

## ОДНОМОМЕНТНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЖЕЛУДКА И ДИВЕРТИКУЛЁЗА ТОЩЕЙ КИШКИ

Р.З. ЮЛДОШЕВ<sup>1</sup>, А.А. ХОДЖАМКУЛОВ<sup>2</sup>, Д.Ш. НУРАЛИЕВ<sup>1</sup>, А.Ш. АБДУЛЛОЕВ<sup>3</sup>

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

<sup>2</sup> Республиканский онкологический научный центр, Душанбе, Республика Таджикистан

<sup>3</sup> Эндоскопическое отделение, Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Республика Таджикистан

В статье представлен случай сочетания рака желудка и дивертикулёза тощей кишки у 71-летней пациентки. Рак антрального отдела желудка был диагностирован до операции как клинически, так и инструментальными (эндоскопическими и рентгенологическими) и патоморфологическими методами. В ходе операции по поводу основного заболевания случайно был выявлен дивертикулёз тощей кишки. Учитывая резектабельность опухоли желудка и распространённость дивертикулёза кишечника, были выполнены резекция проксимального отдела тощей кишки, субтотальная резекция желудка с гастроэнтероанастомозом по Ру и лимфодиссекция в объёме D2. Ближайший послеоперационный период осложнился перфорацией стенки резецированного желудка, в связи с чем, по экстренным показаниям дефект был ушит. При контрольном рентгенологическом исследовании оставшаяся часть желудка и зона гастроэнтероанастомоза интакты, пассаж контраста по тощей кишке удовлетворительный. Пациентка на 12 сутки в удовлетворительном состоянии была выписана домой.

**Ключевые слова:** рак желудка, дивертикулёз тощей кишки, хирургическое лечение, симультанные операции.

**Для цитирования:** Юлдошев РЗ, Ходжамкулов АА, Нуралиев ДШ, Абдуллоев АШ. Одновременное хирургическое лечение рака желудка и дивертикулёза тощей кишки. *Вестник Авиценны*. 2021;23(1):124-9. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-124-129>

## SIMULTANEOUS SURGICAL TREATMENT OF STOMACH CANCER AND JEJUNAL DIVERTICULOSIS

R.Z. YULDOSHEV<sup>1</sup>, A.A. KHODZHAMKULOV<sup>2</sup>, D.SH. NURALIEV<sup>1</sup>, A.SH. ABDULLOEVEV<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Department of Oncology and Radiodiagnostics, Avicenna Tajik State Medical University, Dushanbe, Republic of Tajikistan

<sup>2</sup> Republican Scientific Oncology Center, Dushanbe, Republic of Tajikistan

<sup>3</sup> National Medical Center «Shifobakhsh», Dushanbe, Republic of Tajikistan

The article presents a case of a combination of stomach cancer and jejunal diverticulosis in a 71-year-old female patient. Stomach cancer was diagnosed preoperatively both clinically and by instrumental (endoscopic and radiological) and pathomorphological methods. During the surgery, jejunal diverticulosis was accidentally revealed. Considering the stomach cancer resectability and the presence of diffuse intestinal diverticulosis, resection of the proximal jejunum, distal subtotal gastrectomy, Roux-en-Y gastroenteroanastomosis, and D2 lymphadenectomy were performed. The immediate postoperative period was complicated by perforation of the anterior wall of the resected stomach, and defect was urgently sutured. Control X-ray examination showed that both the stomach and gastroenteroanastomosis were normal, the passage of contrast through the jejunum was satisfactory. The patient was discharged home on the 12<sup>th</sup> day in satisfactory condition.

