

4. Chandra A, Pius P, Nabeel M, Nair M, Vishwanatha JK. Ovarian cancer: Current status and strategies for improving therapeutic outcomes. *Cancer Med.* 2019 Nov; 8(16): 7018–7031. doi: 10.1002/cam4.2560
5. Poisson LM, Munkarah A, Madi H et al. A metabolomic approach to identifying platinum resistance on ovarian cancer. *J Ovarian Res.* - 2015 – Vol. 8 – P. 13.
6. Bondar O., Rybin A. The experience and results of cytoreductive surgery and HIPEC used in advanced ovarian cancer / *Science Rise.* – 2020. - №5. – P. 19-23
7. Ustün TB, Chatterji S, Kostanjsek N et al. Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bull World Health Organ.* - 2010 – Vol. 88(11) – P. 815-823.
8. Medina-Lara A, Grigore B, Lewis R, Peters J, Price S, Landa P, Robinson S, Neal R, Hamilton W, Spencer AE. Cancer diagnostic tools to aid decision-making in primary care: mixed-methods systematic review and cost-effectiveness analysis. *Health Technol Assess.* 2020 Nov; 24(66):1-332. doi: 10.3310/hta24660.
9. Funston G, Hardy V, Abel G, Crosbie EJ, Emery J, Hamilton W, Walter FM. Identifying Ovarian Cancer on Symptomatic Women: A Systematic Review on Clinical Tools. *Cancers (Basel).* 2020 Dec 8;12(12):3686. doi: 10.3390/cancers12123686.
10. Green A. E., Garcia A. A., Ahmed S. Ovarian Cancer. *Электронний ресурс:* <http://emedicine.medscape.com/article/255771-overview>.
11. Alkema NG, Wisman GB, van der Zee AG et al. Studying platinum sensitivity and resistance in high-grade serous ovarian cancer: Different models for different questions. *Drug Resist Updat.* - 2016 – Vol. 24 – P. 55-69.
12. Armbrust R, Richter R, Woopen H, Hilpert F, Harter P, Sehouli J. Impact of health-related quality of life (HRQoL) on short-term mortality in patients with recurrent ovarian, fallopian or peritoneal carcinoma (the NOGGO-AGO QoL Prognosis-Score-Study): results of a meta-analysis in 2209 patients. *ESMO Open.* 2021 Mar 17;6(2):100081. doi: 10.1016/j.esmoop.2021.100081.

Робота надійшла до редакції 09.07.2021 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування.

УДК 616-006.66+616.33-089

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5593340>

А. А. Авраменко

СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ КУЛЬТЫ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ

Международный классический университет им. Пилипа Орлика,
г. Николаев, Украина

Avramenko A. A. - <https://orcid.org/0000-0002-9652-089X>

Summary. Avramenko A.A. **A CASE OF FORMATION OF ADENOCARCINOMA OF THE STOMACH STUMP ON THE BACKGROUND OF THE USE OF PROTON PUMP INHIBITORS.** – *P. Orlik International Classical University, Nikolayev; e-mail: aaahelic@gmail.com.* Prevention of new relapses of the oncological process in the gastric stump after resection for a tumor is the basis that affects the life expectancy of the operated patient.

