РАЗВИТИЕ РАКА ЖЕЛУДКА НА ФОНЕ ИНОРОДНОГО ТЕЛА

Р.З. ЮЛДОШЕВ¹, Д.З. ЗИКИРЯХОДЖАЕВ², З.Х. ХУСЕЙНЗОДА², А.А. ХОДЖАМКУЛОВ², Ё.И. АЗАТУЛЛОВ³, И.К. БОБОВЕВ¹, А.А. АБДУЛЛОВ⁴, С.М. ДИЛШОДОВ²

¹ Кафедра онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, Душанбе, Республика Таджикистан

² Республиканский онкологический научный центр, Душанбе, Республика Таджикистан

³ Кафедра онкологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан, Душанбе, Республика Таджикистан

⁴ Эндоскопическое отделение, Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Республика Таджикистан

Рак желудка – одна из наиболее часто встречающихся злокачественных опухолей человека. Рак возникает, как правило, на фоне хронических воспалительных заболеваний желудка, и в настоящее время установлено, что в абсолютно здоровом желудке неопластические изменения невозможны. Им предшествует предраковое состояние, которое имеет место при хроническом анацидном гастрите, каллезной язве и полипе желудка. В среднем, от предрака до рака проходит от 10 до 20 лет. Развитие рака желудка на фоне инородного тела – явление крайне редкое. Возможными причинами этой трансформации является длительное нахождение инородного тела с развитием циркулярного неопластического вала вокруг него. В статье представлен результат хирургического лечения больного с раком желудка, развившимся на фоне инородного тела.

Ключевые слова: рак желудка, инородное тело, диагностика, хирургическая тактика, прогноз.

Для цитирования: Юлдошев РЗ, Зикиряходжаев ДЗ, Хусейнзода ЗХ, Ходжамкулов АА, Азатуллоев ЁИ, Бобоев ИК, Абдуллоев АА, Дилшодов СМ. Развитие рака желудка на фоне инородного тела. *Вестник Авиценны*. 2019;21(1):173-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-173-77>.

DEVELOPMENT OF GASTRIC CANCER ON THE BACKGROUND OF THE FOREIGN BODY

R.Z. YULDOSHEV¹, D.Z. ZIKIRYAKHODZHAEV², Z.KH. KHUSEYNZODA², A.A. KHODZHAMKULOV², YO.I. AZATULLOEY³, I.K. BOBOEV¹, A.A. ABDULLOEY⁴, S.M. DILSHODOV²

¹ Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

² Republican Cancer Research Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

³ Department of Oncology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan, Dushanbe, Republic of Tajikistan

⁴ Endoscopic Department, «Shifobakhsh» National Medical Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

Gastric cancer is one of the most frequently encountered malignant human tumors. Cancer usually occurs, as a rule, on the background of chronic inflammatory diseases of the stomach, and it is now found that in an absolutely healthy stomach, neoplastic changes are impossible. They preceded the pre-cancerous condition that takes place with chronic anacid gastritis, callous gastric ulcer, and gastric polyps. The average, from pre-cancerous condition to cancer is from 10 to 20 years. The development of gastric cancer on the background of the foreign body is an extremely rare phenomenon. Possible causes of this transformation are the long-term presence of foreign body with the development of a circular neoplastic shaft around it. The article presents the result of surgical treatment of a patient with stomach cancer that developed on the background of a foreign body.

Keywords: Gastric cancer, foreign body, diagnosis, surgical tactics, prognosis.

For citation: Yuldoshev RZ, Zikiryakhodzaev DZ, Khuseynzoda ZKh, Khodzhamkulov AA, Azatulloev YoI, Boboev IK, Abdulloev AA, Dilshodov SM. Razvitie raka zheludka na fone inorodnogo tela [Development of gastric cancer on the background of the foreign body]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2019;21(1):173-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2019-21-1-173-77>.

Рак желудка является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний, ежегодно от этого недуга в мире погибает до 850 000 человек [1-3]. Корея занимает лидирующую позицию по заболеваемости раком желудка, который составляет 21% в общей структуре злокачественных новообразований по стране [4]. Россия входит в первую десятку стран по уровню заболеваемости и смертности от рака желудка [5].

