УДК 616.346.2-002-089-036.8:618.1-009.7]-008.6
DOI: http://doi.org/10.30978/CEES-2019-1-104

# Геніто-апендикулярний синдром у жінок раннього репродуктивного віку як передумова формування тазового больового синдрому в майбутньому

**О. І. Крижановська**

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

**Мета роботи** — з'ясувати частоту геніто-апендикулярного синдрому у жінок раннього репродуктивного віку як передумови формування тазового больового синдрому

**Матеріали та методи.** Ретроспективний аналіз історій хвороб та дослідження наявності больового синдрому в пізньому післяопераційному періоді у 100 жінок, прооперованих з приводу гострого апендициту. Усім було проведене гістологічне дослідження виділеного матеріалу.

**Результати та обговорення.** З ростом числа ранніх ургентних операцій з приводу гострого апендициту за останні десятиліття почала збільшуватися кількість хворих, у яких при чіткій клінічній картині гострого апендициту, при гістологічному дослідженні видаленого органу не визначаються відповідні патологічні морфологічні зміни. У цій групі пацієнтів превалюють жінки (68 %), а саме дівчата віком 13—16 років та жінки раннього репродуктивного віку.

За даними 1987 року П. Ф. Калітєвського (Інститут імені Скліфосовського), при мікроскопічному дослідженні 2000 видалених при гострому апендициті апендикулярних відростків загальне число незмінених апендиксів склало 31 % (для жінок — 47 %; для чоловіків — 26 %). На його думку, превалювання у цій групі жінок пов'язано головним чином із діагностичними помилками, що підтверджується менш задовільними віддаленими результатами клінічного одужання після апендектомій у жінок порівняно з чоловіками тієї ж групи. Очевидно, що в ряді випадків больовий синдром, симулюючий напад гострого апендициту пов'язано із захворюванням внутрішніх статевих органів.

Вік, у якому переважають апендектомії у жінок, можливо, пов'язаний із становленням овуляторних менструальних циклів. У нормі жінка не відчуває вихід яйцеклітини з фолікула. Але існує ряд фізіологічних причин, котрі при наявності сприяючих факторів призводять до виникнення патологічних проявів під час овуляції та протягом 48 годин після неї. До них належать: 1) ріст фолікула (збільшення домінантного фолікула до необхідних розмірів супроводжується розтягненням капсули; при цьому може виникати больовий синдром); 2) розрив фолікула (в оболонці яєчника наявні нервові закінчення; при розриві стінки фолікула ці закінчення збуджуються та передають відповідні імпульси до кори головного мозку, що відчувається жінкою як овуляторний біль); 3) скорочення фаллопієвих труб (переміщення яйцеклітини в порожнину матки проходить унаслідок скорочувальної дії стінок маткових труб; ці скорочення можуть супроводжуватися больовими відчуттями); 4) подразнення очеревини (при розриві фолікула в черевну порожнину потрапляє не тільки яйцеклітина, але й оточуюча її рідина, а також невелика кількість крові; унаслідок подразнення очеревини виникає біль).

Нами було проведено ретроспективний аналіз історій хвороб, результатів гістологічного дослідження видалених апендиксів та пізнього післяопераційного періоду у 100 жінок, прооперованих з приводу гострого апендициту. Середній вік обстежених 17,3 ± 1,4 роки. У 65 жінок гістологічно було встановлено флегмонозну стадію запального процесу апендикса, у 59 (90 %) із них у пізньому післяопераційному періоді не відзначався больовий синдром. У 35 жінок гістологічних змін в апендиксі не

було, при цьому 16 (45 %) з них відзначили зменшення больового синдрому на протязі 12 міс після операції; 19 (55 %) жінок продовжували відчувати біль унизу живота. У 35 % усіх прооперованих жінок (у тому числі зі зміненим та інтактним відростком) у протоколах операцій виявлялося утворення, що тягнулося від брижі апендикса до правого яєчника — зв'язка Кладо, що забезпечує зв'язок правого яєчника з лімфатичною системою ілеоцекального кута й червоподібного відростка, що могло сприяти хибній діагностиці гострого апендициту в прооперованих жінок та формуванню тазового больового синдрому в постопераційному періоді.

**Висновки.** Наявність геніто-апендикулярного синдрому в жінок раннього репродуктивного віку може сприяти формуванню тазового больового синдрому в постопераційному періоді (у 55 % обстежених).

Незадовільна діагностика та невдачі при лікуванні больового синдрому в жінок раннього репродуктивного віку можуть бути обумовлені наявністю зв'язки Кладо, через яку нервові імпульси з яєчника можуть досягати червоподібного відростка, імітуючи при цьому його запалення.

## ЛІТЕРАТУРА/REFERENCES


1. Родионова МС. Особенности течения воспалительных заболеваний органов малого таза у девушек-подростков // Вестник РГМУ. 2015;2:48-49.
2. Костенко НВ, Разувайлова АГ. Современные проблемы диагностики и лечения аппендицита и его осложнений. Астраханский медицинский журнал. 2014; 9(2):8-14.
3. Сажин АВ, Затевахин ИИ, Федоров АВ, Луцевич ОЭ, Шулутко АМ, Ермолов АС, Гуляев АА, Прудков МИ, Лядов КВ. Национальные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого аппендицита. Российское общество хирургов. 2015:25.
4. Леонтьева СА. Тактика хирургического вмешательства при опухолях придатков матки у девочек / Леонтьева СА, Ульрих ЕА, Кохреидзе НА // Педиатр. 2015;1:81-86.


*Дата надходження до редакції 15.01.2019 р.*