



І.М. Лещин¹, О.І. Охоцька¹,
І.Г. Криворчук², С.М. Гойда¹, В.Г. Мішалов¹,
П.Л. Бик¹, А.В. Мішалова¹

ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ АПОПЛЕКСІЇ ЯЄЧНИКА І ГОСТРОГО АПЕНДИЦИТУ

¹ Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

² Олександрівська клінічна лікарня м. Києва

Мета роботи — провести аналіз операцій, які виконують у відділенні невідкладної хірургії при гострому апендициті та супутніх кістах і апоплексії яєчників.

Матеріали і методи. В хірургічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва за період з 2009 до 2011 р. прооперовано 199 хворих з приводу гострого апендициту, зокрема 129 (64,8 %) жінок. Досліджувана група складалася із 41 жінки. Вік жінок становив від 16 до 42 років (середній вік — $27,45 \pm 6,72$ року). 37 (31,8 %) пацієнткам виконано симультанні операції з приводу гострого апендициту та супутньої патології яєчників. У 4 (3 %) пацієнток апендикс був без змін, тому його не видаляли.

Результати та обговорення. Частка пацієнток із супутньою патологією яєчників серед усіх пацієнток, госпіталізованих з гострим апендицитом, становила 3,3 %. Це були переважно жінки віком до 25 років (76 %). Відмінностей у клініці гострого апендициту та апоплексії яєчників, яка не супроводжується значною кровотратою, немає, проте симптом Волковича — Кохера трапляється у хворих з гострим апендицитом у 45,5 % випадків, а у хворих з апоплексією та кровотратою понад 400 мл найчастіше виявляють симптоми внутрішньочеревної кровотечі. При розривах кіст яєчників апендицит здебільшого вторинно катарально змінений. Запальний процес в апендиксі може прогресувати, про що свідчить наявність у 29,5 % пацієнток флегмонозного апендициту, динаміку якого в післяопераційний період відстежити складно, тому за наявності навіть вторинних запальних змін стінки апендиксу необхідно завжди виконувати апендектомію.

Висновки. Частка пацієнток із супутньою патологією яєчників серед усіх пацієнток, госпіталізованих з гострим апендицитом, становила 33,3 %. Захворювання переважно виявляли у жінок віком до 25 років (76 %), що, на нашу думку, зумовлено недостатньою зрілістю структур, які регулюють статеву функцію. Незалежно від віку пацієнток, патологічний процес (фолікулярна кіста з розривом та без, нагноєна фолікулярна кіста, ендометріюдна кіста, апоплексія яєчника, полікістоз) найчастіше локалізувався в правих придатках (65,4 %). Запропонований нами доступ забезпечує косметичний ефект, а також можливість проведення ревізії органів малого таза та гінекологічних операцій.

Ключові слова: апендицит,
апоплексія яєчників,
хірургічне лікування.

Проблема гострого апендициту залишається й досі актуальною, оскільки це захворювання найпоширеніше в ургентній хірургії та посідає одне з перших місць у структурі гострих захворювань органів черевної порожнини. Незважаючи на досягнення у діагностиці абдомінальної патології та впровадження нових інструментальних методик,

диференційна діагностика гострого апендициту та апоплексії яєчників пов'язана зі значними труднощами. Відсутність постійних симптомів та властивої лише апоплексії яєчника симптоматології, різноманітність варіантів перебігу захворювання роблять діагностику апоплексії складним завданням у хірургічній та гінекологічній практиці. Час-

тота діагностичних помилок за цієї патології досить висока — 2,1—24 % [4]. Найбільші труднощі виникають з диференційною діагностикою з апендицитом, позаматковою вагітністю. У більшості хворих остаточний діагноз встановлюють лише під час операції [6]. Так, за даними низки авторів, на частку апоплексії яєчника припадає до 85,7 % оперативних втручань з приводу гострого апендициту, а в 30—50 % випадків захворювання діагностують як позаматкову вагітність [3]. З огляду на це, підозра на апоплексію яєчника потребує невідкладної госпіталізації пацієнтки, клінічного спостереження та лікування. Хірургічному лікуванню підлягають 40 % хворих [6]. Повторні апоплексії яєчників (21,6 % від усіх апоплексій яєчників) виникають унаслідок поєднання структурних змін яєчника та персистоючого запального процесу [4].

