

ORTHOPEDIC REHABILITATION OF PATIENTS AFTER A RESECTION  
OF THE JAWS FOR MALIGNANT NEOPLASMS (BASED ON THE FINDINGS  
OF THE POLTAVA ONCOLOGICAL CENTER)

*B.P. Bashtan, O.Ye. Mukovoz, I.M. Pichkur, V.L. Fisun, B.M. Riznyk*

**Abstract.** The positive results of tooth replacement in patients who have completely adapted and improved the quality of their life after complicated operations on the jaws are indicative of the prospects of further orthopedic rehabilitation.

**Key words:** tooth replacement, orthopedic rehabilitation, malignant tumors of jaws.

Regional Clinical Oncology Center (Poltava, Ukraine),  
HSEE «Ukrainian Medical Stomatological Academy» (Poltava, Ukraine)

Рецензенти: проф. О.Б. Беліков,  
доц. Н.Б. Кузняк

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 176-180

Надійшла до редакції 27.06.2012 року

© В.П. Баштан, О.Є. Муковоз, І.М. Пічкур, В.Л. Фісун, Б.М. Різник, 2012

УДК 616.341-018-098-085

*А.С. Буйко*

КЛИНИЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ 20-ЛЕТНЕГО  
КРИОХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ  
ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ I И II СТАДИЙ КОЖИ ВЕК  
И ПЕРИОРБИТАЛЬНОЙ ОБЛАСТИ

ГУ «Институт ГБ и ТТ им. В. П. Филатова», НАМН Украины, г. Одесса, Украина

**Резюме.** Представлены результаты ретроспективного анализа криогенного лечения злокачественных эпителиальных опухолей (ЗЭО) кожи век I и II стадий 1584 последовательных пациентов, лечившихся в период 1991-2010 гг. Из них 177 пациентов (11,2 %) с рецидивом после неадекватного лечения по месту жительства. Средний возраст (M±SD): мужчин [всего 607 (38,3 %)] – 63,4±12,3 года, женщин [всего 977 (61,7 %)] – 64,4±12,5 лет. Криодеструкция опухолей проводилась оригинальными криогенной установкой и методикой. Представлены и обсуждаются непосредственные и отдаленные результаты лечения, частота рецидивов опухоли в зависимости от стадии, локализации, клеточного типа, структуры роста, а также первичных опухолей и рецидивов. При-

водится частота рецидивов опухоли в разные временные периоды. При опухолях I стадии рецидивы были в 58 случаях (4,1 %) в сроки от 11 до 152 месяцев, медиана 37 мес. При опухолях II стадии – 8 случаев рецидивов (5,1 %) в сроки от 19 до 68,9 мес. (медиана 33 мес.). Результаты лечения обосновываются и сравниваются с таковыми «золотого» стандарта хирургического лечения ЗЭО кожи век по экономическим и социальным показателям, определяющим эффективность лечения.

**Ключевые слова:** криохирurgia, злокачественные эпителиальные опухоли, кожа век и периорбитальная область.

**Введение.** Злокачественные эпителиальные опухоли кожи тела человека – одно из наиболее распространенных онкологических заболеваний. Более 80 % этих опухолей возникают на коже головы и шеи, из них до 10 % на коже век и прилежащих зон. Частота встречаемости рака кожи (исключая меланому) в течение прошлых десятилетий в Америке и Европе существенно увеличилась [1-3]. В США некоторые авторы расценивают эту ситуацию как не до конца распознанную эпидемию рака кожи [1]. Как определено ВОЗ, рак кожи может считаться хронической медленно прогрессирующей болезнью. Прогрессирование в этом случае расценивается как развитие новых опухолей [4]. Большое число случаев рака кожи делает его пятым из самых дорогостоящих раков при лечении всей популяции [2]. Лечение ЗЭО кожи век, имеющее тройную цель, – полное уда-

ление опухоли, сохранение функции век и эстетики часто связано с проблемами, которые приводят к неадекватному лечению и рецидивам. Для выбора лучшего метода лечения ЗЭО кожи век требуется полное знание метода лечения и его осложнений, показатели непосредственных результатов лечения и рецидивов, а также косметических результатов.

Принятый за рубежом «золотой» стандарт лечения ЗЭО кожи век – это поэтапное хирургическое иссечение с гистологическим подтверждением полного удаления опухоли. Эти операции, называемые Mohs Micrographic Surgery и frozen section controlled excision, требуют специальных инструментов и оборудования, подготовленных специалистов с должным уровнем знаний патоморфологии, трудоемки (длительность операции до 5 часов) и, соответственно, весьма накладны.