However, usually it all comes down to visual endoscopic monitoring of the state of the gastric stump without histological examinations of the mucous stump, and when pathological symptoms appear, treatment is routine with the obligatory use of proton pump inhibitors (PPIs); the same tactic is used in the development of pancreatic inflammation. **Purpose:** to analyze the case of tumor recurrence of the gastric stump 33 years after gastric resection under the influence of PPIs, which were prescribed for the treatment of pancreatitis. **Contingent and methods.** A comprehensive examination of an 80-year-old patient was carried out on the basis of the Center for Progressive Medicine "Rea + Med" (Nikolaev). Examination methods: clinical and anamnestic, instrumental, histological, bacteriological. **Results.** When collecting anamnesis, it was found that 33 years old, the patient underwent gastric resection for cancer of the distal stomach. In October 2015, the patient began treatment for an exacerbation of chronic pancreatitis: she underwent primary EGDS, where no ulcerative lesion was detected, twice prescribed regimens with PPI and once - with a blocker of H₂-histamine receptors without a control EGDS. When conducting a comprehensive examination in May 2016, the patient was found to have acidity corresponding to a pronounced total hypoacidity; during EGDS, ulcerative lesion of the anastomotic mucosa along the greater curvature was revealed; when conducting a histological examination of the mucous membrane of the edges of the ulcer, the diagnosis was made: Adenocarcinoma G1-2, decay; during testing for HP-infection, chronic non-atrophic gastritis with the presence of intracellular "deposits" of HP-infection in the mucous membrane along the edges of the ulcer defect was revealed. It was under the influence of PPIs that post-eradication cancer of the gastric stump was formed, which progressed with the further prescription of PPIs, since blockers of H₂-histamine receptors do not cause stomach cancer. **Conclusions.** In the presence of pancreatitis in patients with gastric resection, before starting treatment, it is necessary to conduct a comprehensive examination of the gastric stump to determine the presence of precancerous changes in the mucous membrane and early forms of gastric cancer. Treatment of pancreatitis should be carried out according to regimens that exclude the use of proton pump inhibitors.

Key words: adenocarcinoma, gastric stump, proton pump inhibitors, H₂-histamine receptor blockers.

Реферат. Авраменко А. А. СЛУЧАЙ ФОРМИРОВАНИЯ АДЕНОКАРЦИНОМЫ КУЛЬТИ ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ПРИМЕНЕНИЯ ИНГИБИТОРОВ ПРОТОННОЙ ПОМПЫ. Профилактика новых рецидивов онкопроцесса в культе желудка после резекции по поводу опухоли является основой, влияющей на продолжительность жизни прооперированного пациента. Однако обычно всё сводится лишь к визуальному эндоскопическому контролю состояния культы желудка без проведения гистологических исследований слизистой культы, а при появлении патологических симптомов лечение имеет шаблонный характер с обязательным применением ингибиторов протонной помпы (ИПП); та же тактика используется и при развитии воспаления поджелудочной железы. **Цель:** провести анализ случая рецидива опухоли культы желудка через 33 года после резекции желудка под воздействием приёма ИПП, которые назначались для лечения панкреатита. **Контингент и методы.** Комплексное обследование 80-ти летней пациентки было проведено на базе Центра прогрессивной медицины «Rea+Med» (г. Николаев). Методы обследования: клинико-анамнестический, инструментальный, гистологический, бактериологический. **Результаты.** При сборе анамнеза было выяснено, что 33 года тому пациентке была проведена резекция желудка по поводу рака дистального отдела желудка. В октябре 2015 году пациентка начала лечение по поводу обострения хронического панкреатита: ей провели первичный ЭГДС, где язвенного поражения выявлено не было, дважды назначались схемы с ИПП и один раз – блокатором H₂-гистаминовых рецепторов без проведения контрольной ЭГДС. При проведении комплексного обследования в мае 2016 года у пациентки было выявлена кислотность, соответствующая гипоацидности выраженной тотальной; при проведении ЭГДС было выявлено язвенное поражение слизистой анастомоза по большой кривизне; при проведении гистологического исследования слизистой краёв язвы был поставлен диагноз: Аденокарцинома G₁₋₂, распад; при проведении тестирования на НР-инфекцию был выявлен хронический неатрофический гастрит с наличием внутриклеточных «депо» НР-инфекции в слизистой по краям язвенного

дефекта. Именно под воздействием ИПП сформировался постэрадикационный рак культи желудка, который прогрессировал при дальнейшем назначении ИПП, так как блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов рак желудка не вызывают. **Выводы.** При наличии панкреатита у больных с резекцией желудка перед началом лечения необходимо проводить комплексное обследование культи желудка для определения наличия предраковых изменений слизистой и ранних форм рака желудка. Лечение панкреатита должно проводиться по схемам, исключающим применение ингибиторов протонной помпы.

