

Полная амплитуда ротационных движений поврежденного предплечья достигнута через 3 недели после демонтажа АВФ локтевой кости (рис. 4).

Таким образом, предложенная конструкция аппарата внешней фиксации для лечения повреждений Монтеджиа позволяет изолированно, одновременно или во времени дискретно (в зависимости от срока давности травмы) проводить репозицию костных отломков локтевой кости и адаптировать головку лучевой кости к лучевой вырезке локтевой кости. Совместить фиксацию костных отломков локтевой кости в аппарате внешней фикса-

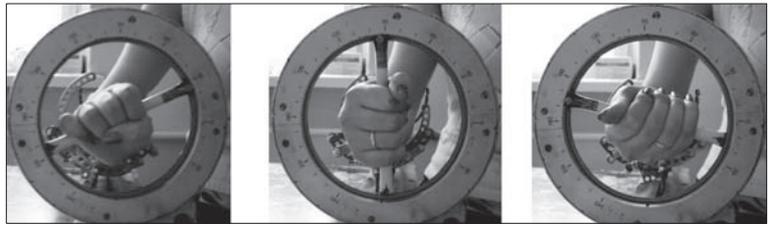


Рис. 4. Амплитуда ротационных движений поврежденного предплечья в период фиксации локтевой кости аппаратом внешней фиксации

ции и раннюю ротационную функцию поврежденного предплечья тем самым сокращая срок нетрудоспособности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Агаджанян В.В. Политравма. — Новосибирск: Наука, 2003. — 492 с.
2. Беляков А.А. Инвалидность при переломах диафизов длинных трубчатых костей, ее причины, предупреждение и снижение: учебное пособие. — Саранск: Мордовский госуниверситет, 1981. — 85 с.
3. Гольдман Б.Л. Лечение диафизарных переломов костей предплечья и их последствий: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — М., 1981. — 35 с.
4. Горячев А.Н., Фоминых А.А., Игнатьев А.Г. Ротационная контрактура у больных с переломами костей предплечья // Гений ортопедии. — 2001. — № 2. — С. 97-98.
5. Иванников С.В., Оганесян О.В., Шестерня Н.А. Наружный чрескостный остеосинтез при переломах костей предплечья. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний: Медицина, 2003. — 140 с.
6. Соломин Л.Н. Управляемый комбинированный остеосинтез длинных костей: разработ-

- ка, обоснование, клиническое использование: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. — Иркутск, 1996. — 41 с.
7. Соломин Л.Н. Основы чрескостного остеосинтеза аппаратом Г.А. Илизарова: монография. — СПб.: «МОПСАР АВ», 2005. — 544 с.
 8. Соломин Л.Н., Кулеш П.Н. Комбинированный чрескостный остеосинтез при диафизарных переломах костей предплечья и их последствиях // Травматология и ортопедия России. — 2009. — № 1. — С. 5-15.
 9. Чуглур Б.М. Пути снижения инвалидности от травм костей предплечья // Сб. научных трудов Иркутского мед. института. — Иркутск, 1979. — Вып. 147. — С. 106-107.
 10. Solomin L. Capabilities and limitations of external fixation of forearm rotation // 7 th EFFORT Congress: abstract book. — Lisbon, 2005. — P. 402.
 11. Solomin L., Kulesh P. Forearm rotation: capabilities and limitations of external fixation // A.S.A.M.I.: abstract book. — Istanbul, 2004. — P. 356.

Информация об авторах: 664003 г. Иркутск, ул. Борцов Революции, 1. Тел. (3952) 29-03-37 puseva@rambler.ru
Пусева Марина Эдуардовна — к.м.н., доцент кафедры, заведующая отделением,
Михайлов Иван Николаевич — младший научный сотрудник,
Рудаков Алексей Николаевич — врач травматолог-ортопед

© СТАЛЬМАХОВИЧ В.Н., ДМИТРИЕНКО А.П., ДЮКОВ А.А. — 2011
УДК 616.712-007.24-089-053.4/.6

ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ КИЛЕВИДНОЙ ДЕФОРМАЦИИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ У ДЕТЕЙ

Виктор Николаевич Стальмахович^{1,2}, Анастасия Прокопьевна Дмитриенко², Андрей Анатольевич Дюков²
(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра детской хирургии, зав. — д.м.н. проф. В.Н. Стальмахович;
²Иркутская государственная областная детская клиническая больница, гл. врач — д.м.н., проф. Г.В. Гвак)

Резюме. Пороки развития грудной клетки у детей относятся к тяжелым заболеваниям, представляющим большие сложности для коррекции. В данной работе представлены разработанные авторские методы хирургического лечения детей с различными вариантами килевидной деформацией грудной клетки. Проанализированы результаты лечения в отдаленном послеоперационном периоде.

