

- 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

внутрішньокісткова форми гемангіом [7]. Гемангіоми, які локалізуються в щелепно-лицевій ділянці, спричиняють значні естетичні та функціональні порушення (обструкція дихальних шляхів, звуження зовнішнього слухового проходу та зниження слуху, погіршення зору та ін). Слід зазначити, що гемангіоми щелепно-лицевої локалізації дуже часто травмуються, що призводить до утворення ерозій на поверхні новоутворень, через що можуть виникати масивні кровотечі. Ретельний збір анамнезу дозволяє встановити правильний діагноз, призначити адекватне лікування. Для більш детальної діагностики необхідно обов'язково проводити комплексне додаткове обстеження (МРТ, КТ, УЗД, ангиографію, рентгенографію та ін).

Особливої уваги потребують пацієнти з внутрішньокістковими гемангіомами. З джерел літератури відомо, що в 60-96 % спостережень такі пацієнти вмирають унаслідок видалення зуба або травми. Слід зазначити, що ізольовані внутрішньокісткові гемангіоми тривалий час мають безсимптомний перебіг та виявляються випадково при рентгенологічному дослідженні з приводу будь-якої одонтогенної патології. З першою клінічною ознакою – кровотечею одночасно виявляються й інші – деформація кістки, рухомість зубів, гіперплазія ясен; у межах пухлини пальпаторно можуть визначатися пульсація та симптом «провалу».

Диференційна діагностика глибоких та внутрішньокісткових гемангіом має певні складнощі. По-перше, їх слід диференціювати із системним (множинним, дифузним) ангиоматозом, який проявляється появою великої кількості гіперплазованих судин, судинних плям, телеангіектазій, що розташовані в різних органах та тканинах. Часто процес прогресує, збільшується площа та з'являються нові осередки ураження, що може призводити до порушення функції відповідного органа. До системних ангиоматозів належать хвороба Рандю-Ослера, група уроджених захворювань, Гіппеля-Ліндау хвороба та ін. За цієї форми ураження має місце розростання судин різного калібру з утворенням кавернозних порожнин, розвиваються трофічні виразки, виникають кровотечі. Прогноз захворювання залежить від локалізації та розмірів осередку ураження [3].

Певні складнощі в молодих лікарів викликає проведення диференційної діагностики з «винними плямами» – (полум'яніючий неvus). «Винні плями» є уродженою патологією, що найчастіше локалізуються на обличчі. Слід зазначити, що капілярні гемангіоми майже в половині випадків можуть зникнути самостійно. На відміну від гемангіом «винні плями» ніколи не зникають самі. Більше того, з плином часу вони потовщуються, стають більш темними, що призводить до спотворення обличчя пацієнта. Дуже часто такі пацієнти відчують значний психологічний дискомфорт. Також зростає ризик ускладнень. Зокрема, майже у 25 % спостережень «винна пляма», розташована в скроневій, лобній ділянках, на повіках,

ускладнюється розвитком глаукоми. Крім того, інколи в ділянці «винної плями» відбувається значне збільшення об'єму шкіри, яке в разі розташування у щічній ділянці заважає жуванню. Складнощі в диференційній діагностиці виникають у випадку ерозії поверхні «винної плями» [6].