К сожалению, проблема ранней диагностики рака желудка остаётся до конца не решённой, и онкологу в ежедневной работе приходится сталкиваться с опухолями на поздних стадиях. На момент обращения больных у большинства из них имеют место запущенные (III и IV) стадии опухолевого процесса, при этом 53,5% пациентов погибают в течение 1 года после установления диагноза [6-9].

В Таджикистане ежегодно более, чем у 300 больных диагностируют рак желудка различной локализации. Регионам с

высокой заболеваемостью в республике считается Хатлонская область (4,2 на 100 тысяч населения), и более 65% больных поступают в IV стадии опухолевого процесса, когда результаты специализированной терапии сводятся к минимуму [6].

К предрасполагающим факторам развития рака желудка относятся: атрофический гастрит; аденоматозные полипы с преимущественным поражением тела желудка по большой кривизне; пернициозная анемия, способствующая неопластическому перерождению стенки желудка; особенности питания; факторы окружающей среды; курение; инфекционно-генетические факторы [10].

Диагностический алгоритм при раке желудка включает: ЭГДС с взятием биоптата из опухоли для морфологического исследования, эндосонография, диагностическая лапароскопия, УЗИ, КТ брюшной полости с контрастным усилением, рентгенологическое исследование лёгких, консультация гинеколога для

женщин с целью выявления метастатического поражения яичников (Крукенберговские метастазы).

В настоящее время хирургическое вмешательство является основным методом лечения рака желудка, поскольку эта опухоль мало чувствительна к химиолучевым методам терапии [9, 11]. Результаты хирургического лечения больных раком желудка нельзя считать удовлетворительными, так как, в связи с распространённостью опухолевого процесса, 45-50% пациентов подвергаются паллиативным или симптоматическим оперативным вмешательствам [10, 12].

В нашей практике за 25 летний период всего в 2 случаях наблюдалось развитие рака желудка на фоне инородного тела. Учитывая редкость ситуации, мы решили поделиться этим клиническим случаем. Мы попытались найти информацию касательно развития рака желудка на фоне инородного тела, оставленного в парагастральной зоне или интрагастрально в ходе оперативного вмешательства. К сожалению, в доступной литературе мы не смогли найти похожую информацию.

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР

Больной М., 28 лет, строитель по профессии. Заболел в 2008 году, когда у него был диагностирован эхинококкоз левой доли печени, и в одной из клиник Республики Таджикистан пациенту произведена эхинококкэктомия. Со слов больного, через месяц после операции дома состояние ухудшилось, отмечались высокая температура (до 40°C), недомогание, тахикардия. По поводу реактивного плеврита и пневмонии получил консервативную терапию. Состояние больного незначительно улучшилось, но в течение 10 лет он неоднократно обращался к врачам и лечился в хирургических и терапевтических клиниках без эффекта. В феврале 2018 года, т.е. через 10 лет, он вновь госпитализирован в один из стационаров республики с диагнозом «рак тела желудка». Диагноз был установлен на основании рентгенографии, ЭГДС и УЗИ. Больному была произведена лапаротомия, и при ревизии установлен рак желудка с прорастанием в левую долю печени. Произведена биопсия из опухоли, прораставшей в малый сальник. Процесс был признан нерезектабельным. Результат морфологического исследования биоптата № 3195 от 12.04.2018 года: гиперплазия лимфатического узла, в исследованном материале раковых клеток не обнаружено. После выписки больному была рекомендована консультация онколога. В Республиканском онкологическом научном центре, отделении торакоабдоминальной онкологии пациент повторно подвергся комплексному обследованию.

При МРТ (рис. 1) установлено, что в верхнем этаже брюшной полости, между желудком и левой долей печени, определяется патологическое образование округлой формы, размерами 120×75×70 мм, неоднородной структуры с наличием плотных включений и пузырьков воздуха, имеющее капсулу с инфильтрацией. Образование перфорирует стенки желудка в области малой кривизны, не исключается «инородное тело». По малой кривизне, вокруг перфорационного отверстия, стенки желудка резко утолщены и инфильтрированы до нижней трети тела желудка.

