



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH
OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN



АССОЦИАЦИЯ ОНКОЛОГОВ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР

ASSOCIATION OF ONCOLOGISTS
OF THE REPUBLIC OF UZBEKISTAN
NATIONAL CANCER CENTRE
OF UZBEKISTAN



**СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ
III КОНГРЕССА ОНКОЛОГОВ
УЗБЕКИСТАНА**

14-16 мая 2015 г.
г.Ташкент

**ABSTRACT BOOK
OF 3RD NATIONAL CANCER
CONGRESS OF UZBEKISTAN**

May 14-16, 2015
Tashkent



УДК 616.006
ББК Р 56
С 94

III Конгресс онкологов Узбекистана.

Материалы Конгресса 14-16 мая 2015 года. Ташкент.

Председатель редакционной коллегии профессор С.Н. Наврузов.

Члены редакционной коллегии:

1. д.м.н. Юсупбеков А.А.

2. к.м.н. Алиева Д.А.

3. к.м.н. Камышов С.В.

Сборник содержит тезисы устных и стендовых докладов, представленных на III Конгрессе онкологов Узбекистана, посвященных актуальным вопросам мультидисциплинарного подхода к диагностике, лечению и реабилитации в современной онкологии. Предназначен для онкологов, врачей общей практики, магистров, клинических ординаторов.

Республиканский Онкологический Научный Центр Министерства
Здравоохранения Республики Узбекистан®

зонд, введенный в тощую кишку через минигастростомы на шее. Оценка эффективности ИНП включала следующие показатели: динамику параметров нутриционного статуса; состояние азотистого баланса; течение основного заболевания, состояние хирургической раны; общую динамику состояния пациента, выраженность и течение органной дисфункции.

Результаты. Общие осложнения отмечено после операции McKeown у 22 (38,6%) больных, операции Льюиса у 42 (58,3%) и ТХЭ у 48 (19,3%). В группе больных, кому проводилось ИЭП через гастроюнональный зонд, введенный через минигастростомы на шее, такие осложнения как синусит и отит, осаднение слизистой ротоглотки и ЭГА, аспирация содержимого в ТБД, нагноение послеоперационной раны не встречались вообще. Число пневмоний и плевритов уменьшилось до 6%, панкреатита до 2%.

Выводы. Оптимальной схемой нутриционной поддержки больных после операций по поводу рака пищевода является раннее энтеральное зондовое питание. Разработанный нами способ энтерального питания облегчает течение послеоперационного периода, способствует профилактике осложнений.

Опыт хирургического лечения при опухолях приампулярной зоны

Назрузов С.Н., Джураев М.Д., Максимкулов Д.М., Туйев Х.Н.

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз.

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения опухолей приампулярной зоны.

Материалы и методы: С 2008 по 2014 гг. в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ 38 больным раком приампулярной зоны произведена гастропанкреатодуоденальная резекция. Из них в 24 случае диагностирован рак головки поджелудочной железы, в 10 случаях рак Фатерова соска и в 3 случаях рак двенадцатиперстной кишки. Гистологическая верификация удалась до операции 29(76,3%) больным. Опухоль диаметром до 4 см в наибольшем измерении выявлена у 8 больных, до 5 см у 20 и больше 5 см у 10 больных. У 22 (58%) больных в момент поступления были явления механической желтухи с повышением уровня билирубина от 132 до 260 ммоль/л. В 16 (42,1%) случаях отмечались явления двойного блока, где механическая желтуха сочеталась с явлениями дуоденостеноза.

Во всех случаях предварительно проводилась декомпрессия билиарного тракта. Из них в 28 случаях предварительным этапом выполнено чрескожно-чреспеченочное дренирование и в 10 случаях разгрузка достигнута путем папиллосфинктеротомии и стентирования протока. Радикальная операция выполнена спустя 4-6 недель. В наших наблюдениях по вариантам наложения анастомоза с культей поджелудочной железы больные распределены на 2 группы:

1 группа n=16 панкреатоеюноанастомоз. 2 группа n=22. Сформирован панкреатогastro-анастомоз.

