

**PATHOGENETIC SUBSTANTIATION OF ANTIOXIDANT USAGE
IN THE THERAPY OF CHRONIC NONCALCULOUS CHOLECYSTITIS**

V.M. Chernova, O. Y. Babak

Abstract. We studied the intensity of free radical oxidation in the leucocytes of 82 patients with chronic noncalculous cholecystitis at the age ranging from 20 to 65 years. The obtained data are indicative of a considerable increase of the levels of malonic aldehyde (6.1 ± 0.5 mmole/l, the normal value 3.8 ± 0.3 mmole/l), dienic conjugates (9.6 ± 0.2 mmole/l, the normal value 5.7 ± 0.3 mmole/l). At the same time, a decrease of chemoluminescence induced by hydrogen peroxide (1028 ± 53 impulses, the normal value 143 ± 72 impulses) was observed, reflecting inhibited antiradical defence.

It has been discovered that the use of Altan, a new home-produced antioxidant, in a course of multimodality therapy of patients with chronic noncalculous cholecystitis results in a decrease of the content of malonic aldehyde and dienic conjugates with simultaneous activation of antiradical defence.

Key words: cholecystitis, malonic aldehyde, dienic conjugates, chemoluminescence, Altan.

Department of Gastroenterology of the Institute of Therapy of Ukrainian AMS (Kharkiv)

УДК – 616–006

Д.А. Чумак, Р.В. Сенютович, В.В. Гусак, В.В. Станкевич, В.Д. Бабін

**ДО ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ
ДЕСМОЇДНИХ ПУХЛИН**

Кафедра онкології, променевої терапії, променевої діагностики і
радіаційної медицини (зав. – проф. Р.В. Сенютович)
Буковинської державної медичної академії

Резюме. Обстежено і проведено лікування 63 хворих із десмоїдними пухлинами (ДП), в тому числі 11 – екстраабдомінальними. ДП займають проміжне місце між доброякісними і злоякісними пухлинами, які розвиваються з м'язової тканини, апоневрозів, рубців, фасцій. Аналізуються методи діагностики і лікування, вивчено віддалені наслідки.

Ключові слова: десмоїдна пухлина.

ДП є однією із актуальних проблем онкології (діагностики та лікування). З метою покращання віддалених результатів хірургічного лікування хворих ми видаляли пухлини частіше електроножем у межах здорових тканин. У хворих із великими ДП черевної стінки і екстраабдомінальними десмоїдами в післяопераційному періоді застосовували дистанційну гамма-терапію.

ДП – досить рідкісні захворювання невиясненої етіології. Їх розвитку сприяють травми черевної стінки, патологічні пологи, післяопераційні рубці та інші причини [1,6,7]. Вони займають проміжне місце між доброякісними і злоякісними новоутвореннями, розвиваються із м'язової тканини, апоневрозів, рубців, фасцій. За будовою ці пухлини подібні до фіброміом, але відрізняються від останніх інфільтративним ростом і схильністю до переродження, а після нерадикальних операцій рецидивують [2,3,4,5].

Розрізняють абдомінальні і екстраабдомінальні десмоїди. Вважають, що абдомінальні за перебігом близькі до доброякісних пухлин, а екстраабдомінальні – до злоякісних [8].

В 1971-1997 рр. під нашим спостереженням знаходилося 63 хворих з ДП, в тому числі – 11 з екстраабдомінальними. Серед них переважали жінки – 53 особи, чоловіків було 10 осіб. Найчастіше це захворювання зустрічалось у хворих віком 21-40 років – у 51-ї особи. Екстраабдомінальні ДП були тільки у чоловіків. Вони локалізувалися на стегні (7 хворих), плечі (2 хворих), передпліччі (2 хворих).

Абдомінальні десмоїди розташовувалися переважно у правій клубковій ділянці (31 хворий), на середній лінії живота, нижче пупка (22 хворих), у лівій клубковій ділянці (10 хворих).

Доопераційна діагностика складає значні труднощі через відсутність патогномонічних симптомів. В зв'язку з тим, що вони розміщуються в глибоких шарах черевної стінки, їх часто приймають за пухлини органів черевної порожнини, запальні інфільтрати, гематоми, осифікуючий міозит. Із 63 обстежених тільки у 22 осіб розпізнали ДП до операції. У 19 хворих помилково діагностували фібрисаркому, у 9 хворих – запальний інфільтрат, у 5 – осифікуючий міозит, у 2 – гострий апендицит, у 2 – невправиму стегнову грижу, у 1 – пухлину лівого яєчника, у 2 – рак сигмоподібної кишки, у 1 – рак сліпої кишки.

Наводимо деякі спостереження.

1. Хвора Ф., 23 років, госпіталізована 24.09.76 року зі скаргами на болі в правій половині живота, наявність пухлиноподібного утворення. Вважає себе хворою з березня 1976 р, коли при падінні з трьохметрової висоти отримала травму передньої черевної стінки і струс мозку. Через 3 місяці з'явився ниючий біль в правій клубковій ділянці, тут же визначалося пухлиноподібне утворення. Впродовж 8 днів знаходилась на лікуванні в районній лікарні з причини апендикулярного інфільтрату, потім була направлена на консультацію в онкодиспансер. *Об'єктивно:* у правій половині живота, по всій довжині прямого м'яза в товщі черевної стінки, пальпується круглої форми, щільне, малорухоме, помірно болюче утворення розмірами 12 x 10 см. Попередній діагноз: запальний інфільтрат черевної стінки (?) або десмоїд (?). 08.10. під ендотрахеальним наркозом – операція. Правосторонній параректальний розріз. Виявлено тверду пухлину, яка виходить із піхви прямого м'яза живота, проростає апоневроз і очеревину. Вона висічена електроножем у межах здорових тканин. Одуjuanня. *Гістологічне дослідження:* десмоїд. Упродовж 6,5 років ознак рецидиву пухлини не було.

