

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-

нением традиционного петлевого способа гастропластики [8]. Динамическому функциональному исследованию спустя 6, 12, 18, 24 и 36 месяцев после гастрэктомии были подвергнуты те пациенты, у которых после ультразвуковых, рентгенологических, эндоскопических исследований, а также данных компьютерной томографии не были диагностированы отдаленные метастазы или рецидив опухоли. С целью изучения характера усвоения пищевого белка использован несложный, но информативный метод химического копрологического исследования, основанный на определении усвоения основных ингредиентов принимаемой пищи [4].

#### Результаты исследований и их обсуждение.

Увеличение до умеренного или большого количества в кале мышечных волокон, так называемая креаторея, свидетельствует о недостаточности желудочного, панкреатического или кишечного этапов усвоения белка [4]. У 66 больных (84,6 %) основной и 61 больного (82,4 %) контрольной группы накануне операции в кале не было обнаружено мышечных волокон. Однако, у 12 больных (15,4 %) основной и у 13 больных (17,6 %) контрольной группы была диагностирована креаторея.

Среди больных основной группы преобладали единичное и умеренное количество, как неизменных – у 5 (41,7%) и 5 (41,7%), так и измененных – у 6 (50 %) и 5 (41,7 %) форм мышечных волокон, среди пациентов контрольной группы единичное и умеренное количество неизменных мышечных волокон диагностировано у 6 (46,1 %) и 5 (38,5 %) больных, измененных мышечных волокон – соответственно у 7 (53,8 %) и 5 (38,5 %) больных. Большое количество неизменных форм мышечных волокон, у больных основной и контрольной группы (16,7 % и 15,4 %), наблюдалось чаще по сравнению с измененными формами (8,3 % и 7,7 % соотв.), что указывает на недостаточность желудочной фазы расщепления белков и свидетельствует об одинаковых исходных показателях расщепления и всасывания белка среди больных исследуемых групп.

Степень угнетения белковообразовательной функции печени зависит от стадии рака желудка, поэтому если количество альбуминов уменьшено на 10 и более процентов и составляет 48 %, при норме альбуминовой фракции 60-65 %, это расценивается как резкое нарушение белкового обмена [2]. Учитывая сопоставимость исследуемых групп по стадиям рака желудка, показатели, отражающие белковый обмен среди наших больных, не имеют достоверных различий ( $p>0,05$ ). Накануне операции уровень сывороточного белка у больных основной группы колебался от 55,7 до 78,4 г/л ( $67,1\pm 5,8$ ), у больных контрольной группы от 56,4 до 77,5 г/л ( $66,9\pm 6,2$ ), что свидетельствовало об отсутствии выраженной гипопротемии среди больных исследуемых групп ( $p>0,05$ ). Исходные показатели альбумина –  $39,5\pm 3,7$  г/л

(58,9 %) и глобулина  $27,6\pm 4,6$  г/л среди пациентов основной и  $39,9\pm 2,9$  г/л (59,7 %) и  $27,0\pm 3,8$  г/л, среди больных контрольной группы, альбумино-глобулиновый коэффициент 1,43 и 1,48 среди больных исследуемых групп, свидетельствовали об отсутствии глубокой диспротеинемии у больных раком желудка ( $p>0,05$ ). Как видно из представленных показателей, отражающих состояние белкового обмена, статистически достоверных различий не выявлено ( $p>0,05$ ). Среди больных исследуемых групп исходные показатели, характеризующие питательный статус, не имели статистически значимых различий ( $p>0,05$ ).

Через шесть месяцев после гастрэктомии, соотношение числа больных с креатореей существенно изменилось как среди больных основной, так и среди больных контрольной группы. У подавляющего числа больных основной и контрольной групп (58 (93,5 %) и 57 (96,6 %) соотв.) в испражнениях были обнаружены мышечные волокна.

