

Сергей Николаевич Неред¹, Ирина Владимировна Поддубная²,
Иван Сократович Стилиди³, Василий Александрович Шаленков⁴

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ОСЛОЖНЕННЫХ ФОРМ ПЕРВИЧНЫХ НЕХОДЖКИНСКИХ ЛИМФОМ ЖЕЛУДКА

¹ Д. м. н., ведущий научный сотрудник, хирургическое отделение № 6 (абдоминальной онкологии) НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

² Член-корреспондент РАМН, профессор, г. м. н., заведующая, кафедра онкологии РМАПО (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

³ Член-корреспондент РАМН, профессор, г. м. н., заведующий, хирургическое отделение № 6 (абдоминальной онкологии) НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

⁴ Аспирант, хирургическое отделение № 6 (абдоминальной онкологии) НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН (115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24)

Адрес для переписки: 115478, РФ, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, НИИ клинической онкологии РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН, хирургическое отделение № 6 (абдоминальной онкологии), Шаленков Василий Александрович; e-mail: shalencov.vasilii@yandex.ru

Представлены результаты лечения 66 больных с осложненными формами первичных неходжкинских лимфом желудка. Кровотечение наблюдалось у 49, стеноз — у 11 и перфорация — у 6 больных. Установлено, что эти осложнения могут развиваться на любой стадии опухолевого процесса и стать главной причиной летального исхода. Выявлены следующие гистологические формы: диффузная В-крупноклеточная лимфома — 50 (76%), MALT-лимфома — 12 (18,5%), лимфома Беркитта — 4 (6%). У 57 больных выполнены радикальные и паллиативные гастрэктомии и резекции желудка, у — 9 шунтирующие и эксплоративные операции. Общая послеоперационная летальность составила 11%, а в группе радикально оперированных — 2,3%. В дальнейшем все пациенты получали химиотерапию в различных режимах. Выживаемость за 5 и 10 лет больных с осложненными формами лимфом желудка составила 65 и 36%, что практически соответствует результатам лечения неосложненных лимфом желудка. Важная роль в достигнутых результатах принадлежит паллиативным гастрэктомиям и резекциям желудка. Благодаря эффективной химиотерапии 1/3 больных живут более 10 лет после паллиативного вмешательства.

Ключевые слова: лимфома желудка, хирургия, осложнения.

Первичные неходжкинские лимфомы (НХЛ) составляют от 5 до 10% всех злокачественных опухолей желудочно-кишечного тракта [1]. С конца 80-х годов прошлого столетия отмечается тенденция к росту заболеваемости НХЛ. Среди экстранодальных форм НХЛ лимфомы желудочно-кишечного тракта находятся на первом месте. У 96% пациентов имеется изолированное вовлечение в опухолевый процесс одного отдела пищеварительного тракта, и лишь у 4% поражаются два отдела и более [2]. Поражение желудка отмечено в 50—70% случаев [3].

Примерно у 20—25% больных в дебюте заболевания или в процессе лечения диагностируются осложнения опухолевого процесса [2, 4], к которым относятся кровотечение из опухоли, перфорация или стеноз желудка,

вызванные непосредственно опухолью. Развитие таких осложнений может стать причиной смерти больных лимфомами на любой стадии процесса [2].

Несмотря на совершенствование методов консервативной гемостатической терапии и появление интенсивных схем химиотерапии (ХТ), позволяющих в короткие сроки уменьшить явления стеноза, хирургии принадлежит ведущая роль в лечении осложненных форм лимфом. Перфорация желудка служит абсолютным показанием к выполнению экстренной операции [4].

Изучению осложненного рака желудка посвящены многочисленные исследования и диссертационные работы. В то же время анализ осложнений лимфом желудочно-кишечного тракта практически не представлен в отечественной и зарубежной специальной литературе, хотя эта проблема не менее актуальна. Спектр осложнений лимфом такой же, как и при других опухолях желудочно-кишечного тракта, но с учетом приоритетного приме-

нения консервативных методов лечения, в ряде случаев осложнения могут возникать на фоне ХТ, побочное действие которой затрудняет их диагностику и лечение.

