

КЛИНИЧЕСКИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2013
УДК 616-006.441-06:616.33/.34]-079.4

С.Н. Неред, В.А. Шаленков, И.С. Стилиди, Е.А. Османов

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ХИРУРГИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ СО СТОРОНЫ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА У БОЛЬНЫХ НЕХОДЖКИНСКИМИ ЛИМФОМАМИ

ФГБУ "Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина" РАМН, 115478, г. Москва

В исследование включены 190 больных нодальными и экстранодальными неходжкинскими лимфомами, у которых развились или подозревались хирургические осложнения (кровотечение, перфорация, стеноз) со стороны желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Из них у 134 больных осложнения возникли в зоне опухолевого поражения ЖКТ, у 19 — в различных отделах ЖКТ, не вовлеченных в опухолевый процесс. У 37 больных подозрение на острую хирургическую патологию не подтвердилось, оно было вызвано побочными действиями противоопухолевых лекарственных препаратов. Представлены алгоритм обследования и набор диагностических признаков, позволяющих отличить истинные хирургические осложнения от побочных действий химиотерапии.

Ключевые слова: лимфома, желудочно-кишечное кровотечение, перфорация, стеноз.

DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF SURGICAL GASTROINTESTINAL COMPLICATIONS IN PATIENTS WITH NON-HODGKIN'S LYMPHOMAS

S.N.Nered, V.A. Shalencov, I.S.Stilidi, E.A.Osmanov

N.N.Blokhin Russian Cancer Research Center of the Russian Academy of Medical Sciences, 115478, Moscow, Russian Federation

The study includes 190 patients with nodal and extranodal non-Hodgkin's lymphoma who developed or suspected surgical complications (bleeding, perforation, stenosis) in the gastro-intestinal tract (GIT). Complications in 134 patients occurred in the area of the gastrointestinal tumor lesions, 19 - in different parts of the gastrointestinal tract, which were not involved in the neoplastic process. In 37 patients suspected acute surgical pathology was not confirmed, it was caused by the side effects of anticancer drugs. Examination algorithm and a set of diagnostic features used to distinguish the true surgical complications from side effects of chemotherapy were presented.

Key words: lymphoma, gastrointestinal bleeding, perforation, stenosis.

У больных нодальными и экстранодальными неходжкинскими лимфомами (НХЛ) хирургические осложнения со стороны желудочно-кишечного тракта (кровотечения, перфорации, нарушения проходимости) могут возникать как в зоне первичных и вторичных (метастатических) опухолевых поражений [1, 2], так и в различных отделах пищеварительного канала, не вовлеченных в опухолевый процесс. Помимо истинных хирургических осложнений, могут развиваться состояния, вызванные химиотерапией, которые способны симулировать клиническую картину острой хирургической патологии.

Осложнения первого типа (в зоне опухолевого поражения желудочно-кишечного тракта — ЖКТ) возникают в результате стенозирующего роста опухоли либо некробиотических и деструктивных процессов в ней. Как показали наши предыдущие исследования [3, 4], в развитии осложнений этого типа большая роль принадлежит длительности анамнеза, макроскопической форме роста опухоли, ее локализации, а также стадии болезни. Химиотерапия — основной метод лечения НХЛ, не является обязательным условием воз-

никновения хирургических осложнений в зоне опухоли. Почти у половины больных они возникают до начала химиотерапии, а тромбоцитопения, обусловленная химиотерапией, не сопровождается достоверным повышением доли кровотечений из опухоли в структуре осложнений.

Напротив, осложнения, развившиеся вне зоны опухолевого поражения (осложнения второго типа), чаще всего возникают вследствие химиогормонотерапии, угнетающей физиологическую регенерацию эпителия ЖКТ и приводящей к эрозивно-язвенному гастриту, энтериту, энтероколиту, образованию стероидных язв желудка или двенадцатиперстной кишки, стрессовых язв, осложнившихся кровотечением или перфорацией. Среди препаратов, используемых в онкогематологии, наиболее выраженное токсическое и ulcerогенное действие на эпителий ЖКТ оказывают метотрексат, цитарабин, рубомицин, этопозид, стероидные гормоны.