22.07.2018 произведена ЭГДС: сдавление желудка извне, изъязвление по малой кривизне, на уровне нижней трети тела желудка; не исключается язвенно-инфильтративная форма неопластического процесса; в центре опухоли – язвенный дефект с неровными краями, при инструментальной пальпации плотный; в центре опухолевой язвы имеется инородное тело тёмно-коричневого цвета, при попытке тракции удалить его не удаётся,

Рис. 1 МРТ брюшной полости с контрастированием: инородное тело подпечёчного пространства? 1 – левая доля печени; 2 – желудок; 3 – фиброзная капсула образования; 4 – инородное тело; 5 – зона перфорации в области антрального отдела желудка по малой кривизне

последнее фиксировано, отторгаются фрагменты материала. Из краёв неопластического процесса была взята биопсия. Результаты исследования № 303 от 21.07.2018 года: в присланном биоптате элементов злокачественного опухолевого роста не обнаружено.

Консилиум в составе ведущих сотрудников центра решил провести повторную операцию по следующим соображениям:

- клинически, рентгенологически и эндоскопически установленный рак выходного отдела желудка и отсутствие метастазов в органах и тканях пациента за последние 6 месяцев наблюдения;
- отсутствие злокачественной опухоли при морфологическом исследовании интраоперационного биоптата из опухоли малого сальника, свидетельствующее о локальном характере опухолевого процесса;
- признаки инородного тела подпечёчной области (под левой долей печени) с перфорацией желудка в области малой кривизны;
- предыдущая операция по поводу рака желудка была произведена в условиях неспециализированной клиники.

После подготовки, 27.07.18 г. больному с дооперационным диагнозом «рак тела желудка T3N0M0, инородное тело брюшной полости с локализацией в подпечёчном пространстве» произведено повторное хирургическое вмешательство. При лапаротомии в брюшной полости свободной жидкости нет, париетальная брюшина гладкая, выпячивания отсутствуют. При ревизии брюшной полости установлен массивный спаечный процесс между париетальной брюшиной и большим сальником, петлями тонкой, поперечно-ободочной кишок, печенью и диафрагмой. Острым и тупым путём спайки рассечены. При ревизии паренхимы печени узлообразований не установлено. Висцеральная и париетальная брюшина интактная. Произведено вскрытие передней стенки сальниковой сумки, при ревизии поджелудочная железа прослеживается на всём протяжении, с трудом дифференцируются общая печёночная, левая желудочная и селезёночная артерии. Определяется плотное малосмещаемое объёмное образование с прорастанием в малую кривизну желудка. Пересечена желудочно-поджелудочная связка: опухоль в поджелудочную железу не прорастает. Отделение малой кривизны желудка от левой доли печени с рассечением плотной фиброзной ткани. При дальнейшей мобилизации отмечалось выделение жидкого гноя со зловонным запахом:

эвакуировано около 100,0 мл гноя, последний отправлен на бактериологическое исследование.

При пальцевом исследовании полости установлено наличие инородного тела, которым оказалась хлопчатобумажная пелёнка. С определёнными техническими трудностями инородное тело было удалено из полости (рис. 2). При этом установлено, что дистальная часть пелёнки перфорировала желудок в области его угла по малой кривизне. При дальнейшей ревизии установлено, что ложе инородного тела сообщается с желудком в области малой кривизны через сформировавшийся дефект в его стенке размерами 3×4 см. Края дефекта валикообразные, тёмно коричневого цвета, плотные при пальпации.

Дальнейшая ревизия показала, что интактная зона от макроскопической границы опухоли до пищевода составляет 14-15 см, дистально инфильтрация доходит до пилорического жома. Учитывая локализацию, размеры и тип роста опухоли (Borrmann II), интактность всех групп лимфоузлов парагастральной зоны, больному произведена субтотальная дистальная резекция желудка с резекцией верхне-горизонтальной части 12-ти перстной кишки (для обеспечения радикальности операции) с лимфодиссекцией Д-2. Указанный объём операции выполнен без технических трудностей. Из культи дуоденума и краёв резекции желудка взяты образцы для определения радикальности оперативного вмешательства. Операция завершена ревизией, санацией, дренированием брюшной полости и послойными швами на рану.

МАКРОПРЕПАРАТЫ

Инородное тело: хлопчатобумажная пелёнка в виде комка размерами 12×10×16 см, пропитана слизью и густым гноем с запахом; при расправлении размеры материала около 40×30 см.