Ключевые слова: аденокарцинома, культи желудка, ингибиторы протонной помпы, блокаторы H₂-гистаминовых рецепторов.

Реферат. Авраменко А. О. ВИПАДОК ФОРМУВАННЯ АДЕНОКАРЦИНОМА КУЛЬТИ ШЛУНКА НА ТЛІ ЗАСТОСУВАННЯ ІНГІБІТОРІВ ПРОТОННОЇ ПОМПИ.

Профілактика нових рецидивів онкопроцесу в культі шлунка після резекції з приводу пухлини є основою, що впливає на тривалість життя прооперованого пацієнта. Однак зазвичай все зводиться лише до візуального ендоскопічного контролю стану кукси шлунка без проведення гістологічних досліджень слизової кукси, а при появі патологічних симптомів лікування має шаблонний характер з обов'язковим застосуванням інгібіторів протонної помпи (ППП); та ж тактика використовується і при розвитку запалення підшлункової залози. **Мета дослідження:** провести аналіз випадку рецидиву пухлини кукси шлунка через 33 роки після резекції шлунка під впливом прийому ППП, які призначалися для лікування панкреатиту. **Контингент та методи.** Комплексне обстеження 80-ти річної пацієнтки було проведено на базі Центру прогресивної медицини «Rea + Med» (м.Миколаїв). Методи обстеження: клініко-анамнестичних, інструментальний, гістологічний, бактеріологічний. **Результати.** При зборі анамнезу було з'ясовано, що 33 роки тому пацієнтці була проведена резекція шлунка з приводу раку дистального відділу шлунка. У жовтні 2015 році пацієнтка почала лікування з приводу загострення хронічного панкреатиту: їй було проведено первинний ЕГДС, де виразкового ураження виявлено не було, двічі призначалися схеми з ППП і один раз - з блокатором H₂-гистаминових рецепторів без проведення контрольної ЕГДС. При проведенні комплексного обстеження в травні 2016 року у пацієнтки було виявлено кислотність, яка відповідала гіпоацидності вираженій тотальній; при проведенні ЕГДС було виявлено виразкове ураження слизової анастомозу по великій кривині; при проведенні гістологічного дослідження слизової країв виразки був поставлений діагноз: Аденокарцинома G1-2, розпад; при проведенні тестування на НР-інфекцію було виявлено хронічний неатрофічний гастрит з наявністю внутрішньоклітинних «депо» НР-інфекції в слизовій по краях виразкового дефекту. Саме під впливом ППП сформувався постерадикаційний рак кукси шлунка, який прогресував при подальшому призначенні ППП, так як блокатори H₂-гистаминових рецепторів рак шлунка не викликають. **Висновки.** При наявності панкреатиту у хворих з резекцією шлунка перед початком лікування необхідно проводити комплексне обстеження кукси шлунка для визначення наявності предракових змін слизової і ранніх форм раку шлунка. Лікування панкреатиту має проводитися за схемами без застосування інгібіторів протонної помпи.

Ключові слова: аденокарцинома, кукса шлунка, інгібітори протонної помпи, блокатори H₂-гистаминових рецепторів.

Вступлення. Профілактика нових рецидивів онкопроцеса в культі желудка после резекции по поводу опухоли является основой, влияющей на продолжительность жизни прооперированного пациента [1]. Однако обычно всё сводится лишь к визуальному ендоскопическому контролю состояния культи желудка без проведения гистологических исследований слизистой культи, а при появлении патологических симптомов лечение имеет шаблонный характер с обязательным применением ингибиторов протонной помпы (ИПП) [2]. Так же тактика проводится и при развитии воспаления поджелудочной железы – органа, с нарушением функции которого связывают развитие ряда заболеваний [3 – 9, 21]. С этой точки зрения интересен случай образования опухоли культи желудка – аденокарциномы под воздействием приёма ИПП и блокатора H₂ - гистаминовых рецепторов

у пациентки, которой лечили панкреатит.

Цель исследования. провести анализ случая рецидива опухоли культи желудка через 33 года после резекции желудка под воздействием приёма ИПП, которые назначались для лечения панкреатита.

