

© ЕГОРОВА А. Т., КИСЕЛЕВА Е. Ю., БАЗИНА М. И., МАЙСЕЕНКО Д. А., ЦАРЮК Е. П.

УДК 618.3-06:616.33-006.6

СОЧЕТАНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ С ЗАПУЩЕННОЙ ФОРМОЙ РАКА ЖЕЛУДКА

А. Т. Егорова, ¹ Е. Ю. Киселева, ¹ М. И. Базина, ¹ Д. А. Маисеенко, ¹ Е. П. Царюк ²

¹ ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения РФ

им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, ректор – д.м.н., проф. И. П. Артюхов;

кафедра акушерства и гинекологии ИПО, зав. – д.м.н., проф. А. Т. Егорова,

² КГБУЗ Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона, Красноярск,

гл. врач – к.м.н., доцент В. А. Фокин.

Резюме. Представлен клинический случай запущенной формы рака желудка у беременной женщины. Данная патология у беременных встречается редко и представляет большие трудности для верификации диагноза, как у врачей акушеров-гинекологов, так и у врачей гастроэнтерологов. Авторами акцентируется внимание на развитии клинических признаков опухоли еще до наступления беременности, ошибки и сложности диагностики.

Ключевые слова: беременность, роды, рак желудка, диагностика.

COMBINATION OF THE PREGNANCY WITH NEGLECTED FORM OF CANCER STOMACH

A. T. Egorova ¹, E. Yu. Kiseleva ¹, M. I. Bazina ¹, D. A. Maisenko ¹, E. P. Tsaryuk ²

¹Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V. F. Voyno-Yasenyetsky,

Krasnoyarsk clinical hospital №20 named after B. S. Berzon, Krasnoyarsk.

Abstract. Here is the clinical case of neglected form of the stomach cancer in a pregnant woman. This pathology in pregnant women is rare and is very difficult to verify the diagnosis, as well as at the doctors obstetricians-gynecologists, so the doctors gastroenterologists. The authors focus the attention on the development of clinical signs of tumor before pregnancy, errors and complexity of diagnosis.

Key words: pregnancy, childbirth, stomach cancer, diagnosis.

В мире наблюдается постоянный и неуклонный рост заболеваемости злокачественными опухолями. Ежегодный прирост онкологических больных составляет 2,2%, а общий прирост населения, в связи со снижением рождаемости, всего 1,3%. Рак желудка (РЖ) остается одним из самых распространенных заболеваний в мире [4]. Ежегодно регистрируется почти 800 тысяч новых случаев и 628 тысяч смертей от этого заболевания. Каждый год в литературе появляются новые описания сочетания рака желудка и беременности. Это связано с тем, что у больных раком желудка фертильность не нарушена. Средний возраст беременных составляет 29 лет [2, 3].

Клиническая картина рака желудка характеризуется отсутствием закономерностей. В начальной стадии нередко отмечается так называемый синдром малых признаков: изменение самочувствия больного, общая слабость, утомляемость, снижение трудоспособности, немотивированное снижение аппетита, отвращение к мясу, «желудочный дискомфорт» – метеоризм, чувство тяжести, тошнота, иногда рвота, похудание, бледность, анемизация, психическая депрессия, апатия. Не являясь патогномичным, синдром малых признаков требует от врача направленного исследования больного.

Многообразие проявлений клинической картины рака желудка связано с локализацией опухоли, формой роста, распространенностью процесса, осложнениями. В связи с преобладанием тех или иных симптомов выделяют бессимптомную, диспептическую, болевую, лихорадочную, анемическую, кахектическую (терминальную) формы рака желудка. Однако чаще всего клиническая картина не укладывается в эту схему, носит более сложный характер. Поскольку все симптомы

нечеткие, клиника смазана – диагностика становится возможной в тяжелых, далеко зашедших случаях.