Ключевые слова: грудная клетка, дети, торакопластика.

THE REMOTE RESULTS OF THE TREATMENT OF PECTUS CARINATUM OF THE THORAX AT CHILDREN

V.N. Stalmahovich^{1,2}, A.P. Dmitrienko², A.A. Dyukov²
(¹Irkutsk State Institute for Medical Advanced Studies, ²Irkutsk Regional Child Clinical Hospital)

Summary. Developmental anomalies of the thorax at children concern a serious illness representing big complexities for correction. In this work the developed author's methods of surgical treatment of children with various variants of Pectus Carinatum are presented. The results of the treatment in the remote postoperative period are analysed.

Key words: a thorax, children, thorax operations.

Пороки развития грудной клетки у детей относятся к тяжелым заболеваниям, представляющим большие сложности для коррекции. Килевидная деформация грудной клетки (КДГК) встречается у 0,3-1,7% детей в зависимости от региона и на долю ее приходится от 6-22% всех деформаций грудной клетки. [1]

Характеризуется симметричным или асимметричным искривлением кпереди грудины и сочленяющихся с ней ребер, включает в себя несколько компонентов деформации, при этом поражение реберных хрящей может быть одно- или двусторонним, а грудина выступает кпереди в верхнем и нижнем отделе. При рождении от-

мечается у трети больных, имеющих эту патологию, и почти у половины она проявляется лишь после начала пубертатного «рывка» в росте [4]. Характерной особенностью КДГК является косметический дефект, без нарушений функции органов дыхания. При оценке данных психологического обследования выявлено, что недовольство внешним видом грудной клетки, в основном, проявляется у пациентов в старшем возрасте, но даже дети дошкольного возраста обращают внимание на отличие формы своей груди от других детей [2].

Подавляющее большинство хирургов придерживаются мнения, что лечение деформаций грудной клетки только оперативное. На сегодняшний день нет единого мнения о показаниях к лечению и выбору метода хирургической коррекции. Большинство предлагаемых методов хирургической коррекции обладают общим недостатком — большой травматичностью, с относительно высоким риском интра- и постоперационных осложнений. Дети, как правило, тяжело переносят их в послеоперационном периоде, а реабилитация больных занимает многие месяцы и даже годы. На данный момент отдается предпочтение малоинвазивным, менее травматичным в тоже время более эффективным оперативным вмешательствам, направленным на полную коррекцию деформаций грудной клетки, с максимальным косметическим эффектом.

Цель работы: Оценить эффективность разработанных новых малоинвазивных способов торакопластики различных видов килевидной деформации грудной клетки у детей.

Материалы и методы

В данной работе проведен анализ результатов хирургического лечения детей с килевидной деформацией грудной клетки (КДГК) на базе отделения общей хирургии Иркутской государственной областной детской клинической больницы (главный врач — проф. Г.В. Гвак) и кафедры детской хирургии ИГИУВа (ректор — проф. В.В. Шпрах). Особенностью организации работы отделения является концентрация больных из регионов области с различной торакальной патологией, в том числе с врожденными аномалиями развития передней грудной стенки.

В Иркутской государственной областной детской клинической больнице за период с 2006 по 2010 год по авторской методике прооперировано 45 детей с различными вариантами КДГК в возрастной категории от 9 до 15 лет. Эти дети составили группу лечения (ГЛ). Дети и их родители подписывали форму добровольного информированного согласия на обработку данных об их лечении в научных целях.

Мальчиков было 40 (88,89%), девочек — 5 (11,11%). Наибольшее количество детей с КДГК приходится на возраст 13-15 лет. Это объясняется тем, что максимальное прогрессирование деформации начиналось в пубертатном периоде — возрасте наиболее активного роста ребенка. Большая часть пациентов — 17 человек (37,78%) была в возрасте 14 лет. Наименьшей была группа детей в возрасте 9 и 12 лет — 1 (2,22%) и 2 человека (4,44%) соответственно.