Певні складнощі виникають також при диференційній діагностиці з піогенною гранульомою (син.: телеангіектатична гранульома, ботріомікома, гемангіома грануляційного типу) – захворювання шкіри та слизових оболонок, яке часто трапляється. На думку деяких авторів, вона являє собою не пухлину, а реактивну відповідь у вигляді значної проліферації грануляційної тканини на механічну травму, гормональні порушення та низку інших чинників. Інколи розвивається на тлі полум'яніючого неvusу або телеангіектатичної ангиоми. У деяких випадках піогенна гранульома виглядає як солітарна щільноеластична, куполоподібна папула яскраво-червоного, темно-червоного, фіолетового або коричнево-чорного кольору з блискучою поверхнею, яка легко кровоточить, безболісна, інколи розташована на ніжці, діаметром 0,5-2 см. Ніжка, оточена "комірцем" відшарованого епітелію, може бути різної довжини та інколи надає пухлині схожість із грибом [5]. З'явившись опісля декількох тижнів або місяців на місці травми (порізу, опіку, уколу, садна та ін.), гранульома швидко зростає, темніє (може бути ціанотичною), ущільнюється. Поверхня її спочатку волога, судинна (типу малини), ерозується, вкривається шкірочками, при мінімальній травматизації кровоточить. Часто приєднується вторинна інфекція, утворюються виразки (які інколи займають всю поверхню пухлини), некрози, спостерігаються кров'янисто-гнійні виділення. Найчастіше локалізується на яснах, губах, слизовій оболонці носа, обличчі та пальцях. Захворювання триває впродовж декількох місяців. Це утворення не схильне до дисемінації та малігнізації. Осередок досягає максимального діаметра за декілька тижнів, а потім спонтанно зменшується з формуванням фіброми, яка регресує впродовж декількох місяців. Рецидиви виникають після електродисекції та хірургічного видалення. Множинні осередки можуть мати тенденцію до угруповання, приймають дисемінований або еруптивний характер, частіше розташовуються на тулубі, особливо в міжлопатковій ділянці. Еруптивні осередки можуть бути проявом паранеоплазії, вони описані, зокрема, при хворобі Ходжкіна. До рідкісних варіантів піогенної гранульоми належать підшкірні та внутрішньовенні форми.

На початку розвитку піогенна гранульома гістологічно ідентична гранулематозній тканині – представлена множинними капілярами та венулами, розташованими радіально до поверхні шкіри, яка часто ерозована та вкрита струпом; строма набрякла та містить змішаний запальний інфільтрат. Повністю сформована піогенна гранульома –

це поліпоподібний осередок, що розділений фіброзними перетинками та має часточкову будову, кожна часточка складається зі скупчення капілярів та венул із набряклими ендотеліальними клітинами. На цій стадії осередок реепітелізується та повністю вкритий епідермісом. По периферії осередку часто розташований «комірець» гіперпластичного епітелію. Запальний інфільтрат пухкий. Набряк строми зникає. На стадії фіброзу відбувається зменшення часточок та поступове розростання фіброзної тканини, унаслідок чого піогенна гранульома перетворюється у фіброму [5].

Із сучасної точки зору піогенна гранульома являє собою особливу гіперпластичну форму капілярної гемангіоми, ускладненої піддермією з вторинною гранулематозною реакцією. Стійкий зв'язок між передуючою травмою шкірних покривів та розвитком піогенної гранульоми сприяє збереженню уявлень про неї як про атипичну форму піддермії.

Для перебігу піогенної гранульоми характерні швидке зростання, наявність фази стабілізації процесу, ускладнення у вигляді приєднання вторинної інфекції з усіма можливими наслідками [5].

Існує низка традиційних помилок, які інколи припускають лікарі під час діагностики та лікування гемангіом. По-перше, це очікувальна тактика в надії на спонтанну регресію гемангіом та призначення лікування лише при розвитку ускладнень. Дуже часто використовується стара класифікація та термін "гемангіома" для позначення різних за етіологією та патогенезом судинних утворень у дорослих. Деякі фахівці ототожнюють гемангіоми і судинні мальформації та використовують ідентичні деструктивні методи лікування. Слід зазначити, що використання в лікуванні ангіом деструктивних методів (хірургічне висічення, електрокоагуляція, кріодеструкція, рідина Ходоровича) при значних глибоких гемангіомах сприяє утворенню спотворюючих рубців та не гарантує виникненню рецидивів пухлини. Деякі фахівці використовують для лікування гемангіом рентгенотерапію, промені Буки, що має суттєві побічні дії та призводить до розвитку ускладнень: облісіння, формування злоякісних пухлин [6].