Загально визнані методи клінічного обстеження хворих з гострим апендицитом або апоплексією яєчника не завжди дають змогу встановити правильний діагноз, а особливо патоморфологічні зміни в них. Лікувальна тактика при гострому апендициті загально визнана та полягає у якомога ранньому видаленні червоподібного відростка. З огляду на те, що апоплексія яєчників часто трапляється у жінок, яких госпіталізують до хірургічних відділень з діагнозом «гострий апендицит», необхідна своєчасна діагностика та адекватний підхід до лікування цих хворих. На думку відомого французького хірурга Філіпа Муре, оскільки і хірурги, і гінекологи працюють з черевною порожниною, їм необхідно володіти елементарними навиками суміжної спеціальності. Деякі автори описують непостійне утворення — апендикулярно-яєчникову зв'язку (*lig. appendicoovaricum*), яка проходить у вигляді складки очеревини від червоподібного паростка до правого яєчника. Остання містить сполучну тканину, кров'яні та лімфатичні судини, за рахунок чого в запальний процес може бути вторинно залучений один із двох суміжних органів. Навіть вторинні зміни червоподібного відростка, які супроводжують гостру гінекологічну патологію, завжди потребують виконання апендектомії. Чітко виражені симптоми гострого апендициту або апоплексії, які дають змогу чітко розрізнити ці захворювання, трапляються дуже рідко, тому клінічно відрізнити ці патології складно. Існує думка, що діагностувати захворювання з впевненістю (75—84 %) можна лише за сукупністю даних анамнезу, огляду та лабораторних методів дослідження. Однак дослідження низки авторів засвідчили, що при апоплексії яєчника діагностична інформативність загальноклінічних методів дослідження низька — 4—5 % [1, 2]. Діагностичні помилки пояснюються тим, що клініка цього захворювання не має характерної картини та розвивається за типом іншої гострої патології в черевній порожнині та малому тазі. Хірургам най-

частіше доводиться мати справу з псевдоапендикулярною формою апоплексії яєчників.

Мета роботи — провести аналіз операцій, які виконують у відділенні невідкладної хірургії при гострому апендициті та супутніх кістах і апоплексії яєчників.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

У хірургічному відділенні Олександрівської клінічної лікарні м. Києва у 2010 р. прооперовано 199 хворих, госпіталізованих з діагнозом гострий апендицит, серед яких було 129 (64,8 %) жінок.

З приводу гострого апендициту прооперовано 88 (68,2 %) пацієнток (табл. 1).

У 37 (31,8 %) пацієнток виконано симультанні операції з приводу гострого апендициту та супутньої патології яєчників. У 4 (3 %) пацієнток апендикс був без змін, і тому його не видаляли. Таким чином, досліджувана група складалася з 41 жінки. Вік жінок становив від 16 до 42 років (середній вік — $(27,45 \pm 6,72)$ року).

Для визначення тяжкості і тактики ведення хворих при госпіталізації пацієнткам проводили загальноклінічне обстеження, загальні аналізи крові та сечі, коагулограму, ЕКГ, огляд гінеколога в обов'язковому порядку, УЗД органів черевної порожнини та малого таза (за можливості), збирали анамнез життя та захворювання пацієнток, визначали групу крові та резус-фактор.

Пацієнток оперували відразу після госпіталізації або впродовж 4—6 год після динамічного спостереження. Всі жінки прооперовані з малоінвазивного доступу для апендектомії (Патент на корисну модель № 61297 (UA) МПК: А61В17/00 Спосіб доступу для апендектомії / Мішалов В.Г., Лещинин І.М., Бик П.Л., Прадош І.М. Заявл. 03.02.2011. Опубл. 11.07.2011.— Бюл. № 13), який полягає у проведенні шкірного розрізу над верхнім краєм лонного симфізу, відсепаруванні шкіри та підшкірної жирової клітковини від апоневрозу на 4 см вверх та латерально, входженні в черевну порожнину крізь Спінгелієву лінію і відповідає принципам максимальної доступності та мінімальної інвазивності.