Показатели эффективности авторских операций сравнивали с двумя группами клинического сравнения (ГКС). ГКС 1 составили дети, оперированные в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова г. Москвы за период с 1994 по 2001 год. Им проводились торакопластики в различных модификациях операции Равича — 32 ребенка. В ГКС 2 вошли дети с КДГК, оперированные в ДГКБ № 13 им. Н. Ф. Филатова г. Москвы с 2002 по 2010 годы разработанным новым методом торакопластики (открытым способом) с резекцией ребер и грудины. [3] По данной технологии оперировано 59 человек. Всего в ГКС 1 и ГКС 2 оперировано 91 ребенок с килевидной деформацией грудной клетки. Имеет место преобладание мальчиков над девочками — 76 (83,5%) мальчиков и 15 (16,5%) девочек в возрастной категории 9-15 лет.

Средний возраст детей в группах клинического сравнения составил $13,4 \pm 0,1$ лет, в ГЛ $13,9 \pm 0,2$ лет. Статистически значимых различий по возрастному составу и полу в группах не выявлено ($p > 0,05$). Это позволило считать их равноценными выборками и использовать для дальнейшего сравнения.

В нашем исследовании все пациенты были со II и III ст. КДГК и подверглись хирургической коррекции. Пациенты с первой степеню КДГК, вследствие мало-выраженного косметического дефекта, находились под динамическим наблюдением, не оперировались и в наше исследование не включены.

Всем пациентам выполняли торакопластику по авторским методикам. Всего в ходе разработки и внедрения комплексной технологии торакопластики при различных видах килевидной деформации грудной клетки у детей получено 4 патента: патент № 2373879 от 27 ноября 2009 года «Способ лечения врожденной килевидной деформации грудной клетки в сочетании с ладьевидной деформацией реберных дуг»; патент № 2386409 от 20 апреля 2010 года «Способ лечения врожденной асимметричной килевидной деформации грудной клетки у детей»; патент № 2373878 от 27 ноября 2009 года «Способ лечения врожденной килевидной деформации грудной клетки у детей»; патент № 91842 от 10 марта 2010 года «Устройство для лечения асимметричной килевидной деформации грудной клетки». Выбор метода зависел от типа деформации. Контрольное обследование и плановый осмотр после проведенного лечения осуществлялось через 3 мес., 6 мес., затем через 1 и 3 года.

Способ лечения изолированной килевидной деформацией грудной клетки.

Данный способ в определенной степени, является зеркальным отражением «Nuss-процедуры», применяемой для лечения воронкообразной деформации грудной клетки в большинстве зарубежных и отечественных клиниках. Авторский способ оперативного лечения КДГК осуществляется следующим образом: проводят разрез на уровне угла деформации грудины, с последующим проведением поперечной неполной стернотомии. Затем проводят контрапертурные доступы по средне-подмышечной линии с обеих сторон к ребру, находящемуся на одной линии с наиболее выступающей частью грудины. Формируется подкожный тоннель слева на право, соединяющий оба доступа и проходящий через область деформации грудины. Через этот тоннель проводится титановая пластина лукообразной формы, со стрелой прогиба в средней ее части, контур которой соответствует правильно сформированной грудной стенке. Компрессия пластины на грудину приводит к устранению ее деформации, при этом пластина меняет контур, который теперь соответствует правильно сформированной грудной стенке. Иммобилизацию грудино-реберного комплекса в корригированном положении проводят фиксацией концов пластины к ребрам.

Способ лечения КДГК, сочетающейся с ладьевидной деформацией реберных дуг.

При этом способе проводят разрез у основания грудино-реберного горба, в проекции рукоятки грудины, с последующим проведением долотом поперечной стернотомии. Затем выполняют контрапертурные разрезы в VIII межреберье, по передней подмышечной линии, с обеих сторон и доступ в проекции тела грудины. Через разрезы и межреберные промежутки формируют подкожные и субкостальные тоннели. В них заводятся смоделированные дугообразные металлические пластины. Поворачивают их по своей оси на 180° с одномоментной элевацией реберных дуг с устранением их ладьевидной деформации. Компрессия грудины проксимальными концами пластины устраняет килевидную деформацию грудины. При этом передняя грудная стенка принимает физиологическое положение. Дистальные концы пластины фиксируют циркулярной проволокой к ребрам. Раны в местах проведения пластин и стерно-

Результаты лечения ГКС1, ГКС 2 и ГЛ
в отдаленном послеоперационном периоде

| Исходы | ГКС1 (n = 32) M ± SE | ГКС2 (n = 59) M ± SE | ГЛ (n = 29) M ± SE |
|----------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------|
| Хороший | 19 (59,38 ± 8,68 %) | 57 (96,61 ± 2,35 %) | 27 (93,1 ± 4,7 %) |
| Удовлетворительный | 13 (40,63 ± 8,68 %) | 1 (1,69 ± 1,67 %) | 1 (3,45 ± 3,39 %) |
| Неудовлетворительный | - | 1 (1,69 ± 1,67 %) | 1 (3,45 ± 3,39 %) |

томии ушивают. Операцию заканчивают плевральной пункцией, ликвидируя пневмоторакс.