Сообщенная частота рецидивов при таких операциях составляет от 0,0 % до 4,0 % [8-11]. При простом их иссечении частота рецидивов составляет от 7,9 % до 25,0 % [12, 13].

**Цель исследования.** Провести анализ результатов криохирургического лечения ЗЭО кожи век в период 1991-2010 гг., оценить полученные данные с позиций их клинической и социальной уместности и сравнить с таковыми “золотого” стандарта лечения.

**Материал и методы.** Выполнен ретроспективный анализ результатов криогенного лечения ЗЭО кожи век I и II стадий 1584 последовательных пациентов, лечившихся в период 1991-2010 гг. Из них 177 пациентов (11,2 %) с рецидивом после неадекватного лечения по месту жительства. Средний (M±SD) возраст: мужчин [всего 607 (38,3 %) – 63,4±12,3 года, женщин [всего 977 (61,7 %) – 64,4±12,5 лет.

При систематизации опухолей использовалось седьмое (2010 год) издание pTNM классификации ЗЭО кожи век (часть X, раздел 48) Международного Противоракового Союза (UICC) и Американского Объединенного Комитета по Раку (AJCC).

С I стадией ЗЭО кожи век обратились 1426 пациентов (90,03 %) с размерами опухоли от 4,0 мм<sup>2</sup> до 900,0 мм<sup>2</sup>, медиана – 66,0 мм<sup>2</sup>. Со II стадией – 158 пациентов (9,97 %) с размерами опухоли от 36,0 мм<sup>2</sup> до 1575,0 мм<sup>2</sup>, медиана – 120,0 мм<sup>2</sup>.

Локализация опухолей: нижнее веко – 868 (54,8 %), скат носа – 383 (24,18 %), внутренний угол – 159 (10,04 %), верхнее веко – 132 (8,33 %), наружный угол – 40 (2,52 %).

Частота клинического типа роста первичных ЗЭО кожи век была следующей: узловой – 63,7 %, язвенный – 30,1 %, и плоскостной, микроузловой – 6,2 % случаев.

Патоморфологический тип опухоли: базальноклеточные карциномы (БКК) – 1431 (90,3 %), из них: с железистой дифференцировкой – 144 (10,1 %), с метатипической – 51 (3,6 %); плоскоклеточный рак (ПКК) – 66 (4,2 %) и аденокарциномы – 53 (3,4 %).

Криодеструкция опухолей проводилась оригинальными криогенной установкой и методикой, описанными нами ранее [14]. Лечение выполнялось амбулаторно, в день обращения – 853 пациентам (53,9 %), а в последующие 5 дней – 579 (36,5 %). Таким образом, 90,4 % пациентам лечение выполнено в ближайший срок после обращения. Биопсия проводилась непосредственно перед операцией. Ошибки клинического диагноза были в 34 случаях (2,1 %): синингоммы (3), трихоэпителиомы (25), кератоакантомы (5), эпителиома Малерба (1). Эти доброкачественные опухоли клинически сходные со ЗЭО кожи век, излечены криодеструкцией без осложнений; в анализ не включены.

Длительность процедуры лечения опухоли, начиная от подготовки до наложения повязки, составляла 15-35 минут, в зависимости от разме-

ров опухоли. В течение этих 20 лет лечение выполнялось тремя специалистами: автором сообщения и двумя научными сотрудниками, чаще с его участием.

Анализ результатов лечения проведен с помощью пакета программ Statistica f. W. 7.0 в модулях описательная статистика и частотный анализ.

**Результаты исследования и их обсуждение.** Полная резорбция ЗЭО кожи век I стадии после одного сеанса криодеструкции произошла в 95,7 % случаях, т.е. у 1367 пациентов, а 61 пациенту (4,3 %) в сроки от 1 до 11 мес. проведен повторный сеанс криодеструкции. При II стадии – в 89,2 % случаях, т.е. у 141 пациента, а 17 пациентам (10,8 %) в сроки от 1 до 20 мес. проведен повторный сеанс криодеструкции. Приведенные выше результаты свидетельствуют о стабильности работы криоустановки, адекватности способа проведения криодеструкции и выбора экспозиции, что определяет высокую степень предсказуемости полного излечения опухоли за однократное вмешательство. Самые обычные побочные эффекты незначительны и временны: при операции обморок (мужчины 20-35 лет), после операции – отёк, боль (1-2 часа) и эритема. Осложнений типа кровотечения, инфекции, пиогенной гранулёмы и гипертрофического рубца не отмечено.