Контингент и методы. Обследование 80-ти летней пациентки было проведено 10.05.16 г. на базе Центра прогрессивной медицины «Rea+Med» (г. Николаев). Методы обследования включали сбор анамнеза, а также комплексное обследование: пошаговую рН-метрию по методике Чернобрового В.Н., эзофагогастродуоденоскопию (ЭГДС) по общепринятой методике, тестирование на хеликобактерную инфекцию двойным тестом (уреазный тест и микроскопирование окрашенных мазков-отпечатков) и гистологические исследования слизистой желудка, биопсийный материал для которых брался из 4-х топографических зон желудка (средняя треть антрального отдела и тела желудка по большой и малой кривизне)(комплексное обследование № 6267 от 10.05.16 г.)[10].

Последовательность обследования: после сбора анамнеза больным проводилась рН-метрия, а после – ЭГДС с забором биопсийного материала для проведения тестирования на НР и гистологических исследований.

Результаты и их обсуждение. При обращении пациентка жаловалась на периодическую острую боль в эпигастрии с иррадиацией в левое и правое подреберье, чувства тяжести после приёма пищи, выраженного симптома «раннего насыщения» (через 2 – 3 глотка пищи), запоров (стул - 1 раз в 3-4 дня), резкого снижения аппетита, потери в весе на 20 кг за 4 месяца, нарушения сна, выраженной слабости и быстрой утомляемости.

При сборе анамнеза было выяснено, что пациентка в 1983 году в возрасте 48 лет перенесла операцию – резекцию 2/3 желудка по поводу С-г выходного отдела желудка. В октябре 2015 года у больной появились колющие боли в эпигастрии с иррадиацией в правое и левое подреберье на фоне длительно протекающего (7 месяцев) психоэмоционального стресса по семейным причинам. При проведении 27.10.15г. эзофагогастродуоденоскопии (ЭГДС) на базе кабинета эндоскопии городской больницы № 4 был выставлен диагноз: «Состояние после резекции желудка (1983 г.). Клинические признаки хронического панкреатита в стадии обострения». После проведения ЭГДС врачом-гастроэнтерологом было назначено лечение, которое кроме препарата, содержащего ферменты поджелудочной железы, включало ИПП в дозе 20 мг на ночь курсом 10 дней.

После месячного улучшения состояния у больной опять появились боли в эпигастрии с иррадиацией в левое подреберье. Участковым терапевтом 13.01.16 г. вновь было назначено лечение, которое включало ферменты поджелудочной железы и ИПП в дозе 20 мг на ночь и курсом 10 дней, однако при этом контрольная ЭГДС не проводилась. 17.02.16 г. больная вновь обратилась к терапевту с ухудшением состояния, которое проявлялось в потере веса на 10 кг, резкого ухудшения аппетита, усиления запоров, общую слабость. Пациенту было назначено лечение, которое включало ферменты поджелудочной железы и блокатор Н₂-гистаминовых рецепторов в дозе 40 мг утром и курсом 10 дней, однако при этом контрольная ЭГДС опять проведена не была.

При проведении комплексного обследования были получены следующие результаты:

рН - метрия (по методике Чернобрового В.Н.)

Ф.И.О.: М., 80 лет.

Рост: 159 см; введено: 10 см

| | |
|--------------|---------------|
| 1. 4.40 4.40 | 11. 4.90 4.31 |
| 2. 4.31 4.30 | 12. 3.91 4.30 |
| 3. 4.48 4.20 | 13. 3.94 4.20 |
| 4. 4.48 4.81 | 14. 4.50 4.40 |
| 5. 4.24 4.83 | 15. 4.20 4.83 |
| 6. 4.41 4.80 | 16. 4.21 4.83 |
| 7. 4.52 4.87 | 17. 4.26 4.81 |
| 8. 4.53 4.28 | 18. 4.25 4.80 |
| 9. 4.52 4.20 | 19. 4.40 4.90 |

| | | | | |
|---------|------|-----|------|------|
| 10.4.50 | 4.40 | 20. | 4.41 | 4.91 |
| 5. | - | - | - | - |
| 4. | - | - | - | - |
| 3. | - | - | - | - |
| 2. | - | - | - | - |
| 1. | 20 | 20 | | |
| 0. | - | - | | |
| Всего: | 20 | 20 | | |

Диагноз: Базальная гипоацидность выраженная тотальная. 10.05.16 г.