Способ лечения асимметричной килевидной деформации грудной клетки (парастерно-реберного реберного горба).

Данный способ осуществляют следующим образом: на стороне деформации грудной клетки по средне-подмышечной линии в V-м и VI-м межреберьях устанавливают 5 мм троакары, через которые создают пневмоторакс. Со стороны грудной полости визуализируют измененные ребра, надсекают их на высоте деформации на 2/3 толщины хрящевой части, после чего пневмоторакс ликвидируют. В средней части реберного горба проводят поперечный разрез кожи длиной 3 см. На одной линии с ним на боковых поверхностях грудной клетки выполняют контрапертурные разрезы. Через выполненные разрезы над реберной деформацией формируют вертикальный и горизонтальный подкожные тоннели. В сформированные подкожные тоннели через вершину деформации ребер размещают металлические пластины. При этом в вертикальный подкожный тоннель, по длине реберного горба, устанавливают прямую металлическую пластину, на которой выполнены отверстия, расположенные по диагонали. Затем, перпендикулярно ей, сверху, через сформированный горизонтальный подкожный тоннель устанавливают индивидуально отрихтованную по конфигурации нормальной грудной клетки, дугообразную пластину, которая является фиксирующей для прямой вертикальной пластины и компрессирующей для грудино-реберного комплекса. Концы поперечной дугообразной пластины фиксируют к ребрам. Раны в местах проведения пластин ушивают. Операцию заканчивают дренированием плевральной полости.

Для оценки клинической эффективности различных методов лечения применяли рекомендации CONSORT. При этом использовали показатели, свидетельствующие о повышении вероятности развития благоприятного исхода: ПОП (повышение относительной пользы); ПАП (повышение абсолютной пользы). А также показатели, свидетельствующие о снижении вероятности развития неблагоприятного исхода: ОР (относительный риск); СОР (снижение относительного риска); САР (снижение абсолютного риска); ЧБНЛ (число больных, которых необходимо лечить определенным методом, чтобы предотвратить развитие одного неблагоприятного исхода). Статистическую точность оценки наблюдаемых величин клинического эффекта выражали через доверительные интервалы (ДИ 95%).

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с помощью пакета программ «Statistics for Windows» (StatSoft, США). Критический уровень значимости при проверке статистических гипотез составил $p=0,05$.

Результаты и обсуждение

Оценка отдаленных результатов в ГЛ проводилась по критериям: хороший, удовлетворительный, неудовлетворительный. Данные результаты оценены в сроки до 1 года — 2 (6,9%), до 3 лет — 20 (69%), больше 3 лет — 7 (24,1%) детей. В ГКС 1 и ГКС 2 отдаленные результаты оценены в сроки до 1 года — 11 (12%), до 3 лет — 30 (33%), больше 3 лет — 50 (55%) детей. Сроки оценки результатов лечения в группах клинического сравнения и лечения статистически значимых различий не имеют.

К хорошему клиническому результату мы отнесли больных с полной коррекцией деформации, с отсутствием гипертрофических послеоперационных рубцов и гиперкоррекции передней грудной стенки.

К удовлетворительным результатам отнесли пациентов с частичным рецидивом деформации грудины до I-й степени, а также больных с полной коррекцией деформации, но с наличием гиперкоррекции грудины,

а также сочетании одного из данных изменений с гипертрофическими или келоидными послеоперационными рубцами.

К неудовлетворительному послеоперационному результату мы отнесли пациента с полным рецидивом деформации.

