

УДК 616.8-009:616.89-052

## ОСОБЛИВОСТІ КОПІНГУ У ПАЦІЄНТІВ КОСМЕТОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ З ДИСГАРМОНІЧНИМ САМОВІДНОШЕННЯМ ТА ЗАВИЩЕНОЮ САМООЦІНКОЮ

© М. А. Юдін

*Копінг-профіль жінок з дисгармонічним самовідношенням та завищеною самооцінкою визначався напо- ристістю, активною поведінкою у вирішенні проблем, яка могла втрачати характер цілеспрямованості, відстоюванням інтересів, труднощами у переформулюванні особистісних установок, беззаперечністю власної позиції, потребою у залученні соціальних ресурсів для отримання уваги, інформації, дієвої допомо- ги, зниженням суб'єктивної значимості, знеціненні проблем, раціоналізації, самоконтролем, стратегіч- ним плануванням*

**Ключові слова:** *копінг, дисгармонічний тип самовідношення, самооцінка, косметологічні пацієнти, психо- логічна допомога, психодерматологія*

*Aim of research* was to reveal the features of stress-overcoming behavior of cosmetic patients with disharmonic self-attitude and heightened self-esteem.

**Contingent and methods.** *The research was carried out on the base of medical center “CA-CLINIC” (city Kyiv) during 2014–2016. The testing included 188 women, who asked for cosmetic help. The interrogated were divided in groups on the base of criterion of self-attitude: the main group included persons with disharmonic type with tendency to heightened self-esteem (MG, n=82), the control group included women with harmonic type (CG, n=96). Psychodiagnostic instrument was the questionnaire of the “Ways of overcoming behavior” by R. Lazarus and S. Folkman.*

**Results.** *For the women with disharmonic type of self-attitude and heightened self-esteem was typical the following features. The main factors of stress-overcoming behavior were confrontation and search for social support, less expressed were distancing, self-control, responsibility, planning and least expressed was the positive reassess- ment. The higher levels of confrontation and distancing and the lower one of positive reassessment comparing with women with harmonic type of self-attitude were revealed. The coping-profile was manifested by impetuosity, active behavior at solving problems that could lose the character of purposefulness, rigid vindication of interests, difficulties in re-formulation of personal settings, indisputability of own position, need of involvement of social resources for attraction of attention, information, active help, emotional inclusion and devaluation of problem, rationalization, ability to control oneself, to plan. The feature of coping was the growth of tension of non-adaptive and conventionally adaptive and decrease of adaptive forms of coping, presence of strategies of stress-overcoming behavior; opposite by content that totally conditioned the decrease of effectiveness in overcoming of stress.*

**Conclusions.** *The features of stress-overcoming behavior in women with disharmonic self-attitude and height- ened self-esteem indicated the necessity of psychic correction within the complex program of medical-psycho- logical help*

**Keywords:** *coping, disharmonic type of self-attitude, self-esteem, cosmetic patients, psychological help, psycho- dermatology*

### 1. Вступ

Медична косметологія – це напрям на перетині медицини та косметології, пов'язаний з впливом на поверхню шкіри з метою її омолодження, сповіль- нення процесу старіння та корекції дефектів.

Догляд за своєю зовнішністю на сьогодні є важливою складовою сучасної успішної людини. Краса, молодість, здоров'я – це ті чинники, що збіль- шують соціальну привабливість людини, а отже, і підвищують її соціальний статус. Людям з гарною зовнішністю приписують більш позитивні особистіс- ні якості в порівнянні з людьми зі звичайним зовніш- нім виглядом. Незалежно від статі красивих людей вважають більш товариськими, привітними, розум- ними, талановитими, успішними, доброзичливими, і цей список можна продовжувати [1]. Наявність спотворюючих зовнішність дефектів, особливостей зовнішнього вигляду, навпаки, може викликати у оточуючих віддалення, страх, відразу.