При проведении ЭГДС № 71 от 10.05.16 г. был выставлен диагноз: Состояние после резекции 2/3 желудка по Б – I по поводу С-г дистального отдела желудка. С-г культы желудка? Хронический гастрит культы желудка. Дуодено-гастральный рефлюкс. Косвенные признаки панкреатита.

При проведении гистологических исследований слизистой желудка были получены следующие данные:

Биопсия № 1202 от 10.05.16 г.

анастомоз (исследование № 10182): Аденокарцинома G₁₋₂, распад.

Данные, полученные при двойном тестировании на НР-инфекцию, представлены в таблице 1.

Таблица 1

Данные тестирования на НР-инфекцию по топографическим зонам желудка

| Область анастомоза | | | | Тело желудка (верхняя треть) | | | |
|---|----------------|---|----------------|------------------------------|----------------|----------------|----------------|
| Большая кривизна | | Малая кривизна | | Большая кривизна | | Малая кривизна | |
| Мик-роск. Тест | Уреаз-ный тест | Мик-роск. тест | Уреаз-ный тест | Мик-роск. тест | Уреаз-ный тест | Мик-роск. Тест | Уреаз-ный тест |
| (+++) | 2 ч | (+++) | 2 ч | (-) | 24 ч (-) | (-) | 24 ч (-) |
| активные формы, митоз, внутриклеточные «депо» | | активные формы, митоз, внутриклеточные «депо» | | | | | |

Данный случай объясним с точки зрения бездумного выполнения приказов МОЗ Украины № 600 от 19.02.2012г. и № 638 от 10.09.2014 г. об обязательном назначении при лечении диспепсии и хронического панкреатита вместе с препаратами – ферментами поджелудочной железы препараты, уменьшающие желудочную секрецию - ингибиторы протонной помпы и блокаторы H₂ - гистаминовых рецепторов [11, 12], а также исходя из взглядов на проблему влияния длительно протекающего психоэмоционального стресса на иммунную систему организма человека.

Хронический психоэмоциональный стресс негативно влияет на иммунную систему человеческого организма, вызывая иммуносупрессию [13]. Ослабленный иммунитет постепенно теряет контроль над той частью мутагенных клеток, которые неизбежно образуются при митозе. Но самую большую нагрузку оказывает действие ИПП, так как, блокируя выработку соляной кислоты париетальными клетками, они вызывают гипергастринемию, что приводит к ускорению пролиферации клеток слизистой желудка и, следовательно, резко увеличивает абсолютное количество «бракованных» клеток при митозе нормальных клеток, а также стимулирует размножение уже изменённых клеток при атрофии, толстокишечной метаплазии и дисплазии. Нарастающая нагрузка, с нашей точки зрения, приводит к полной потере контроля со стороны иммунитета и формированию раковой

опухоли. Кроме того, при снижении иммунитета и уровня кислотности создаются условия для развития НР-инфекции, которая оказывает негативное воздействие на слизистую желудка [13 - 17]. Нашу точку зрения подтверждают и исследования учёных из Гонконга (2018 г.), которые после длительного изучения вопроса о роли ИПП в развитии постэрадикационного рака желудка (7,5 лет наблюдения за 63 397 пациентами) пришли к выводу, что схемы с применением ИПП (ИПП + 2 антибиотика) повышают риск заболеваемости раком желудка в 2 раза, в то время как схемы, включающие блокаторы H₂ –гистаминовых рецепторов + 2 антибиотика, не повышают этот риск [18]. Такого же мнения придерживаются исследователи и в других странах [19].