Цель нашего исследования заключается в анализе результатов хирургического лечения пациентов с осложненными формами первичных НХЛ.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН с 1984 по 2009 г. по поводу осложнений НХЛ желудка оперированы 66 пациентов (38 мужчин и 28 женщин, средний возраст 51,4 года). Случаи кровотечения из неопухолевых язв и перфорации желудка вне зоны специфического поражения в исследование не включали. Среди осложнений имелись кровотечение — 49 (74%), стеноз — 11 (17%), перфорация — 6 (9%). У всех пациентов диагноз лимфомы был верифицирован методами световой микроскопии и иммуногистохимии. Наблюдались следующие гистологические формы: диффузная В-крупноклеточная лимфома — 50 (76%), MALT-лимфома — 12 (18,5%), лимфома Беркитта — 4 (6%).

Антральный отдел желудка был поражен у 22 (33%) пациентов, тело — у 9 (14%), проксимальный отдел — у 6 (9%). У 29 (44%) больных наблюдалось тотальное или мультицентрическое поражение желудка. В соответствии с классификацией, утвержденной в Лугано (1993), установлены следующие стадии болезни: Ia — у 2 (3%), Ib — у 24 (36%), IIa — у 8 (12%), IIb — у 11 (17%), IVa — у одного (1,5%), IVb — у 20 (30%) больных.

Для оценки типа роста опухоли использовали эндоскопическую классификацию макроскопических форм лимфом, предложенную Б. К. Поддубным [5] и дополненную О. А. Малыховой [6]. В группе наших пациентов у 5 (7,6%) наблюдалась инфильтративная форма роста, у 12 (18,2%) — экзофитная, у 23 (34,8%) — язвенная и у 26 (39,4%) — смешанная.

У 46 (70%) больных осложнения реализовались до начала ХТ, у 8 (12%) проявились непосредственно во время проведения ХТ, что послужило причиной прерывания курса. У 12 (18%) пациентов осложнения наблюдались после очередного курса лечения. Применялись следующие схемы: АСОР, СНОЕР, СНОР, СОР и МОРР.

В группе больных, получавших ХТ до развития осложнения ($n = 20$), лейкопения выявлена у 5 (9%), тромбоцитопения — у 6 (9%) и сочетание лейко- и тромбоцитопении — у 9 (14%).

Отдаленные результаты прослежены у всех 59 (100%) больных с осложненными формами лимфом желудка, перенесших хирургическое лечение.

Статистический анализ данных выполнен с помощью программного пакета Statistica для Windows (StatSoft Inc., 2004, версия 6.1). Сравнение полученных значений осуществляли с использованием критерия χ^2 Пирсона и точного критерия Фишера. Построение кривых выживаемости проводили по методу Каплана—Мейера, достоверность различий показателей выживаемости оценивали по критерию Гехана—Вилкоксона.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе зависимости характера осложнений лимфомы желудка от ее гистологической формы характер-

ное для какой-либо конкретной гистологической формы осложнение не выявлено. Кровотечение, перфорация и стеноз наблюдались при диффузной В-крупноклеточной лимфоме в 74, 8 и 18%, при лимфоме Беркитта — в 50, 25 и 25%, при MALT-лимфоме — в 83,3, 8,3 и 8,3% случаев соответственно.

Макроскопические формы лимфомы и характер осложнений представлены в табл. 1.

Кровотечение из опухоли желудка и перфорация при язвенной и смешанной формах роста развивались значительно чаще, чем при инфильтративной и экзофитной формах лимфом (91,3 и 88,5% против 20 и 33,3% соответственно; $p < 0,01$). Инфильтративные и экзофитные формы чаще приводили к стенозу желудка.

Следует отметить, что у пациентов, получавших ХТ (табл. 2), перфорация желудка наблюдалась существенно чаще (в 20% случаев), чем в группе больных без предшествующей ХТ (4,3%; $p = 0,063$). Это может быть обусловлено быстрым некрозом опухоли под влиянием ХТ. Напротив, кровотечение чаще развивалось у больных, не получавших ХТ, хотя, следовало бы ожидать, что ХТ приведет к тромбоцитопении и нарушениям свертывающей системы. В связи с этим мы проанализировали взаимосвязь между характером осложнений и наличием у больных гематологических нарушений (табл. 3).