Переважає більшість лікарів-дерматологів та спеціалістів з психічного здоров'я відзначає вагому роль психічних факторів у розвитку та перебігу шкірної патології [2, 3]. Негативними наслідками соматичних відхилень є поява психопатологічної симптоматики, розвиток психологічної та психосоці- альної дезадаптації, клінічно окреслених психічних розладів [4, 5]. Дерматологічні та косметологічні проблеми на психологічному рівні проявляються у підвищеній тривожності, депресивних станах, погір- шенні загального самопочуття, зниженні активності, зміні самооцінки, самосприйняття, порушенні між- собистісних стосунків [1, 6, 7].

### 2. Обґрунтування дослідження

Сучасні методи косметологічної медицини дозволяють суттєво впливати та моделювати зов- нішній образ, що робить їх привабливою альтерна- тивною пластичній хірургії [3]. Однак навіть наяв-

ність таких інструментів як засоби косметології не завжди вирішують проблеми із зовнішністю. Існують категорії косметологічних пацієнтів, у яких в основі незадоволення зовнішнім виглядом лежать психологічні чинники [8, 9]. Яким чином фізичні негаразди вплинуть на психологічне функціонування, багато в чому залежить від особистісних та поведінкових патернів. Одним зі специфічних психічних станів у пацієнтів косметологів, який пов'язаний з хронічною незадоволеністю власною зовнішністю та результатами процедур і маніпуляцій попри повторні звернення до спеціалістів у сфері косметології та пластичної хірургії є дисморфофобія [10, 11].

Надання психологічної допомоги хворим соматичного профілю на сьогодні зосереджується не лише на виявленні та корекції психологічних проблем, пов'язаних з основним захворюванням, але і визначенні глибинних механізмів формування психологічної дезадаптації, зміцненні внутрішнього психологічного ресурсу, зокрема формування адаптивних форм поведінки як у зв'язку з перебігом і лікуванням фізичного нездоров'я так і в цілому протидії психічному стресу.

### 3. Мета дослідження

Виявити особливості стрес-долаючої поведінки у пацієнтів косметологічного профілю з дисгармонічним самовідношенням та завищеною самооцінкою.

### 4. Контингент та методи дослідження

Дослідження проводилося на базі медичного центру «СА-КЛІНІК» (м. Київ) протягом 2014–2016 років. У тестуванні прийняло участь 188 жінок, які звернулися за косметологічною допомогою. Опитуваних було поділено на групи на основі критерію самовідношення: основну групу склали особи з дисгармонійним типом з тенденцією до завищеної самооцінки (ОГ, n=82), групу порівняння склали жінки з гармонійним типом (ГП, n=96). Розподіл пацієнтів косметологічного профілю на групи за критерієм самовідношення ґрунтувався на засадах теорій структури особистості та формування образу тіла. Відношення до самого себе, самосприйняття та самооцінка – це важливі складові у структурі особистості, які визначають соціальну поведінку індивіда та мають значення для формування системи міжперсональних зв'язків. Сприйняття свого зовнішнього вигляду як залежить від самооцінки, як компоненту самовідношення, так і обумовлюється суб'єктивним сприйняттям свого образу тіла.

Психодіагностичний інструментарій – опитувальник «Способів долаючої поведінки» Р. Лазаруса та С. Фолкмана. Статистична обробка проводилася у MS Excel v.8.0.3., застосовано параметричний t-критерій Стьюдента для виявлення різниці досліджуваних показників у групах. Результати дослідження представлені у вигляді середнє значення  $\pm$  середнє-квадратичне відхилення.

### 5. Результати дослідження

В табл. 1 приведені показники напруженості різних форм копінгу у опитуваних з ОГ та ГП. Досліджувалися такі стратегії стрес-долаючої поведінки як конфронтація, дистанціювання, самоконтроль, пошук соціальної підтримки, прийняття відповідальності, уникнення, планування рішення та позитивна переоцінка.