Побочные действия цитостатической терапии не всегда реализуются в осложнения, требующие хирургического вмешательства. Однако нередко под влиянием химиотерапии развиваются состояния, симулирующие острую хирургическую патологию. Токсическое действие противоопухолевых препаратов, обусловленное повреждением активно пролиферирующих клеток одной из наиболее быстро обновляющихся тканей —

Для корреспонденции: *Неред Сергей Николаевич* — д-р мед. наук, вед. науч. сотр. отд-ния абдоминальной онкологии; 115478, г. Москва, Каширское шоссе, д. 24, e-mail: nered@mail.ru.

слизистой оболочки пищеварительного тракта, может привести к энтероколиту разной степени тяжести (от катарального до некротической энтеропатии) и проявляться абдоминальными болями, вздутием живота, симптомами раздражения брюшины, выпотом в брюшной полости. Подобное состояние необходимо дифференцировать от перфорации полого органа, острого аппендицита и перитонита. Развитие патогенной флоры в кишечнике на фоне нейтропении и гипертермия в этих случаях значительно усложняют дифференциальный диагноз. Кроме множественных распространенных эрозий слизистой оболочки может отмечаться значительное утолщение всей стенки кишки из-за отека. Воспалительные изменения в стенке кишки, а также нейротоксический эффект винкристина могут быть причиной стойкой атонии кишечника, которую приходится дифференцировать с механической кишечной непроходимостью. Нарастающая вследствие угнетения кроветворения анемия, особенно на фоне тромбоцитопении, нередко требует исключения желудочно-кишечного кровотечения.

Вопросам дифференциальной диагностики хирургических осложнений у больных НХЛ посвящены лишь единичные публикации [5, 6].

Целью настоящего исследования является повышение качества дифференциальной диагностики хирургических осложнений со стороны ЖКТ, развившихся как в зоне опухолевого поражения, так и вне его, и побочных действий химиогормонотерапии у больных НХЛ.

Материал и методы

С 1985 по 2012 г. в ФГБУ "РОНЦ им. Н.Н. Блохина" РАМН наблюдались 4293 больных НХЛ. У всех пациентов, включенных в исследование, вариант лимфомы был верифицирован методами световой микроскопии и иммуногистохимического исследования. Больным проводилась химиотерапия, гормонотерапия, использовались моноклональные антитела. Применялись различные схемы противоопухолевого лечения, включая интенсивные программы многокомпонентной блоквой терапии (R-СНОР, R-СНОЕР, R-Нуре CVAD/R-МА и др.).

До начала или в процессе лекарственного противоопухолевого лечения у 190 (4,4%) больных появилась клиническая картина острой хирургической патологии в брюшной полости, потребовавшая консультации хирурга и соответствующих диагностических мероприятий.

В результате обследования было установлено, что у 134 больных течение лимфомы осложнилось кровотечением, перфорацией или стенозом в зоне опухолевого поражения ЖКТ. Эти пациенты составили 1-ю группу исследования, включавшую 78 больных НХЛ желудка и 56 больных НХЛ тонкой или толстой кишки.

Во 2-ю группу вошло 19 больных НХЛ без специфического поражения ЖКТ, у которых в процессе химиотерапии возникло желудочно-кишечное кровотечение или перфорация полого органа.

3-ю группу больных, представляющих интерес в плане дифференциальной диагностики, составили 37 пациентов, у которых побочное действие цитостатических препаратов симулировало острую хирургическую патологию, что потребовало консультации хирурга. Из них у 5 опухолевое поражение ЖКТ носило первичный характер, у 3 — вторичный, а у 29 поражения органов ЖКТ выявлено не было.

