

УДК 616–089.4:618.1/.2–036.11

## Деякі аспекти гострої гінекологічної патології в клініці невідкладної хірургії

С. М. Антонюк, В. Б. Ахрамєєв, П. Ф. Головня, М. В. Свиридов, І. Б. Андрієнко,  
А. Б. Чуков, О. В. Бабіч

Дорожня клінічна лікарня на станції Донецьк,  
Вузлова лікарня на станції Луганськ Донецької залізниці

**Ключові слова:** гостра гінекологічна патологія, невідкладна хірургія, діагностика.

Диференційна діагностика деяких захворювань жіночих статевих органів і хірургічної патології черевної порожнини, які перебігають однаково гостро, часом становить велику проблему для лікарів обох спеціальностей. Серед хірургічних захворювань на першому місці в цьому плані стоїть гострий апендицит [1–3].

Слід зазначити, що чималу частину хворих із гінекологічною патологією оперують хірурги загального профілю, зворотного варіанта практично не буває. Ми спробували на матеріалі власних спостережень розібрати деякі аспекти цієї проблеми.

### Матеріали і методи

За останні 9 років до базових відділень кафедр госпіталізовано 3217 хворих жінок із приводу гострого апендициту, із них у 415 (12,9%) у процесі обстеження, а також під час операції виявлено патологію жіночих статевих органів або поєднання цієї патології з гострим апендицитом. У віці до 60 років було 3208 хворих, старших — 9.

Усіх хворих прооперовано. Видалено кістозно змінений яєчник у 101 хворої (із приводу розриву кісти — 73, перекруту кісти — 29), виконано сальпінгектомію — 113 (із приводу позаматкової вагітності — 74, піосальпінксу — 39), резекцію яєчника з приводу розриву кісти — 59, ушивання яєчника з приводу апоплексії — 78, інші операції — 2, втручання на придатках не виконували у 62, у 263 (63,3%) хворих здійснено апендектомію.

### Результати та обговорення

Найбільша кількість помилок до операції припадає на діагностику розриву кісти яєчника, апоплексії яєчника, гострого сальпінгіту (табл. 1).

З 287 хворих, яким діагноз гострого апендициту встановлено до операції, його підтверджено фактично у 76 (26,4%), що становить 18,3% від загальної кількості хворих. Флегмонозний апендицит (за даними гістологічного дослідження) вияв-

лено у 14 (4,9%) хворих, катаральний — у 62 (21,6%). Вторинні зміни червоподібного відростка відзначили в 67 (25,4%) хворих. Проте, як засвідчив аналіз результатів гістологічного дослідження, у разі запального процесу в придатках матки у 18,3% видалених червоподібних відростків був наявний запальний процес, який далеко не завжди можна було виявити макроскопічно. Тому ми вирішили в разі гострих запальних захворювань жіночих статевих органів виконувати й апендектомію.

Ускладнення після операції зареєстровано в 12 (2,7%) хворих: нагноєння рани — у 8, запальний інфільтрат — у 2, тазовий абсцес — у 2. Летальних випадків не було. Після поєднаних операцій ускладнення виникли в 11 (2,6%) хворих: нагноєння рани — у 5, запальний інфільтрат — у 4, тазовий абсцес — у 2. Отже, виконання поєднаних втручань не позначилося на частоті післяопераційних ускладнень.

Ретроспективний аналіз історій хвороби виявив, що в більшості спостережень були труднощі диференційного діагностування виявленої патології. У 62,5% хворих основним симптомом був біль у правій клубовій ділянці, біль у нижніх ділянках живота відзначали в 37,3% хворих. Напруження м'язів нижньої частини живота визначали в 30% хворих, причому в 13,5% цей симптом був виразнішим праворуч. Симптом Шоткіна — Блюмберга виявився позитивним у 40,2% хворих. Отже, у хворих з імовірним діагнозом гострого апендициту малися підстави для його видалення навіть тоді, коли червоподібний відросток був незмінним. Очевидно, психологія хірурга в разі визначення болісності, а іноді й напруження м'язів живота в правій клубовій ділянці, не дає йому відкинути думку про загрозове й підступне захворювання — гострий апендицит.