Сходство ранних симптомов рака желудка и признаков токсикоза первой половины беременности приводит к тому, что диагноз устанавливается поздно и часто уже на стадии пальпируемых метастазов в эпигастральных лимфатических узлах. Метастазы в яичники, по данным литературы, встречаются в каждом третьем-четвертом случае [1].

Диагноз рака желудка устанавливается на основании ФГС с прицельной биопсией. Почти в 90% случаев диагноз рака желудка ставится во II и III триместре беременности. Поздняя диагностика, возможность материнской смерти до конца беременности и высокая частота прерывания беременности ухудшают прогноз для матери и плода, только 38% детей рождаются живыми [5]. Прогноз для матери неблагоприятный: 5-летняя выживаемость при сочетании рака желудка и беременности составляет всего 2,9 % [2]. Таким образом, можно говорить о неблагоприятном влиянии беременности на клиническое течение рака желудка.

Лечение только оперативное, на сегодняшний день для рака желудка нет четко обоснованного дополнительного лечения. Поскольку дополнительные методы малоэффективны, оперативное вмешательство является единственным шансом на выздоровление.

Акушерская тактика, зависит как от степени распространения процесса, так и от срока беременности. Если опухоль операбельна, в I триместре показаны хирургическое лечение рака желудка и прерывание беременности. Во II триместре возможна одномоментная резекция желудка и кесарево се-

чение. В III триместре тактика определяется в зависимости от индивидуальных особенностей; при жизнеспособном плоде резекция желудка сочетается с кесаревым сечением. Если опухоль не операбельна, возможно, только паллиативное вмешательство. Метастазы в яичники не являются противопоказанием для вмешательства на желудке. Нельзя согласиться с рекомендациями длительной выжидательной тактики при операбельном раке желудка, так как трудно учесть темпы роста и распространения опухоли. При далеко зашедшем раке желудка, когда прогноз для матери безнадежен, на первое место ставятся интересы будущего ребенка. Зачастую беременность является «психологическим препятствием для правильной диагностики рака желудка», поэтому рекомендуется женщинам, страдающим язвенной болезнью желудка, «закончить» медикаментозное или хирургическое лечение до зачатия, иначе необходим постоянный эндоскопический контроль с прицельной биопсией на протяжении всей беременности.

Описание собственного клинического случая

Беременная 31 год, работающая, имеет среднее образование, вдова (муж погиб при настоящей беременности, несчастный случай). Поступила в родильный дом по направлению врача женской консультации 31.10.2014 года с диагнозом: беременность 37 недель. Преждевременное созревание плаценты. Синдром задержки роста плода I степени. Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

Из соматического анамнеза выяснено, что в детстве перенесла корь, скарлатину, в 15 лет выполнена аппендэктомия, хронический пиелонефрит с обострением 1 раз в год, на учете не состоит, хронический гастрит в течение двух лет, на диспансерном учете не состоит, регулярно не наблюдается.

Наследственность отягощена онкологическими заболеваниями у родственников первой линии (у матери и бабушки рак желудка). Из вредных привычек — табакокурение в течение 10 лет.

Пациентка в 2013 году проходила обследование в связи с жалобами на боли в эпигастральной области, тошноту, снижение аппетита, потерю массы тела на 10 кг. Амбулаторно была проведена фиброгастроскопия (ФГС), по заключению которой, был диагностирован хронический гастрит, эзофагит, биопсия не проводилась. Рекомендована диета, прием пищеварительных ферментов, ингибитора протонной помпы с положительным эффектом.

Гинекологический анамнез: менструальная функция не нарушена, менархе в 13 лет, половая жизнь с 17 лет. В 2010 году получала лечение трихомониаза и хламидийной инфекции, после чего отмечался хронический аднексит с обострениями 3-5 раз в год.

При анализе репродуктивного анамнеза установлено, что беременность у пациентки была пятая и первые предстоящие роды.