Среди больных основной группы чаще наблюдались пациенты с единичным количеством неизменных мышечных волокон, а среди больных контрольной группы чаще встречались пациенты с большим количеством данных форм мышечных волокон. Причем эта зависимость прослеживалась во все сроки отдаленного наблюдения за больными. В соотношении измененных форм мышечных волокон наблюдалась аналогичная зависимость.

Среди пациентов основной группы преобладали больные с единичными и умеренным количеством измененных форм мышечных волокон. Среди пациентов контрольной группы преобладали больные с умеренным и большим количеством мышечных волокон данной формы, причем с увеличением времени прошедшего после операции эта зависимость и разница между больными исследуемых групп только увеличивалась.

Измененные формы мышечных волокон были обнаружены (спустя 12 месяцев после гастрэктомии) у 14,3 % больных основной группы и у 20,9 % больных контрольной группы, через два года соответственно у 16,1 % и 25,9 % больных, через три года – у 15,4 % и 26,7 % больных основной и контрольной группы. Представленные данные свидетельствуют о лучшем всасывании продуктов расщепления поступающего пищевого белка среди пациентов основной группы, что можно объяснить медленным транзитом принимаемой пищи по кишечнику и более пролонгированном воздействии протеолитических ферментов, в частности трипсина.

После гастрэктомии, перед выпиской из стационара, уровень сывороточного белка у пациентов основной группы составлял от 53,2 до 63,4 г/л ( $58,3\pm 5,8$ ), у пациентов контрольной группы от 52,4 до 63,7 г/л ( $57,8\pm 6,3$ ), количество альбумина и глобулина, у больных основной группы составляло  $33,9\pm 4,8$  г/л (58,1 %) и  $24,4\pm 3,4$  г/л, (альбумино-глобулиновый коэффициент 1,38), у

больных контрольной группы –  $31,5 \pm 4,6$  г/л (54,5 %) и  $26,3 \pm 3,9$  г/л соответственно (альбумино-глобулиновый коэффициент 1,20). Представленные данные отражают неизбежно развивающуюся гипопроотеинемию, по сравнению с исходными показателями.

В отдаленные сроки наблюдений после гастрэктомии выявлена зависимость в концентрации сывороточного белка и его фракций в зависимости от выбора способа гастропластики. Так, через шесть месяцев после операции у пациентов обеих групп средняя концентрация общего белка и его фракций достигла и превысила как послеоперационные показатели, так и показатели накануне гастрэктомии. При этом через 12 и 18 месяцев после операции отмечалось дальнейшее увеличение средней концентрации сывороточного белка и альбумина, с более высокими показателями положительной динамики среди пациентов основной группы. Количество сывороточного белка и альбумина крови у больных основной группы были достоверно больше как через 24 месяца ( $p < 0,01$ ), так и спустя 36 месяцев ( $p < 0,05$ ) после операции, по сравнению с пациентами контрольной группы.

На основании представленных данных можно отметить, что у больных раком желудка наблюдаются изначально сниженные показатели, отражающие белковый обмен, при этом объем хирургического вмешательства, предусматривающий выполнение гастрэктомии, способствует развитию гипо- и диспротеинемии в раннем послеоперационном периоде. По мере увеличения срока, прошедшего после гастрэктомии, наблюдается стабилизация белкового обмена и уже через шесть месяцев можно говорить об относительной нормализации. В дальнейшем наблюдается четкая зависимость характеристик отражающих обмен белка от выбора способа гастропластики. Так, среди пациентов со сформированным тонкокишечным резервуаром концентрация общего белка в первые три года достоверно ( $p < 0,05$ ) выше аналогичных данных пациентов после стандартной петлевой гастропластики, а соотношение альбумино-глобулинового градиента доказывает отсутствие признаков выраженной диспротеинемии. В те же сроки наблюдений, у пациентов со стандартной методикой гастропластики, через 18, 24 месяца после операции наблюдается повышение титра глобулинов, а это – свидетельствует о диспротеинемии. Это приводит к более оптимальным условиям для нормализации белкового обмена у больных раком желудка и выражается в раннем достижении нормальной концентрации сывороточного белка и его фракций, достоверно лучшими абсолютными значениями по сравнению с показателями в группе больных после стандартной петлевой пластики.