Для ілюстрації складнощів діагностики внутрішньокісткової гемангіоми ми наводимо одне з наших спостережень. Пацієнт Л., 17 років, звернувся до терапевта-стоматолога зі скаргами на кровоточивість ясен, яка інколи виникала, а потім проходила. Також пацієнт зазначив, що періодично виникала рухомість 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 зубів. З анамнезу захворювання відомо, що зазначені скарги з'являлися періодично впродовж двох останніх років. При зондуванні лікарем зубо-ясенної кишені виникла масивна кровотеча, яку вдалося припинити. На наступний день пацієнт звернувся по допомогу до відділення щелепно-лицевої хірургії. При огляді пацієнта встановлено: обличчя симетричне, на шкірних покривах лівої щічної та привушно-жувальної ділянки має місце наявність трьох плям червоно-синього ко-

льору, які не підносилися над поверхнею шкіри та не змінювали кольору при натискуванні. Піднижньощелепні та підборідні лімфатичні вузли не збільшені. Відкриття рота вільне. Має місце деформація нижньої щелепи в ділянці 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 зубів у вигляді асиметричного потовщення, яке було більше з вестибулярного боку. Слизова оболонка в цій ділянці синюшно-багрового кольору. Зуби 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 рухомі II ступеня. При дослідженні ясен – кровоточивість. У міжзубному проміжку 3.6, 3.7 – йодоформний тампон (за допомогою якого була припинена кровотеча, що виникла в стоматологічному кабінеті). При спробі витягти йодоформний тампон виникла масивна кровотеча. За 30 с пацієнт втратив до 1000 мл крові. Екстренну допомогу проведено притисканням магістральних судин та туга тампонада місця кровотечі. Враховуючи, що на догоспітальному етапі пацієнт не обстежений, прийнято рішення про проведення МРТ з контрастуванням. На серії томограм виявлено додаткову судину, яка прямувала від біфуркації сонної артерії та, розгалужуючись, давала гілки до щитоподібної залози, нижньої щелепи та в середню черепну ямку. Пацієнта направлено на консультацію та лікування до Національного інституту хірургії та трансплатології ім. О.О.Шалімова, де йому зроблено емболізацію цих судин.

Таким чином, питання діагностики та лікування глибоких і внутрішньокісткових судинних утворень щелепно-лицевої локалізації залишаються актуальними і потребують подальшого вивчення.

### Література

1. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии: В 2 т. / [Федер. программа книгоизд. России]; Под ред. чл.-корр. РАМН В.М. Безрукова, проф. Т.Г. Робустовой. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2000. – Т. 2. – 487 с.
2. Бернадский Ю.И. Основы хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. – М.: Медлит, 2000. – 404 с.
3. Дулуб Л.В. Болезнь Гиппеля-Линдау / Л.В. Дулуб, Ю.А. Гусева // Мед.новости. – 2000, № 9. – С. 13-17.
4. Кислевич Г.М. Лечение пиогенной гранулемы биактивной электрохирургией / Г.М. Кислевич // Вестн. дерматол. и венерол. – 1972. – № 8. – С. 71-72.
5. Куликов С.В. Возможности лечения сосудистых патологий кожи лазером / С.В. Куликов, Н.В. Поспелов, И.В. Пономарев // Леч. врач. – 2000, № 5-6. – С. 79-80.
6. Разуваев С.Н. Лечение гемангиом мягких тканей лица у детей методом СВЧ-криодеструкции в условиях поликлиники: дис. на соискание науч. ст. канд. мед. наук: 14.00.14 / Разуваев Сергей Николаевич. – Москва, 2004. – 92 с.
7. Williams E.F. Arch.Facial.Surg. / E.F. Williams, P. Stanislaw, M. Dupree. – 2000. – № 2. – P. 103-111.

**ОСОБЕННОСТИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ КРОВЕНОСНЫХ СОСУДОВ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ***Л.И. Волошина, О.В. Рыбалов*

**Резюме.** В обзорной статье рассмотрены вопросы особенностей дифференциальной диагностики сосудистых образований челюстно-лицевой локализации. Авторы акцентируют внимание на качестве диагностики данной патологии, потому что большое количество образований часто объединяют под названием «гемангиома».