Лікарі-гінекологи оглянули 74 (25,7%) хворих, у 22 з яких патологію статевих органів було виключено, в інших хворих наявність поєднаної патоло-

Таблиця 1

## Порівняльна характеристика доопераційних і післяопераційних діагнозів

Діагноз	Кількість хворих					
	до операції		після операції			
	абс.	віднос., %	абс.	віднос., %	з них у поєднанні з гострим апендицитом	
				абс.	віднос., %	
Гострий апендицит	287	69,2	—	—	—	—
Позаматкова вагітність	48	11,4	74	18,3	1	0,3
Розрив кісти яєчника	27	6,4	131	31,5	30	7,2
Апоплексія яєчника	18	4,3	78	18,8	8	1,9
Перитоніт нез'ясованої етіології	23	5,6	—	—	—	—
Перекут кісти яєчника	9	2,2	29	7,1	3	0,7
Рак яєчника	1	0,3	—	—	—	—
Гостра непрохідність кишечника	1	0,3	—	—	—	—
Перфорація дивертикулу сигмоподібної кишки	1	0,3	—	—	—	—
Гострий сальпінгіт	—	—	59	13,9	22	5,3
Піосальпінкс	—	—	39	9,2	11	2,6
Гострий аднексит	—	—	3	0,6	1	0,3
Параметрит	—	—	1	0,3	—	—
Некроз фіброматозного вузла матки	—	—	1	0,3	—	—
Усього:	415	100,0	415	100,0	76	18,3

гії (захворювання жіночої статеві сфери й гострий апендицит) було поставлено під сумнів.

У 128 (30,8%) хворих із гінекологічною патологією допущено помилки на догоспітальному етапі (частіше їх припускалися лікарі швидкої допомоги). У цих спостереженнях діагноз гострого апендициту виключали чергові хірурги ще до операції. Недіагностованими у 69,1% спостережень були захворювання, що супроводжувалися наявністю в черевній порожнині крові або запального ексудату (позаматкова вагітність, апоплексія яєчника, розриви кісти яєчника) або з локалізацією патологічного процесу в правих придатках (іноді по обидва боки). Такі помилки виникали в умовах швидкої допомоги, коли обмежено проводять дослідження, немає можливості динамічного спостереження.

Абсолютна більшість лікарів-гінекологів не володіє навичками інтраопераційної діагностики хірургічної патології, зокрема діагностики гострого апендициту, що може призвести до тяжких ускладнень у післяопераційному періоді.

Хірурги, які надають невідкладну допомогу, як правило, не зазнають особливих труднощів, оперуючи на жіночих статевих органах. Про це свідчить відсутність в наших спостереженнях тяжких ускладнень після гінекологічних операцій, виконаних хірургами.

### Висновки

1. Диференційна діагностика гострих захворювань жіночих статевих органів і гострого апендициту становить надзвичайно важку проблему, розв'язати яку часто можна тільки під час операції.

2. Велика частота поєднаної патології (хірургічної та гінекологічної) і труднощі диференційного діагностування диктують необхідність широкого застосування сучасних засобів дослідження в екстрених ситуаціях (ультразвукове дослідження, лапароскопія тощо).

3. У разі припущення про поєднаний характер хірургічної та гінекологічної патології пріоритет у розв'язанні як діагностичних, так і тактичних завдань слід надавати хірургічній клініці.

### Цитована література

1. Егоров В. И. Компьютерная томография в диагностике трудных случаев острого аппендицита // В. И. Егоров, А. Т. Бротвейн, Н. К. Витько // *Анналы хирургии.*— 2002.— № 2.— С. 51–54.
2. Жолбов В. Е. Эндовидеохирургические технологии в диагностике и лечении острого аппендицита // *Эндоскопическая хирургия.*— 2002.— Т. 2, № 5.— С. 17–22.
3. Шулуто А. М. Нужно ли ультразвуковое исследование в диагностике острого аппендицита // *Мед. визуализация.*— 2002.— № 3.— С. 52–57.

### **Некоторые аспекты острой гинекологической патологии в клинике неотложной хирургии**

*С. М. Антонюк, В. Б. Ахrameев, П. Ф. Головня, Н. В. Свиридов, И. Б. Андриенко,  
А. Б. Чуков, А. В. Бабич*

На основе обследования 415 больных с острой гинекологической патологией, доставленных в клинику по поводу острого аппендицита, авторы заключают, что дифференциальная диагностика этих заболеваний чрезвычайно трудна и может быть осуществлена только во время оперативного вмешательства. При наличии такой категории больных их концентрация должна осуществляться в хирургической клинике с использованием современных методов диагностики (ультразвуковое исследование, лапароскопия и пр.).

### **Some aspects of acute gynecologic pathology in the clinic of emergency surgery**

*S. M. Antoniuk, V. B. Akhramieiev, P. F. Holovnia, M. V. Svyrydov, I. B. Andriienko,  
A. B. Chukov, O. V. Babich*

On the basis of observation on 415 patients with acute gynecologic pathology delivered to the clinic for acute appendicitis, the authors conclude that differential diagnosis of such disease is often possible only during the surgical intervention. Concentration of the patients of given category in surgical departments of general profile is necessary with using of the modern methods of diagnosis (ultrasonography, laparoscopy etc.).