Результаты: Частота послеоперационных осложнений в 1 гр составила 31,2% , 2гр 18,2%. Несостоятельность анастомоза в 1гр у 3 больных, а во 2гр не было. Послеоперационная летальность составила 12,5 и 0% соответственно. 5 летняя выживаемость 18,7% и 22,7%

Вывод: предложенный способ формирования гастропанкреатоеюноанастомоза достоверно уменьшает частоты послеоперационных осложнений и летальности

Оценка эффективности иммуномодуляторов при профилактике инфекционных осложнений после гастрэктомии

Ханходжаев Ш.Ш., Нуоров Ж.Р.

(Ташкентская Медицинская Академия, Ташкент, Узбекистан)

shavkat777@list.ru

Несмотря на строгое соблюдение правил асептики и антисептики, широкое профилактическое применение современных антибактериальных препаратов, частота гнойно-септических осложнений после гастрэктомии составляет по данным различных авторов от 5 до 42,8%. В то же время многочисленные исследования четко свидетельствуют о сопряженности опухолевого процесса с нарушениями в иммунной системе больного, которые создают дополнительные условия для развития и генерализации инфекции.

Целью нашего исследования явилась оценка иммунопрофилактической эффективности азоксимера бромиды в развитии гнойно-септических осложнений.

Материал и методы. Основу настоящего исследования составляет проспективный анализ результатов лечения 76 больных раком желудка в возрасте от 36-74 лет, оперированных в объеме гастрэктомии за период 2008-2013 гг. в отделении абдоминальной онкологии РОНЦ Респ.Узб. Исследуемую группу (n=34) составили пациенты, у которых стандартная профилактика инфекционных осложнений дополнена послеоперационным применением азоксимера бромиды – иммуномодулятора комплексного действия. Контрольная группа включала 42 пациентов, у которых проводились только антибиотико профилактика.

Результаты исследования. На нашем материале в исследуемой группе больных частота инфекционных осложнений составила 8% (n=3). В контрольной группе частота инфекционных осложнений составила 14,2% (n=6). В контрольной группе послеоперационная летальность составила 2,3% (n=1). Также койко-дни в основной группе были в среднем на 5 дней меньше, чем в контрольной группе.

Выводы. Применение послеоперационной иммунотерапии улучшает непосредственные результаты оперативных вмешательств при гастрэктомии.

Панкреатодигестивный анастомоз при гастропанкреатодуоденальной резекции

Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Имамов А.А., Бутаев Л.А., Юнусов С.Ш.

(Ташкент, Ташкентская Медицинская Академия)

askar1981@mail.ru

Материал и методы. Проведен анализ клинических результатов 41 гастропанкреатодуоденальных резекций (ГПДР), проведенных во 2 клинике ТМА с 2005-2014 года.

Больные были разделены на 2 группы. В I группе (контрольная, 22 пациента) панкреатодигестивный анастомоз был наложен без дренажа. Во II группе (основная, 19 больных), на реконструктивном этапе выполнено наружное дренирование главного панкреатического протока по предложенной нами методике. Для этого на приводящей части тощей кишки были сделаны проксимальные и дистальные отверстия для панкреатикоюно- и гепатикоюноанастомозов. После чего полихлорвиниловую дренажную трубку диаметром 2-3мм, имеющую на основании боковые отверстия проводили через правый печеночный проток, проксимальное и дистальное отверстие тощей кишки в главный панкреатический проток, накладывали швы между поджелудочной железой, тощей кишкой и гепатикохоледохом по стандартной методике. Дренажную трубку выводили на боковую стенку живота (заявка на патент IAP 20140342). Дренажная трубка удалялась на 8-12 сутки.

Сравнительный анализ клинической эффективности предложенной нами методики дренирования панкреатического протока контролировали по количеству отделяемого панкреатического сока по дренажу, по характеру и количеству отделяемого по дренажам, установленным в брюшной полости.