Резецированный желудок с малым и большим сальником, частью III сегмента левой доли печени, размерами 22×10 см. По малой кривизне – дефект до 4 см в диаметре, стенки инфильтрированы, вокруг – уплотнение до 6 см в диаметре. В малом сальнике, по ходу общей печёночной артерии имеются 4 лимфоузла размерами 5-8 мм без макроскопических признаков метастатического поражения (при метастатическом поражении лимфоузла имеют место следующие изменения: увеличение в размере, каменистая плотность, лимфоузел теряет бобовидную форму, становится круглым, плотно спаян с окружающими тканями, мало смещаемый).

Рис. 2 Этап удаления инородного тела из подпечёночной области и просвета желудка. 1 – левая доля печени; 2 – инородное тело (этап тракции); 3 – желудок

Результаты морфологического исследования № 4090 от 04.08.18 г.

Умерено-дифференцированная аденокарцинома желудка с инвазией до серозного слоя. По линиям резекции и в 4 лимфоузлах опухолевых клеток не обнаружено.

Гистограмма (рис. 3, 4)

Опухолевая ткань построена из папиллярно-тубулярных клеток, сливающихся между собой желёз, клеток различной величины. Отмечается резкое увеличение ядер и ядрышек. Лимфоидная инфильтрация стромы. Отмечается неопластическая инвазия всех слоёв стенки желудка.

Послеоперационный период протекал гладко, заживление раны первичным натяжением, дренажи удалены на 6 сутки, швы сняты на 10 сутки. В этот же день больному произведено контрастное исследование желудка и зоны гастроэнтероанастомоза (рис. 5).

После операции мы, бесспорно, пришли к выводу о том, что инородное тело в подпечёночном пространстве было оставлено при выполнении эхинококкэктомии в 2008 году, а во время второй операции хирурги не провели адекватную ревизию конфликтной зоны. Данное клиническое наблюдение демонстрирует, что рак желудка может развиваться и на фоне ино-

Рис. 3 Низкодифференцированная аденокарцинома желудка. 1 – полиморфные клетки; 2 – увеличенные гиперхромные ядра и ядрышки; 3 – фиброзированная строма; 4 – лимфоидная инфильтрация. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.×40

Рис. 4 Низкодифференцированная аденокарцинома желудка. 1 – уродливые слившиеся между собой железы; 2 – клетки разной величины; 3 – увеличенные ядра и ядрышки; 4 – фиброзная инфильтрация стромы. Окраска гематоксилин-эозином. Ув.×40

родного тела. При этом остаётся дискуссионным сам механизм развития опухоли. Вероятнее всего, инородное тело, длительное время находясь в парагастральной зоне, в результате длительного сдавления привело к изъязвлению и перфорации стенки желудка с последующей малигнизацией. Адекватная интерпретация результатов клинических, лабораторных, морфологических и других дополнительных методов исследования позволяющая своевременно установить диагноз до операции. При этом имеется реальная возможность выполнения радикального объёма операции с первичным наложением анастомозов даже на фоне абсцедирования ложа инородного тела.

Рис. 5 Рентгенограмма оставшейся части желудка, зоны гастроэнтероанастомоза с удовлетворительным пассажем контраста по тощей кишке. 1 – пищевод; 2 – желудок; 3 – гастроэнтероанастомоз; 4 – тощая кишка