Пациентка, до обращения в женскую консультацию, самостоятельно обследовалась в одной из частных клиник города и предъявила результаты обследования: УЗИ молочных желез от 03.04.2014 г. — без патологии, УЗИ органов брюшной полости от 07.04.2014 г. — диффузные (умеренные) изменения печени, протоковые изменения поджелудочной железы.

На учете в женской консультации с 7 недель. (16.04.2014 г.), при взятии на учет рост 156 см., вес 47,8 кг, степень перинатального риска средняя (9 баллов) и учитывая отягощенный акушерский анамнез, даны традиционные рекомендации.

В женской консультации обследована полностью, общее количество посещений составило — 6 раз. В 7 недель (16.04.2014г.) осмотрена терапевтом — хронический пиелонефрит, ремиссия; табакокурение; консультация окулиста — патологии не выявлено. Прибавка массы тела за время беременности 6 кг.

За время наблюдения в женской консультации проведено трехкратное УЗИ в скрининговые сроки:

14.05.14г. — беременность 12-13 недель, область придатков без особенностей;

02.07.14 г. — беременность 19-20 недель. Гемодинамические нарушения IA степени. Область придатков без особенностей;

03.09.14 г. — беременность 28-29 недель. Преждевременное созревание плаценты. Гемодинамические нарушения IA ст. КТГ — нормотип.

Течение настоящей беременности в 11-12 недель осложнилось угрозой прерывания и рвотой беременной средней степени тяжести, по поводу чего в течение 10 дней проводилось лечение. Жалобы при поступлении на тошноту, рвоту до 15 раз в сутки, тянущие боли внизу живота, похудание (отмечала снижение массы тела на 7 кг).

Беременная консультирована терапевтом, заключение: рвота беременной. Дискинезия желчевыводящих путей. Синдром раздражения кишечника с запорами. Хронический пиелонефрит вне обострения. Было рекомендовано: диета, гепатопротекторы растительного происхождения, поливитамины для беременных. На фоне проводимой инфузионной терапии симптомы быстро купированы и на десятые сутки беременная выписана под наблюдение врача в женской консультации.

В сроке гестации 28 недель беременная направлена в родильный дом КГБУЗ «КМКБ №20 им. И.С. Берзона»: беременность 28 недель, преждевременное созревание плаценты. Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Синдром задержки роста плода I степени. Гемодинамические нарушения I степени. Гепатит С. Табакокурение. При поступлении предъявляла жалобы на появление геморрагической сыпи на груди и нижних конечностях, которые отмечает с момента появления рвоты. В отделении патологии беременных проведено обследование:

ОАК — в пределах физиологической нормы для беременности, некоторое снижение Нв до 110 г/л.; система гемостаза — умеренный уровень тромбинемии в сочетании с хронометрической гиперкоагуляцией. Концентрация фибриногена превышает уровень допустимой для данного срока беременности; в биохимическом анализе крови: гипопропротеинемия (общий белок до 62 г/л.); ОАМ — в пределах нормы.

За время наблюдения в родильном доме жаловалась на слабость, усталость, при ежедневном мониторинговании цифр АД, наблюдалась гипотония 90/60 мм рт.ст. Беременная связывала свое состояние с семейным неблагополучием (погиб муж и умерла мать), в связи с чем, консультирована медицинским психологом — выявлен стойкий депрессивный фон настроения, синдром когнитивного истощения.

Консультирована дерматологом, заключение: дерматит, вызванный расширением поверхностных сосудов и капилляров с образованием сосудистых звездочек, по заключению ангиохирурга — патологии артерии и вен не выявлено.

В течение 10 дней в отделении проводилась терапия низкомолекулярными гепарином (клексан), микронизированный прогестерон 200 мг, антианемическая терапия – сорбифер, проведен профилактический курс РДС плода – дексаметазон в суммарной дозе – 24 мг.