Результаты. Анализ результатов в ближайшем послеоперационном периоде в контрольной группе показал, что в 3 (13,6%) наблюдениях была диагностирована несостоятельность панкреатикоюноанастомоза, потребовавшее повторного оперативного вмешательства. Из них в 2 (9,0%) случаях наступил летальный исход. У 1 (4,5%) отмечалось подтекание панкреатического сока по дренажу, установленному в брюшную полость. Применение консервативной терапии позволило ликвидировать несостоятельность панкреатодигестивного анастомоза.

В основной группе наружное дренирование главного панкреатического протока позволило контролировать количество отделяемого панкреатического сока. В 1 (5,3%) наблюдении отмечалось транзиторное повышение уровня амилазы в дренажной трубке, установленной в области панкреатикоюноанастомоза до 150 Ед/л. Усиление консервативной терапии позволило добиться регресса и полного восстановления пациента к 14 суткам после операции. Больной в удовлетворительном состоянии был выписан на 18 сутки после операции. В остальных случаях основной группы специфических осложнений не наблюдалось. Анализ результатов хирургического лечения в отдаленном периоде каких-либо достоверных отличий в исследуемых группах не выявил.

Заключение. Применение наружного дренирования главного панкреатического протока при ГПДР позволяет проводить мониторинг отделяемого панкреатического сока и предотвращает возможную несостоятельность анастомоза.

Парэнтеральная коррекция агастрального синдрома

А.А. Юсупбеков, М.Д. Джураев, Д.М. Эгамбердиев

(РОИЦ, ТашПМИ, Узбекистан, dr.abr_info@mail.ru)

Цель: Изучение влияния плазмозаменителей на гомеостаз у пациентов после хирургических вмешательств по поводу рака желудка (РЖ).

Материал: Анализировали изменений гомеостаза в раннем послеоперационном периоде у 74 пациентов с РЖ – контрольная группа. 35 пациентов, которым целенаправленно была проведена комплексная послеоперационная инфузионная терапия, базирующиеся на коллоидных плазмозаменителях, эмульсионных и аминокислотных инфузионных растворах, составили основную группу.

В зависимости от вида операции пациентов каждой для адекватного составления данных группы разделили на 3 подгруппы. А-подгруппа – после дистальной субтотальной РЖ (ДСРЖ), В-подгруппа – 63 пациентов после расширенной гастрэктомии (РГЭ). С-подгруппа – 20 пациентов после проксимальной субтотальной резекции желудка (ПСРЖ). Анализ результатов производили на 3-е и 10-е сутки послеоперационного периода с оценкой показателей ЦВД и АО, гематокрита и коагулограммы. В основной группы также изучали ОЦК.

Результаты: На 3-сутки послеоперационного периода отмечается выраженная гиповолемия на фоне относительной гиперкоагуляции и гипопротейнемии у пациентов основной и контрольной группы независимо от объема выполненной операции. Особенно эти нарушения наиболее отчетливо выражены в подгруппах В и С обеих групп по сравнению с пациентами перенесших ДСРЖ. (снижение уровня гематокрита до $21 \pm 0,3\%$ и $18 \pm 0,5\%$ в 1В и 1С подгруппах соответственно по сравнению с 1А подгруппой – $26 \pm 0,7\%$). Несмотря на угнетения большинство показателей гомеостаза, наблюдается несколько отличительные показатели у пациентов 2-группы против 1-группы, т.е. показатели ЦВД и ОБ сравнительно выше, чем в 1-группе исследования. Следовательно, уже на 3-сутки послеоперационного периода имеются факторы, свидетельствующие о незначительном угнетении гомеостаза во 2-группе в сравнении с 1-группой. У пациентов 2-группы на 3-сутки послеоперационного периода дефицит ОЦБ и ОЦП составлял $29 \pm 0,7\%$ и $23 \pm 0,3\%$ соответственно. В основном это наиболее отчетливо выражается у пациентов перенесших РГЭ или ПСРЖ.

Цель исследования: изучить непосредственные и отдаленные результаты хирургического лечения кардиоэзофагеального рака.