Поэтому собрав анамнез у больной перед обследованием, эндоскопист просто был обязан взять биоптаты слизистой в области анастомоза желудка, так как у больной уже могли сформироваться предраковые изменения слизистой в виде тяжёлой формы дисплазии и толстокишечной метаплазии, которые при применении ИПП могли, с нашей точки зрения, быстро трансформироваться в аденокарциному. При втором и третьем обращении больной с ухудшением состояния после проводимого лечения лечащие врачи были просто обязаны отправить пациентку на контрольное обследование культи желудка, так как по инструкции применение ИПП и блокаторов H₂-гистаминовых рецепторов запрещено при наличии опухолевого процесса в желудке [2, 20].

Выводы:

1. При наличии панкреатита у больных с резекцией желудка перед проведением терапии необходимо проводить комплексное обследование культи желудка для определения наличия предраковых изменений слизистой и ранних форм рака желудка.

2. Лечение панкреатита должно проводиться по схемам, исключая применение ингибиторов протонной помпы.

Литература/References:

1. Моргошия Т. Ш. Операция по Биллрот-I в хирургии рака желудка: эволюция взглядов // Педиатр. - 2017. - Том 8, № 3. - С. 151-157. [*Morgoshiya T. Sh. Billroth-I surgery in gastric cancer surgery: evolution of views// Pediatrician. – 2017. - Volume 8, No. 3. - P.151-157*]

2. Щербинина М. Б. Длительная кислотосупрессия желудка ингибиторами протонной помпы: возможные риски, выбор оптимального препарата // Сучасна гастроентерологія. - 2017. - № 1 (93). - С. 59-68. [*Sherbinina M.B. Long-term gastric acid suppression with proton pump inhibitors: possible risks, choice of the optimal drug// Modern gastroenterology. – 2017. - No.1 (93). – P. 59-68.*]

3. Pylypchuk V.I. The use of whipple operation in patients with complicated forms of chronic pancreatitis // Світ медицини та біології. - 2018. - № 1(63). - С. 64-69. [*The world of medicine and biology. - 2018. - No. 1(63). - P. 64-69*]

4. Перцева Н. О., Чуб Д. І., Гуржій О. В. Показники добового моніторингу артеріального тиску та стан ліпідного профілю у хворих з цукровим діабетом 1 та 2 типу в залежності від швидкості клубочкової фільтрації // Світ медицини та біології. - 2018. - № 3(65). - С.103-110. [*Perceva N.O., Chub D.I., Gurzhij O.V. Indicators of daily monitoring of blood pressure and the state of the lipid profile in patients with type 1 and 2 diabetes mellitus depending on the glomerular filtration rate // The world of medicine and biology. – 2018. - No.3(65). - P.103-110.*]

5. Zaiats L. M., Cherkasova V. V. Ultrastructural changes in pulmonary hemomicrocirculation at acute experimental pancreatitis // Світ медицини та біології. -2018. - № 2(64). - С. 142-145. [*The world of medicine and biology. - 2018. - No. 2(64). - P. 142-145*]

6. Дослідження коригуючого впливу рослинного екстракту з цукрознижуючими властивостями на гістоструктуру підшлункової залози щурів зі змодельованим діабетом 2-го типу / С.М. Марчишин, Н.А. Гудзь, Г.А. Крицька [та інш.] // Світ медицини та біології. - 2018. - № 2(64). - С.160-165. [*Study of the corrective effect of plant extract with hypoglycemic properties on the histostructure of the pancreas of rats with simulated type 2 diabetes / S.M. Marchishin, N.A. Gudz, G.A. Kricka [et al.] // The world of medicine and biology. – 2018. - No. 2(64). - P.160-165.*]