По мере накопления материала и опыта мы смогли установить, что при площади опухоли >300 мм<sup>2</sup> вероятность повторного вмешательства значительно повышается ( $\chi^2=23,9$  p=0,00). С учетом этих данных при выполнении операций в период 2001-2010 гг. частота повторных вмешательств при ЗЭО I стадии, значимо ( $\chi^2 = 13,6$ ; p=0,00) снизилась до 2,7 %, против 6,7 % в период 1991-2000 гг.

Сроки наблюдения пациентов с I стадией ЗЭО составляли от 3 мес. до 216 мес., медиана – 17,7 мес; со II стадией – от 7 мес. до 134 мес., медиана – 16,2 мес. При опухолях I стадии рецидивы возникли в 58 случаях (4,1 %) в сроки от 11 до 152 мес., медиана 37 мес. Рецидивы значимо ( $\chi^2=3,5$ ; p=0,06) чаще располагались на верхнем веке 8 (6,7 %), во внутреннем углу – 11 (7,5 %),  $\chi^2= 6,0$ ; p=0,015, наружном углу 2 (6,3 %),  $\chi^2= 6,3$ ; p=0,04, по сравнению с наименьшим числом рецидивов на нижнем веке – 24 (3,2 %).

При опухолях II стадии – 8 случаев рецидивов (5,1 %) в сроки от 19 до 68,9 мес. (медиана 33 мес.) и имелась только тенденция преобладания рецидивов на верхнем веке и во внутреннем углу.

Значимо чаще ( $\chi^2=4,5$ ; p=0,03) рецидивы проявлялись при язвенном типе ЗЭО – 23 (6,0 %), по сравнению с узловым – 27 (3,3 %). Размеры и клеточный тип опухоли не были связаны с частотой рецидивов. Рецидивы после криодеструкции ЗЭО, в отличие от обычного иссечения или лучевой терапии, всегда находились в пределах кожи и легко излечивались повторной криодеструкцией.

Важно отметить, что в указанные сроки наблюдения пациентов с первичными ЗЭО кожи век I и II стадий ни в одном случае не наступили ни облитерация слезных точек, ни выворот или

Таблица

“Золотой” стандарт	Крихирургия
1. Лечение стационарное - подготовка к госпитализации в полном объеме	1. Лечение амбулаторное, 2 дня - подготовка к операции минимальна
- больничный и предоперационный стресс пациента, заботы близких по уходу после операции, их переживания	- отсутствуют
- длительность операции 3 - 5 часов	- 15-35 минут
- стоимость лечения высока (\$1000 и выше)	- затраты несопоставимо ниже
2. Необходимы операции по реконструкции века	2. Необходимость реконструкции века практически отсутствует

заворот века, а также не было неудач лечения, требовавших выполнения калечащих операций.

Качественное лечение ЗЭО кожи век достаточно сложная задача. В настоящее время лучшим способом их лечения (“золотым” стандартом) считается иссечение с гистологическим контролем хирургических краев для выявления остаточных фрагментов опухоли. Традиционное иссечение опухоли в пределах клинически видимых “здоровых” тканей, приводящее к высокой частоте рецидивов, в развитых странах выполняется очень редко. Лучевая терапия также редко применяется из-за осложнений со стороны глаза, слезоотводящих путей и более высокой частоты рецидивов [15, 16].

Исследований должного уровня, сравнивающих эффективность лечения ЗЭО кожи век разными методами, очень мало. Это, как правило, связано с их не однородностью, которая исключает объединение данных исследований с разными проектами, методами, протоколами лечения и способами оценки результата. В итоге, доказательная основа по эффективности лечения самого частого рака бедна [17]. В 2003 году Kokoszka и др. [18] при систематическом обзоре отобрали с должным качеством доказанности всего 17 работ, связанных с крихирургией опухолей кожи головы и шеи. Был сделан вывод, что крихирургия, использовавшаяся для узловых и поверхностных типов БКК головы и шеи, включая веки и уши – эффективное лечение с установленными клинически показателями >90 %. Однако в большинстве работ размер опухоли был меньше 20 мм, и специально исключалось лечение рецидивирующих или морфеаформных опухолей. Обоснована потребность в рандомизированных клинических исследованиях, обеспечивающих данные относительно эффективности крихирургии в сопоставлении с другими методами. К сожалению, таковых до сих пор нет.