**Keywords:** Stomach cancer, jejunal diverticulosis, surgical treatment, simultaneous operation.

**For citation:** Yuldoshev RZ, Khodzhamkulov AA, Nuraliev DSh, Abdulloev ASH. Odnomomentnoe khirurgicheskoe lechenie raka zheludka i divertikulyoza toshchey kishki [Simultaneous surgical treatment of stomach cancer and jejunal diverticulosis]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2021;23(1):124-9. Available from: <https://doi.org/10.25005/2074-0581-2021-23-1-124-129>

### ВВЕДЕНИЕ

Рак желудка (РЖ) является одним из наиболее распространённых онкологических заболеваний. Ежегодно от этого недуга в мире погибает до 850000 человек [1-3]. Япония занимает лидирующую позицию по заболеваемости РЖ, более 100 на 100 тыс. населения, т.е. 21% в общей структуре злокачественных новообразований по стране. Россия входит в первую десятку стран по уровню заболеваемости РЖ, занимая лидирующую позицию в мире по смертности от этой патологии [4, 5]. Следует отметить, что своевременная диагностика РЖ – это далеко не решённая проблема. При первичном обращении, у 67-70% больных диагностируют III-IV стадии опухолевого процесса. Индекс агрессивности опухоли (соотношение впервые выявленных больных и умерших в течение года) достаточно высок, для желудка этот по-

казатель достигает 53,5% [6, 7]. В Республике Таджикистан РЖ в структуре онкологических заболеваний занимает четвёртое место у мужчин и пятое место у женщин, а в структуре смертности от злокачественных новообразований – первое место. К регионам с высоким уровнем заболеваемости в республике относится Хатлонская область (6,2 на 100 тыс. населения) [8].

Одновременное развитие РЖ и дивертикулёза кишечника (ДК) – достаточно редкое явление, но, как показывает практика, может иметь место. Дивертикул – это врождённое или приобретённое слепо заканчивающееся выпячивание полого или трубкообразного органа. Отличительной чертой врождённых дивертикулов является то, что дивертикулярный мешок имеет все слои полого органа, а при приобретённых дивертикулах мышечный каркас в мешковидном выпячивании отсутствует. Дивертикулёз кишки – множественное образование дивертикулов

в виде мешковидных выпячиваний стенки кишечника, зачастую локализующихся по его брыжеечному краю. В связи с высокой перистальтической активностью и консистенцией содержимого тонкого кишечника именно эта локализация считается излюбленной. В связи с внедрением в клиническую практику высокотехнологичных методов диагностики, визуализация ДК стала более доступной. Дивертикул может поражать любой отдел ЖКТ, но чаще мишенью являются тонкая кишка (56%), толстая кишка (34%) и пищевод (9%). Кроме того, дивертикулы могут локализоваться в двенадцатиперстной кишке и мочевом пузыре [9].

Появление ДК некоторые авторы связывают с нарушением моторики кишечника и с последующим выпячиванием слизистой покрова между отдельными порциями мышечного каркаса. До возникновения осложнений в клиническом течении ДК установить правильный диагноз на основании анамнеза и жалоб больного практически невозможно [10, 11]. Данная патология встречается чаще у людей пожилого возраста, преимущественно у мужчин, кроме того, она может иметь врождённое происхождение [12].

Дивертикулы тонкого кишечника, как правило, не имеют чёткой клинической картины, проявляются только диспепсическими нарушениями. Диагностируются они в большинстве случаев при развитии осложнений, которые возникают в 10-30% случаев [13]. Для дивертикула характерны такие осложнения, как перфорация, кровотечение, кишечная непроходимость. Любое из осложнений способно привести к летальному исходу, который может достигать до 50% от всех осложнённых эпизодов заболевания.

В связи с относительной редкостью сочетания РЖ и ДК, мы решили продемонстрировать случай диагностики и лечения этой сочетанной патологии.