Результаты и обсуждение

Среди 134 больных 1-й группы классический комплекс диагностических мероприятий, включавший эндоскопический и рентгенологический методы исследования, позволил без особых трудностей установить правильный диагноз, поскольку опухолевое поражение органов ЖКТ и соответственно возможный источник осложнения были известны до его развития. Среди 78 больных НХЛ желудка преобладающим видом осложнения было кровотечение из опухоли (74,3%), реже наблюдались стеноз (17,9%) и перфорация желудка (7,8%). В структуре опухолевых осложнений у 56 больных НХЛ кишечной локализации превалировала кишечная непроходимость (60,7%), кровотечение и перфорация составили 21,4 и 17,8% соответственно. При осложненной лимфоме желудка в качестве лечебной тактики были выбраны у 66 больных хирургическое вмешательство, а у 12 консервативные методики (эндоскопический гемостаз в случае кровотечения и интенсивная химиотерапия в случае стеноза желудка). Из 56 больных НХЛ тонкой и толстой кишки у 51 выполнены различные хирургические вмешательства, а 5 пациентам удалось купировать осложнение консервативно (у 4 остановить кровотечение с помощью гемостатической терапии, у одного устранить явления кишечной непроходимости цитостатической терапией).

Во 2-й группе больных, не имевших специфического поражения органов ЖКТ, у 16 в процессе химиотерапии возникло кровотечение, а у 3 — перфорация язвы желудка или кишки. Химиотерапия с включением глюкокортикоидов применялась у 14 из 19 больных. Неопухолевое происхождение язв у больных 2-й группы подтверждено гистологическим исследованием материала биопсии, полученного при эзофагогастроуденоскопии, или удаленного препарата после экстренной операции. При появлении клиники желудочно-кишечного кровотечения (слабость, тошнота, рвота кровью или жидкостью по типу "кофейной гущи", гипотония, тахикардия, снижение уровня гемоглобина) всем 16 больным была выполнена эзофагогастроуденоскопия, позволившая установить, что причиной кровотечения были язва желудка у 12 больных, язва двенадцатиперстной кишки у 1, эрозивный геморрагический дуоденит у 1, геморрагический гастрит у 2 пациентов.

У 3 больных в связи с выраженными болями в брюшной полости, появлением перитонеальной симптоматики, гипертермией до 39—40°C, лейкоцитозом проведено рентгенологическое исследование, выявившее наличие свободного газа в брюшной полости, что явилось основанием для установления диагноза перфорации полого органа. В процессе хирургического вмешательства в одном случае выявлена перфорация язвы антрального отдела желудка, в другом — двенадцатиперстной кишки, в третьем — тощей кишки.

Пациенты с urgentной хирургической патологией, развившейся вне зоны опухолевого поражения, являются тяжелым контингентом: из 19 больных этой группы умерли 6 (31,6%).

В 3-й группе поводом к консультации хирурга послужило подозрение на "острый живот" у 23 больных, кишечную непроходимость у 11, желудочно-кишечное кровотечение у 3. Клиническая картина "острого живота" проявлялась болями в животе у 79,1%, симптома-

ми раздражения брюшины у 50,9%, выраженной слабостью у 21,7%, отсутствием перистальтики у 21,7%, лейкоцитозом выше $8 \cdot 10^9/\text{л}$ у 26,1% больных. Симптомами нарушения проходимости желудка или кишечника были схваткообразные боли в животе у 65,4%, задержка стула и отхождения газов более 24 ч у 47,3%, вздутие живота у 48,2%, угасание перистальтических шумов у 36,4%, "шум плеска" у 15,4%, тошнота и рвота у 9,1% больных. Подозрение на желудочно-кишечное кровотечение возникло у 3 больных в связи с выраженной общей слабостью, бледностью кожных покровов, гипотонией и анемией.

Комплекс диагностических мероприятий определялся характером предполагаемой хирургической патологии. При подозрении на перфорацию исключалось наличие свободного газа в брюшной полости путем перкуторного определения печеночной тупости и обзорной рентгенографии брюшной полости. У 2 пациентов отвергнут диагноз перфорации кишки, в связи с чем выполнена диагностическая лапароскопия. Диагноз кишечной непроходимости отвергался на основании отсутствия уровней жидкости и симптома чаш Клойбера на обзорных рентгенограммах брюшной полости и сохранения пассажа бариевой взвеси по кишечной трубке. Для исключения кровотечения или стеноза выходящего отдела желудка выполнялась эзофагогастродуоденоскопия.