Таблиця 1  
Напруженість форм копінгу у ОГ та ГП, балів

№	Форма копінгу	ОГ, n=82	ГП, n=96
1	Конфронтація	47,6 $\pm$ 9,1*	44,3 $\pm$ 8,5
2	Дистанціювання	46,9 $\pm$ 8,4*	44,0 $\pm$ 8,5
3	Самоконтроль	46,1 $\pm$ 8,2	45,8 $\pm$ 8,9
4	Соціальна підтримка	47,5 $\pm$ 7,4	48,2 $\pm$ 7,5
5	Відповідальність	45,4 $\pm$ 8,3	46,0 $\pm$ 7,6
6	Уникнення	44,5 $\pm$ 6,1	43,9 $\pm$ 4,8
7	Планування	45,6 $\pm$ 5,8	46,8 $\pm$ 6,8
8	Позитивна переоцінка	43,0 $\pm$ 8,2*	45,4 $\pm$ 7,7

Примітка: \* – достовірність різниці між ОГ та ГП на рівні  $p < 0,05$  за t-критерієм Стьюдента

Розподіл форм копінгу в залежності від напруженості наведено в табл. 2. Для кожної з форм стрес-долаючої поведінки було визначено, яка кількість опитуваних, виявила низький, середній чи високий рівень напруженості копінгу.

Таблиця 2  
Розподіл форм копінгу в залежності від напруженості у ОГ та ГП, %

№	Форма копінгу	ОГ, n=82			ГП, n=96		
		Н	С	В	Н	С	В
1	Конфронтація	37,8	47,6	14,6	60,4	30,2	9,4
2	Дистанціювання	31,7	56,1	12,2	47,9	40,6	11,5
3	Самоконтроль	15,9	75,6	8,5	22,9	67,7	9,4
4	Соціальна підтримка	14,6	72,0	13,4	4,2	76,0	19,8
5	Відповідальність	15,9	81,7	2,4	7,3	90,6	2,1
6	Уникнення	11,0	81,7	7,3	11,5	85,4	3,1
7	Планування	20,7	73,2	6,1	20,8	71,9	7,3
8	Позитивна переоцінка	39,0	50,0	11,0	33,3	56,3	10,4

Примітка: Н – низький, С – середній та В – високий рівень напруженості

На рис. 1 графічно представлені профілі стрес-долаючої поведінки у опитуваних обох груп. Форми копінгу було розташовано з урахуванням ступню їх адаптивності (зліва направо): від неадаптивних – дистанціювання, уникнення, до умовно-адаптивних – конфронтації, пошуку соціальної підтримки, та адаптивних – прийняття відповідальності, самоконтролю, планування рішення та позитивної переоцінки.

Дистанціювання та уникнення було віднесено до неадаптивних у зв'язку з тимчасовим вирішенням труднощів, зменшенням негативного впливу ситуа-

ції. Умовно-адаптивні форми копіngu – конфронтація та пошук соціальної підтримки – можуть виступати як адаптивні, так і неадаптивні в залежності від частоти та вираженості їх застосування. Прийняття відповідальності, самоконтроль, планування рішення та позитивна переоцінка є високо проблемно-орієнтованими дієвими стратегіями подолання стресу, тому їх використання дозволяє найбільш ефективно впливати на проблемну ситуацію.

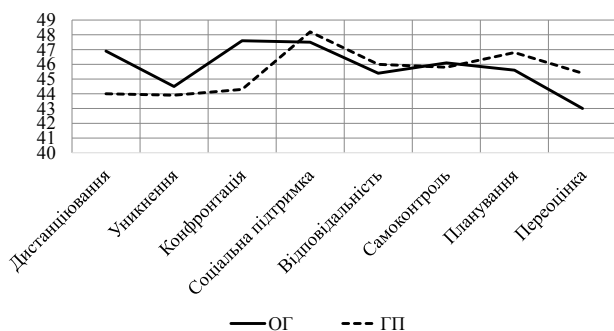


Рис. 1. Профілі стрес-долаючої поведінки у ОГ та ГП

### 6. Обговорення результатів дослідження

Провідними формами стрес-долаючої поведінки у жінок із завищеною самооцінкою були змістовно конкуруючі конфронтація та пошук соціальної підтримки, менш вираженими дистанціювання, самоконтроль, відповідальність, планування та найменш представленою була позитивна переоцінка. У жінок з ГП застосування копіng-стратегій було більш збалансованим, домінували пошук соціальної підтримки, планування вирішення проблеми, прийняття відповідальності, самоконтроль, позитивна переоцінка, за ними слідували конфронтація, дистанціювання та уникнення.