#### Клинический пример

Пациентка З., 71 год, была госпитализирована в Республиканский научный центр онкологии с диагнозом «Рак выходного отдела желудка, T3N1M0, II стадия, II клиническая группа». Состояние пациентки оценено как среднетяжёлое, при осмотре живот не увеличен в объёме, передняя брюшная стенка в акте дыхания участвует. При пальпации брюшная стенка мягкая, отмечаются боли в области эпигастрия справа. Опухоль пальпаторно не определяется, печень – у края рёберной дуги справа. Селезёнка не пальпируется. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Рентгеноконтрастное исследование органов верхнего этажа брюшной полости от 14.03.2019 г.: рак эвакуаторного канала желудка, дистально опухоль в двенадцатиперстную кишку не переходит. Проксимальная граница – на уровне нижней трети желудка, как по малой, так и по большой кривизне. Размер опухоли 6-7 см с экзофитным типом роста. Большая кривизна желудка находится на 6-7 см ниже гребешковой линии (рис. 1).

С целью диагностики выполнена ЭГДС (18.03.2019 г.; врач – к.м.н. Абдуллоев А.Ш.; аппарат Olympus): вход в пищевод свободный, последний не изменён, кардиальный жом смыкается полностью, в желудке небольшое количество светлой жидкости, складки слизистой желудка располагаются хаотично, местами не прослеживаются, слизистая желудка бледно-розовая. На расстоянии 62-65 см от края передних резцов, в зоне пилорического канала, выявляется бугристое язвенное образование с подрытым кратерообразным дном. Опухоль распространяется до привратника, края приподнятые, неравномерные. Верхне-горизонтальная часть дуоденума интактная, эндоскоп свободно



Рис. 1 Рентгенограмма с контрастированием желудка больной З.

проходит до нисходящей части последнего. Заключение: рак выходного отдела желудка, язвенная форма (Borjman II). Данные щипковой биопсии: аденокарцинома желудка, умеренно-дифференцированный вариант.

Учитывая субкомпенсированный опухолевой стеноз выходного отдела желудка (при нерезектабельности опухоли планировалось формирование обходного гастроэнтероанастомоза), КТ брюшной полости с контрастированием не было выполнено.

25.03.2019 г. больная оперирована. При ревизии со стороны печени патологии не найдено, париетальная и висцеральная брюшина интактная, имеет место долихосигма. Мочевой пузырь без особенностей, матка и яичники эволюционно атрофированы. При ревизии тощей кишки на расстоянии 15 см от связки Трейца, по брыжеечному краю, определяются мешковидные выпячивания в количестве 62 размерами от 2 до 6 см в диаметре (длина поражённого участка – 160 см) (рис. 2).

При ревизии желудка выявлено, что опухолевый процесс размером 5×7 см поражает серозный покров антрального отдела. Визуально определяется увеличение (до 1,0 см) двух лимфатических узлов по ходу общей печёночной артерии. Зона чревного ствола и селезёночных сосудов интактная. Учитывая размер и тип роста опухоли, наличие интактной зоны желудка примерно 14-15 см от опухоли до пищевода по малой кривизне, решено выполнить радикальную операцию. После резекции проксимального отдела тощей кишки на протяжении около 175 см (зона дивертикулёза) произведена субтотальная резекция желудка с гастроэнтероанастомозом конец в бок по Ру и межкишечным анастомозом бок в бок (рис. 3). Лимфодиссекция выполнена в объёме D2.

Макропрепараты: а) резецированная часть желудка размером 20×12 см с опухолью размером 5×7 см: поражение антрального отдела по малой кривизне с переходом на переднюю стенку желудка, тип роста опухоли – язвенный (Borjman II); б) резецированный сегмент тощей кишки имеет протяжённость 175 см; диаметр дивертикулов от 2 до 6 см; мезентериальные лимфоузлы не увеличены (рис. 4).