В результате клинико-диагностических мероприятий установлено, что картина "острого живота" у 9 пациентов имитировалась явлениями острого энтерита,

у 7 — острого колита и у 7 — тотальным гастроэнтероколитом. Нарастающая анемия, сопровождавшаяся слабостью и гипотонией и симулировавшая признаки желудочно-кишечного кровотечения у 3 больных, оказалась одним из проявлений панцитопении вследствие гематологической токсичности химиотерапии. Клиническая картина, имитирующая стеноз желудка у 2 больных, была вызвана выраженным гастритом на фоне химиотерапии, сопровождавшейся тошнотой и рвотой. Острый энтероколит с парезом кишечника симулировал явления кишечной непроходимости у 9 пациентов.

Трудности дифференциальной диагностики осложнений, требующих экстренного хирургического вмешательства, и состояний, возникших в результате побочного действия цитостатических препаратов, демонстрирует следующее клиническое наблюдение.

Пациентка А., 42 года, направлена в ФГБУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина РАМН с диагнозом: лимфома мягких тканей правого предплечья и шейных лимфатических узлов. Установлен диагноз: диффузная В-крупноклеточная лимфома. При обследовании поражения органов ЖКТ не выявлено. Начата химиотерапия по схеме R-СНОР. Во время проведения 5-го курса химиотерапии у больной появилась прогрессирующая слабость, тахикардия 122 в минуту, выраженные боли в брюшной полости, гипотензия 70/50 мм рт.ст. Показатели крови: Hb 110 г/л, л. $2,2 \cdot 10^9/\text{л}$, п. н. 5%. Пациентка проконсультирована хирургом, при осмотре отмечались умеренно выраженные признаки раздражения брюшины. Выполнена обзорная рентгеногра-

Дифференциальная диагностика хирургических осложнений и побочных действий химиопрепаратов, симулирующих хирургические осложнения

Методы исследования	Хирургические осложнения	Побочные действия химиопрепаратов, симулирующих хирургические осложнения
	Опухолевый стеноз желудка или двенадцатиперстной кишки	Острый гастрит или гастродуоденит
Жалобы	Тошнота и рвота пищей, съеденной накануне, приносящие облегчение, отрыжка. Склонность к запорам. Постепенное нарастание указанных жалоб	Мучительная тошнота, рвота желудочным соком и слизью. Сочетание указанных жалоб с диареей и стоматитом. Появление жалоб связано с началом химиотерапии
Рентгенологическое исследование	Эктазированный желудок, увеличенный газовый пузырь с уровнем жидкости. Нарушение или отсутствие эвакуации бариевой взвеси из желудка. Выявляется опухоль, стенозирующая желудок или двенадцатиперстную кишку	Желудок не эктазирован, атоничен, пустой натошак. Эвакуация замедлена, но сохранена, нет признаков стеноза желудка или двенадцатиперстной кишки
Эндоскопическое исследование	В желудке много застойного содержимого и пищи, после эвакуации которой выявляется стенозирующая опухоль желудка или двенадцатиперстной кишки	Эндоскопическая картина острого гастродуоденита: отечная слизистая с гипертрофией складок, иногда точечные кровоизлияния и эрозии. Желудок и двенадцатиперстная кишка свободно проходима
	Опухолевая кишечная непроходимость	Острый энтерит или энтероколит
Жалобы	Клиническая картина развивается постепенно. Нарастает задержка стула и газов, которая может стать полной после обильного приема пищи. Выраженные спастические боли в животе, чаще локальные. Иногда рвота, икота. Позже боли могут стихать, нарастает общая слабость	Задержка стула и газов наступает на 4—8-е сутки от начала химиотерапии на фоне выраженной общей слабости. Задержке стула и газов обычно предшествует понос или кашицеобразный стул. Неопределенные боли по всему животу, схваткообразный характер которых менее выражен
Осмотр	Пациент беспокоен. В 1-е сутки явления общей интоксикации отсутствуют. Живот вздут, часто асимметричен. Степень вздутия определяется уровнем и длительностью непроходимости. Может пальпироваться болезненная, раздутая и напряженная кишечная петля. В 1—2-е сутки перистальтика активная, позже прекращается, выслушивается звук "падающей капли"	Присутствуют симптомы общей интоксикации (больной адинамичен, может быть гипотония, гипертермия) Живот "тестоватый" при пальпации, равномерно вздут, умеренно болезненный во всех отделах. Определяется шум плеска. Перистальтика вялая или отсутствует

