

вання імунотулюючої терапії призводить до збільшення імовірності рецидиву даного захворювання і, отже, до зниження ефективності проведеного лікування, що, у свою чергу, призводить до негативних соціального і психологічного наслідків.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. — СПб.: «ООО Издательство Фолиант», 2002. — 542 с.
2. Запорожан В. М., Цегельський М. Р. Гінекологічна патологія: Атлас:

Навч. посібник. — Одеса: Одес. держ. мед. ун-т, 2002. — 308 с.

3. Кузнецова М. А. Роль лучевой терапии в лечении десмоидных фибром мягких тканей: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 1986.

4. Морозова С. В. Разработка консервативных методов лечения десмоидных фибром: Дис. ... канд. мед. наук. — М., 2004.

5. Вишневецкая Е. Е. Предопухольные заболевания и злокачественные опухоли женских половых органов. — Мн.: Высш. шк., 2002. — 416 с.

6. Гормонотерапия в лечении десмоидных фибром / В. И. Чиссов, С. Л.

Дарьялова, А. В. Бойко и др. // Рос. онколог. журнал. — 2006. — № 1. — С. 4-9.

7. Ergeneli M. N., Demirham B., Duran E. H. A case of aggressive fibromatosis in 25<sup>th</sup>-year women // J. Reprod. Medicine. — 1999. — Vol. 44, N 8. — P. 748-750.

8. Management of desmoids in various ages / A. Hansmann, C. Adolph, T. Vogel et al. // Cancer. — 2004. — Vol. 100. — P. 612-620.

9. Tactics of the aggressive fibromatosis treatment / J. Janins, M. Patriki, L. Vini et al. // Ann. Oncol. — 2003. — Vol. 14. — P. 181-190.

УДК 616-007.274-089:612-092.9

В. Є. Вансович

## ЕФЕКТИВНІСТЬ КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ СПАЙКОВОЇ ХВОРОБИ ОЧЕРЕВИНИ

Одеський державний медичний університет

Одним із найефективніших методів профілактики рецидивів спайкової хвороби вважаються малоінвазивні оперативні втручання, які мінімізують ушкодження очеревини, що є провідним патогенетичним фактором розвитку спайкової хвороби [1–3]. Але останнім часом трапляються повідомлення, в яких наголошується, що лапароскопічна адгезіотомія не є фактором запобігання рецидиву утворення спайок [4]. Вочевидь, у розвитку та рецидивуванні спайкоутворення і при використанні малоінвазивних методик операції провідну роль відіграють особливості перебігу метаболічних процесів у очеревині, загальний стан організму.

Окрім малоінвазивних втручань, широко застосовуються засоби профілактики спайкової хвороби, спрямовані на зниження запальної реакції в зоні операції, відмежування ушкоджених серозних поверхонь тощо

[5]. Але жоден із цих методів не дозволяє остаточно розв'язати проблему профілактики спайкової хвороби [1]. Можливо, недостатня їх ефективність зумовлена тим, що кожен з них впливає на окремі ланки патогенетичних механізмів розвитку надмірного спайкоутворення у черевній порожнині і не спрямований на поліпшення стану неспецифічної резистентності організму, і не комбінується з корекцією стану неспецифічної резистентності організму перед оперативним втручанням і після нього.

Слід враховувати й те, що, напевне, спайкову хворобу можна зарахувати до мультифакторіальних захворювань [6], тому засередитися при її профілактиці на одній із ланок патогенезу неможливо. До того ж не можна передбачити в кожному окремому випадку, який з механізмів виникнення надмірного спайкоутворення відіграватиме провідну роль. Виходячи

з цього, актуальним є пошук методів профілактики спайкової хвороби, спрямованих одночасно на корекцію кількох ланок патогенезу. На нашу думку, перспективною може бути комбінація малоінвазивних оперативних втручань із заходами, які сприятимуть підвищенню неспецифічної резистентності організму.

**Метою** нашої роботи було підвищення ефективності лікування та профілактики рецидивування спайкової хвороби методом розробки засобів, спрямованих на мінімізацію ушкодження очеревини при лапаротомії та корекцію стану неспецифічної резистентності організму.

#### Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням знаходилося 40 пацієнтів (чоловіків і жінок) віком від 40 до 55 років з гострою кишковою непрохідністю спайкової етіології. Усі па-



цієнти мали в анамнезі оперативні втручання з приводу гострих хірургічних захворювань органів черевної порожнини. У відповідності до мети та завдань дослідження хворі були розподілені на дві групи.

Хворим першої групи (23 особи) призначене консервативне лікування, що включає інфузійну терапію, спазмолітики, анальгетики, дренажу шлунка, сифонну клізму. Через 5–6 діб, на фоні стабілізації стану хворого, виконано лапароскопію, а після візуальної ревізії органів черевної порожнини — лапароскопічний адгезіолізис із використанням мікроножиць і монополярної коагуляції.