ЛИТЕРАТУРА

1. Джуроев МД, Наврузов СН, Худойоров СС, Мирзараймова СС. Рак желудка в подростковом и юношеском возрасте. *Евразийский онкологический журнал*. 2013;3(10):636-43.
2. Бочкова ТВ, Мухаммадеева ДР. Современные тренды эндоскопической и лабораторной диагностики при раннем раке желудка. *Креативная хирургия и онкология*. 2014;4:60-8.
3. Пирогов СС, Соколов ВВ, Беляков ММ, Каприн АД. Ранний рак желудка: современный взгляд на проблему. *Сибирский онкологический журнал*. 2017;16(5):71-86.
4. Park MS, Yoon JY, Chung HS, Lee H, Park JC, Shin SK, et al. Clinicopathologic characteristics of interval gastric cancer in Korea. *Gut Liver*. 2015;9(2):166-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.5009/gnl13425>.
5. Дымочка МА, Шахсугварян СБ, Науменко ЛЛ, Красновская ЕС, Верташ ОЮ. Рак желудка: классификация, диагностика, лечение, реабилитация, количественная оценка степени функциональных нарушений при осуществлении медико-социальной экспертизы. *Медико-социальные проблемы инвалидности*. 2017;4:53-63.
6. Сангинов ДР, Хусейнзода ЗХ, Мансуров ФС. Неотложная хирургическая помощь онкологическим больным. *Вестник Авиценны*. 2017;19(3):349-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-3-349-353>.
7. Баранников КВ. Эффективность эндоскопической диагностики и методов малоинвазивной хирургии в лечении рака желудка на ранних стадиях. *Вестник Авиценны*. 2013;2:28-32.
8. Hamashima C. Current issues and future perspectives of gastric cancer screening. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13767-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i38.13767>.
9. Digkila A, Wagner AD. Advanced gastric cancer: Current treatment landscape and future perspectives. *World J Gastroenterol*. 2016;22(8):2403-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v22.i8.2403>.
10. Nashimoto A, Yabusaki H, Matsuki A, Aizawa M. Surgical treatment for curable and incurable recurrent gastric cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2013;40(8):971-5.
11. Hosoda K, Mieno H, Ema A, Ushiku H, Washio M, Song I, et al. Safety and feasibility of robotic distal gastrectomy for stage IA gastric cancer: a phase II trial. *J Surg Res*. 2019;238:224-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2019.01.049>.
12. Kawaguchi Y, Shiraishi K, Akaike H, Ichikawa D. Current status of laparoscopic total gastrectomy. *Ann Gastroenterol Surg*. 2018;3(1):14-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ags3.12208>.

REFERENCES

1. Dzhuraev MD, Navruzov SN, Khudoyorov SS, Mirzaraimova SS. Rak zheludka v podrostkovom i yunosheskom vozraste [Gastric cancer in youthful and adolescents age]. *Evraziyskiy onkologicheskii zhurnal*. 2013;3(10):636-43.
2. Bochkova TV, Mukhamadeeva DR. Sovremennyye trendy endoskopicheskoy i laboratornoy diagnostiki pri rannem rake zheludka [Modern trends of endoscopic and laboratory diagnostics in treatment of early cancer of stomach]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya*. 2014;4:60-8.
3. Pirogov SS, Sokolov VV, Belyakov MM, Kaprin AD. Ranniy rak zheludka: sovremennyy vzglyad na problemu [Early gastric cancer: the modern opinion]. *Sibirskiy onkologicheskii zhurnal*. 2017;16(5):71-86.
4. Park MS, Yoon JY, Chung HS, Lee H, Park JC, Shin SK, et al. Clinicopathologic characteristics of interval gastric cancer in Korea. *Gut Liver*. 2015;9(2):166-73. Available from: <http://dx.doi.org/10.5009/gnl13425>.
5. Dymochka MA, Shakhshuvaryan SB, Naumenko LL, Krasnovskaya ES, Vertash OYu. Rak zheludka: klassifikatsiya, diagnostika, lechenie, rehabilitatsiya, kolichestvennaya otsenka stepeni funktsional'nykh narusheniy pri osushchestvlenii mediko-sotsial'noy ekspertizy [A cancer of a stomach: classification, diagnostics, treatment, rehabilitation, qualitative assessment of a degree of functional impairments in the performance of medical-social expertise]. *Mediko-sotsial'nye problemy invalidnosti*. 2017;4:53-63.
6. Sanginov DR, Khuseynzoda ZKh, Mansurov FS. Neotlozhnaya khirurgicheskaya pomoshch' onkologicheskim bol'nym [Emergency surgery to oncological patients]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2017;19(3): 349-53. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-3-349-353>.
7. Barannikov KV. Effektivnost' endoskopicheskoy diagnostiki i metodov maloinvazivnoy khirurgii v lechenii raka zheludka na rannikh stadiyakh [Endoscopic diagnostics and minimally invasive surgery in the treatment of gastric cancer in the early stages]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2013;2:28-32.
8. Hamashima C. Current issues and future perspectives of gastric cancer screening. *World J Gastroenterol*. 2014;20(38):13767-74. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v20.i38.13767>.
9. Digkila A, Wagner AD. Advanced gastric cancer: Current treatment landscape and future perspectives. *World J Gastroenterol*. 2016;22(8):2403-14. Available from: <http://dx.doi.org/10.3748/wjg.v22.i8.2403>.
10. Nashimoto A, Yabusaki H, Matsuki A, Aizawa M. Surgical treatment for curable and incurable recurrent gastric cancer. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2013;40(8):971-5.
11. Hosoda K, Mieno H, Ema A, Ushiku H, Washio M, Song I, et al. Safety and feasibility of robotic distal gastrectomy for stage IA gastric cancer: a phase II trial. *J Surg Res*. 2019;238:224-31. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jss.2019.01.049>.
12. Kawaguchi Y, Shiraishi K, Akaike H, Ichikawa D. Current status of laparoscopic total gastrectomy. *Ann Gastroenterol Surg*. 2018;3(1):14-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/ags3.12208>.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Юлдошев Равшан Зокидович, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Зикирхондзаев Дильшод Зукирович, доктор медицинских наук, профессор, главный консультант хирургических отделений, Республиканский онкологический научный центр