Анализы крови	Умеренный лейкоцитоз без палочкоядерного сдвига. На фоне химиотерапии может быть лейко-, тромбоцитопения	Лейкоцитоз отсутствует, нередко лейко- и тромбоцитопения
Рентгенологическое исследование	Наличие горизонтальных уровней жидкости и чаш Клойбера. Исчезновение газа в дистальных отделах кишечной трубки. Желудок содержит много жидкости и газа. При контрастировании отмечается длительная задержка бариевой взвеси в одной из кишечных петель	Равномерно раздуты и пневматизированы все отделы кишечника. Отмечается медленное прохождения бариевой взвеси по кишечной трубке. Уровни жидкости и чаши Клойбера, как правило, отсутствуют
Ультразвуковое исследование	Визуализируются опухоль кишки и раздутые петли проксимальных отделов кишки. Гипертрофия стенки кишки выше места сужения. Заброс кишечного содержимого в проксимальном направлении с "напряженной" антиперистальтической волной и переливанием жидкости из одной петли кишки в другую	Выраженная пневматизация кишечника, вялая перистальтика вплоть до ее полного исчезновения, наличие небольшого количества жидкости в просвете кишки. Характерны вялые, маятникообразные движения кишки в пределах ограниченного сегмента, содержащего жидкость
Жалобы	<i>Перфорация опухоли или язвы желудка или кишечника</i> Внезапное появление острых или усиление ранее существовавших болей в животе ("кинжальные боли")	<i>Острый гастроэнтерит или энтероколит</i> Нарастающие в течение нескольких часов боли в животе, которым предшествуют незначительные боли в животе неопределенной локализации и умеренное вздутие живота. Характер болей спастический, однако их полного прекращения не происходит даже на короткий период. Боли могут быть более выражены в правой подвздошной области и не совпадать по времени с рвотой и диареей, вызванными химиотерапией
Осмотр	Больной испуган, выражение лица страдальческое. Кожные покровы бледные. Холодный пот, тахикардия, вынужденное положение с подтянутыми к животу ногами. Гипертермия до 38—40°C. При пальпации живот резко болезненный, втянут, напряжен, доскообразный. Глубокая пальпация невозможна. Симптомы раздражения брюшины положительные. При перкуссии исчезновение печеночной тупости. На фоне химиотерапии боли и выраженность перитонеальных симптомов могут быть значительно снижены	Состояние средней тяжести с признаками интоксикации, гиподинамия, умеренная гипотония, тахикардия. Температура субфебрильная, реже фебрильная или нормальная. Живот болезненный и умеренно напряжен, больше в правой половине или илеоцекальной области, равномерно и умеренно вздут. Определяются симптомы раздражения брюшины от слабовыраженных до четких. Перистальтика может отсутствовать. Границы печеночной тупости при перкуссии не изменены
Анализы крови	Высокий лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом в лейкоцитарной формуле. На фоне химиотерапии может быть лейко-, тромбоцитопения	Лейко-, тромбоцитопения или умеренный лейкоцитоз без палочкоядерного сдвига
Рентгенологическое исследование	Выявление свободного газа в брюшной полости под куполами диафрагмы	Свободный газ в брюшной полости отсутствует. Пневматизация петель кишки
Ультразвуковое исследование	Свободная или осумкованная жидкость, количество которой нарастает в динамике	Отечность стенки кишки, более выраженная в илеоцекальной области. Небольшое количество свободной жидкости
Пункция брюшной полости под контролем УЗИ	Выпот мутный, с осадком, примесь желчи или кишечного содержимого	Экссудат прозрачный, серозный, без запаха
Диагностическая лапароскопия	В брюшной полости желудочное или кишечное содержимое, иногда видно перфоративное отверстие в стенке желудка или кишки <i>Опухолевое или язвенное кровотечение</i>	Выявляются отечные петли кишки с гиперемированной стенкой, небольшое количество жидкости серозного характера <i>Анемия на фоне химиотерапии</i>
Жалобы	Внезапное появление слабости, головокружения, тошноты, сухости во рту, жажды. Эпизоды обморочного состояния. Рвота кровью или "кофейной гущей", мелена, кровь в кале	Постепенное нарастание общей слабости
Осмотр	Больной испуган, тяжесть состояния определяется интенсивностью кровотечения. Кожные покровы и слизистые оболочки бледные. Холодный пот, тахикардия, гипотония. При ректальном осмотре: на перчатке кал черного цвета или кровь	Больной адинамичен, отмечается бледность кожных покровов, тахикардия, умеренная гипотония. При ректальном осмотре: на перчатке коричневый кал
Анализы крови	Резкое снижение гемоглобина и гематокрита при нормальном уровне тромбоцитов и лейкоцитов. На фоне химиотерапии может быть лейко-, тромбоцитопения	Постепенное снижение гемоглобина, на фоне лейко- и тромбоцитопении
Эндоскопическое исследование	В желудке или толстой кишке выявляются кровь и/или сгустки, изъязвленная опухоль, острая язва или эрозия	В желудке или кишке отсутствуют изъязвление и следы крови