#### Выводы

1. Исследования функционального состояния органов пищеварительной системы у больных раком желудка, перенесших операцию на

желудке, показали, что гастрэктомия приводит к серьезным изменениям в функциональном состоянии органов этой системы.

2. Выбор способа гастропластики при выполнении гастрэктомии оказывает свое влияние на отдаленные функциональные результаты.

3. Улучшение показателей, характеризующих белковый обмен у пациентов, перенесших гастрэктомию с восстановлением непрерывности желудочно-кишечного тракта с формированием резервуара для принимаемой пищи в начальном отделе тощей кишки, является подтверждением эффективности данного варианта гастропластики в нормализации обмена веществ, вызванного расстройством процессов пищеварения у больных раком желудка.

#### Перспективы дальнейших исследований.

Полученные данные носят предварительные результаты, в дальнейшем, с целью всестороннего изучения метаболического обмена у больных раком желудка, перенесших гастрэктомию с различными вариантами гастропластики, планируется проведение исследований жирового и углеводного обмена в более отдаленные периоды их жизни.

#### Литература

1. Конюхов Г.В. Варианты тонкокишечной пластики при гастрэктомии по поводу рака желудка: дис. на соиск. науч. ст. кандидата мед. наук: 14.00.14 / Конюхов Георгий Васильевич. – М., 2006. – 142 с.
2. Коротько Г.Ф. Желудочное пищеварение / Г.Ф. Коротько. – Краснодар, 2007. – 256 с.
3. Метельский С.Т. Физиологические механизмы всасывания в кишечнике / С.Т. Метельский // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 2009. – № 3. – С. 51-56.
4. Плетнева Н.Г. Диагностические возможности копрограммы / Н.Г. Плетнева, В.И. Лещенко // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. – 1998. – Т. 8, № 6. – С. 26-30.
5. Поширений рак шлунка: проблеми, можливості відновлювальної хірургії: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук: спец. 14.00.14 “Онкологія” / О.Ю. Попович. – Донецьк, 2000. – 32 с.
6. Рагимов Р.Н. Роль хирургии в улучшении качества жизни больных раком органов пищеварительной системы: материалы IV съезда онкологов и радиологов СНГ / Р.Н. Рагимов, А.А. Абдуллаев, Э.И. Ибрагимов. – Баку, 2006. – С. 499-502.
7. Черноусов А.Ф. Хирургия рака желудка / А.Ф. Черноусов, С.А. Поликарпов, Ф.А. Черноусов. – М.: Медицина, 2000. – 137 с.
8. Ширинов З.Т. Хирургическое лечение заболеланий оперированного желудка / З.Т. Ширинов, Ф.С. Курбанов, С.А. Домрачев // Хирургия. – 2005. – № 6. – С. 37-40.
9. Щепотин І.Б. Порівняльна характеристика стану ураження злоякісними новоутвореннями міського та сільського населення України /

- І.Б. Щепотин, З.П. Федоренко, А.В. Гайсенко // *Клин. онкол.* – 2011. – № 1 (1). – С. 4-8.
10. Bozzetti F. Postoperative enteral versus parenteral nutrition in malnourished patients with gastrointestinal cancer: randomized multicentre trial / F. Bozzetti, M. Braga, L. Gianotti // *Lancet.* – 2001. – Vol. 358, № 9292. – P. 1487-1492.
11. Feeding the gut early after digestive surgery: results of a nine year experience / M. Braga, L. Gianotti, O. Gentilini [et al.] // *Clin. Nutr.* – 2002. – Vol. 21, № 1. – P. 59-65.
12. Helminen H. Immunonutrition in elective gastrointestinal surgery patients / H. Helminen, M. Raitanen, J. Kellosoalo // *Scand. J. Surg.* – 2007. –

## ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ НОВОГО СПОСОБУ ГАСТРОПЛАСТИКИ ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ В ПОЛІПШЕННІ БІЛКОВОГО ОБМІНУ У ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА

*Ю.О. Вінник, В.В. Олексенко, В.І. Проняков, Т.С. Єфетова, Б.Д. Сеферов, О. В. Строкова*

**Резюме.** Проаналізований досвід лікування 152 хворих на рак шлунка, яким виконані гастректомії із застосуванням різних варіантів гастропластики, і в порівняльному аспекті дана оцінка нового способу реконструкції травного тракту в адаптації травлення до нових умов функціонування. Аналіз отриманих даних свідчить, що формування в початковому відділі порожньої кишки резервуару для їжі, що приймається протягом перших 36 місяців, сприяє поліпшенню засвоєння продуктів розщеплювання харчового білка, що в цілому відбивається на поліпшенні показників, які характеризують білковий обмін порівняно з традиційним способом гастропластики.

**Ключові слова:** рак шлунка, гастректомія, білковий обмін.

## ESTIMATION OF THE EFFICIENCY OF A NEW METHOD OF GASTROPLASTY AFTER GASTRECTOMY FOR AN IMPROVEMENT OF PROTEOMETABOLISM IN PATIENTS WITH STOMACH CARCINOMA

*Y.O. Vinnik, V.V. Oleksenko, V.I. Pronyakov, T.S. Yefetova, B.D. Seferov, Ye.V. Strokova*

**Abstract.** The authors have analyzed the experience of treating 152 patients, suffering from carcinoma of the stomach, who underwent gastrectomy with the use of different variants of gastroplasty and in a comparative aspect an estimation of the new method of reconstruction of the digestive tract is given in terms of adapting digestion to the new-functioning conditions. An analysis of the obtained findings testifies that the formation in the initial segment of the jejunum of a reservoir for ingested food during the first 36 months, contributes to an improvement of assimilating the products of food protein, splitting that, on the whole affects an improvement of the indices, characterizing proteometabolism as compared the traditional method of gastroplasty.

**Key words:** gastric carcinoma, gastrectomy, proteometabolism.

Medical Academy of Post-Graduate Education (Khar'kov, Ukraine)  
Crimean State Medical University Named after S.I. Georgiieskyi (Simferopol, Ukraine)  
Crimean Republican Clinical Oncological Dispensary (Simferopol, Ukraine)

Рецензент – доц. С.Ю. Кравчук

*Buk. Med. Herald.* – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 184-187

Надійшла до редакції 05.07.2012 року

© Ю.А. Вінник, В.В. Олексенко, В.И. Проняков, Т.С. Єфетова, Б.Д. Сеферов, Е.В. Строкова, 2012

УДК [616.716+617.52]-006-07

*Л.І. Волошина, О.В. Рибалов*

## ОСОБЛИВОСТІ ДИФЕРЕНЦІЙНОЇ ДІАГНОСТИКИ ПУХЛИН КРОВОНОСНИХ СУДИН ЩЕЛЕПНО-ЛИЦЕВОЇ ЛОКАЛІЗАЦІЇ

Українська медична стоматологічна академія, м. Полтава, Україна

**Резюме.** В оглядовій статті розглянуто питання щодо особливостей диференційної діагностики судинних утворень щелепно-лицевої ділянки. Автори акцентують увагу на якості діагностики даної патології, тому

що велику кількість новоутворень часто об'єднують під назвою «гемангіома».

**Ключові слова:** судинні новоутворення щелепно-лицевої ділянки, диференційна діагностика.

Судинні пухлини розглядають і як вади розвитку, і як доброякісне зростання клітинних компонентів кровоносних судин. Деякі автори переконані, що гемангіома – доброякісна пухлина, яка

виникає на тлі уроджених вад розвитку кровоносних судин. На частку гемангіом щелепно-лицевої локалізації припадає від 60 до 87 % [1, 2]. Відомі м'якотканинна (капілярна, кавернозна та ін.) та