Материал и методы. За период с 2003 по 2013 г. оперировано 87 больных с диагнозом кардиоэзофагеального рака, которые распределились следующим образом: по половому признаку: мужчины-72 (82,8%) пациента, женщины -15(17,2%);средний возраст-57,2 года (26-74г); по морфологии: аденокарцинома-70 (80,5%), плоскоклеточный рак-16 (18,4%), железисто-плоскоклеточный рак - 1 (1,1%); по локализации процесса: **SIEVERT I** – 16 (18,4%), **SIEVERT II** – 23 (26,4%), **SIEVERT III** – 48 (55,2%) случаев. Выполнены операции в объеме гастрэктомии, уровень резекции пищевода определялся распространенностью опухолевого процесса и влиял на выбор хирургического доступа: операции по типу **LEWIS** (лапаротомия + торакотомия справа) выполнена –35 (40,2%), операция по типу **GARLOCK** (лапаротомия + торакотомия слева)–13(15,5%),из лапаротомного доступа – 39(44,8%) больных. Принципиальная перигастральная лимфодиссекция (ЛД) D2, при операциях из комбинированных доступов дополнялась ЛД 2S при левостороннем торакоабдоминальном доступе и двухзональной ЛД 2F при операциях по типу **LEWIS**. Среднее количество удаленных лимфоузлов – 22,1 ± 6,6; 23,5 ± 11,8 и 29,9 ± 7,7 соответственно.

Результаты и обсуждение. Послеоперационные осложнения возникли у 45 (51,7%) больных. Послеоперационная летальность–9,2% (8 больных). Чаще всего неблагоприятное течение послеоперационного периода и летальные осложнения развились при операциях по типу **GARLOCK** (30,8%). Общая 2-летняя выживаемость при операциях по типу **LEWIS** составила 57,6%, 5-летняя - 36%. Чаще всего прогрессирование заболевания возникало после экстирпаций желудка из лапаротомного доступа и операций по типу **GARLOCK**: общая 2- и 5-летняя выживаемость оставили 42,5% и 50%; 19,1% и 14,8% соответственно.

Заключение. На основании нашего исследования было выявлено, что доступ лапаротомии с торакотомией является предпочтительней при оперативных вмешательствах по поводу кардиоэзофагеального рака, так как при этом доступе создаются более благоприятные условия для адекватной лимфодиссекции и формирования внутриплевральных анастомозов.

Гастропанкреатоспленэктомии при местно-распространенном раке желудка

М.Д.Джурраев., Д.М.Эгамбердиев, С.С.Худаяров, Х.Н.Туйев, А.К.Бабаев

Республиканский онкологический научный центр МЗ РУз

Цель исследования: Улучшить результаты хирургического лечения местно-распространенного рака желудка путем применения расширенно-комбинированной операции.

Материал и методы: В период с 2005 по 2013 г.г. в отделении абдоминальной хирургии РОНЦ 178 больным раком желудка с прорастанием в различные части поджелудочной железы произведены расширенно-комбинированные вмешательства. В зависимости от объема операции больные разделены на 2 группы:

1 группа – n=112 – произведена расширенная гастропанкреатоспленэктомия.

2 группа – n=66 – расширенная гастрэктомия с плоскостной резекцией прорастающих участков поджелудочной железы.

Показаниями к гастропанкреатоспленэктомии служило более глубокое прорастание опухоли в паренхиму поджелудочной железы и инфильтрация селезеночной артерии. Для плоскостной резекции, поверхностное прорастание в локальные участки размером до 3 см, без инфильтрации селезеночной артерии.

Морфологически более чем в 88% случаев выявлена низко-дифференцированная аденокарцинома и в 12% случаях умеренно-дифференцированная и высоко-дифференцированная аденокарцинома. В 1 группе 102 (91,1%) больным выполнена гемипанкреатэктомия, в 10 (8,9%) случаях дистальная субтотальная резекция и в 2 случаях резекция хвоста поджелудочной железы. Во 2 группе всем больным произведена плоскостная резекция поджелудочной железы и в 22 случаях ложе подвергали криодеструкции.