У жінок з дисгармонійним типом самовідношення та завищеною самооцінкою були вищими рівні конфронтації (47,6±9,1 балів у ОГ проти 44,3±8,5 балів у ГП) та дистанціювання (46,9±8,4 балів проти 44,0±8,5 балів), у опитуваних з гармонійним типом – позитивної переоцінки (43,0±8,2 балів проти 45,4±7,7 балів),  $p < 0,05$ .

Конфронтація з низькими показниками зафіксована у 37,8 % у ОГ проти 60,4 % у ГП, середніми – 47,6 % проти 30,2 %, високими – 14,6 % проти 9,4 %. У жінок з ОГ була меншою частка опитуваних з низькою вираженістю дистанціювання – 31,7 % проти 47,9 % у ГП, середня напруженість становила 54,6 % та 40,6 %, висока – 14,8 % та 11,5 % осіб. Низька напруженість самоконтролю реєструвалася у 15,9 % осіб з ОГ та 22,9 % з ГП, середня – 75,6 % та 67,7 %, висока – 8,5 % проти 9,4 %. Щодо пошуку соціальної підтримки у жінок з ОГ низькі показники спостерігалися у 14,6 % проти 4,2 % у ГП, середні – 72,0 % та 76,0 %, низькі – 13,4 % проти 19,8 %. У опитуваних з ОГ виявлена вища доля осіб з низьким напруженням відповідальності – 15,9 % проти 7,3 %, середня вираженість становила 81,7 % проти 90,6 %, висока – 2,4 % та 2,1 %. Жінки з ОГ мали такі показники щодо уникнення: низький рівень 11,0 % та 11,5 % у ГП, серед-

ній – 81,7 % та 85,4 %, високий – 7,3 % проти 3,1 %. Низька напруженість планування виявлена у 20,7 %, середня – 73,2 % та висока – 6,1 % жінок з ОГ та відповідно 20,8 %, 71,9 % та 7,3 % осіб з ГП. У жінок з ОГ виявлено 39,0 % з низьким рівнем позитивної переоцінки та 33,3 % у ГП, 50,0 % та 56,3 з середнім, 11,0 % та 10,4 % з високим.

З графіку на рис. 1 видно, що у жінок з ОГ в порівнянні з опитуваними ГП, спостерігалася зростання напруженості неадаптивних та умовно-адаптивних і зниження адаптивних форм копіngu, визначалися позитивний пік щодо дистанціювання, конфронтації, соціальної підтримки, та негативний – позитивного переосмислення. Дані результати вказували на присутність протилежних за змістом тенденцій – прагнення сторонньої підтримки та протидія оточенню шляхом виразного протиставлення власних інтересів, подолання негативних переживань шляхом їх знецінення, труднощі у переформульованні особистісних установок, беззаперечність власної позиції, що разом виражалося у зниженні ефективності протидії стресу. У жінок з ГП копіng-профіль був більш збалансований, переважали адаптивні форми копіngu, що вказувало на високу гнучкість та ефективність стрес-долаючої поведінки.

Копінг-профіль жінок з дисгармонічним типом самовідношення та завищеною самооцінкою визначався напористістю, активною поведінкою у вирішенні проблем, яка іноді могла втрачати характер цілеспрямованості, жорстким відстоюванням власної позиції та інтересів, труднощами у переформульованні особистісних установок, беззаперечністю власної позиції, потребою у залученні соціальних ресурсів для отримання уваги, інформації, дієвої допомоги, зниженням суб'єктивної значимості та знеціненні проблеми, емоційної включеності, раціоналізації, вмінням контролювати себе, стратегічно планувати.