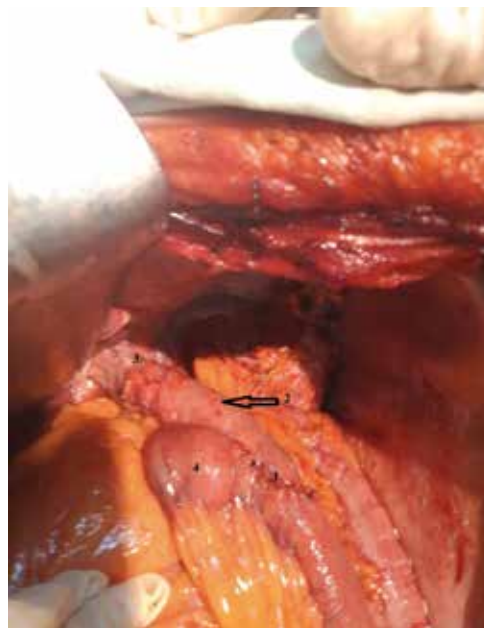
**Рис. 2** Интраоперационное фото: множественные мешковидные выпячивания по брыжеечному краю тощей кишки

Патоморфологическое заключение опухоли желудка: аденокарцинома желудка G2 с распространением до серозного слоя; метастатическое поражение 2 лимфоузлов по малой кривизне; по краям резекции опухолевых клеток не обнаружено. Заключение морфологического исследования резецированной части тощей кишки: дивертикулёз тонкого кишечника; хронический энтерит.

Течение послеоперационного периода до 5 суток было гладким. На пятые сутки возникла перфорация передней стенки резецированного желудка, в связи с чем, пациентка была экстренно оперирована – выполнено ушивание перфорационного отверстия. Причиной перфорации явилась травматизация стенки желудка дистальным концом назогастрального зонда. Дальнейшее послеоперационное течение – гладкое. На 12 сутки после операции выполнено контрольное рентгенологическое исследование ЖКТ, где отмечается полное восстановление пассажа бария (рис. 5).



**Рис. 4** Макпрепарат: резецированный сегмент тощей кишки с множеством дивертикулов



**Рис. 3** Интраоперационное фото: вид после наложенного гастроэнтероанастомоза

## ОБСУЖДЕНИЕ

Несмотря на внедрение самых современных визуализирующих методов исследования ЖКТ, на сегодняшний день РЖ зачастую диагностируется при III-IV стадиях, где почти у трети пациентов невозможно проведение радикальных операций [14, 15]. По распространённости РЖ входит в первую пятёрку онкологических заболеваний [1-3, 15]. В его генезе играет роль множество факторов, и уровень заболеваемости имеет прямую корреляционную связь с увеличением возраста [5]. Необходимо



**Рис. 5** Рентгенограмма оставшейся части желудка и зоны гастроэнтероанастомоза с удовлетворительным пассажем контраста: 1 – пищевод, 2 – желудок, 3 – гастроэнтероанастомоз, 4 – тощая кишка

отметить, что, нередко, РЖ сочетается и с другими заболеваниями ЖКТ, требующими оперативного лечения [12]. К таковым относится дивертикулёз кишечника (ДК), излюбленной локализацией которого является тонкая кишка.

Согласно данным Kim PS et al (2014), дивертикулёз тонкой кишки относится к редко диагностируемым заболеваниям, и у пациентов с РЖ выявляется крайне редко [12]. Авторы отмечают, что в 10-30% ДК имеет клинические проявления, хотя такие признаки, как перемещающиеся боли в животе, метеоризм, диарея и запор являются неспецифическими и характерны для других заболеваний. Авторы описывают собственное наблюдение, где у 67-летней пациентки был диагностирован РЖ с множественными дивертикулами двенадцатиперстной и тощей кишки, на фоне которых в течение 2 месяцев отмечено похудание на 19 кг. Пациентке была выполнена дистальная резекция желудка, гастродуоденостомия и лимфаденэктомия с хорошими непосредственными результатами. Однако авторами не была выполнена резекция изменённой части тощей кишки, хотя имелось около 30 дивертикулов по брыжеечному её краю размерами 2-3 см и на протяжении около 150 см от связки Трейца. Выбор в пользу наложения гастродуоденоанастомоза без резекции изменённой кишки был продиктован, как риском развития осложнений при наложении гастроеюностомии на фоне изменённой тонкой кишки дивертикулами, так и более физиологическим характером данного типа анастомоза [12].

