц в области сухожильного центра. Отсутствие хотя бы одного из указанных признаков свидетельствовало о несостоятельности тазового дна [9].

Среди больных клинической группы уменьшение высоты тазового дна в области centrum tendineum perinei менее 10 мм при ультразвуковом исследовании выявили у 79 (69,3%) больных.

Перинеометрия позволила уточнить степень выраженности функциональной недостаточности (ФН) центральной части промежности (ЦЧП). У 18 больных клинической группы параметры перинеометрии были в норме. Умеренная выраженность ФН ЦЧП наблюдалась в 70,2% (n=80), выраженная ФН ЦЧП была обнаружена в 14,0% (n=16). Прирост давления во влагалище при сжатии мышц промежности в среднем составил 14,2±1,6 мм вод. ст. У больных с умеренной выраженностью ФН ЦЧП в покое коэффициент соотношения толщины промежности-силы промежностных мышц составил 0,89±0,1 мм/мм вод. ст., а при выраженной ФН ЦЧП — 1,35±0,2 мм/мм вод. ст. При на-

туживании коэффициент соотношения толщины-силы снижался до 0,38±0,1 мм/мм вод. ст. при умеренной и до 0,82±0,2 мм/мм вод. ст. при выраженной ФН ЦЧП. Таким образом, дополнительное обследование больных с задним тазовым пролапсом с помощью ультразвукового исследования тазовой диафрагмы и тоноперинеометрии с расчетом коэффициента соотношения толщины промежности и силы промежностных мышц позволяет дифференцировать выраженность функциональной недостаточности центральной части промежности, что важно при выработке тактики хирургического лечения пролапса.

При трансректальном УЗИ у больных с задним тазовым пролапсом отмечалась неоднородность мышц-леваторов, неровность их контуров, наличие изохогенных включений. Толщина леваторных мышц снижалась сверху вниз, наиболее значительно на уровне сфинктера и в 10 мм от верхнего края анального канала, где формировалось ректоцеле (табл. 1).

Сравнительный анализ показал, что у больных с задним тазовым пролапсом наблюдалось истончение сухожильного центра промежности, снижение толщины мышц-леваторов, увеличение толщины ректовагинальной перегородки за счет ее складчатости, а также расхождение мышц в области тазовой диафрагмы.

Заключение

Морфологическое исследование состояния тканей промежности и ее сухожильного центра, проведенное на трупах женщин с признаками тазового пролапса позволило выявить дегенеративно-дистрофические изменения в области centrum tendineum perineae в 100% случаев, в то время как m. levatori ani в большинстве случаев были без изменений (88,9%). Наряду с этим было обнаружено, что дистрофические изменения в области centrum tendineum perineae сопровождаются уменьшением высоты тазового дна. В норме высота тазового дна варьировало от 1,0 до 3,5 см, а при явлениях дистрофии уменьшалась до 0,7-0,5 см. Указанные результаты позволили рекомендовать с особым вниманием относиться к высоте тазового дна в клинической практике для оценки состояния тазового дна и выраженности дегенеративно-дистрофических изменений.

Данное обстоятельство привело к активному использованию дооперационных клинических методов, которые позволили оценить функциональное состояние элементов тазового дна. Комплексное обследование больных с тазовым пролапсом, кроме стадирования по системе POP-Q, проведения эвакуаторной рентгенопроктодефектографии, было дополнено ульт-

Таблица 1.

Ультрасонографические параметры ректовагинальной перегородки и тазовой диафрагмы у больных с задним тазовым пролапсом

Показатель	Больные с задним тазовым пролапсом (n=114)	Контрольная группа (n=14)
Высота сухожильного центра промежности, мм	8,9±0,35	15,8±0,47
Толщина мышц-леваторов: — на уровне сфинктера, мм — 10 мм от сфинктера — 20 мм от сфинктера	9,12±0,32 10,03±0,28 10,42±0,36	20,76±0,64 21,95±0,72 20,73±0,58
Толщина ректовагинальной перегородки, мм	18,1±0,85	15,4±0,92
Расстояние между леваторами, мм	21,36±1,36	0,0