Гематологические нарушения, в том числе тромбоцитопения, не приводили к увеличению доли кровотечений в структуре осложнений. У пациентов без гематологических нарушений кровотечение составило 84,8% всех осложнений, а при тромбоцитопении — 67% ($p > 0,1$). Преобладание случаев перфорации желудка в группе больных с лейко- и тромбоцитопенией может косвенно указывать на угнетение регенераторных процессов во всех тканях, в том числе в слизистой оболочке желудка.

Более частое развитие стеноза желудка у пациентов, получавших ХТ и имевших гематологические нарушения, может быть обусловлено тем, что это осложнение возникает в более поздние сроки заболевания.

Объем хирургического вмешательства выбирали с учетом распространенности опухолевого процесса и тяжести состояния больного. Выполнены следующие хи-

Таблица 1
Макроскопические формы лимфомы и характер осложнений*

Форма роста	Осложнения			
	кровотечение	перфорация	стеноз	всего
Инфильтративный	1 (20)	1 (20)	3 (60)	5
Экзофитный	4 (33,3)	1 (8,3)	7 (58,3)	12
Язвенный	21 (91,3)	2 (8,7)	0	23
Смешанный	23 (88,5)	2 (7,7)	1 (3,9)	26

* В скобках указаны проценты.

Таблица 2

Вид осложнений до и после ХТ^а

ХТ до развития опухолевых осложнений	Осложнения			
	кровоте- чение	перфо- рация	стеноз	всего
Не получали	39 (84,8)	2 (4,3)	5 (10,8)	46
Получали	10 (50)	4 (20)	6 (30)	20

^а В скобках указаны проценты.

рургические вмешательства: гастрэктомия — у 45 (68,2%) пациентов, в том числе у 26 (39%) с резекцией соседних органов, дистальная субтотальная резекция желудка — у 11 (16,6%), проксимальная резекция желудка — у одного (1,5%), илео- и еюностомия — у 2 (3%), тампонада салником язвенного дефекта в опухоли — у одного (1,5%), эксплоративная лапаротомия — у 4 (6%), гастроэнтеростомия — у 2 (3%).

У 43 (65,1%) больных выполнена радикальная операция, у 14 (21,2%) — паллиативная гастрэктомия и резекция желудка, у 4 (6%) — шунтирующие операции и у 5 (7,5%) вмешательство ограничено эксплоративной лапаротомией. Таким образом, у 13,5% больных не удалось удалить опухоль, а соответственно, и источник осложнения. Основной причиной нерезектабельности было наличие местнораспространенной опухоли, врастающей в соседние не подлежащие удалению структуры.

Общая послеоперационная летальность составила 11% (умерли 7 больных). После радикальных вмешательств умер один (2,3%), после паллиативных гастрэктомий и резекций также один (7,1%), после симптоматических и эксплоративных вмешательств — 5 (55,5%). Причиной летальных исходов были после радикальной

Таблица 3

Структура осложнений и гематологические нарушения^а

Гематоло- гические нарушения	Осложнения			
	кровоте- чение	перфо- рация	стеноз	всего
Нет	39 (84,8)	2 (4,3)	5 (10,8)	46
Есть	10 (50)	4 (20)	6 (30)	0
тромбоци- топения	4 (67)	1 (16,5)	1 (16,5)	6
лейкопения	—	1 (20)	4 (80)	5
тромбоци- топения и лейкопения	6 (67)	2 (22)	1 (11)	9

^а В скобках указаны проценты.

гастрэктомии — спаечная непроходимость кишечника, осложненная формированием кишечного свища; после паллиативной гастрэктомии — недостаточность пищеводно-кишечного анастомоза. В группе больных, подвергшихся симптоматическим и эксплоративным вмешательствам, к летальным исходам привели осложнения, обусловленные неудаленной опухолью: продолжающееся кровотечение у 2 больных, перитонит вследствие перфорации опухоли — у 2. Один пациент умер от сердечно-сосудистой недостаточности. Летальность в зависимости от вида осложнений представлена в табл. 4.