Согласно данным недавно опубликованного обзора Żyluk A (2019), на сегодняшний день не имеется единого консенсуса по поводу хирургического лечения дивертикула тонкого кишечника. Автор определяет следующие критерии, оправдывающие активную хирургическую тактику при дивертикулёзе: возраст старше 50 лет, мужской пол, размеры дивертикула 2 см и более и наличие узкой шейки выпячивания. Ограничениями к выполнению дивертикулэктомии или резекции кишечника являются наличие перитонита, травма живота и преклонный возраст, при которых отмечается высокая частота осложнений после реконструктивных операций на кишечнике. В заключении автор отмечает, что выбор в пользу радикальных вмешательств или сохранения дивертикула должен определяться индивидуально в зависимости от конкретной ситуации [16].

Вместе с тем, при органосохраняющих операциях по поводу диагностированного ДК у пациентов с РЖ нередки случаи развития различных дивертикул-ассоциированных осложнений после гастрэктомии. Так, Tanaka H et al (2016) описывают клинический случай, где у пациентки в возрасте 81 года, перенёшей лапароскопическую дистальную резекцию желудка, через 21 день после операции отмечена перфорация дивертикула тонкой кишки. Это осложнение, по мнению авторов, было обусловлено наличием в дивертикуле непереваренной пищи. Пациентке

была выполнена дивертикулэктомия с гладким послеоперационным течением, и больная была выписана на 32 сутки после вмешательства [17].

В опубликованной работе Romano F et al (2001) сообщается, что дивертикулёзом ЖКТ страдает 1-3% населения, и в большинстве случаев дивертикулы диагностируются при развитии таких осложнений, как непроходимость кишечника, изъязвление, кровотечение, воспаление, перфорация и малигнизация. Авторы сообщают о случае успешного лечения пациента с бессимптомным дивертикулёзом, имевшим злокачественное перерождение и метастазирование в правый отдел толстого кишечника, который был случайно обнаружен во время гастрэктомии, выполненной по поводу аденокарциномы желудка. Пациенту была выполнена резекция подвздошной кишки с дивертикулом Меккеля, удаление мезентериальных метастазов, бисегментэктомия печени с тотальной гастрэктомией и наложением эзофагоюноанастомоза [18].

Что же касается ятрогенного повреждения желудка назогастральным зондом, которое имело место у нашей пациентки спустя 5 суток от операции, то, по данным литературы, данное осложнение носит редкий характер, и его причиной в основном является использование жёстких зондов. Daliya P et al (2012) описывают развитие подобного осложнения у 32-летнего пациента, перенёвшего лапаротомию и остановку кровотечения из-за разрыва аневризмы левой печёночной артерии. Спустя неделю после операции у больного возникла перфорация желудка, вызванная жёстким назогастральным зондом [19]. Согласно данным недавно опубликованной работы O'Connell F et al (2021), неправильное применение назогастрального зонда не только может привести к таким осложнениям, как носовое кровотечение и перфорация желудка, но и возможному развитию перфорации трахеобронхиального дерева и пневмотораксу. Авторы описывают случай развития правостороннего пневмоторакса у 60-летнего пациента вследствие неправильного размещения зонда [20].

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хотя сочетание рака желудка и дивертикулёза кишечника и является редким явлением, а диагностика неосложнённых форм последнего весьма затруднительна, однако применение в дооперационном периоде КТ органов брюшной полости с контрастированием в данном случае было бы правильной мерой. Незирая на различные подходы касательно выполнения симультанных операций при данном сочетании, наша тактика одномоментного вмешательства была оправданной, несмотря на возникшее, но не связанное с этим, осложнение ближайшего послеоперационного периода.


## ЛИТЕРАТУРА

1. Джуряев МД, Наврузов СН, Худоёров СС, Мирзараимова 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.