**Ключевые слова:** сосудистые образования челюстно-лицевой локализации, дифференциальная диагностика.

**FEATURES OF DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF TUMOURS OF THE BLOOD VESSELS OF MAXILLOFACIAL LOCALIZATION***L.I. Voloshyna, O.V. Rybalov*

**Abstract.** The review article deals with a question of as to the specific characteristics of differential diagnostics of vascular formations of the maxillofacial localization. The authors accentuated their attention on the quality of diagnostics of this pathology, because a great number of tumor masses are often united under the name of «hemangioma».

**Key words:** vascular masses of maxillofacial localization, differential diagnostics.

Ukrainian Medical Stomatological Academy (Poltava, Ukraine)

Рецензент – доц. В.П. Унгурян

Buk. Med. Herald. – 2012. – Vol. 16, № 3 (63), part 1. – P. 187-190

Надійшла до редакції 06.06.2012 року

© Л.И. Волошина, О.В. Рыбалов, 2012

УДК 617.51+617.53)-006.6-06:616-005.1-02-037-08

*О.О. Галай, С.Г. Бондаренко, О.В. Друзюк, О.Р. Дуда, В.Ю. Лудчак,  
І.М. Сендега, Р.Р. Сліпецький, Т.Р. Цьолко, М.Р. Шмідт*

**АРОЗИЙНІ КРОВОТЕЧІ В ОСІБ ІЗ ПУХЛИНАМИ ГОЛОВИ ТА ШИЇ – ПРИЧИНИ, НАСЛІДКИ ТА ПРОФІЛАКТИКА**

Львівський державний онкологічний регіональний лікувально-діагностичний центр, Україна

**Резюме.** Проаналізовано 49 випадків арозійних кровотеч в осіб із пухлинами голови та шиї. У 20 з 23 пацієнтів, в яких діагностовано кровотечу з пухлини, її вдалося зупинити за рахунок перев'язки зовнішньої сонної артерії. У трьох випадках проведено перев'язку язикової артерії з обох боків. В 11 з 12 пацієнтів, у яких виникла кровотеча внаслідок місцевого прогресування

процесу після комбінованого лікування, її вдалося зупинити консервативним шляхом, а один пацієнт помер. Семеро з 14 осіб померло внаслідок арозійної кровотечі з магістральних судин шиї в ранньому післяопераційному періоді.

**Ключові слова:** пухлини голови та шиї, кровотечі, лікування.

**Вступ.** Результати лікування осіб із пухлинами голови та шиї загалом визнаються незадовільними і потребують подальших пошуків і удосконалення [2, 3, 9]. За цієї патології частіше, ніж при інших злоякісних процесах домінують неспецифічні ускладнення, які суттєво ускладнюють проведення запланованого лікування, і часто стають причиною фатального кінця [6, 7, 8]. Профілактика та лікування кровотеч у пацієнтів із вказаною патологією залишається надзвичайно важливою проблемою сьогодення, оскільки смертність від даного ускладнення становить від 15 до 27 %. Причиною кровотеч найчастіше є первинні пухлини з розпадом через несвоєчасне звернення хворих по допомогу [10]. Променева терапія лікування, з якого часто розпочинається лікування

таких пацієнтів, також може сприяти кровотечі з пухлини, особливо якщо вона має екзофітно-виразковий характер росту. Найнебезпечнішими є арозійні кровотечі, що виникають у разі пошкодження магістральних судин шиї [1, 4]. Кровотеча із зовнішньої сонної артерії може бути зупинена шляхом її перев'язки без особливих наслідків для здоров'я хворого і його загального стану. Арозійні кровотечі із загальної та внутрішньої сонних артерій - одне з найважчих ускладнень і одна з можливих причин смерті в післяопераційному періоді в осіб із пухлинами голови та шиї. Кровотеча буває настільки масивною, що хворі помирають скоріше, ніж їм вдається надати допомогу. Навіть якщо кровотечу вдається зупинити за рахунок перев'язки загальної сонної артерії, до