Наиболее тяжелое состояние было у больных с перфорацией желудка, после операции в этой группе умерли 2 из 6 (33,3%). После вмешательства по поводу кровотечения из опухоли умерли 4 из 43 (9,3%) пациентов, а среди больных со стенозом желудка — один из 17 (5,9%).

ХТ, предшествующая операции, приводила к более тяжелому течению послеоперационного периода. Так, послеоперационная летальность в группе пациентов, подвергшихся ХТ, составила 35% (7 из 20 пациентов), а среди 46 больных, не получавших ХТ до развития осложнения, умерших в послеоперационном периоде не было ($p < 0,01$). Это во многом обусловлено преобладанием поздних стадий у больных, получавших ХТ, что не позволило удалить опухоль и тем самым устранить источник осложнений у 5 из 7 умерших. Вместе с тем после гастрэктомии или резекции желудка с предшествующей ХТ умерли 2 (13%) из 15 больных, а среди 42 пациентов, перенесших гастрэктомию или резекцию желудка без предшествующей ХТ, умерших не было ($p < 0,06$).

Из 57 пациентов, оперированных в объеме гастрэктомии и резекции желудка, у 20 (35%) выявлены послеоперационные осложнения. После радикальных вмешательств послеоперационные осложнения наблюдались реже, чем после паллиативных гастрэктомий и резекций желудка (32,5% против 42,8%; $p > 0,1$). Диагностированы следующие осложнения: поддиафрагмальный абсцесс — 3 (5,2%), нагноение операционной раны — 3 (5,2%), ранняя спаечная кишечная непроходимость — 2 (3,5%), перфорация стрессовой язвы тонкой кишки — 1 (1,7%), формирование кишечного свища — 1 (1,7%), несостоятельность швов культи двенадцатиперстной кишки — 1 (1,7%), пневмония — 3 (5,2%), панкреатит — 2 (3,5%), анастомозит — 2 (3,5%), пиелонефрит — 1 (1,7%), демпинг-синдром — 1 (1,7%). Таким образом, в 19,3% случаев

Таблица 4

Летальность в зависимости от вида осложнения^а

Осложнения	Число больных	
	всего	умершие
Кровотечение	43	4 (9,3)
Перфорация	6	2 (33,3)
Стеноз	17	1 (5,9)

^а В скобках указаны проценты.

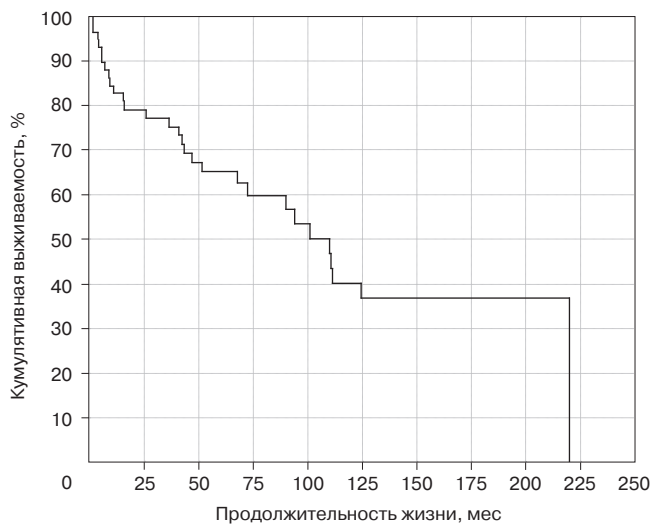


Рисунок 1. Общая выживаемость больных лимфомой желудка исследуемой группы (метод Каплана–Мейера) (n = 59).

выявлены хирургические, а в 15,8% — терапевтические осложнения, при этом наиболее частыми были поддиафрагмальный абсцесс, нагноение послеоперационной раны и пневмония.

Повторная операция потребовалась 4 пациентам. Поводом послужили острая спаечная непроходимость кишечника у 3 больных и перфорация стрессовой язвы тонкой кишки у одного.