Т а б л и ц я 1
Форми апендициту в жінок
без супутньої патології яєчників (n = 88)

Форма апендициту	Кількість пацієнтів
Катаральний	4 (4,5 %)
Флегмонозний	70 (79,5 %)
Гангренозний	9 (10,3 %)
Гангренозно-перфоративний	5 (5,7 %)

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

Клінічна картина пацієнок із супутньою гінекологічною патологією, яка супроводжувалася кровотечею, найчастіше складалася з больового синдрому (95 %) з іррадіацією в пряму кишку (65 %) та вегетосудинними порушеннями (запаморочення зареєстровано у 55 % хворих, тахікардія — у 95 %, синкопальні стани — у 5 % пацієнок, зниження артеріального тиску — у 100 %), зумовленими внутрішньочервонною кровотечею (табл. 2). У хворих з кістами яєчника, не ускладненими кровотечею, на перший план виступали скарги на біль у животі, переважно в правій здухвинній ділянці (95,2 %), та наявність порушень оваріо-менструального циклу в анамнезі (76,2 %). В усіх хворих з гострим апендицитом без супутньої гінекологічної патології переважали скарги на біль у правій здухвинній ділянці (100 %), вегетосудинні порушення траплялися рідко (запаморочення — у 4,5 % хворих, тахікардія — у 39,8 %, синкопальні стани не відзначено, зниження артеріального тиску зареєстровано у 1 (1,1 %) хворої).

При клінічному обстеженні пацієнок виявлено, що у жінок з гострим апендицитом без супут-

ньої патології яєчників частіше траплялися: м'язовий дефанс, симптоми Щоткіна — Блюмберга і Волковича — Кохера. За наявності внутрішньочервонної кровотечі у хворих з розривом кісти яєчника найчастіше відзначали симптоми Щоткіна — Блюмберга, Воскресенського та Куленкампа. У хворих із розривом кісти яєчника, який не супроводжувався кровотечею, провідними були симптоми Щоткіна — Блюмберга, Воскресенського і Куленкампа (табл. 3).

Лабораторні методи діагностики

Найвираженіший лейкоцитоз і зсув формули вліво у групі пацієнок без супутньої патології яєчників виявлено при деструктивних формах апендициту (табл. 4). В загальному аналізі крові може спостерігатися зниження рівня гемоглобіну, але у разі гострої масивної крововтрати внаслідок реакції компенсації показники центральної гемодинаміки та червоної крові тривалий час можуть залишатися в межах норми [7]. Зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів не зареєстровано в жодній з груп хворих на гострий апендицит без супутньої гінекологічної патології.

Т а б л и ц я 2
Скарги хворих з апендицитом та супутньою патологією яєчників

Скарга	Без супутньої патології яєчників (n = 88)	Розрив кісти з кровотечею (n = 20)	Кіста яєчника без кровотечі (n = 21)
Біль у правій здухвинній ділянці	88 (100 %)	19 (95 %)	20 (95,2 %)
Запаморочення	4 (4,5 %)	11 (55 %)	5 (23,8 %)
Відчуття тиску на пряму кишку	18 (20,5 %)	13 (65 %)	11 (52,4 %)
Синкопальні стани	0	1 (5 %)	0
Тахікардія	35 (39,8 %)	19 (95 %)	17 (81 %)
Зниження артеріального тиску	1 (1,1 %)	20 (100 %)	6 (28,6 %)
Наявність порушень оваріо-менструального циклу в анамнезі	2 (2,3 %)	15 (75 %)	16 (76,2 %)

Т а б л и ц я 3
Симптоми хворих з апендицитом та супутньою патологією яєчників

Симптом	Без супутньої патології яєчників (n = 88)	Розрив кісти з кровотечею (n = 20)	Кіста яєчника без кровотечі (n = 21)
Волковича — Кохера	40 (45,5 %)	0	0
Щоткіна — Блюмберга	66 (75,0 %)	20 (100 %)	19 (90,5 %)
Ровзинга	26 (29,5 %)	0	0
Сітковського	21 (23,9 %)	0	0
Воскресенського	31 (35,2 %)	18 (90 %)	16 (76,2 %)
Куленкампа	1 (1,1 %)	13 (65 %)	10 (47,6 %)
М'язовий дефанс	70 (79,5 %)	3 (15 %)	4 (19 %)

Т а б л и ц я 4

Зміни лабораторних показників у пацієнок з гострим апендицитом із супутньою патологією яєчників та без неї

Показник	Без супутньої патології яєчників (n = 88)			Кіста (n = 41)	
	Катаральний апендицит (n = 4)	Флегмонозний апендицит (n = 70)	Гангренозний апендицит (n = 14)	З кровотечею (n = 20)	Без кровотечі (n = 21)
Лейкоцитоз	1 (1,1 %)	49 (55,7 %)	12 (13,6 %)	6 (14,6 %)	15 (36,6 %)
Зсув формули вліво	0	14 (15,9 %)	10 (11,4 %)	1 (2,4 %)	4 (9,7 %)
Зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів	0	0	1 (1,1 %)	2 (4,9 %)	0