Перед выпиской из родильного дома осмотрена терапевтом: до беременности диспептические явления, нарушение стула, запоры. В период беременности жалоб не предъявляет. Выявлен гепатит С. Печень не увеличена. Лимфатические узлы всех групп не увеличены. Диагноз терапевта: хронический гепатит С – стадия интеграции, активность 0. Хронический гастрит. Синдром раздраженного кишечника. Хронический пиелонефрит. Рекомендации: консультация инфекциониста и гастроэнтеролога по месту жительства. Выписана под наблюдение врача женской консультации с диагнозом: Беременность 29 недель 6 дней. Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Синдром задержки роста плода I степени. Гемодинамические нарушения I степени. Нарушения в системе гемостаза. Хронический гепатит С – стадия интеграции, активность 0. Хронический гастрит, панкреатит. Синдром раздраженного кишечника.

В сроке гестации 32-33 недели консультирована специалистами Перинатального центра и был выставлен диагноз: беременность 32-33 недели. Хронический гепатит С в стадии интеграции, активность 0. Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Преждевременное созревание плаценты. Отягощенный акушерский анамнез. Первые предстоящие роды в 31 год.

Даны рекомендации: режим труда и отдыха, контроль АД и веса, контроль КТГ, ЦДК, УЗИ в скрининговые сроки, дородовая госпитализация в 37-38 недель в родильный дом по месту жительства.

Беременная повторно поступила в родильный дом «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона» по направлению врача женской консультации на дородовую госпитализацию с диагнозом: беременность 37 недель. Преждевременное созревание плаценты. Синдром задержки роста плода I степени. Отягощенный акушерский анамнез. Травма копчика в анамнезе.

Учитывая заключение хирурга, решено родоразрешить путем операции кесарева сечения в плановом порядке.

В стационаре беременная пожаловалась на двукратную рвоту с кровью, после чего проведена ФГДС, где выявлена язва кардии, поверхностный диффузный гастрит. Из-за риска желудочно-кишечного кровотечения биопсия не проведена, назначены омепразол, маалокс – без положительного эффекта.

Проведена консультация гастроэнтерологом, назначена повторная ФГДС с обязательной биопсией. Заключение биопсии: С-г кардиального отдела желудка с переходом на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома.

Проводится консилиум совместно с врачом онкологом и выставляется диагноз: беременность 38 недель. С-г кардиального отдела желудка с переходом на пищевод. Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода. Травма копчика в анамнезе.

Заключение консилиума: учитывая тяжелую экстрагенитальную патологию, родоразрешить операцией кесарева сечения в плановом порядке совместно с онкологом в виду опасности желудочно-кишечного кровотечения и для определения распространения онкологического процесса.

Операция: лапоротомия, извлечена живая доношенная девочка, массой 2900 г., длиной 50 см, с оценкой по шкале Апгар 8/8 баллов. При ревизии органов брюшной полости обнаружено, что правый яичник увеличен до 6*8 см, оболочка плотная (Крукенберговская метастатическая опухоль), метастазы в брюшину, обширный канцероматоз брюшной полости. Общая кровопотеря – 600 мл.

Заключительный диагноз после операции: Срочные оперативные роды I в 38 недель. Хроническая фето-плацентарная недостаточность. Хроническая гипоксия плода. С-г cardia с переходом на пищевод IV ст. Канцероматоз брюшной полости. Метастазы Крукенберга справа.

В послеоперационном периоде – состояние тяжелое, которое обусловлено основным заболеванием. Получала инфузионную, противовоспалительную, антибактериальную, сокращающую, антианемическую терапию.

Учитывая сопорозное состояние женщины, с целью исключения метастатического поражения головного мозга, было проведено КТ головного мозга: КТ-признаки могут соответствовать наружной гидроцефалии. Повторно сделано УЗИ органов брюшной полости и малого таза, без отрицательной динамики.

На пятые сутки после операции проведен консилиум в составе онколога, акушера-гинеколога, гастроэнтеролога. Дано заключение: планировать проведение пациентке курса паллиативной химиотерапии после стабилизации общего состояния и нормализации лабораторных показателей (коррекция анемии). Родильница переведена в краевой онкологический центр в отделение общей хирургии на шестые сутки.