Хворим другої групи (17 осіб) консервативне лікування додатково включало терапію препаратом  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти «Берлітіоном» у дозі 300 ОД на добу внутрішньовенно кожного дня впродовж 5 діб. Через 5–6 діб, на фоні стабілізації стану хворого, виконували лапароскопію і після візуальної ревізії органів черевної порожнини — лапароскопічний адгезіолізис із використанням мікроножиць і монополярної коагуляції. У післяопераційному періоді продовжували терапію «Берлітіоном» із розрахунку 300 ОД на добу щодня внутрішньовенно впродовж 7 діб.

Застосування з профілактичною метою  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти пов'язане з її антиоксидантними властивостями [7]: зменшується вільнорадикальне ушкодження тканин травмованої очеревини; нормалізується енергетичний обмін, що сприяє процесам регенерації; поліпшується периферичний кровообіг, що важливо, враховуючи значення місцевої ішемії для розвитку і перебігу спайкової хвороби [8]. Вкрай важливі властивості  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти потенціювати протизапальну дію глюкокортикоїдів [8], а також знижувати рівень ендогенної інтоксикації [9].

Вірогідність відмінностей порівнюваних груп проводили за

допомогою критерію відповідності (хі-квадрат) [10].

### Результати дослідження та їх обговорення

У результаті проведених досліджень встановлено, що у хворих першої групи консервативні заходи приводили до покращання загального стану. Через 5–6 діб, на фоні стабілізації стану, виконували лапароскопічний адгезіолізис. Після оперативного втручання хворих виписували з клініки на сьому добу. Впродовж року у десяти хворих даної групи діагностовано рецидив спайкової хвороби.

У другій групі, крім стандартної консервативної терапії, у схему лікування вводили препарат  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти. Після стабілізації стану хворих також виконували лапароскопічний адгезіолізис. Упродовж року у двох хворих даної групи діагностовано рецидив спайкової хвороби.

Вірогідність відмінностей порівнюваних груп визначали за допомогою критерію відповідності (хі-квадрат). Встановлено, що  $\chi^2 = 4,38$ , тобто у групі хворих, яких лікували запропонованим нами способом, статистично вірогідно менше рецидивів спайкової хвороби.

Таким чином, запропонований спосіб лікування спайкової хвороби має переваги — збільшення можливостей впливу на різні ланки патогенетичних механізмів розвитку надмірного спайкоутворення у черевній порожнині. Застосування препаратів, які мають антиоксидантні властивості, здатні впливати на метаболічні процеси в організмі, сприяє підвищенню у перед- та післяопераційному періодах функціональних можливостей систем, що забезпечують неспецифічну резистентність організму. У свою чергу, останнє, разом із малоінвазивним оперативним втручанням, значно ефективніше запобігає розвитку надмірного спайкоутворення у черевній порожнині.

### Висновки

Застосування малоінвазивних оперативних втручань у комбінації з препаратами  $\alpha$ -ліпоєвої кислоти зменшує кількість рецидивів спайкової хвороби після лапаротомії з приводу гострої кишкової непрохідності спайкової етіології.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Воробьев А. А., Бебуришвили А. Г. Хирургическая анатомия оперированного живота и лапароскопическая хирургия спаек. — Волгоград: Гос. учреждение «Издатель», 2001. — 240 с.
2. Малоинвазивные технологии в диагностике и лечении болевой формы спаечной болезни / А. Г. Бебуришвили, И. В. Михин, А. А. Воробьев и др. // Вестник хирургии. — 2004. — Т. 163, № 2. — С. 38-40.
3. Диагностика и лечение острой спаечной кишечной непроходимости / А. Г. Кригер, И. Л. Андрейцев, В. А. Горский и др. // Хирургия. — 2001. — № 7. — С. 25-29.
4. Дикий О. Г. Роль лапароскопии в диагностике та лікуванні спайкової хвороби органів черевної порожнини // Хірургія України. — 2004. — № 3. — С. 18-20.
5. Профілактика злукового процесу органів черевної порожнини / Т. В. Семенова, І. С. Бомбушкар, Є. Ю. Мірошниченко та ін. // Шпит. хірургія. — 2000. — № 1. — С. 130-133.
6. Вансович В. Є. Значення спайкової схильності у виникненні спайкової хвороби очеревини // Вісник проблем біології та медицини. — 2005. — № 4. — С. 18-21.
7. Лукьянчук В. Д., Немятых О. Д. Современный взгляд на фармакологию  $\alpha$ -липоевой кислоты (Берлитиона) // Журнал практ. лікаря. — 2003. — № 3. — С. 61-65.
8. Покидько М. І., Феджага І. П. Клінічні та експериментальні основи прогнозування спайкової хвороби очеревини // Шпит. хірургія. — 2001. — № 3. — С. 84-86.
9. Ефективність застосування берлітіону в онкологічних хворих / Ю. В. Угляр, М. С. Гнатюк, Ш. Р. Бабанли, М. М. Кочан // Там же. — 2004. — № 1. — С. 65-67.
10. Гланц С. Медико-биологическая статистика. — М.: Практика, 1998. — 459 с.