У копіng-профілі жінок з нормативними показниками самооцінки, поряд із зарученням зовнішньою підтримкою, була вираженою поведінка, орієнтована на цілеспрямовану активність у вирішенні проблем, а саме, аналіз проблем та реалій ситуації, планування можливих варіантів поведінки, напрацювання стратегії дій, врахування минулого досвіду та наявних ресурсів, виявлена схильність до позитивного переосмислення, переформулювання негативних аспектів ситуації як потенційних зон особистісного росту, прийняття відповідальності, високий рівень самоконтролю, вміння стримувати емоції та мінімізувати їх вплив на сприйняття ситуації, регулювати свою поведінку, відстоювати власні інтереси, гнучко змінювати тактику дій.

Пошук соціальної підтримки був однією з провідних форм копіngu серед осіб в обох групах, проте опитувані з ГП орієнтувалися на взаємодію, отримання емоційної підтримки, співчуття, тоді як жінки з ОГ зосереджувалися на інструментальній складовій – отриманні корисної для себе інформації, визнанні, підтвердження правильності власних рішень.

Особливості копіngu жінок з дисгармонічним самовідношенням та завищеною самооцінкою потребують психокорекції у рамках комплексної програми медико-психологічної допомоги.

### 7. Висновки

Для жінок з дисгармонійним типом самовідношення та завищеною самооцінкою були притаманними наступні особливості:

1) провідними формами стрес-долаючої поведінки були конфронтація та пошук соціальної підтримки, менш вираженими дистанціювання, самоконтроль, відповідальність, планування та найменш представленою стала позитивна переоцінка;

2) виявлено вищі рівні конфронтації та дистанціювання, та нижчий – позитивної переоцінки у порівнянні з жінками з гармонійним типом самовідношення;

3) копінг-профіль визначався напористістю, активною поведінкою у вирішення проблем, яка могла втрачати характер цілеспрямованості, жорстким відстоюванням інтересів, труднощами у переформулюванні особистісних установок, беззаперечністю власної позиції, потребою у залученні соціальних ресурсів для отримання уваги, інформації, дієвої допомоги, зниженням суб'єктивної значимості, емоційної включеності та знеціненні проблеми, раціоналізації, вмінням контролювати себе, стратегічно планувати;

4) зростання напруженості неадаптивних та умовно-адаптивних і зниження адаптивних форм копіngu, присутність змістовно протилежних стратегій стрес-долаючої поведінки, що в цілому обумовлювало зниження ефективності у подоланні стресу.

Особливості стрес-долаючої поведінки у жінок з дисгармонічним самовідношенням та завищеною самооцінкою вказували на необхідність у психокорекції в рамках комплексної програми медико-психологічної допомоги.

### Література

1. Сац, Е. А. Особенности самосознания у женщин-клиентов косметологических услуг [Текст] / Е. А. Сац, И. М. Слободчиков // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 1-1. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samosoznaniya-u-zhenschin-klientov-kosmetologicheskikh-uslug>
2. Bewley, A. Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party [Text] / A. Bewley, A. Affleck, C. Bundy, E. Higgins, S. McBride // British Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 168, Issue 6. – P. 1149–1150. doi: 10.1111/bjd.12330
3. Бекетова, Н. Косметологические процедуры в дерматологической практике: взгляд практикующего специалиста в области психодерматологии [Текст] / Н. Бекетова // Косметика и медицина. – 2014. – № 4. – С. 74–81.
4. Ghosh, S. Psychiatric evaluation in dermatology: An overview [Text] / P. Sharma, K. Sreejayan, S. Ghosh, R. Behere // Indian Journal of Dermatology. – 2013. – Vol. 58, Issue 1. – P. 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286
5. Filakovic, P. Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects [Text] / P. Filakovic,

A. Petek, O. Koic et. al. // Psychiatr. Danub. – 2009. – Vol. 21, Issue 3. – P. 401–410.

6. Александров, А. А. Психологические характеристики женщин с косметическими дефектами кожи лица [Текст] / А. А. Александров, Е. С. Багненко // Вестник психотерапии. – 2012. – № 41 (46). – С. 52–66.