Заключение гистологического исследования правого яичника от 12.11.14 г.: гистологическая картина наиболее соответствует метастазу низкодифференцированной аденокарциномы с наличием перстневидных клеток.

Заключение гистологического исследования брюшины от 12.11.14 г.: гистологическая картина не противоречит метастазу низкодифференцированной аденокарциномы с наличием перстневидных клеток.

Заключение гистологического исследования послеродового от 12.11.14 г.: без выраженных патологических изменений.

В настоящее время женщина жива, проходит курс паллиативной терапии в условиях краевого онкологического центра, дочь ее здорова, развивается соответственно возрасту.

В чем причина запущенной формы рака желудка у беременной?

Пациентка до планирования беременности в 2013 году обследована в частной клинике, где была проведена ФГДС и выставлен диагноз хронического гастрита, эзофагита. Биопсия не проведена. Во время госпитализации по поводу рвоты беременной терапевтом не собран правильно анамнез, не учтена наследственность, что и привело к неполному обследованию.

По-видимому, беременность была «психологическим препятствием для правильной диагностики рака желудка». Учитывая отягощенный акушерско-гинекологический анамнез, клиническую картину, тяжесть рвоты, наследственный фактор, вредные привычки, необходимо было провести консилиум для решения вопроса о возможности пролонгирования беременности, верификации диагноза и прогноза для матери и плода. В гинекологическом отделении, учитывая наследственный анамнез беременной, наличие хронического

гастрита, эзофагита, тяжелую рвоту (15 раз в сутки) в сроке гестации 12-13 недель и потерю массы тела, следовало назначить дополнительное обследование – ФГДС (беременность не является противопоказанием для ее проведения), назначить консультацию гастроэнтеролога, а не отправлять беременную через 10 дней к участковому врачу акушеру-гинекологу.

Таким образом, своевременной постановке диагноза рака желудка в данном клиническом случае воспрепятствовали; во-первых, особенности клинической картины рака данной локализации, нечеткость симптомов, сходство их с жалобами, предъявляемыми женщиной при беременности. Во-вторых, недооценка наследственности, анамнеза и жалоб врачами терапевтического звена привели к тому, что у данной беременной рак желудка выявлен накануне родоразрешения, после манифестации симптомов (желудочное кровотечение). За счет того, что симптоматика рака желудка на ранних стадиях неспецифична, и болезнь манифестируется в запущенных стадиях – именно эта особенность опухоли и привела к поздней диагностике.

Литература

1. Добродеев А.Ю. Беременность и рак желудочно-кишечного тракта // Сибирский онкологический журнал. – 2003. – №3. – С.37-39.
2. Протасова А.Э., Протасов Д.А. Редкие сочетания злокачественных опухолей и беременности // Практическая онкология. – 2009. – Т. 10, № 4. – С.220-221.
3. Шаназаров Н.А., Машкин А.М., Сагандыков Ж.К., Мидленко А.А. Рак желудка. Эпидемиологические особенности на современном этапе // Современные проблемы науки и образования. [Электронный научный журнал]. – 2014. – № 4. URL: <http://www.science-education.ru/118> (дата обращения 24.05.2015).
4. Yuxuan Chen, Yao Li, Hong Wang, Junli Lu, Mulan Jin, Zhenyu Zang. Maternal gastric carcinoma with metastasis to the placenta: A case report // Oncology Letters – 2014. – № 8. – P. 2509-2510.
5. Alpaslan Terzi, Sacit Çoban, Fahrettin Yıldız, Şahin Aksoy, Harun Toy, Ali Uzunkoy Surgical. Treatment of a Gastric Cancer in a Pregnant Woman without Performing Abortion // European Journal of General Medicine. – 2010; – №7(1). – P. 111-113.