За наявності супутньої патології яєчників лейкоцитоз частіше відзначали в групі хворих з наявністю кісти без кровотечі (див. табл. 4). Зсув формули вліво зафіксовано лише в 1 (5 %) випадку при розриві кісти з кровотечею та в 4 (19,0 %) випадках за наявності кісти без кровотечі. Зниження рівня гемоглобіну та еритроцитів не спостерігали в групі пацієнок з наявністю кісти без кровотечі. Зменшення цих показників виявлено лише в 2 (10 %) випадках при розриві кісти з кровотечею (див. табл. 4).

Згідно з отриманими результатами, незалежно від форми захворювання патологічний процес найчастіше локалізувався в правому яєчнику (36 (87,8 %) випадків), що пояснюється його анатомічною та фізіологічною особливістю: відходження *a. ovarica* від аорти, велика кількість венозних судин, топографічна близькість до апендикса.

У групі хворих із супутньою гінекологічною патологією переважали катаральні апендицити, в групі без гінекологічної патології — деструктивні.

Фолікулярні кісти виявлено в 16 (39,0 %) випадках, з яких 4 (9,7 %) були ускладнені розривом, нагноєння фолікулярної кісти — у 2 (4,9 %) пацієнок, ендометріодні кісти — у 6 (14,6 %) пацієнок, апоплексія яєчників — у 21 (51,2 %), полікістоз яєчників — у 11 (26,8 %) хворих: у 6 (14,6 %) жінок з фолікулярною кістою яєчника, у 2 (4,9 %) —

з апоплексією яєчника, у 2 (4,9 %) пацієнок з ендометріодною кістою.

Флегмонозний апендицит у пацієнок із супутньою гінекологічною патологією найчастіше поєднувався з фолікулярною кістою (12,2 %). Це може свідчити про те, що первинною патологією є гострий апендицит, а фолікулярна кіста — це знахідка під час оперативного втручання з приводу гострого апендициту. Апоплексію яєчника та розрив фолікулярної кісти найчастіше виявляють у разі гострого катарального апендициту (4 (100 %) та 17 (80,9 %) випадків відповідно). Ці дані свідчать про те, що катаральний апендицит — вторинний, а первинною патологією виступає гінекологічна (апоплексія та розрив фолікулярної кісти) (табл. 5, рисунок).

Дані щодо характеру випоту в черевній порожнині наведено у табл. 6.

У жінок, прооперованих з приводу гострого апендициту без супутньої гінекологічної патології в 15,9 % випадках патологія не супроводжувалася перитонітом, у решти переважно виявлено місцевий серозний перитоніт (табл. 7).

В усіх жінок з гострим апендицитом та супутньою патологією яєчників мав місце перитоніт. Місцевий серозний перитоніт зареєстровано у 100 % жінок із фолікулярною кістою, у 50 % — з ендомет-

Т а б л и ц я 5

Форми апендициту в жінок із супутньою патологією яєчників

Форма апендициту	Фолікулярна кіста (n = 10)		Ендометріодна кіста (n = 6)		Розрив фолікулярної кісти (n = 4)		Апоплексія (n = 21)		Нагноєна фолікулярна кіста (n = 2)		Полікістоз яєчників (n = 11)	
	Правий яєчник	Лівий яєчник	Правий яєчник	Лівий яєчник	Правий яєчник	Лівий яєчник	Правий яєчник	Лівий яєчник	Правий яєчник	Лівий яєчник	Правий яєчник	Лівий яєчник
Незмінений: (апендектомію не проводили)	1 (2,4 %)	0	0	0	0	0	1 (2,4 %)	2 (4,9 %)	0	0	3 (7,3 %)	0
Катаральний	1 (2,4 %)	1 (2,4 %)	0	3 (7,3 %)	4 (9,8 %)	0	9 (21,9 %)	8 (19,5 %)	1 (2,4 %)	0	6 (14,6 %)	0
Флегмонозний	5 (12,2 %)	2 (4,9 %)	2 (4,9 %)	1 (2,4 %)	0	0	1 (2,4 %)	0	0	1 (2,4 %)	2 (2,4 %)	1 (2,4 %)