7. Андрущенко В. П., Андрущенко Д. В., Магльований В. А. Характеристики сучасної панкреатичної інфекції та їх значення в обґрунтуванні антибіотикотерапії при гострому панкреатиті // *Світ медицини та біології*. - 2019. - № 2(68). - С.11-15. [Andryushenko V. P., Andryushenko D. V., Maglovaniy V.A. Characteristics of modern pancreatic infection and their importance in the justification of antibiotic therapy in acute pancreatitis // *The world of medicine and biology*. - 2019. - No. 2(68). - P.11-15.]
8. Kasian V. V., Cherkun O. Yu., Tkachenko O. A., Sheiko V. D. Efficiency of drainage of ascit-peritonitis in different difficulty of acute pancreatitis // *Світ медицини та біології*. - 2020. - № 1(71). - С.69-72. [The world of medicine and biology. - 2020. - No. 1(71). - P.69-72.]
9. The role of inflammatory response and antioxidant protection markers in the pathogenesis of abdominalgia in patients with chronic pancreatitis comorbid with hypertensive diseases /E.Y. Arkhiy, L.B. Prylypko, O.M. Horlenko [et al.] // *Світ медицини та біології*. - 2020. - № 2(72). - С.7-11. [The world of medicine and biology. - 2020. - No. 2(72). - P. 7-11.]
10. Авраменко А. А. Достоверность стул-теста при тестировании больных хроническим хеликобактериозом при наличии активных и неактивных форм хеликобактерной инфекции на слизистой оболочке желудка // *Сучасна гастроентерологія*. - 2014. - № 3 (77). - С.22 – 26. [Avramenko A.A. The reliability of the stool test when testing patients with chronic *Helicobacter pylori* in the presence of active and inactive forms of *H. pylori* infection on the gastric mucosa // *Suchasna gastroenterology*. - 2014. - No. 3 (77). - P.22 - 26.]
11. Наказ МОЗ України № 600 від 19.02.2012р. «Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги «Диспепсія». [Order of the Ministry of Health of Ukraine № 600 dated 19.02.2012. "Unified clinical protocol of primary care "Dyspepsia".]
12. Наказ МОЗ України № 638 від 10.09.2014 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації «Хронічний панкреатит». [Order of the Ministry of Health of Ukraine № 638 dated 10.09.2014 Unified clinical protocol of primary, secondary (specialized) medical care and medical rehabilitation "Chronic pancreatitis".]
13. Авраменко А. А., Гоженко А. И., Гойдык В. С. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). Одесса, ООО «РА «АРТ-В», 2008. – 304с. [Avramenko A. A., Gozhenko A. I., Gojdyk V. S. Peptic ulcer disease (essays on clinical pathophysiology). Odessa, LLC "RA" ART-V ", 2008. – 304s.]
14. Харченко О.В., Шерстюк О.О. Наслідки інфекції *Helicobacter pylori* // *Світ медицини та біології*. - 2018. - № 3(65). - С.196-199. [Harchenko O.V., Sherstyuk O.O. Consequences of *Helicobacter pylori* infection // *The world of medicine and biology*. - 2018. - No. 3(65). – P. 196-199.]
15. Pylypenko S.V., Koval A.A., Makarchuk V.V. Impact of multiprobitotics on the content of tba-reactive substances in the blood serum and mucous membranes of the stomach and colon in rats with long-term gastric hypochlorhydria // *Світ медицини та біології*. - 2018. - № 3(65). - С. 218-222. [The world of medicine and biology. - 2018. - No. 3(65). – P.218-222.]
16. Молекулярні механізми впливу інфекційних чинників на процеси репарації та неспецифічний захист слизової оболонки шлунку у підлітків з хронічними гастродуоденітами / Г.В. Бекетова, С.Г. Гичка, М.І. Нехаєнко [и др.] // *Світ медицини та біології*. - 2019. - № 1(67). - С.11-16. [Molecular mechanisms of influence of infectious factors on repair processes and nonspecific protection of gastric mucosa in adolescents with chronic gastroduodenitis / G.V. Beketova, S.G. Gichka, M.I. Nehayenko [et al.] // *The world of medicine and biology*. - 2019. - No. 1(67). – P.11-16.]
17. The role of chronic gastritis among precancerous diseases of the stomach / A.V. Kharchenko, V.S. Chernov, N.V. Kharchenko [et al.] // *Світ медицини та біології*. - 2020. - № 3(73). - С. 238-242. [The world of medicine and biology. - 2020. - No. 3(73). – P. 238-242.]
18. Long-term proton pump inhibitors and risk of gastric cancer development after treatment for *Helicobacter pylori*: a population-based study // Cheung KS, Chan EW, Wong AYS. [et al.] // *Gut*. - 2018. - No. 67. – P. 28-35.
19. Waldum HL, Fossmark R. Proton pump inhibitors and gastric cancer: a long expected side effect finally reported also in man // *Gut*. - 2017. - No. 67. - P. 199-200.
20. Квамател: инструкция по применению и отзывы [*Kvamatel: instructions for use and*