Вышесказанное практически исключает возможность сравнения представленных нами данных, с таковыми других авторов, по нескольким позициям: оригинальности техники и методики лечения, а также клинко-морфологическим характеристиками опухолей. Но, следует отметить

работу В. Бушманна, у которого подход к лечению и способ реализации надежного теплообмена рабочего наконечника с тканью опухоли были аналогичны. Сообщенная им частота рецидивов у 221 пациента составляла 5,1 %, но были ограничения по патоморфологическому типу опухоли [19]. Поэтому мы оцениваем результаты нашей работы с позиций качества лечения и минимизации воздействия болезни на общество.

“Золотой” стандарт лечения ЗЭО кожи век – хирургическое иссечение, при котором частота рецидивов достаточно низкая (0,0-4,0 %), по многим причинам не применяется в Украине. При крихирургии частота рецидивов (4,1-5,1 %) близка к таковой “золотого” стандарта, но при этом она обладает рядом весомых преимуществ (таб.).

Главное неудобство хирургического иссечения – время, которое требуется, и его стоимость, которая увеличивается в пропорции со временем, требуемым для изготовления замороженных секций. Крихирургия не только исключает эти проблемы, но также избавляет пациента и его близких от ряда неудобств, беспокойств, временных, физических и материальных затрат, что определяет кроме клинической и социальную значимость–минимизацию воздействия болезни на общество. Подавляющее число пациентов вполне довольны функциональными и эстетическими результатами лечения.

#### Вывод

Таким образом, крихирургия – эффективное лечение и вполне адекватная альтернатива “золотому” стандарту лечения ЗЭО кожи век. Однако метод требует базовых знаний и соответствующей подготовки специалиста, а также оборудования, промышленное производство которого в настоящее время проблематично, поскольку положительное решение на него получено до 1991 года.

**Перспективы дальнейших исследований** заключаются в изучении непосредственных и отдаленных результатов крихирургического лечения злокачественных эпителиальных опухолей кожи век и периорбитальной области.

## Литература

1. Incidence Estimate of Nonmelanoma Skin Cancer in the United States / H.W. Rogers, M.A. Weinstein, A.R. Harris [et al.] // Arch. Dermatol. – 2010. – Vol. 146, № 3. – P. 283-287.
2. Need for a New Skin Cancer Management Strategy / S. van der Geer, H.A. Reijers, H.F. van Tuijl [et al.] // Arch. Dermatol. – 2010. – Vol. 146, № 3. – P. 332-336.
3. Stern R.S. Prevalence of a History of Skin Cancer in 2007 / R.S. Stern // Arch. Dermatol. – 2010. – Vol. 146, № 3. – P. 279-282.
4. How can chronic disease management programmes operate across care settings and providers? WHO European Ministerial Conference on Health Systems [Електронний ресурс]: <http://www.euro.who.int/HEN/policybriefs/200905213>.
5. Hawkins B.S. Foreword / B.S. Hawkins, R. Klein / Ophthalmic Epidemiol. – 2007. – Vol. 14. – P. 161.
6. Kuper H. Basal cell carcinoma / H. Kuper, C. Gilbert // Br. J. Ophthalmol. – 2005. – Vol. 89. – P. 378-384.
7. Wong T.Y. Prevalence of a History of Skin Cancer in 2007 / T.Y. Wong, L. Hyman // Am. J. Ophthalmol. – 2008. – Vol. 146. – P. 656-663.
8. Rubin A.I. Basal-Cell Carcinoma / A.I. Rubin, E.H. Chen, D. Ratner // N. Engl. J. Med. – 2005. – Vol. 353, № 21. – P. 2262-2269.
9. Ridky T.W. Nonmelanoma skin cancer / T.W. Ridky // J. Am. Acad. Dermatol. – 2007. – Vol. 57. – P. 484-501.
10. Hamada S. Eyelid basal cell carcinoma: non-Mohs excision, repair, and outcome / S. Hamada, T. Kersey, V.T. Thaller // Brit. J. of Ophthalmology. – 2005. – Vol. 89. – P. 992-994.
11. Conway R.M. Surgery for primary basal cell carcinoma including the eyelid margins with intra-operative frozen section control: comparative interventional study with a minimum clinical follow up of 5 years / R.M. Conway, S. Themel, I.M. Holbach // Brit. J. of Ophthalmology. – 2004. – Vol. 88. – P. 236-238.
12. Cook B.E. Treatment options and future prospects for the management of eyelid malignancies: an evidence-based update / B.E. Cook, G.B. Bartley // Ophthalmology. – 2001. – Vol. 108. – P. 2088-2098.
13. Либерман Г.А. Рак век: распознавание и лечение / Г.А. Либерман. – М.: Гос. изд-во мед. литературы, 1963. – 211 с.
14. Эпителиальные опухоли века: криодеструкция или скальпель? / А.С. Буйко, Е.Я. Карповский, И.И. Сафроненкова [и др.] // Офтальмол. ж. – 1991. – № 6. – С. 338-344.
15. Résultats de 850 cas d'épithéliomas des paupières traités par radiothérapie à l'Institut Curie / C. Haye, L. Desjardins, B. Becache [et al.] // Ophtalmologie. – 1991. – Vol. 5. – P. 326-328.
16. Treatment of eyelid carcinomas of 2 cm or less by contact radiotherapy / F. Buatois, R. Coquard, A. Pica [et al.] // Ophtalmol. – 1996. – Vol. 9, № 6-7. – P. 405-409.
17. Interventions for basal cell carcinoma of the skin: systematic review / F. Bath-Hextall, J. Bong, W. Perkins [et al.] // BMJ. – 2004. – Vol. 329. – P. 705-708.
18. Kokoszka A. Evidence-Based Review of the Use of Cryosurgery in Treatment of Basal Cell Carcinoma / A. Kokoszka, N. Scheinfeld // Dermatol. Surg. – 2003. – Vol. 29. – P. 6-11.
19. Buschmann W. A reappraisal of cryosurgery for eyelid basal cell carcinomas / W. Buschmann // Br. J. Ophthalmol. – 2002. – Vol. 86. – P. 453-457.