Как видно из таблицы, положительные исходы лечения в ГКС1 составляют $59,38 \pm 8,68\%$, а удовлетворительные — $40,63 \pm 8,68\%$, что является довольно низким показателем. Неудовлетворительных результатов в ГКС 1 не было. Хороших результатов в ГКС2 было $96,61 \pm 2,35\%$, а удовлетворительных и неудовлетворительных результатов по $1,69 \pm 1,67\%$. При сравнении процента хороших исходов в ГКС1 ($59,38 \pm 8,68\%$) по отношению к ГЛ, где доля хороших результатов составляет $93,1 \pm 4,7\%$, показатели статистически значимы, т.к. t -критерий Стьюдента = 3,41, ($p < 0,05$), что является результатом использования более эффективного метода хирургического лечения КДГК. Хороших результатов в ГКС2 было $96,61 \pm 2,35\%$ и статистически значимых различий с ГЛ нет — t -критерий Стьюдента = 0,67, ($p > 0,05$). Удовлетворительных и неудовлетворительных исходов в ГЛ одинаковое количество и составило по $3,45 \pm 3,39\%$. Так как в ГКС 2 и ГЛ по единичному случаю удовлетворительных и неудовлетворительных результатов, сравнивать их между собой нецелесообразно.

К удовлетворительному результату в ГЛ отнесли пациента с синдромом соединительно-тканной дисплазии. Больной помимо КДГК имел марфаноподобную внешность, сколиотическую деформацию позвоночника, гипермобильность суставов, арахнодактилию. Считаем, что наличие данной патологии у пациента способствовало развитию частичного рецидива килевидной деформации через год после удаления пластины. К неудовлетворительному результату отнесен пациент у которого через 6 месяцев послеоперационного периода развился металлоз, ему проводилось удаление металла, от повторной операции пациент отказался, вследствие чего произошел рецидив деформации.

К поздним осложнениям в ГЛ относятся: нестабильность металлоконструкции через 5 месяцев послеоперационного периода у 1 (2,2%) человека — проводилась дополнительная фиксация металла, в дальнейшем течение послеоперационного периода без особенностей. В ГКС 2 поздние осложнения выявлены у одного ребенка (1,7%). Спустя 8 месяцев после первой торакопластики, у ребенка — локальная костная деформация, за счет 7-х реберных хрящей, потребовавшая повторного оперативного вмешательства. Резекция хрящей 6-7 ребер справа и хряща 7 ребра слева, привела к полному устранению деформации. Данные осложнения сравнивать нецелесообразно, учитывая их несходный характер.

В итоге, суммируя все результаты нашего исследования, очевидно, что разработанные нами способы торакопластики при КДГК относятся к малоинвазивным и достаточно эффективным методам лечения, позволяют нам снизить травматичность оперативного вмешательства, уменьшить время операции и, тем самым, наркотическое время, ускорить время активизации пациентов и сократить продолжительность болевого синдрома, минимизировать операционные и послеоперационные осложнения, улучшить косметический результат.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ашкрафт К. Ч., М. Холдер Детская хирургия. — Т. 1. — СПб., 1996. — С 168-184.
2. Виноградов А. В. Психологический статус детей и подростков с деформацией грудной клетки: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004. — С. 36.
3. Савчук М. О. Хирургическое лечение килевидной грудной клетки у детей: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 2010. — С. 6-14.
4. Shamberger R.C., Welch K.J. Sternal defects // *Pediatr Surg Jnt.* — 1990. — №5. — P. 156-164.

Информация об авторах: 664003, Иркутск, б-р Гагарина, 4, тел. (3952) 242440, e-mail: Stal.irk@mail.ru
Стальмахович Виктор Николаевич — д.м.н. проф., заведующий кафедрой детской хирургии ИГИУВа.
Дмитриенко Анастасия Прокопьевна — ординатор отделения хирургии.
Дюков Андрей Анатольевич-к.м.н., зав. отделением гнойной хирургии.

© БАЧУРИНА С.М., ГУС А.И., ХАМОШИНА М.Б., СЕМЕНДЯЕВА М.А., СЕМЕНДЯЕВ А.А., САМЧУК П.М. — 2011

ТАЗОВАЯ БОЛЬ, АССОЦИИРОВАННАЯ С БЕСПЛОДИЕМ У ЖЕНЩИН: ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМЫ

Светлана Михайловна Бачурина¹, Александр Иосифович Гус², Марина Борисовна Хамошина³, Мария Андреевна Семендяева³, Андрей Александрович Семендяев⁴, Петр Михайлович Самчук⁴