Результаты: Послеоперационные осложнения в 1 группе составили 15,2%, экссудативный плеврит у 9 больных, свищ культи поджелудочной железы у 2, и панкреатит у 3 больных, лимфорейя - 1 и длительное геморрагическое выделение у 1 больного, ОССН – 1. Умер 1 больной от инфаркта миокарда. Во 2 группе послеоперационные осложнения составили 13,6%. Плеврит у 5 больных, панкреатит у 3, и длительная лимфорейя у 1 больного. Летальных исходов в обеих группах не было. 3-летняя выживаемость в 1 группе составила 36,2±0,33%, во 2 группе 30,3±0,4%. 5-летняя соответственно 26,2±0,4% и 19,1±0,3%.

Рецидив культи поджелудочной железы в 1 группе составил 10,7% больных, а во 2 группе 28,2%.

Вывод: При раке желудка с прорастанием в поджелудочную железу более радикальным и перспективным является гастропанкреатоспленэктомия, которая по сравнению с плоскостной резекцией, достоверно снижает частоту рецидивирования и улучшает 3 и 5-летнюю выживаемость.

Особенности диагностики и хирургического лечения периампулярных опухолей, осложненных механической желтухой

Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Бекназаров И.Р., Адашалиев А.Н.

(Ташкент, Ташкентская Медицинская Академия)

askar1981@mail.ru

Материал и методы. Проведен анализ результатов диагностики и лечения 122 больных периампулярными опухолями (ПАО), осложненных механической желтухой (МЖ), в возрасте 29-86 лет. Диагноз устанавливался на основании мультислайсной компьютерной томоангиографии (МСКТА), МРТ-панкреатохолангиографии

(МРПХГ), определения уровня опухолевых маркеров СА 19,9, РЭА, диагностической лапароскопии. В 83 (68,0%) случаях была диагностирована опухоль головки поджелудочной железы, в 26 (21,3%) - фатерова соска, у 11 (9,1%) - рак терминального отдела холедоха, в 2 (1,6%) - рак 12-ти перстной кишки. Согласно классификации AJCC (2002 г), у 42 (34,4%) больных была I и II стадия заболевания, у 80 (65,2%) - III и IV.

Лечебная тактика была двухэтапной. На первом этапе осуществляли декомпрессию билиарной системы для ликвидации МЖ, на втором - выполняли радикальные, паллиативные операции. С целью декомпрессии желчных протоков выполнялась чрескожная чреспеченочная холангиостомия. После нормализации функционального состояния пациентов, переходили ко второму этапу. Хирургическая тактика зависела от стадии заболевания. Так, при I-II стадии, 41 (33,6%) больным выполнена стандартная гастропанкреатодуоденальная резекция, 18 (14,8%) - наложены обходные анастомозы. В 18 (14,8%) наблюдениях произведена диагностическая лапароскопия, 2 пациентам из которых выполнена радикальная операция, а у 2 - наложены обходные анастомозы. Остальные больные после 1 этапа лечения были направлены на химиотерапевтическое лечение.

Результаты. Применение МСКТА и МРПХГ позволило установить диагноз, определить тактику лечения. Чреспеченочные вмешательства позволили устранить билиарную гипертензию и перейти ко второму этапу лечения. Применение видеолапароскопии в спорных ситуациях позволило улучшить диагностику, определить возможность выполнения радикального вмешательства.

После радикальных операций в 5 (12,1%) наблюдениях отмечено несостоятельность панкреатикодигестивного анастомоза, в 3 (7,3%) - желудочно-кишечное кровотечение, в 2 (4,9%) - внутрибрюшное кровотечение. Летальность составила 14,6% (6 больных). В группе пациентов, которым выполнены паллиативные операции, в 1 случае развилась несостоятельность гепатикозентеронастомоза, в 2 - послеоперационная стриктура.

Заключение. В диагностический алгоритм ПАО, осложненных МЖ, целесообразно включать МРТ-холангиографию и МСКТА, что позволит определить распространенность опухолевого процесса, ангиоархитектонику сосудов кровоснабжающих опухоль, вовлеченность сосудов в опухолевой процесс. В спорных ситуациях диагностический этап целесообразно дополнять диагностической лапароскопией, позволяющей выбрать оптимальную тактику лечения и избежать «напрасных» лапаротомий.