Все пациенты, перенесшие хирургическое вмешательство, получали в дальнейшем ХТ в различных режимах.

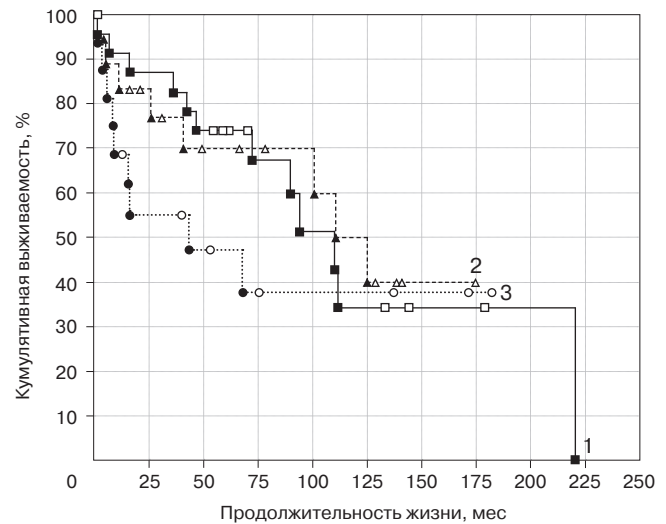
Отдаленные результаты

Общая 3-, 5- и 10-летняя выживаемость в исследуемой группе составила 75, 65 и 40% соответственно, медиана продолжительности жизни — 100 мес (рис. 1). Эти показатели соответствуют данным литературы об отдаленных результатах консервативного лечения лимфом желудка [2, 7—9].

Анализ выживаемости с учетом распространенности опухолевого процесса (рис. 2) позволил выявить, что при I и II стадиях заболевания удается достичь высоких отдаленных результатов. При I стадии 3-, 5- и 10-летняя выживаемость составляет 82, 73 и 34%, медиана продолжительности жизни — 110 мес; при II стадии — соответственно 76, 69 и 39%, медиана выживаемости 110 мес. При IV стадии 3- и 5-летняя выживаемость существенно ниже (55 и 47%), однако и в этом случае более 1/3 больных переживают 10-летний срок после операции.

На рис. 3 показаны кривые выживаемости пациентов после радикальных, паллиативных и эксплоративных операций. Различия по выживаемости в зависимости от радикальности вмешательства были статистически значимыми ($p = 0,02$).

У радикально оперированных пациентов 3- и 5-летняя выживаемость выше, чем в группе больных, перенесших паллиативную гастрэктомию или резекцию (82 и 73% против 51 и 44%), однако к 10-летнему сроку после вмешательства показатели выравниваются (37 и 35%). Эти результаты показывают, что при лимфоме, в отличие от



	3-летняя, %	5-летняя, %	10-летняя, %	Медиана, мес
I стадия	82	73	34	110
II стадия	76	69	39	110
IV стадия	55	47	37	42

Рисунок 2. Выживаемость в зависимости от стадии заболевания (метод Каплана–Мейера) ($p = 0,2$). Черными значками обозначены завершённые наблюдения, светлыми — цензурированные. 1 — I стадия ($n = 25$); 2 — II стадия ($n = 18$); 3 — IV стадия ($n = 16$).

рака желудка, роль паллиативных гастрэктомий и резекций желудка значительно возрастает в связи с наличием эффективных режимов ХТ, позволяющих существенно увеличить продолжительность жизни пациентов. Прогноз у больных с нерезектабельной опухолью крайне плохой. Медиана продолжительности жизни в таких случаях не превышает 7 мес. Однако следует отметить, что и в этой группе, благодаря эффективной ХТ, один больной жил более 3 лет после пробной операции, выполненной по поводу кровотечения из опухоли.