7. Боднар, Л. А. Клініко-психопатологічні та пато-психологічні характеристики пацієнтів, які зверталися до пластичних хірургів для проведення ринопластики [Текст] / Л. А. Боднар // Психічне здоров'я. – 2011. – Вип. 1-2 (30-31). – С. 4–7.

8. Conrado, L. A. Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features [Text] / L. A. Conrado, A. G. Hounie, J. B. Diniz, V. Fossaluzza, A. R. Torres, E. C. Miguel et. al. // Journal of American Academic Dermatology. – 2010. – Vol. 63, Issue 2. – P. 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017

9. Thompson, A. R. Образ тела в дерматологии [Текст] / А. R. Thompson // Психические расстройства в общей медицине. – 2013. – № 2. – С. 36–39.

10. Петрова, Н. Н. Дисморфофобия в клинике эстетической хирургии [Текст] / Н. Н. Петрова, О. М. Грибова // Психические расстройства в общей медицине. – 2014. – № 1. – С. 26–30.

11. Мороз, С. М. Дисморфофобия и дисморфомания: зеркало обманывает [Текст] / С. М. Мороз, И. Яворская // Косметолог. – 2015. – № 6 (74). – С. 108–110.

### References

1. Sats, E. A., Slobodchikov, I. M. (2015). Features of consciousness of women as clients of cosmetic services. Modern problems of science and education, 1-1. Available at: <http://cyberleninka.ru/article/n/osobennosti-samosoznaniya-u-zhenschin-klientov-kosmetologicheskikh-uslug>
2. Bewley, A., Affleck, A., Bundy, C., Higgins, E., McBride, S. (2013). Psychodermatology services guidance: the report of the British Association of Dermatologists' Psychodermatology Working Party. British Journal of Dermatology, 168 (6), 1149–1150. doi: 10.1111/bjd.12330
3. Beketova, N. (2014). Cosmetic procedures in dermatological practice: point of view of practitioner in psychodermatology. Cosmetics and medicine, 4, 74–81.
4. Sharma, P., Sreejayan, K., Ghosh, S., Behere, R. (2013). Psychiatric evaluation in dermatology: An overview. Indian Journal of Dermatology, 58 (1), 39. doi: 10.4103/0019-5154.105286
5. Filakovic, P., Petek, A., Koic, O. et. al. (2009). Comorbidity of depressive and dermatologic disorders – therapeutic aspects. Psychiatr. Danub., 21 (3), 401–410.
6. Aleksandrov, A. A., Bagnenko, E. S. (2012). Psychological characteristics of women with cosmetic defects of the facial skin. Herald of psychotherapy, 41 (46), 52–66.
7. Bodnar, L. A. (2011). Clinical-psychopathological and pathopsychological characteristics of patients who turned to plastic surgeons for rhinoplasty. Mental Health, 1-2 (30-31), 4–7.
8. Conrado, L. A., Hounie, A. G., Diniz, J. B., Fossaluzza, V., Torres, A. R., Miguel, E. C. et. al. (2010). Body dysmorphic disorder among dermatologic patients: Prevalence and clinical features. Journal of the American Academy of Dermatology, 63 (2), 235–243. doi: 10.1016/j.jaad.2009.09.017
9. Thompson, A. R. (2013). Body image in dermatology. Mental disorders in general medicine, 2, 36–39.

10. Petrova, N. N., Gribova, O. M. (2014). Dysmorphophobia in clinic of aesthetic surgery. Mental disorders in general medicine, 1, 26–30.

11. Moroz, S. M., Yavorskaya, I. (2015). Dysmorphophobia and Dismorphomania: mirrors cheating. Cosmetologist, 6 (74), 108–110.

Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Маркова М. В.  
Дата надходження рукопису 22.10.2016

**Юдін Михайло Анатолійович**, кандидат медичних наук, Медичний центр «СА-КЛІНІК», вул. Кловський узвіз, 10, м. Київ, Україна, 01021  
E-mail: 672233383@ukr.net

УДК 616.33-006.089:617.6

## ОЦІНКА ОБМІНУ РЕЧОВИН ТА ТРОФОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА РАК ШЛУНКА ПІСЛЯ ГАСТРЕКТОМІЇ ТА СУБТОТАЛЬНОЇ ПРОКСИМАЛЬНОЇ РЕЗЕКЦІЇ ШЛУНКА

© Ю. О. Вінник, Г. В. Трунов, Мохамед Сасд Абухассан

*Оцінювали трофологічний статус пацієнтів після оптимізації процесу резекції шлунка за показниками: вміст глюкози і стан хворих після вуглеводного навантаження, частота креатореї, індекс маси тіла через 1, 12 і 24 місяці після оперативного втручання. Нова технологія реконструкції травного тракту після гастректомії сприяє зниженню демпінг-синдрому, підвищенню маси тіла, поліпшує трофологічний статус хворих*

**Ключові слова:** рак шлунка, гастректомія, демпінг-синдром, вуглеводне навантаження, креаторея, індекс маси тіла

**Aim.** The indices of DT functional state and some indices of metabolism were studied and also trophological status of patients with gastric cancer after gastrectomy (GE) by the new technology of esophageal anastomosis formation was evaluated in the work.

**Methods.** The research included 150 patients with gastric cancer. In the main group was applied the new technology of esophageal anastomosis formation. In 1, 12 and 24 months after gastroectomy (GE) the test on tolerance to glucose, carbohydrate load and, scatological study were carried out and the body mass index of patients was measured. The clinical data were analyzed using the program software for personal computer: Microsoft Excel et Statistica 6.0. Statistical processing was carried out using Student criterion. The differences were considered as reliable ones at  $p < 0,05$ . The analysis of clinical data was carried out using the program software for personal computer: Microsoft Excel et Statistica 6.0.

**Result.** It was established, that in patients of the main group during 2 years after resection of stomach was observed the decrease of number of complaints after carbohydrate load and manifestations of damping syndrome decreased in 2 times. With increase of postoperative term the creatorrhoea manifestations decreased in the main group. Patients with the new variant of reconstruction had better trophological status that is proved by the increase of body mass index.

**Conclusions.** Thus, the use of the new method of reconstruction of digestive tract at GE significantly increases the trophological state, indices of carbohydrate metabolism and DT functional state in both postoperative and remote terms after GE

**Keywords:** gastric cancer, gastrectomy, damping-syndrome, carbohydrate load, creatorrhoea, body mass index

### 1. Вступ

Рак шлунка (РШ) становить 50 % серед злоякісних пухлин травного тракту і 10–15 % від загальної кількості злоякісних новоутворень [1]. Щорічно в світі реєструється близько 850 тисяч нових випадків РШ. В Україні щорічно реєструється понад 10 тисяч нових випадків захворювання, і більше 8 тисяч хворих щорічно помирають від цього захворювання [2]. Захворювання тривалий час протікає приховано і при появі перших симптомів, як правило, пухлиною вже уражено значна частина шлунка. Незважаючи на успіхи в комбінованій терапії, хірургічний метод

є основним у лікуванні РШ, що дозволяє сподіватися на збільшення виживаності [3, 4].

Серед вперше виявлених хворих на РШ, не менше ніж у 70 % діагностується місцево поширений процес, часто з переходом на стравохід в стадії рТ3-рТ4, внаслідок цього достатній радикалізм оперативного лікування може бути досягнутий тільки при виконанні гастректомії (ГЕ), нерідко в комбінації з резекцією сусідніх органів [5]. Варіанти реконструктивно-відновного етапу після ГЕ виявилися найбільш обґрунтованими і широко вживаними [6].