reviews] // <https://health.mail.ru/drug/quamatel>.

21. Shukhtina I.M., Avramenko A.A., Gozhenko A.I., Shukhtin V.V., Kotiuzhynska S.G., Badiuk N.S. Features of the distribution of the concentration on the mucous stomach of active and inactive forms of helicobacterial infection in patients with chronic non-atrophic gastritis, suffering and not suffering from chronic constipation / PharmacologyOnLine; Archives - 2021 - vol.1 – 136-144.

Робота надійшла до редакції 02.07.2021 року.
Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування.

УДК 616.61-006.6-033.2-06: 616.45-089.87

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.5593342>

Д. В. Шукин¹, У. Баларабе¹, Г. Г. Хареба¹, Р. В. Стецишин², А. В. Лесовая¹

РЕЗЕКЦИЯ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ЛЕЧЕНИИ АДРЕНАЛЬНЫХ МЕТАСТАЗОВ И АДЕНОМ У ПАЦИЕНТОВ С ПОЧЕЧНО - КЛЕТЧНЫМ РАКОМ

¹Харьковский национальный медицинский университет,

²Харьковская медицинская академия последипломного образования

Шукин Д. В. orcid.org/0000-0002-2335-6101

Баларабе У. orcid.org/0000-0002-2554-8182

Хареба Г. Г. orcid.org/0000-0002-7113-8918

Стецишин Р. В. orcid.org/0000-0002-4830-3567

Лесовая А. В. orcid.org/0000-0003-1102-1838

Summary. Shchukin D.V., Balarabe U., Khareba G.G., Stetsishin R.V., Lisova G.B. **RESECTION OF ADRENAL GLANDS IN THE TREATMENT OF ADRENAL METASTASES AND ADENOMAS IN PATIENTS WITH RENAL CELL CARCINOMA.** - *Kharkiv National Medical University; e-mail: tatyana.torak@gmail.com.* **Introduction.** We investigated the surgical features of adrenal resection, as well as oncological and functional outcomes in renal cell carcinoma patients who had synchronous or metachronous adrenal masses. **Material and methods.** The study included 16 patients with renal cell carcinoma who underwent adrenal resection due to suspected metastatic lesions. Synchronous and psilateral adrenal tumors occurred in 10 (62.5%) patients, synchronous bilateral tumors - in 2 (12.5%) patients, while metachronous contralateral tumors - in 4 (25%) patients. In 8 (50%) cases, the final histological examination revealed RCC metastases, in 8 (50%) cases, adrenal adenomas. The postoperative follow-up period varied from 12 to 40 months and averaged 25.3 ± 11.0 months. **Results.** The average duration of surgical interventions and the volume of intraoperative blood loss were 166.3 ± 22.8 minutes and 1131.3 ± 656.9 ml, respectively. Distinct peripheral tumor localization in the adrenal gland was observed in 7 (43.8%) patients. Damage to the main adrenal vein was recorded in 3 (18.8%) cases. Adrenal insufficiency in the long-term postoperative period was observed in 3 (18.8%) three patients. The overall 2-year survival rate did not exceed 37.5%. Overall survival was significantly worse in the adrenal metastases group compared with the adrenal adenomas group (25% at 28 months versus 50% at 23.5 months). **Conclusion** The use of adrenal sparing surgeries in patients with renal cell carcinoma is justified in patients with urgent indications for this surgical approach. The expansion of elective indications requires further study and careful selection of patients.