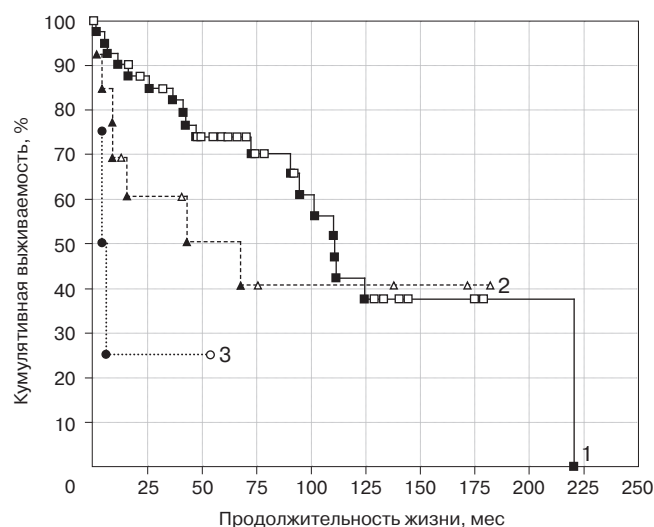
ВЫВОДЫ

Наиболее частыми хирургическими осложнениями у больных лимфомой желудка являются кровотечение из опухоли (74%), стеноз желудка (17%) и перфорация (9%). Эти осложнения создают непосредственную угрозу жизни пациента и могут развиваться на любой стадии опухолевого процесса.

Агрессивная хирургическая тактика позволяет у 86% больных с осложненными формами лимфом желудка удалить пораженный орган и тем самым устранить источник фатального осложнения.

При осложненных формах лимфом желудка радикальные вмешательства дают возможность существенно улучшить 3- и 5-летнюю (82 и 73%) выживаемость по сравнению с паллиативными гастрэктомиями и резекциями желудка (51 и 44%). Однако 10-летняя выживаемость после радикальных или паллиативных операций практически не различается.

Показания к паллиативной гастрэктомии или резекции желудка при осложненных формах лимфом желудка



	3-летняя, %	5-летняя, %	10-летняя, %	Медиана, мес
Радикальные	82	73	37	113
Паллиативные	51	44	35	43
Симптоматические	25	0	0	7

Рисунок 3. Выживаемость после радикальных, паллиативных и симптоматических операций (метод Каплана—Мейера) ($p=0,2$). Черными значками обозначены завершённые наблюдения, светлыми — цензурированные. 1 — радикальные операции ($n = 42$); 2 — паллиативные операции ($n = 12$); 3 — симптоматические операции ($n = 4$).

должны быть расширены, поскольку при нерезектабельных опухолях летальность превышает 50%, а благодаря наличию эффективных схем ХТ более $1/3$ больных переживают 10-летний срок после паллиативной операции.

Непосредственные результаты радикальных и паллиативных гастрэктомий или резекций желудка у больных с осложненными формами лимфом желудка можно признать удовлетворительными. Частота послеоперационных осложнений и летальность составили 42,8 и 32,2% и 2,3% и 7,1% соответственно.

Среди больных, у которых течение опухолевого процесса осложнилось в начале заболевания, резектабель-

ность выше, а частота послеоперационных осложнений и летальность ниже, чем у пациентов, перенесших несколько курсов ХТ до осложнения.