**КЛІНІЧНІ І СОЦІАЛЬНІ РЕЗУЛЬТАТИ 20-РІЧНОГО КРІОХІРУРГІЧНОГО  
ЛІКУВАННЯ ЗЛОЯКІСНИХ ЕПІТЕЛІАЛЬНИХ ПУХЛИН І ТА ІІ СТАДІЙ ШКІРИ  
ПОВІК І ПЕРІОРБІТАЛЬНОЇ ДІЛЯНКИ**

*О.С.Буйко*

**Резюме.** Представлено результати ретроспективного аналізу криогенного лікування ЗЕП шкіри повік І і ІІ стадій 1584 послідовних пацієнтів, що лікувалися в період 1991-2010 рр. З них 177 пацієнтів (11,2 %) з рецидивом після неадекватного лікування за місцем проживання. Середній (M±SD) вік: чоловіки [всього 607 (38,3 %) – 63,4±12,3 року, жінки [всього 977 (61,7 %) – 64,4±12,5 року. Криодеструкція пухлин проводилася оригінальним криогенним пристроєм і методикою. Представлені і обговорюються безпосередні і віддалені результати лікування, частота рецидивів пухлини залежно від стадії, локалізації, клітинного типу, структури зростання, а також первинних пухлин і рецидивів. Наводиться частота рецидивів пухлин у різні часові періоди. При пухлинах І стадії рецидиви були в 58 випадках (4,1 %) у строки від 11 до 152 місяців, медіана 37 міс. При пухлинах ІІ стадії – у 8 випадках рецидивів (5,1 %) у строки від 19 до 68,9 міс. (медіана 33 міс.). Результати лікування обґрунтовуються і порівнюються з таким ж «золотого» стандарту хірургічного лікування ЗЕП шкіри повік за економічними, ергономічними показниками і мінімізацією впливу хвороби на пацієнта і його близьких.

**Ключові слова:** криохірургія, злоякісні епітеліальні пухлини, шкіра повік і періорбітальна ділянка.

**CLINICAL AND SOCIAL RESULTS OF A 20-YEAR CRYOSURGICAL  
TREATMENT OF MALIGNANT EPITHELIAL TUMORS (METs) OF STAGE I AND II  
OF THE EYELID SKIN AND PERIORBITAL AREA**