фия брюшной полости, признаков свободного газа под куполами диафрагмы не выявлено. При ультразвуковом исследовании брюшной полости обнаружено скопление экссудата в правом боковом канале. В течение последующих 6 ч состояние больной ухудшалось, нарастал болевой синдром, увеличилось количество свободной жидкости в брюшной полости, сохранялись симптомы раздражения брюшины. Ввиду неясности диагноза больной выполнена лапароскопия, во время которой обнаружен серозный характер внутрибрюшинной жидкости, а признаков перфорации полых органов не выявлено, имелись гиперемия и отечность серозного покрова тонкой и толстой кишки. Установлено, что симптоматика, симулировавшая клинику острого живота, обусловлена выраженным энтероколитом. Дальнейшее благополучное течение болезни подтвердило правильность диагноза.

Выбранная тактика, включавшая диагностическую лапароскопию, позволила избежать неоправданной лапаротомии у больной, находившейся в состоянии тяжелой интоксикации, обусловленной осложнениями химиотерапии. Проведение дифференциальной диагностики в подобных случаях представляет сложную задачу, поскольку побочное действие химиотерапии делает невозможным использование некоторых традиционно применяемых диагностических тестов. Так, на фоне лейкопении нельзя ориентироваться на значения лейкоцитарной формулы при подозрении на развитие гнойных осложнений, в том числе на перфорацию и перитонит, а у больных с тромбоцитопенией и нарастающей анемией, развившимися вследствие угнетения кроветворения, трудно исключить желудочно-кишечное кровотечение. Острота воспалительной реакции на фоне химиотерапии, как правило, снижена, поэтому боли и симптомы раздражения брюшины при перитоните могут быть существенно менее выраженными.

На основании особенностей клинического течения болезни в изучаемых группах больных нами предложены симптомокомплексы для дифференциальной диагностики истинных хирургических осложнений и состояний, симулирующих хирургическую патологию (см. таблицу).

Заключение

Диагностика хирургических осложнений со стороны ЖКТ у больных НХЛ является сложной и актуальной проблемой современной онкогематологии, поскольку побочные действия химиотерапии, с одной стороны, могут стирать клинику истинных хирургических осложнений, а с другой — вызывать состояния, которые трудно дифференцировать с острой хирургической патологией.