Отдаленные результаты лечения (операция и ХТ) пациентов с осложненными формами лимфом желудка практически не уступают таковым после консервативного химиолучевого лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Primary Gastrointestinal Lymphoma in Adults: A Population Based Clinical and Histopathology Study / Osman S., Kabash M., Hussien H., Sayed M. A., Mohamed A., Abouldahab N. Y., Rahman Abd-Allah A., Ziedan A., Yassien E. H. // J. Internal. Med. — 1998. — Vol. 244. — P. 71—78.
2. Поддубная И. В. Неходжкинские лимфомы / Клиническая онкогематология // Под ред. М. А. Волковой. — М.: Медицина, 2007. — С. 724—770.
3. Primary Extranodal Lymphomas of Gastrointestinal Localizations. A Single Institution 5 year Experience / Mihaljević B., Nedeljković Jančić R., Vujčić V., Antić D., Janković S., Čolović N. // Med. Oncol. — 2006. — Vol. 23, N 2. — P. 225—235.
4. Bleeding, Obstruction, and Perforation in a Series of Patients With Aggressive Gastric Lymphoma Treated With Primary Chemotherapy / Spectre G., Libster D., Grisariu S., Da'as N., Yehuda D. B., Gimon Z., Paltiel O. // Ann. Surg. Oncol. — 2006. — Vol. 13, N 11. — P. 1372—1378.
5. Машалов А. А. Эндоскопическая семиотика и диагностика лимфосарком желудочно-кишечного тракта // Автореф. дис... канд. мед. наук. — М., 1981. — 30 с.
6. Возможности эндоскопической и дифференциальной диагностики экстранодальных В-клеточных лимфом желудка маргинальной зоны MALT-типа / Малихова О. А., Поддубный Б. К., Кувшинов Ю. П., Поддубная И. В., Москаленко О. А., Кондратьева Т. Т., Коксадзе Н. В., Шолохова Е. В., Фролова И. П. [электронный ресурс] // Consilium Medicum: «Современная онкология». — 2006. — Т. 8, № 1 URL: <http://www.consilium-medicum.com/> (дата обращения: 15.11.2010).
7. Primary non-Hodgkin lymphoma of the stomach: endoscopic pattern and prognosis in low versus high-grade malignancy in relation to the MALT concept. / Taal B. G., Boot H., van Heerde P., de Jong D., Hart A. A., Burgers J. M. // Gut. — 1996. — Vol. 39. — P. 556—561.
8. Stephens J., Smith J. Treatment of primary gastric lymphoma and gastric mucosa-associated lymphoid tissue lymphoma // J. Am. Coll. Surg. — 1998. — Vol. 187. — P. 312—320.
9. Brands F., Monig S. P., Raab M. Treatment and prognosis of gastric lymphoma // Eur. J. Surg. — 1997. — Vol. 163. — P. 803—813.

Поступила 05.02.2011

*Sergey Nikolayevich Nered¹, Irina Vladimirovna Poddubnaya²,
Ivan Sokratovich Stilidi³, Vasiliy Alexandrovich Shalenkov⁴*

SURGICAL TREATMENT FOR COMPLICATED PRIMARY GASTRIC NON-HODGKIN'S LYMPHOMA

¹ MD, PhD, DSc, Leading Researcher, Surgery No. 6 Department (Abdominal Oncology),
Clinical Oncology Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

² MD, PhD, DSc, Associate Member of RAMS, Head, Chair of Oncology, RMAPE
(24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

³ MD, PhD, DSc, Associate Member of RAMS, Head, Surgery No. 6 Department (Abdominal Oncology),
Clinical Oncology Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

⁴ Postgraduate Student, Surgery No. 6 Department (Abdominal Oncology), Clinical Oncology Institute,
N. N. Blokhin RCRC RAMS (24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF)

Address for correspondence: Shalenkov Vasiliy Alexandrovich, Surgery No. 6 Department
(Abdominal Oncology), Clinical Oncology Institute, N. N. Blokhin RCRC RAMS,
24, Kashirskoe sh., Moscow, 115478, RF; e-mail: shalenkov.vasiliy@yandex.ru

The paper summarizes treatment outcomes in 66 patients with complicated primary gastric non-Hodgkin's lymphoma. Forty nine patients presented with bleeding, 11 had stenosis and 6 had perforation. These complications were found to develop at any stage of disease and to become the principal cause of patient death. The following histological types were diagnosed: diffuse large B-cell lymphoma (50, 76%), MALT-lymphoma (12, 18.5%), Burkitt's lymphoma (4, 6%). Fifty seven patients underwent radical or palliative gastrectomies and resection of the stomach, 9 had by-pass grafting or exploratory surgery. Overall postoperative lethality was 11% vs. 2.3% in patients undergoing curative operations. All patients received various postoperative chemotherapy regimens. The 5- and 10-year survival of patients with complicated gastric lymphomas was 65 and 36%, i. e. practically similar to treatment outcomes in uncomplicated lymphoma population. These results were achieved to a considerable extent due to palliative gastrectomies and resections of the stomach. Owing to chemotherapy efficacy two thirds of patients survive 10 years following palliation surgery.

Key words: gastric lymphoma, surgery, complications.