Рисунок. Форми апендициту у жінок із супутньою патологією яєчників

ріюїдною кістою, у 75 % — при розриві фолікулярної кісти (див. табл. 7). Дифузний серозний перитоніт виявлено при розриві фолікулярної кісти у 25 % жінок, місцевий гнійний перитоніт за наявності ендометріюїдної кісти — у 16,6 %, дифузний

гнійний перитоніт — у 100 % випадків при нагноєних фолікулярних кістах та у 16,6 % випадків ендометріюїдної кісти, місцевий гемоперитонеум — у 14,3 % випадках апоплексії яєчника. Можна зробити висновок, що наявність супутньої гінекологічної патології (фолікулярна кіста з розривом та без, нагноєна фолікулярна кіста, ендометріюїдна кіста, апоплексія яєчника) у жінок з гострим апендицитом завжди супроводжується перитонітом. У жінок, прооперованих з приводу гострого апендициту без супутньої гінекологічної патології, в 15,9 % випадках перитоніт не зафіксовано (табл. 8).

При апоплексії яєчників переважно виконували клиноподібну резекцію яєчника (у 85,71 % випадків), за наявності фолікулярної кісти з розривом та без таку операцію застосовували у 64,3 % жінок. Фенестрацію кіст виконали у разі супутнього полікістозу яєчників в 100 % випадків. Аднексектомію застосували при ендометріюїдній кісті у 1 (16,6 %) пацієнтки. Енуклеацію кісти проведено у 3 (14,3 %) випадках при апоплексії яєчника та в 3 (21,4 %) — за наявності фолікулярної кісти з її розривом та без.

Таблиця 6
Характер випоту в черевній порожнині у хворих із супутньою патологією яєчників

Характер випоту	Фолікулярна кіста (n = 10)	Ендометріюїдна кіста (n = 6)	Розрив фолікулярної кісти (n = 4)	Апоплексія (n = 21)	Нагноєна фолікулярна кіста (n = 2)	Полікістоз яєчників (n = 11)	Разом (n = 41)
Серозний	10 (24,4 %)	0	4 (9,7 %)	0	0	6 (14,6 %)	14 (34,1 %)
Серозно-геморагічний	0	0	0	12 (29,3 %)	0	1 (2,4 %)	12 (29,3 %)
Геморагічний	0	0	0	8 (19,5 %)	0	1 (2,4 %)	8 (19,5 %)
Серозно-геморагічний з ендометріюїдним компонентом	0	5 (12,2 %)	0	0	0	2 (4,9 %)	5 (12,2 %)
Гнійний	0	1 (2,4 %)	0	0	2 (4,9 %)	1 (2,4 %)	2 (4,9 %)

Таблиця 7
Характер та поширення перитоніту у хворих з гострим апендицитом без супутньої патології яєчників

Характер та поширення перитоніту	Катаральний апендицит (n = 4)	Флегмонозний апендицит (n = 70)	Гангренозний апендицит (n = 9)	Гангренозно-перфоративний апендицит (n = 5)	Разом (n = 88)
Перитоніту немає	1 (25 %)	11 (15,7 %)	1 (11,1 %)	1 (20 %)	14 (15,9 %)
Місцевий серозний	3 (75 %)	51 (72,9 %)	7 (77,7 %)	1 (20 %)	62 (70,5 %)
Місцевий серозно-фібринозний	0	2 (2,9 %)	0	0	2 (2,3 %)
Дифузний серозно-фібринозний	0	1 (1,4 %)	0	1 (20 %)	2 (2,3 %)
Розлитий фібринозно-гнійний	0	1 (1,4 %)	0	0	1 (1,1 %)
Місцевий гнійний	0	4 (5,7 %)	1 (11,1 %)	0	5 (5,7 %)
Розлитий гнійний	0	0	0	2 (40 %)	2 (2,3 %)

Т а б л и ц я 8

Характер та поширення перитоніту у хворих з гострим апендицитом та супутньою патологією яєчників