У зв'язку з тим, що десмоїди черевної стінки, зазвичай, неболючі, працездатність хворих тривалий час не порушується. Поступають вони для хірургічного втручання з великими пухлинами. У випадках, коли пухлина росте із заднього листка піхви прямого м'яза живота в напрямку черевної порожнини, її важко диференціювати з новоутвореннями органів черевної порожнини.

2. Хвора Д., 25 років, госпіталізована в онкологічну клініку після консилиуму онкологів 31.03.1981 року з діагнозом: пухлина лівого яєчника. Скаржиться на болі внизу живота, часті сечовипорожнення, наявність пухлини в черевній порожнині, яку випадково виявила 03.09.1980 р.

Об'єктивно: живіт асиметричний за рахунок випинання між пупком і лобком. При пальпації виявляється округлої форми, з гладкою поверхнею, щільне, рухоме,

помірно болоче пухлиноподібне утворення. Бімануальне дослідження і матка чітко контурується, але створюється враження, що вона знаходиться під пухлиною. Виявлена пухлина лівого яєчника розмірами 24-тижневої вагітності. При іригоскопії в гіпогастрії, поза товстою кишкою визначається круглої форми додаткова тінь. Діагноз: пухлина лівого яєчника (?) або передньої черевної стінки (?). 12.04. проведено оперативне втручання. Під час лапаротомії виділена щільної консистенції пухлина розмірами 26x22 см (масою 1400 г), що виходила з піхви прямого м'язу живота, проростала очеревину і великий чепець. Пухлина видалена в межах здорових тканин разом з частиною чепця. На розрізі пухлина являє собою білувату волокнисту тканину. Пластика дефекту черевної стінки місцевими тканинами. Післяопераційний період – без ускладнень. Гістологічне дослідження: десмоїдна фіброма.

Пункція пухлини (у 19 хворих) з наступним цитологічним дослідженням не допомогла верифікувати діагноз десмоїду, а тільки за гістологічного дослідження видаленої пухлини.

У всіх хворих пухлини видаляли електроножем у межах здорових тканин. У 17 хворих з великими ДП черевної стінки і у 5 – з екстраабдомінальними десмоїдами в післяопераційному періоді застосована дистанційна гамма-терапія в дозі 3500-4200 Рад.

Рецидив пухлини виник у 6 хворих із 63: у 5 із 11 хворих з екстраабдомінальним десмоїдом і у 1 хворої з ДП черевної стінки. У хворих, які в післяопераційному періоді отримали гамма-терапію, рецидиву не було.

Висновки.

1. Доопераційна діагностика ДП залишається складною через відсутність патогномонічних симптомів і рідкісність цих пухлин, цитологічне дослідження не допомагає верифікувати діагноз десмоїду.

2. Хворим з великими ДП черевної стінки і великими екстраабдомінальними десмоїдами з запобіжною метою щодо рецидиву в післяопераційному періоді може бути застосована дистанційна гамма-терапія.

Література. 1. Блумс В.Ж., Дубинский М.Б. О десмоидных опухолях брюшной стенки // Хирургия.– 1964.– № 12.– С. 118-120. 2. Борисов Б.Ф., Яремчук А.Я. Клиническая характеристика и лечение десмоидов передней брюшной стенки // Вопр. онкол.-1971.– Т.17, № 6.–С. 17-19. 3. Дашель-Бек К.Б., Колобяков А.А. Злокачественные опухоли кожи и мягких тканей.– М.: Медицина, 1979.– С. 133-135. 4. Зыбина М.А., Коряков Л.В. Десмоид и воспалительные опухоли передней брюшной стенки // Клини. хирург.– 1964.– № 4.– С. 13-16. 5. Капитиевский П.Ф. К вопросу о десмоидных фибромах // Арх. пат.– 1965.– Т. 2, № 4.– С. 78-80. 6. Раков А.И., Чехарина Ч.А. Злокачественные опухоли мягких тканей конечностей и туловища.– Л.: Медицина, 1968.– С. 74-84. 7. Узлов В.А. О десмоидных опухолях брюшной стенки // Хирургия.– 1968.– № 1.– С. 74-84. 8. Carty I.B. Desmoid Tumor of the Scapular Region Surg.– 1954.– V. 87.– P. 285.

SOME PROBLEMS OF DIAGNOSIS AND TREATMENT OF DESMOID TUMORS

D.A. Chumak, R.V. Senyutovych, V.V. Gusak, V.V. Stankevych, V.D. Babin

Abstract. Desmoid tumors are rather rare diseases with unknown etiology. They occupy an intermediate place between benign and malignant tumors that develop from the muscular tissue, aponeuroses, scars, fascias. There are abdominal and extraabdominal desmoids. 63 subjects with desmoid tumors (DT), including 11 with extraabdominal ones were examined and underwent a course of treatment. Both diagnostic and treatment methods were analysed with a further study of long-term consequences.

Key words: desmoid tumors.

Bukovinian State Medical Academy (Chernivtsi)