Лечебную тактику целесообразно проводить в 2 этапа. Первым этапом необходимо купировать МЖ и нормализовать функциональное состояние организма, а на втором этапе решать вопрос о возможности выполнения радикальной операции. При нерезектабельных случаях целесообразно ограничиться наложением обходных анастомозов или чреспеченочными эндобилиарными вмешательствами с регионарной или системной химиотерапией.

Закрытый метод проведения гипертермической интраперитонеальной химиотерапии

А. Н. Абдихакимов, А.А. Касымов, У.Н. Абдихакимов

Ташкентский областной онкологический диспансер

На сегодняшний день доказано, что одним из неблагоприятных путей прогрессирования опухоли является внутрибрюшинный рост с выделением раковых клеток в брюшную полость. В таких случаях даже после радикально выполненных хирургических операций вероятность продолженного роста и (или) рецидива болезни высока. При таком развитии событий наиболее эффективным методом комбинированного лечения является закрытая методика гипертермической интраперитонеальной химиотерапии (ГИХ), позволяющая механически, термически и химически воздействовать на опухолевые клетки.

После окончания хирургического вмешательства в брюшную полость устанавливается 4 дренажа (типа Jackson Pratt катетеры >F-20) (2 для притока и 2 для оттока). Ирригационные дренажи устанавливаются в верхнем этаже, в ложе удаленного желудка и области чревного ствола. Перед ушиванием передней брюшной стенки проверяется функциональное состояние установленных дренажей.

На следующий день операции после установления температурных датчиков в прямую кишку, слуховой проход, а также на магистрали дренажных трубок под премедикацией проводится гипертермическая интраперитонеальная химиотерапия. Перед началом сеанса дренажные трубки промываются физиологическим раствором, проверяется проходимость. После достижения адекватной циркуляции раствора по стерильному контуру добавляется цисплатин 100 мг/м². Длительность процедуры от 60 до 90 минут. Температурный мониторинг. Поддержка температурного режима при входе в брюшную полость 45°C, а при выходе - 40-41°C.

Данный метод обеспечивает полную герметичность циркулируемого раствора по контуру, предохраняет сотрудников от паров цитостатиков, не удлиняет время операции. Всего с 2006 по 2014 года гипертермическая интраперитонеальная химиотерапия выполнена 232 больным, результаты проведенной процедуры удовлетворительный и её проведение является целесообразным и оправданным.

Значение гепатопротекторов в неоадьювантной химиотерапии

Холдарова З.Р., Норбекова М.Х., Мирзараимова С.С., Файзиев Ф.Ш.

Кафедра онкологии и лучевой диагностики,

Ташкентская Медицинская Академия, РОНЦ г. Ташкент

Актуальность: Метотрексат был и остается одним из основных препаратов в лечении больных с раком молочной железы. Протоколы полихимиотерапии (ПХТ) с использованием метотрексата в высоких дозах

Секц.1	Опухоли пищевода, желудка и гепатопанкреатобилиарной зоны
Секц.2	Опухоли опорно-двигательного аппарата и кожи
Секц.3	Опухоли головы и шеи, онкоофтальмология
Секц.4	Детская онкология
Секц.5	Современные аспекты молекулярно-биологических исследований в онкологии
Секц.6	Колоректальный рак
Секц.7	Опухоли репродуктивной системы
Секц.8	Опухоли легких и средостения
Секц.9	Канцер-контроль, паллиативная помощь и поддерживающая терапия в онкологии
Секц.10	Онкоурология
Секц.11	Гемобласты и опухоли лимфопролиферативной системы