References

1. Dobrodeev A.Yu. Pregnancy and cancer of the gastrointestinal tract // Siberian Journal of Oncology. – 2003. – №3. – P. 37-39.
2. Protasova A.E., Protasov D.A. The rare combination of cancer and pregnancy // Practical Oncology. – 2009. – Vol. 10, № 4. – P. 220-221.
3. Shanazarov N.A., Mashkin A.M., Sagandykov Zh.K., Midlenko A.A. Stomach cancer. Epidemiological features at the present stage // Modern problems of science and education. [Electronic Scientific Journal]. – 2014. – № 4. URL: <http://www.science-education.ru/118> (date of appeal 24.05.2015).
4. Yuxuan Chen, Yao Li, Hong Wang, Junli Lu, Mulan Jin, Zhenyu Zang.

Maternal gastric carcinoma with metastasis to the placenta: A case report // Oncology Letters – 2014. – № 8. – P. 2509-2510.

5. Alpaslan Terzi, Sacit Çoban, Fahrettin Yıldız, Şahin Aksoy, Harun Toy, Ali Uzunkoy Surgical. Treatment of a Gastric Cancer in a Pregnant Woman without Performing Abortion // European Journal of General Medicine. – 2010; – №7(1). – P. 111-113.

Сведения об авторах

Егорова Антонина Тимофеевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; тел. 8 (391)2360621; e-mail: fetus@krasgma.ru.

Киселева Елена Юрьевна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; тел. 8 (391)2373389; e-mail: glebova-tk@yua.ru.

Базина Марина Ивановна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; тел. 8 (391)2642983; e-mail: sonya189@mail.ru.

Маисенко Дмитрий Александрович – кандидат медицинских наук, доцент кафедры акушерства и гинекологии ИПО, ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого МЗ РФ.

Адрес: 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д.1; тел. 8 (391)2642983; e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru.

Царюк Елена Павловна – заместитель главного врача по акушерству и гинекологии КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница №20 имени И. С. Берзона».

Адрес: 660014, г. Красноярск, ул. Инструментальная, д.12; тел. 8 (391)2642487; e-mail: roddomgkb20@mail.ru.

Authors

Yegorova Antonina Timofeyevna – Dr.Med.Sc., Professor, Head of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Post-Diploma Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Street, Krasnoyarsk, RF, 660022; Phine: 8 (391) 2360621; e-mail: fetus@krasgma.ru.

Kiseleva Elena Yuryevna – Cand.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Street, Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone.: 8 (391) 2360621; e-mail: kiselevae.kgmu@yandex.ru.

Bazina Marina Ivanovna – Cand.Med.Sc, Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Street, Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2642983; e-mail: sonya189@mail.ru.

Maiseenko Dmitriy Aleksandrovich – Cand.Med.Sc., Associate Professor of the Department of Obstetrics and Gynecology of the Institute of Postgraduate Education, Krasnoyarsk State Medical University named after Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Ministry of Health of the Russian Federation.

Address: 1, P. Zheleznyak Street, Krasnoyarsk, RF, 660022; Phone: 8 (391) 2642983; e-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru.

Tsaryuk Elena Pavlovna – Deputy Chief Doctor (obstetrics gynecology), Krasnoyarsk Clinical Hospital №20 named after B.S. Berzon.

Address: 12, Instrumental Street, Krasnoyarsk, RF, 660014; Phone: 8 (391) 2642487; e-mail: roddomgkb20@mail.ru.

Лекции

© БОЯКОВА Н. В.

УДК 616.33-006.6-089

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ХИРУРГИЧЕСКОМУ ЛЕЧЕНИЮ РАКА ЖЕЛДУКА

Н. В. Боякова

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого

Министерства здравоохранения РФ, ректор – д.м.н., проф. И. П. Артюхов;

кафедра общей хирургии имени проф. М. И. Гульмана, зав. – д.м.н., проф. Ю. С. Винник.