*A.S. Buiko*

**Abstract.** The results of a retrospective analysis of the cryogenic treatment of malignant epithelial tumors (MET) of the eyelid skin of stages I or II in 1584 consecutive patients treated during 1991-2010 are presented. 177 patients out of

these (11,2 %) had a recurrence after an inadequate treatment. The average age (M±SD): men [totally 607 (38,3 %)] – 63,4±12,3 years, women [totally 977 (61,7 %)] – 64,4±12,5 years. Cryablation of the tumors was carried out by means of an original cryogenic unit and method. The immediate and long-term results of treatment, the rate of tumor recurrences depending on the stage, localization, cell type, structure, growth, and primary tumors and recurrences are presented and discussed. The frequency of tumor recurrences during different time periods is presented. In case of stage I tumors recurrences occurred in 58 cases (4,1 %), the terms ranging from 11 to 152 months, the median survival is 37 months. In case of stage II tumors – in 8 cases of recurrences (5,1 %) over the period from 19 to 68,9 months (the median survival is 33 months). The results of treatment are substantiated and compared with that of the "gold" standard of surgical treatment of eyelid skin METs based on economic, social indicators, determining the effectiveness of treatment.

**Key words:** cryosurgery, malignant epithelial tumors, eyelid skin and periorbital area.

S I "Institute of ED & TT named after V.P. Filatov" Ukraine's NAMS (Odessa, Ukraine)

Рецензент – доц. Е.В. Олійник

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 180-184

Надійшла до редакції 05.07.2012 року

© А.С. Буйко, 2012

УДК 616.33-006.089:617.6

*Ю.А. Винник<sup>1</sup>, В.В. Олексенко<sup>2</sup>, В.И. Проняков<sup>2</sup>, Т.С. Ефетова<sup>2</sup>,  
Б.Д. Сеферов<sup>2</sup>, Е.В. Строкова<sup>3</sup>*

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НОВОГО СПОСОБА ГАСТРОПЛАСТИКИ ПОСЛЕ ГАСТРЭКТОМИИ В УЛУЧШЕНИИ БЕЛКОВОГО ОБМЕНА У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЖЕЛУДКА

<sup>1</sup>Харьковская медицинская академия последипломного образования, Украина

<sup>2</sup>«Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского», г. Симферополь, Украина

<sup>3</sup>«Крымский республиканский клинический онкологический диспансер», г. Симферополь, Украина

**Резюме.** Проанализирован опыт лечения 152 больных раком желудка, которым произведены гастрэктомии с применением различных вариантов гастропластики, и в сравнительном аспекте дана оценка нового способа реконструкции пищеварительного тракта в адаптации пищеварения к новым условиям функционирования. Анализ полученных данных свидетельствует, что формирование в начальном отделе тощей кишки

резервуара для принимаемой пищи, в течение первых 36 месяцев, способствует улучшению усвоения продуктов расщепления пищевого белка, что в целом отражается на улучшении показателей характеризующих белковый обмен по сравнению с традиционным способом гастропластики.

**Ключевые слова:** рак желудка, гастрэктомия, белковый обмен.

**Введение.** Рак желудка занимает лидирующее положение в структуре онкологической заболеваемости органов желудочно-кишечного тракта [9]. Большинство исследователей считают, что успех лечения онкологических больных нельзя оценивать только по числу выживших в отдаленные сроки, отсутствию или наличию рецидивов и метастазов, но и по факторам, определяющим степень развития компенсаторных процессов функционального состояния, тем более, когда речь идет о полном удалении желудка [5, 6]. Нарушение белкового обмена возможно на этапе поступления и всасывания, на этапе трансминирования и дезаминирования и на этапе образования конечных продуктов и выведения их из организма [2, 3].

**Цель исследования.** Проанализировать отдаленные функциональные результаты выполнения гастрэктомии с применением нового способа гастропластики после гастрэктомии в нормализации белкового обмена у больных раком желудка.

**Материал и методы.** Наиболее обоснованным с онкологической точки зрения и получившим самое широкое распространение вариантом реконструкции, является петлевой способ гастропластики, не предусматривающий включение двенадцатиперстной кишки [1, 7].

В исследование вошли 152 больных раком желудка – 89 мужчин (58,6 %) и 63 женщины (41,4 %) от 27 до 80 лет (средний возраст 59,1±9,95 лет), распределенные при помощи конвертов, которые включали в себя рекомендации относительно методики гастропластики при выполнении гастрэктомии на две сопоставимые группы. В основную группу вошли 78 больных – 45 мужчин (57,7 %) и 33 женщины (42,3 %) (средний возраст 58,8±9,96 лет), которым была выполнена гастрэктомия с применением нового способа гастропластики. В контрольную группу вошли 74 больных – 44 мужчины (59,6 %) и 30 женщин (40,5 %) (средний возраст 59,66±9,63 лет), которым выполнена гастрэктомия с приме-