№ секции	Наименование тезиса	авторы
1	Рентгенконтрастное обследование эзофагодуденоанастомоза после гастрэктомии больного с раком желудка	Иманова А.Ф.
1	Химиотерапия второй линии у больных диссеминированным раком желудка	Хасанов Д.Ш., Мамарасулова Д.З., Каримов М.А, Жалалов О.К.
1	Классификация неорганных опухолей забрюшинного пространства	Ибрагимов С.С., Ибрагимов О.С., Жалолов О.К.
1	Чрескожная пункционная биопсия неорганных забрюшинных опухолей	Ибрагимов С.С., Ибрагимов О.С., Жалолов О.К.
1	Рентгенохирургическое лечение осложненного рака поджелудочной железы	Авдосьев Ю.В.
1	Еюностомия в профилактике несостоятельности анастомозов у больных раком пищевода и желудка	Нурманов С.Р., Абзалбек Е.Ш., Менбаев С.К., Нурсейитов И.Е., Садык М.С.
1	Миниинвазивная эзофагэктомия рака пищевода	Абзалбек Е.Ш., Нурманов С.Р., Ахетов И.Е., Менбаев С.К., Садык М.С.
1	Прогностические факторы в комплексном лечении больных раком пищевода	Аралбаев Р.Т., Токтомушева А.А.
1	Оценка результатов консервативного лечения рака шейного отдела пищевода	Абдихакимов А.Н., Мирзамухамедов Х.К., Утемуратов Я.Ю., Кучкаров П.Х., Талипов Р.Н., Ли Е.А.
1	Первый опыт в Туркменистане эндоскопической стентирования у пациентов с дисфагией злокачественных новообразований пищевода	Маметсахатов Н.А.
1	Бевацизумаб в лечении пациентов с метастатическим и нерезектабельным раком желудка и кардиоэзофагеальной зоны	Камышов С.В., Пулатов Д.А., Джураев М.Д., Тургунов Н., Джураев Ф.М.
1	Влияние расширенной гастрэктомии со спленэктомией на иммунный статус пациентов	Джураев М.Д., Мирзараимова С.С.

1	Особенности диагностики и хирургического лечения периапулярных опухолей, осложненных механической желтухой	Каримов Ш.И., Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Бекназаров И.Р., Адашалиев А.Н.
1	Закрытый метод проведения гипертермической интраперитонеальной химиотерапии	Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Абдихакимов У.Н.
1	Значение гепатопротекторов в неoadьювантной химиотерапии	Холдарова З.Р., Норбекова М.Х., Мирзараимова С.С., Файзиев Ф.Ш.
1	Комплексная лучевая диагностика опухолевых поражений верхнего отдела пищеварительного тракта	В.Ш. Шарипов, И.К. Бобоев, Б.И. Рахмонов, Дж.Х. Шарипов
1	Корин бушлигидаги амалиётларда уюшган анестезияни афзалликлари	Саматов Б.А., Эргашева М.Э., Маъруфова Х.С.
1	Регионарная анестезия у онкоурологических больных с высоким операционно-анестезиологическим риском	Саматов Б.А., Тожибоев А.А.
1	Лечение больных с механической желтухи злокачественного генеза в условиях экстренной медицины	Хаджибаев А.М., Хаджибаев Ф.А., Тилемисов С.О., Хашимов М.А.
1	Методика внутрибрюшной лимфодиссекции и непосредственные результаты радикальных видеоассистированных вмешательств у больных раком желудка	Карачун А.М., Пелипась Ю.В., Сапронов П.А.
1	Непосредственные и отдаленные результаты комбинированных операций с резекцией магистральных сосудов при местно-распространенных неорганных опухолях забрюшинного пространства	Каприн А.Д., Рябов А.Б., Черемисов В.В., Хомяков В.М., Вашакмадзе Л.А., Колобаев И.В., Чайка А.В.
1	Непосредственные результаты послеоперационной гипертермической интраперитонеальной химиоперфузии	Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Абдухакимов У.Н., Сулаймонов Д.А.
1	Непосредственные результаты хирургического лечения рака кардиоэзофагеальной зоны	Джуманазаров Т.М., Юсупбеков А.А., Хайрутдинов Р.В., Расулов А.Э., Жураев Э.Э.
1	Новая технология в хирургии рака желудка	Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Худоёров С.С., Эшонов А.К.
1	Обходные анастомозы в онкохирургии: «от традиций к лапароскопии»	Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Салимов У.Р.
1	Обходные лапароскопической анастомозы - как быстрый, безопасный и щадящий способ улучшения качества жизни больных с нерезектабельными опухолями билио-панкреатодуоденальной зоны. Первый опыт оперативной тактики.	Назыров Ф.Г., Хашимов Ш.Х., Махмудов У.М., Садыков Н.С., Кабулов Т.М., Салимов У.Р.
1	Рентгенологическая диагностика опухолей антрального отдела желудка	Ходжибеков М.Х., Исмаилов М.Х., Каххарова Ф.Д., Рахмонова Г.Э.