(¹Иркутский государственный институт усовершенствования врачей, ректор — д.м.н., проф. В.В. Шпрах, кафедра семейной медицины, зав. — д.м.н., проф. Л.В. Меньшикова; ²Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии имени академика В.И. Кулакова, директор — акад. РАМН, д.м.н., проф. Г.Т. Сухих, отделение функциональных методов исследования, зав. — д.м.н., проф. А.И. Гус; ³Российский университет дружбы народов, ректор — акад. РАО, д.м.н., проф. В.М. Филиппов, кафедра акушерства и гинекологии с курсом перинатологии, зав. — д.м.н., проф. В.Е. Радзинский; ⁴Иркутский государственный медицинский университет, ректор — д.м.н., проф. И.В. Малов, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, зав. — д.м.н., проф. П.М. Самчук)

Резюме. Представлены результаты обследования 1890 женщин с острой тазовой болью ассоциированной с бесплодием. Несмотря на гетерогенную этиологическую природу, тазовые абдоминалгии и репродуктивное здоровье у женщин могут сочетаться у одних и тех же больных, что имеет большое преимущество при выполнении лечебно-диагностической лапароскопии, позволяющей установить как причину этих состояний, так и одновременно проинформировать их патогенетически обоснованную хирургическую коррекцию. Оперативное лечение выполняемое миниинвазивным лапароскопическим доступом позволяет более чем в 50% случаев добиться регресса пелвиалгий, а у 9,26-33,3% больных восстановить репродуктивную функцию.

Ключевые слова: тазовая боль, миниинвазивная хирургия, абсцессоскопия, флосклерозирование, пресакральная новокаиновая блокада.

PELVIC PAIN ASSOCIATED WITH STERILITY IN WOMEN. WAYS OF SOLVING PROBLEMS

S.M. Bachurina¹, A.I. Geese², M.B. Khamoshina³, M.A. Semendyaeva³, A.A. Semendyaev⁴, P.M. Samchyk⁴

(¹Irkutsk State Institute of Postgraduate Medical, ²Federal Government Agency Scientific Center for Obstetrics and Gynecology Department of Health and Social Development of Russian Federation, ³Peoples' Friendship University of Russia, ⁴Irkutsk State Medical University)

Summary. The paper gives data 1890 women with pelvic pain associated with sterility. Despite the heterogenic etiology pelvic abdominalgia and reproductive health can be combined in the same patients, this having a large advantage during the medico-diagnostic laparoscopy allowing both to establish the cause of the states and to herform their pathogenetically grounded surgical correction. Miniinvasive laparoscopic treatment to achieve the regression of pelviagia in more than 50% of cases after the curative stage of operation, and to restore the reproductive function in 9,26-33,3% of patients.

Key words: pelvic pain, miniinvasive chirurgyon, abscessoscopy, flebosclerosis, presacral novocain blocad.

Женское бесплодие и синдром тазовой боли, являющиеся симптомами множества гинекологических и экстрагенитальных заболеваний. Причины лежащие в основе этих двух состояний многообразны и гетерогенны [3,4,5,6,8,13].

По данным литературы, в США хронической болью страдает 86 млн человек, а прямые убытки в связанные с потерей трудоспособности и затраты на лечение этих пациентов составляют 90 млрд долларов в год [12].

Рассматривая перечень причин приводящих к бесплодию и тазовым болям у женщин обращает на себя внимание то, что в большинстве своем эти состояния имеют общую природу возникновения.

По данным литературы, факторами вызывающими женское бесплодие в 37-38% случаях является трубноперитонеальная природа заболевания, у 27-30% больных выявляется наружный генитальный эндометриоз, у 18-30% пациенток обнаруживаются эндокринные нарушения, у 8-12% женщин причиной бесплодия служат доброкачественные новообразования органов малого таза [1,2,9].

Проводя анализ заболеваний приводящих к тазовым пелвиалгиям у женщин А. Фоу и R. Brown [10] устано-

вили, что в 36% случаях длительная боль внизу живота вызвана спайками в малом тазу, у 14% женщин — эндометриозом, у 11% — объемными образованиями яичников, у 8% — воспалительными заболеваниями половых органов.

Принято считать, что к синдрому хронической тазовой боли следует относить случаи без какого-либо злокачественного процесса в малом тазу, с продолжительностью заболевания более 6 месяцев [11].

Одним из ведущих методов исследования позволяющих одновременно установить причину тазовых болей и этиологию женского бесплодия, является лапароскопия. Дополнительным преимуществом указанного метода является то, что он из диагностического может легко трансформироваться в лечебный, а у части больных наоборот, позволяет предупредить проведение хирургической коррекции.

Цель работы: определение диагностической значимости и установление лечебных возможностей лапароскопии у больных поступивших в гинекологическое отделение с острой тазовой болью ассоциированной с женским бесплодием.