Характер та поширення перитоніту	Фолікулярна кіста (n = 10)	Ендометріюдна кіста (n = 6)	Розрив фолікулярної кісти (n = 4)	Апоплексія (n = 21)	Нагноєна фолікулярна кіста (n = 2)	Полікістоз яєчників (n = 11)	Разом (n = 41)
Місцевий серозний	10 (100 %)	3 (50 %)	3 (75 %)	0	0	7 (63,6 %)	18 (43,9 %)
Дифузний серозний	0	0	1 (25 %)	0	0	0	1 (2,4 %)
Місцевий серозно-геморагічний	0	0	0	14 (66,6 %)	0	1 (9,0 %)	14 (34,1 %)
Дифузний серозно-геморагічний	0	0	0	1 (4,8 %)	0	0	1 (2,4 %)
Місцевий гнійний	0	1 (16,6 %)	0	0	0	1 (9,0 %)	1 (2,4 %)
Дифузний гнійний	0	1 (16,6 %)	0	0	2 (100 %)	1 (9,0 %)	3 (7,3 %)
Місцевий гемоперитонеум	0	0	0	3 (14,3 %)	0	1 (9,0 %)	3 (7,3 %)
Дифузний гемоперитонеум	0	0	0	3 (14,3 %)	0	0	3 (7,3 %)

Т а б л и ц я 9

Види оперативних втручань, проведених у пацієнок з гострим апендицитом та супутньою патологією яєчників

Види оперативних втручань	Фолікулярна кіста (n = 10)	Ендометріюдна кіста (n = 6)	Розрив фолікулярної кісти (n = 4)	Апоплексія (n = 21)	Нагноєна фолікулярна кіста (n = 2)	Полікістоз яєчників (n = 11)	Разом (n = 41)
Клиноподібна резекція + апендектомія	5 (50 %)	5 (83,3 %)	2 (50 %)	16 (76,2 %)	2 (100 %)	0	30 (73,2 %)
Фенестрація кісти + апендектомія	1 (10 %)	0	1 (25 %)	0	0	11 (100 %)	4 (9,7 %)
Енуклеація кісти + апендектомія	2 (20 %)	0	1 (25 %)	1 (4,8 %)	0	0	4 (9,7 %)
Аднексектомія + апендектомія	0	1 (16,6 %)	0	0	0	0	1 (2,4 %)
Клиноподібна резекція	2 (20 %)	0	0	2 (9,5 %)	0	0	4 (9,7 %)
Енуклеація кісти	0	0	0	2 (9,5 %)	0	0	2 (4,9 %)

ВИСНОВКИ

Частка пацієнок із супутньою патологією яєчників серед усіх госпіталізованих пацієнок з гострим апендицитом становить 33,3 %.

Захворювання мали переважно жінки віком до 25 років (76 %), що на нашу думку, зумовлено недостатньою зрілістю структур, які регулюють статеву функцію.

Незалежно від віку пацієнок патологічний процес (фолікулярна кіста з розривом та без, нагноєна фолікулярна кіста, ендометріюдна кіста, апоплексія яєчника, полікістоз) найчастіше локалізувався в правих придатках (65,4 %).

Запропонований нами доступ забезпечує косметичний ефект, а також можливість проведення ревізії органів малого таза і гінекологічних операцій.

Література

- Кулаков В.И., Прилепская В.И., Радзинский В.Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии. — М.: Гэотар-Медиа, 2006. — С. 945—948.
- Панкова О.В. Эффективность стандартизированной диагностики острых гинекологических заболеваний: Автореф. дис. ...канд. мед. наук. — М., 1996. — С. 17.
- Савельева Г.М., Штыров С.В., Тангиева З.С. Динамическая лапароскопия у гинекологических больных // Акушерство и гинекология. — 1999. — № 3. — С. 17—20.
- Тер-Овакмян А.Э. Современная концепция оказания помощи больным при апоплексии яичника и разрывах доброкачественных кист яичников: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук. — 2007. — С. 7—37.
- Травматизм, шок и острые кровопотери в акушерстве и гинекологии // Тр. Воронеж. гос. мед. ин-та. — 1956. — Т. 26. — С. 178.
- Элибекова О.С., Гаспаров А.С., Косаченко А.С., Стрекалова Е.Л. Диагностика и лечение острых гинекологических заболеваний. Современные тенденции // Журн. Рос. об-ва акушеров-гинекологов. — 2005. — № 2. — С. 3—6.

І.М. Лещин, О.І. Охоцкая, І.Г. Криворчук,
С.М. Гойда, В.Г. Мишалов, П.Л. Бык, А.В. Мишалова

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ АПОПЛЕКСИИ ЯИЧНИКА И ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА

Цель работы — провести анализ операций, которые выполняют в отделении неотложной хирургии при остром аппендиците и сопутствующих кистах и апоплексии яичников.