1	Опыт нутритивной поддержки при РВО по поводу рака пищевода	Расулов А.Э., Мадиев Б.Т., Усманов Б.Б., Джуманазаров Т.М.
1	Опыт хирургического лечения при опухолях приампулярной зоны	Наврузов С.Н., Джураев М.Д., Максимкулов Д.М., Туйев Х.Н.
1	Оценка эффективности иммуномодуляторов при профилактике инфекционных осложнений после гастрэктомии	Ханходжаев Ш.Ш., Нуров Ж.Р.
1	Панкреатодигестивный анастомоз при гастропанкреатодуоденальной резекции	Хакимов М.Ш., Адылходжаев А.А., Иمامов А.А., Бутаев Л.А., Юнусов С.Ш.
1	Парэнтеральная коррекция агастрального синдрома	Юсупбеков А.А., Джураев М.Д., Эгамбердиев Д.М.
1	Постгастрэктомический синдром и пути коррекции	Юсупбеков А.А., Джураев М.Д., Худаяров С.С.
1	Поэтапное лечение нерезектабельности рака головки поджелудочной железы	Джураев М.Д., Бабаев А.К., Максимкулов Д.М., Худойбердиев А.Н.
1	Применение VATS при трансиатальной эзофагэктомии	Расулов А.Э., Кротов Н.Ф., Мадиев Б.Т., Сабиров Дж.Р., Чернышева Т.В.
1	Принципы мультимодального обезболивания у больных с злокачественными опухолями пищевода после экстирпации	Арифжанов А.Ш., Назырова Л.А., Ибадов Р.А.
1	Причинно-следственные связи развития бронхо-лёгочных осложнений у больных с злокачественными опухолями пищевода после экстирпации	Арифжанов А.Ш., Назырова Л.А., Стрижков Н.А., Ибадов Р.А.
1	Прогноз и эпидемиология заболеваемости злокачественными опухолями желудка в Ферганской области	Исламбекова З.А., Абдурахмонов Б.Б., Абдуллаев И.У., Клешнёв Д.И.
1	Рак желудка - Лимфаденопатия лимфатических узлов брыжейки тонкого кишечника: mts или не mts?	Абдихакимов А.Н., Касымов А.А., Исламов И.М.
1	Результаты верхней левой эвисцерации при местно-распространенном раке желудка	Джураев М.Д., Юсупбеков А.А., Худаяров С.С., Эгамбердиев Д.М.
1	Результаты комбинированной гастрэктомии (ГЭ) при прорастании опухоли в поджелудочную железу	Давыдов Р.А., Джураев Ф.М., Хакимов Г.А.
1	Результаты лечения GIST желудка	Джураев М.Д., Худаяров С.С., Локтионова Е.А., Нишанов Д.А., Бобожонов Э.Т.
1	Результаты лечения местно-распространенного рака желудка с учетом гормональных и генетических факторов прогноза	Имомов О.А., Пулатов Д.А., Юльчиева С.Х.
1	Результаты радикальных хирургических вмешательств при злокачественных новообразованиях печени	Джураев М.Д., Наврузов С.Н., Максимкулов Д.М., Досчанов М.Т.
1	Результаты хирургического и эндоскопического лечения рака желудка у больных старческого возраста	Рохоев Г.А., Неред С.Н., Стилиди И.С.