трасонографическим исследованием тазового дна и тоноперинеометрией при пробах с натуживанием. Ультразвуковое исследование высоты сухожильного центра промежности, определение толщины мышц-леваторов и ректовагинальной перегородки, перинеометрия является простым недорогостоящим исследованием, позволяющим диагностировать функциональную недостаточность тазового дна и индивидуально подойти к выбору метода перинеопластики. Нами были разработаны критерии, выявлению которых свидетельствовало об анатомо-функциональной несостоятельности тазового дна: прирост давления во влагалище при тоноперинеометрии ≤ 5 мм вод. ст, уменьшение высоты тазового дна в области centrum tendineum perinei менее 10 мм по данным сонографии, снижение толщины мышц-леваторов менее 10 мм, расхождение леваторов, увеличение толщины ректовагинальной перегородки за счет ее складчатости выше 18 мм, повышение коэффициента соотношения толщины промежности-силы промежностных мышц выше $0,89 \pm 0,1$ мм/мм вод. ст. Признаки анатомо-функциональной несостоятельности тазового дна расцениваются нами как прямое показание для использования трансвагинальной пластики тазового дна сеткой без натяжения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Радзинский В.Е. Перинеология: болезни женской промежности в акушерско-гинекологических, сексологических, урологических, проктологических аспектах. — М.: Медицинское информационное агентство. — 2006. — 336 с.
2. Мальцев С.В., Мальцев В.Н., Супрун И.С. Ректоцеле: клинические проявления и хирургическая коррекция // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. — 2009. — № 4. — С. 34-36.
3. Попов А.А., Мананникова Т.Н., Рамазанов М.Р., Федоров А.А., Чечнева М.А., Краснополянская И.В. Применение MESH в хирургии генитального пролапса. Насколько это безопасно? // Альманах Института хирургии им. А.В. Вишневского. — 2010. — Т. 5, № 1. — С. 51-52.
4. Popov A.A., Shaginyan G.G., Manannikova T.N., Ramasanov M.R., Chechneva M.A., Fedorov A.A., Slobodyanyuk B.A., Krasnopolskaya I.V., Abramyan K.N. Different methods of surgical treatment of genital prolapses: Prolift and Laparoscopic sacrocolpopexy // Pelvioperineology. — 2008. — Vol. 27. — P. 1.

Таким образом, дистрофические изменения тазового дна являются патогномичным признаком тяжелых форм тазового пролапса и эти данные, несомненно, указывают на то, что оперативные вмешательства без укрепления сетчатым протезом (леваторопластика, кольпорафия) заведомо обречены на неудачу, так как пластическим материалом являются ткани с выраженными дегенеративно-дистрофическими изменениями. Этот фактор необходимо учитывать клиницистам при выборе метода хирургической коррекции тазового пролапса и индивидуального подхода при проведении предгоспитального обследования.

Выводы

1. У умерших женщин с тазовым пролапсом доказано наличие выраженных дегенеративно-дистрофических изменений центральной части промежности во всех наблюдениях.
2. Трансвагинальное и трансректальное ультразвуковое исследование тазового дна и ректовагинальной перегородки, тонометрическое исследование градиента вагинального давления покоя и напряжения являются важными диагностическими критериями функциональной недостаточности промежности и позволяют определить оптимальную тактику хирургической коррекции тазового пролапса.

5. Сухих Г.Т., Данилов А.Ю., Боташева Д.А. Некоторые аспекты развития пролапса гениталий // Российский вестник акушера-гинеколога. — 2011. — № 5. — С. 33-37.

6. Беженарь В.Ф., Айламазян Э.К., Богатырева Е.В. Эффективность применения Prolift при хирургическом лечении пролапса тазовых органов // Московский хирургический журнал. — 2009. — Т. 8, № 4. — С. 5-15.

7. Дрыга А.В. Диагностика и хирургическое лечение ректоцеле. Учебное пособие. — Челябинск: Репринт. — 2007. — 64 с.

8. Bump R.C., Mattiasson A., Bo K., Brubaker L.P. The standardisation of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1996. — Vol. 175. — P. 10-11.

9. Чечнева М.А., Титченко Л.И., Петрухин В.А., Иванкова Н.А., Краснополянская И.В. Возможности ультразвуковой диагностики анатомии и патологии тазового дна в послеродовом периоде // SONOACE ULTRASOUND. — 2010. — Выпуск 21. — С. 13-20.

УДК 616.36-002.951.21-089

Хирургическое лечение больных с эхинококкозом печени

А.П. ТОЛСТИКОВ, А.В. АБДУЛЬЯНОВ, М.А. БОРОДИН, А.М. ИМАМОВА

Казанский государственный медицинский университет

Толстик Алексей Петрович

ассистент кафедры хирургических болезней № 1

420132, г. Казань, ул. Амирхана, д. 22, кв. 64, тел. (843) 515-23-56

e-mail: tolstikovalexei@rambler.ru

Представлены результаты лечения 44 больных с эхинококкозом печени. Выделены 2 группы больных: основная — 18 пациентов и сравнения — 26 пациентов. Ведение пациентов основывалось на разработанном алгоритме диагностики и лечения больных с эхинококковыми кистами печени. В основной группе лечение заключалось в чрескожной пункции и дренировании эхинококковых кист печени под ультразвуковым наведением. В группе сравнения выполнены хирургические вмешательства, используя трансабдоминальный доступ.

Ключевые слова: эхинококковые кисты печени, пункция, ультразвуковое исследование, хирургическое лечение.