Материалы и методы. В хирургическом отделении Александровской клинической больницы г. Киева за период с 2009 по 2011 г. прооперировано 199 больных, госпитализированных по поводу острого аппендицита, среди них было 129 (64,8 %) женщин. Исследуемая группа включала 41 женщину. Возраст женщин составлял от 16 до 42 лет (средний возраст — $27,45 \pm 6,72$ года). У 37 (31,8 %) пациенток выполнены симультанные операции по поводу острого аппендицита и сопутствующей патологии яичников. У 4 (3 %) пациенток аппендикс был без изменений и потому его не удаляли.

Результаты и обсуждение. Доля пациенток с сопутствующей патологией яичников среди всех пациенток, госпитализированных с острым аппендицитом, составляла 33,3 %. Заболевание преимущественно выявляли у женщин в возрасте до 25 лет (76 %). Отличий в клинике острого аппендицита и апоплексии яичников, которая не сопровождается значительной кровопотерей, нет, однако симптом Волковича — Кохера встречается у больных с острым аппендицитом в 45,5 % случаях, а у больных с апоплексией и кровопотерей более 400 мл чаще выявляют симптомы внутрибрюшного кровотечения. При разрывах кист яичников аппендицит в основном вторично катарально изменен. Поскольку воспалительный процесс в аппендиксе может прогрессировать, о чем свидетельствует наличие у 29,5 % пациенток флегмонозного аппендицита, динамику которого в послеоперационный период отследить трудно, при наличии даже вторичных воспалительных изменений стенки аппендикса необходимо всегда выполнять аппендэктомию.

Выводы. Доля пациенток с сопутствующей патологией яичников среди всех пациенток, госпитализированных с острым аппендицитом, составляла 33,3 %. Заболевание преимущественно выявляли у женщин в возрасте до 25 лет (76 %), что, на наш взгляд, обусловлено недостаточной зрелостью структур, которые регулируют половую функцию. Независимо от возраста пациенток, патологический процесс чаще локализовался в правых придатках (65,4 %). Предложенный нами доступ обеспечивает косметический эффект, а также возможность проведения ревизии органов малого таза и гинекологических операций.

Ключевые слова: аппендицит, апоплексия яичников, хирургическое лечение.

I.M. Leshchyn, O.I. Okhotska, I.G. Kryvorchuk,
S.M. Goida, V.G. Mishalov, P.L. Byk, A.V. Mishalova

SURGICAL TREATMENT OF OVARIAN APOPLEXY AND ACUTE APPENDICITIS

The aim — to analyse the operations that are performed in the emergency surgery for acute appendicitis and associated cysts and ovarian apoplexy.

Materials and methods. In the surgical department from 2009 to 2011, 199 patients who were hospitalized for acute appendicitis were operated on, among them were 129 (64.8 %) women. The study group included 41 women. The women were aged from 16 to 42 years (mean age — 27.45 ± 6.72 years). In 37 (31.8 %) patients simultaneous operations for acute appendicitis and co-morbidity ovaries were performed. In 4 (3 %) patients, the appendix had no changes and therefore it was not removed.

Results and discussion. The proportion of patients with concomitant diseases of the ovaries from all patients hospitalized with acute appendicitis, was 33.3 %. The disease was detected mainly in women under the age of 25 years (76 %). It was no differences in clinical acute appendicitis and ovarian apoplexy, which is not accompanied by a significant loss of blood, but Völkovych-Kocher symptom was found in patients with acute appendicitis in 45.5 % of cases, and in patients with apoplexy and more than 400 ml blood loss were more prevalent symptoms of intra-abdominal haemorrhage. When ovarian cysts rupture appendicitis mostly secondary catarrhal changed. As the inflammatory process in the appendix can progress, as indicated by 29.5 % of patients in phlegmonous appendicitis, whose dynamics in the postoperative period is difficult to track, even in the presence of secondary inflammatory changes in the walls of the appendix should always perform appendectomy.

Conclusions. The proportion of patients with concomitant diseases of the ovaries from all patients hospitalized with acute appendicitis, was 33.3 %. The disease is mainly detected in women under the age of 25 years (76 %), which, in our opinion, has structures maturity insufficiency results in unregulated sexual function. Despite of patients' age the pathological process is often localized in the right ovary part (65.4 %). The surgical access suggested by us is suitable for intraoperative pelvic revision, gynaecological operations and cosmetic effect.

Key words: appendicitis, ovarian apoplexy, surgical treatment.