Хусейнзода Зафар Хабибулло, доктор медицинских наук, директор Республиканского онкологического научного центра

Ходжамкулов Ашурали Акромович, заведующий торакоабдоминальным отделением, Республиканский онкологический научный центр

Азатуллоев Ёдгор Имомназарович, ассистент кафедры онкологии, Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан

Бобоев Искандар Курбоналиевич, ассистент кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

Абдуллоев Акбар Шукурович, врач эндоскопист, Национальный медицинский центр «Шифобахш»

Дилшодов Сайёхидин Мухидинович, врач торакоабдоминального отделения, Республиканский онкологический научный центр

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получали.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Юлдошев Равшан Зокидович

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

734003, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
Тел.: +992 (918) 679399
E-mail: uravshan@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследования: ЮРЗ, ХАА
Сбор материала: ХАА, АЁИ, БИК, ААШ, ДСМ
Анализ полученных данных: ЮРЗ, ЗДЗ, ХЗХ, БИК
Подготовка текста: ЮРЗ, ЗДЗ, ХЗХ, БИК, ААШ, ДСМ
Редактирование: ЮРЗ, ЗДЗ
Общая ответственность: ЮРЗ

Поступила 27.11.2018
Принята в печать 20.03.2019

И AUTHOR INFORMATION

Yuldoshev Ravshan Zokhidovich, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

Zikiryakhodzhaev Dilshod Zukirovich, Doctor of Medical Sciences, Full Professor, Chief Consultant of Surgical Departments, Republican Cancer Research Center

Khuseynzoda Zafar Khabibullo, Doctor of Medical Sciences, Director of the Republican Cancer Research Center

Khodzhamkulov Ashurali Akramovich, Head of the Thoracoabdominal Department, Republican Cancer Research Center

Azatulloev Yodgor Imomnazarovich, Assistant of the Department of Oncology, Institute of Postgraduate Education in Healthcare of the Republic of Tajikistan

Boboev Iskandar Kurbonaliyevich, Assistant of the Department of Oncology and Radiation Diagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

Abdulloev Akbar Shukurovich, Endoscopist physician, «Shifobakhsh» National Medical Center

Dilshodov Sayokhidin Mukhidinovich, Doctor of the Thoracoabdominal Department, Republican Cancer Research Center

Information about the source of support in the form of grants, equipment, and drugs

The authors did not receive financial support from manufacturers of medicines and medical equipment.

Conflicts of interest: The authors have no conflicts of interest.

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Yuldoshev Ravshan Zokhidovich

Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University

734003, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Rudaki Ave., 139
Tel.: +992 (918) 679399
E-mail: uravshan@mail.ru

AUTHOR CONTRIBUTIONS

Conception and design: YuRZ, KhAA
Data collection: KhAA, AYol, BIK, AASh, DSM
Analysis and interpretation: YuRZ, ZDZ, KhZKh, BIK
Writing the article: YuRZ, ZDZ, KhZKh, BIK, AASh, DSM
Critical revision of the article: YuRZ, ZDZ
Overall responsibility: YuRZ

Submitted 27.11.2018
Accepted 20.03.2019