## REFERENCES

1. Dzhuraev MD, Navruzov SN, Khudoyorov SS, Mirzaraimova SS. Rak zheludka v podrostkom i yunosheckom vozraste [Stomach cancer in adolescence]. *Evraziyskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2013;3(10):636-43.
2. Bochkova TV, Mukhamadeeva DR. Sovremennye trendy endoskopicheskoy i laboratornoy diagnostiki pri rannem rake zheludka [Modern trends in endoscopic and laboratory diagnostics in early gastric cancer]. *Kreativnaya khirurgiya i onkologiya*. 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. Давыдов МИ. Заболеваемость злокачественными новообразованиями населения России и стран СНГ в 2007. *Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН*. 2009;20(3):52-90.
5. Стилиди ИС. Современные представления об основных принципах хирургического лечения местно-распространённого рака желудка. *Практическая онкология*. 2009;10(1):20-4.
6. Давыдов МИ, Туркин ИН, Давыдов ММ. *Энциклопедия хирургии рака желудка*. Москва, РФ: Эксмо; 2011. 536 с.
7. Стилиди ИС, Неред СН, Глухов ЕВ. Методика спленосохранной D2-лимфоаденэктомии в хирургии рака желудка. *Хирургия*. 2015;1:41-3.
8. Юлдошев РЗ, Зикиряходжаев ДЗ. Результаты хирургического лечения больных раком желудка с оставлением микроскопической опухоли по линии резекции. *Известия Академии наук Республики Таджикистан*. 2010;2:89-95.
9. Крадинов АИ, Черноротов ВА, Крадинова ЕА, Черноротова ЕВ, Воронин АА. Диагностика и лечение дивертикулярной болезни желудочно-кишечного тракта. *Таврический медико-биологический вестник*. 2019;22(1):153-63.
10. Avalos-Gonzales J, Zaizar-Magana A. Duodenal diverticulum in the third portion of duodenum as a cause of upper gastrointestinal bleeding and chronic abdominal pain. Case report and literature review. *Cir Cir*. 2008;76(1):65-9.
11. Здзитовецкий ДЭ, Белобарадов АА, Данилина ЕП. Дивертикулярная болезнь тонкой кишки с перфорацией и развитием распространённого гнойной перитонита. *Сибирское медицинское обозрение*. 2013;6:76-8.
12. Kim PS, Jung EJ, Bang HY. Small bowel diverticulosis in patient with early gastric cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2014;87(4):209-12. Available from: <https://doi.org/10.4174/astr.2014.87.4.209>
13. Поляруш НЯ. Методика двухэтапной зондовой энтерографии. *Радиология – практика*. 2001;2:27-33.
14. Хатамова МТ, Файзуллоева Н, Бурханова М. Актуальность эндоскопического исследования и гастроэнтерологические, морфологические особенности рака желудка. *Биология и интегративная медицина*. 2021;1:89-97.
15. Аскарлова ЗФ, Аскарлов РА, Чуенкова ГА. Динамика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований населения Республики Башкортостан. *Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины*. 2012;4:30-3.
16. Żyluk A. Management of incidentally discovered unaffected Meckel's diverticulum – a review. *Pol Przegl Chir*. 2019;91(6):41-6. Available from: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.3400>
17. Tanaka H, Doi K, Ogawa K, Yagi T, Umesaki N, Ozaki N, et al. A case of intestinal diverticular perforation in Roux-en-Y reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2016;43(12):1902-4.
18. Romano F, Franciosi C, Cerea K, Bravo AF, Colombo G, Isimbaldi G, et al. A case of carcinoid of Meckel's diverticulum associated with gastric adenocarcinoma. *Tumori*. 2001;87(4):272-5.
19. Daliya P, White TJ, Makhdoomi KR. Gastric perforation in an adult male following nasogastric intubation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2012;94(7):e210-2. Available from: <https://doi.org/10.1308/003588412X13171221502347>
20. O'Connell F, Ong J, Donelan C, Pourmand A. Emergency department approach to gastric tube complications and review of the literature. *Am J Emerg Med*. 2021;39:259.e5-259.e7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.07.038>
3. Pirogov SS, Sokolov VV, Belyakov MM, Kaprin AD. Ranniy rak zheludka: sovremennyy vzglyad na problemu [Early stomach cancer: A modern view of the problem]. *Sibirskiy onkologicheskiy zhurnal*. 2017;16(5):71-86.
4. Davydov MI. Zabolevaemost' zlokachestvennyimi novoobrazovaniyami naseleniya Rossii i stran SNG v 2007 [The incidence of malignant neoplasms in the population of Russia and the CIS countries in 2007]. *Vestnik RONTs im. N.N. Blokhina RAMN*. 2009;20(3):52-90.
5. Stilidi IS. Sovremennyye predstavleniya ob osnovnykh printsipakh khirurgicheskogo lecheniya mestno-rasprostranennogo raka zheludka [Modern ideas about the basic principles of surgical treatment of locally advanced gastric cancer]. *Prakticheskaya onkologiya*. 2009;10(1):20-4.
6. Davydov MI, Turkin IN, Davydov MM. *Entsiklopediya khirurgii raka zheludka [Encyclopedia of stomach cancer surgery]*. Moscow, RF: Eksmo; 2011. 536 p.
7. Stilidi IS, Nered SN, Glukhov EV. Metodika splenosokhrannoy D2-limfoadenektomii v khirurgii raka zheludka [The technique of splenosaving D2 lymphadenectomy in surgery for gastric cancer]. *Khirurgiya*. 2015;1:41-3.
8. Yuldoshev RZ, Zikiryakhodzaev DZ. Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya bol'nykh rakom zheludka s ostavleniem mikroskopicheskoy opukholi po linii rezektsii [Results of surgical treatment of patients with gastric cancer leaving a microscopic tumor along the resection line]. *Izvestiya Akademii nauk Respubliki Tadzhikistan*. 2010;2:89-95.
9. Kradinov AI, Chernorotov VA, Kradinova EA, Chernorotova EV, Voronin AA. Diagnostika i lechenie divertikulyarnoy bolezni zheludochno-kishechnogo trakta [Diagnosis and treatment of diverticular disease of the gastrointestinal tract]. *Tavricheskiy mediko-biologicheskiy vestnik*. 2019;22(1):153-63.
10. Avalos-Gonzales J, Zaizar-Magana A. Duodenal diverticulum in the third portion of duodenum as a cause of upper gastrointestinal bleeding and chronic abdominal pain. Case report and literature review. *Cir Cir*. 2008;76(1):65-9.
11. Zdzitovetskiy DE, Belobaradov AA, Danilina EP. Divertikulyarnaya bolezny' tonkoy kishki s perforatsiyey i razvitiem rasprostranennogo gnoynogo peritonita [Diverticular disease of the small intestine with perforation and the development of widespread purulent peritonitis]. *Sibirskoe meditsinskoe obozrenie*. 2013;6:76-8.
12. Kim PS, Jung EJ, Bang HY. Small bowel diverticulosis in patient with early gastric cancer. *Ann Surg Treat Res*. 2014;87(4):209-12. Available from: <https://doi.org/10.4174/astr.2014.87.4.209>
13. Polyarush NYa. Metodika dvukhetapnoy zondovoy enterografii [Two-stage probe enterography technique]. *Radialogiya – praktika*. 2001;2:27-33.
14. Khatamova MT, Fayzulloeva N, Burkhanova M. Aktual'nost' endoskopicheskogo issledovaniya i gastroenterologicheskie, morfologicheskie osobennosti raka zheludka [Relevance of endoscopic examination and gastroenterological, morphological features of stomach cancer]. *Biologiya i integrativnaya meditsina*. 2021;1:89-97.
15. Askarova ZF, Askarov RA, Chuenkova GA. Dinamika zabolevaemosti i smertnosti ot zlokachestvennykh novoobrazovaniy naseleniya Respubliki Bashkortostan [The dynamics of morbidity and mortality of malignant neoplasms in population of the Republic of Bashkortostan]. *Problemy sotsial'noy gigiyeny, zdavoookhraneniya i istorii meditsiny*. 2012;4:30-3.
16. Żyluk A. Management of incidentally discovered unaffected Meckel's diverticulum – a review. *Pol Przegl Chir*. 2019;91(6):41-6. Available from: <https://doi.org/10.5604/01.3001.0013.3400>
17. Tanaka H, Doi K, Ogawa K, Yagi T, Umesaki N, Ozaki N, et al. A case of intestinal diverticular perforation in Roux-en-Y reconstruction after laparoscopic distal gastrectomy. *Gan To Kagaku Ryoho*. 2016;43(12):1902-4.
18. Romano F, Franciosi C, Cerea K, Bravo AF, Colombo G, Isimbaldi G, et al. A case of carcinoid of Meckel's diverticulum associated with gastric adenocarcinoma. *Tumori*. 2001;87(4):272-5.
19. Daliya P, White TJ, Makhdoomi KR. Gastric perforation in an adult male following nasogastric intubation. *Ann R Coll Surg Engl*. 2012;94(7):e210-2. Available from: <https://doi.org/10.1308/003588412X13171221502347>
20. O'Connell F, Ong J, Donelan C, Pourmand A. Emergency department approach to gastric tube complications and review of the literature. *Am J Emerg Med*. 2021;39:259.e5-259.e7. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ajem.2020.07.038>

 СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

**Юлдошев Равшан Зокидович**, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино  
SPIN-код: 8918-1796  
Author ID: 1099494  
E-mail: uravshan@mail.ru

**Ходжамкулов Ашурали Акрамович**, заведующий торако-абдоминальным отделением, Республиканский онкологический научный центр  
E-mail: ashur\_90-90@mail.ru

**Нуралиев Диловар Шоймардонович**, аспирант кафедры онкологии и лучевой диагностики, Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино  
E-mail: 89156238500@gmail.com

**Абдуллоев Акбар Шукурович**, кандидат медицинских наук, врач-эндоскопист, Национальный медицинский центр «Шифобахш»  
E-mail: abdulloev1972@inbox.ru

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

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

**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, ААШ  
Сбор материала: ХАА, НДШ  
Анализ полученных данных: ЮРЗ, ААШ  
Подготовка текста: ЮРЗ, ХАА, НДШ  
Редактирование: ЮРЗ, ААШ  
Общая ответственность: ЮРЗ

Поступила 06.01.2021  
Принята в печать 29.03.2021

 AUTHOR INFORMATION

**Yuldoshev Ravshan Zokhidovich**, Doctor of Medical Sciences, Head of the Department of Oncology and Radiodiagnosics, Avicenna Tajik State Medical University  
SPIN: 8918-1796  
Author ID: 1099494  
E-mail: uravshan@mail.ru

**Khodzhamkulov Ashurali Akramovich**, Head of Thoracic-Abdominal Department, Republican Scientific Oncology Center  
E-mail: ashur\_90-90@mail.ru

**Nuraliev Dilovar Shokhimardonovich**, Postgraduate Student, Department of Oncology and Radiodiagnosics, Avicenna Tajik State Medical University  
E-mail: 89156238500@gmail.com

**Abdulloev Akbar Shukurovich**, Candidate of Medical Sciences, Endoscopist, National Medical Center «Shifobakhsh»  
E-mail: abdulloev1972@inbox.ru

**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 Radiodiagnosics, 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, AASh  
Data collection: KhAA, NDSH  
Analysis and interpretation: YuRZ, AASh  
Writing the article: YuRZ, KhAA, NDSH  
Critical revision of the article: YuRZ, AASh  
Overall responsibility: YuRZ

Submitted 06.01.2021  
Accepted 29.03.2021