Комплекс диагностических мероприятий в этих условиях должен включать всестороннюю оценку клинических проявлений, данных лабораторных и инструментальных методов обследования, в том числе использование современных достижений ультразвуковой диагностики патологии брюшной полости, а при необходимости дополняться лапароскопией. Современные методики ультразвукового исследования предоставляют новые возможности для диагностики механической и динамической кишечной непроходимости, с их помощью можно оценить состояние кишечной стенки, активность перистальтики, выявить

даже небольшое количество асцитической жидкости и получить ее для макроскопической оценки и бактериологического исследования. У больных, находящихся в состоянии тяжелой интоксикации, обусловленной побочными действиями химиотерапии, необходимо быть особенно осторожным в отношении активной хирургической тактики, поскольку напрасная лапаротомия может ухудшить и без того тяжелое состояние больного. В тех случаях, когда весь комплекс обследований не позволил однозначно установить диагноз, лапаротомии должна предшествовать диагностическая лапароскопия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Поддубная И. В. Первичные лимфомы желудочно-кишечного тракта. В кн.: Волковой М.А., ред. Клиническая онкогематология. М.: Медицина; 2007: 734—70.
2. Воробьев А.И., Горелов В.Т., Городецкий В.М., Шулуток Е.М. Критические состояния при гемобластозах. Терапевтический архив. 1993; 7: 3—7.
3. Неред С.Н., Шаленков В.А., Стилиди И.С., Поддубная И.В. Хирургическое и консервативное лечение осложненных форм неходжкинских лимфом желудка. Онкология. Журнал им. П.А. Герцена. 2012; 1: 28—32.
4. Шаленков В.А., Неред С.Н., Поддубная И.В., Стилиди И.С. Место хирургии в лечении осложненных форм неходжкинских лимфом желудочно-кишечного тракта. Клиническая онкогематология. 2012; 5(4): 338—48.
5. Spectre G., Libster D., Grisariu S., Da'as N., Yehuda D.B., Gimon Z. et al. Bleeding, obstruction and perforation in a series of patients with aggressive gastric lymphoma treated with primary chemotherapy. Ann. Surg. Oncol. 2006; 13(11): 1372—8.
6. Velickovic D., Sabljak P., Ebrahimi K., Bjelovoc M., Stojakov D., Nenadic B. et al. Upper gastrointestinal bleeding as a surgical complication of primary gastric lymphoma. Acta Chir. Iugos. 2007; 54(1): 131—4.

REFERENCES

1. Poddubnaja I.V. Primary lymphomas of gastrointestinal tract. Klinicheskaja onkogematologija. M.: Meditsina; 2007: 734—70 (in Russian).
2. Vorob'ev A.I., Gorelov V.T., Gorodeckij V.M., Shulutko E.M. Critical conditions in patients with hemoblastosis. Terapevticheskij arkhiv. 1993; 7: 3—7 (in Russian).
3. Nered S.N., Shalencov V.A., Stilidi I.S., Poddubnaja I.V. Surgical and medical treatment in patients with complicated forms of non-Hodgkin's lymphoma of the stomach. Onkologija. Zhurnal im. P.A. Gercena. 2012; 1: 28—32 (in Russian).
4. Shalencov V.A., Nered S.N., Stilidi I.S., Poddubnaja I.V. Place of the surgery in treatment of complicated forms of gastrointestinal non-Hodgkin's lymphomas. Klinicheskaja onkogematologija. 2012; 5(4): 338—48 (in Russian).
5. Spectre G., Libster D., Grisariu S., Da'as N., Yehuda D.B., Gimon Z. et al. Bleeding, obstruction and perforation in a series of patients with aggressive gastric lymphoma treated with primary chemotherapy. Ann. Surg. Oncol. 2006; 13(11): 1372—8.
6. Velickovic D., Sabljak P., Ebrahimi K., Bjelovoc M., Stojakov D., Nenadic B. et al. Upper gastrointestinal bleeding as a surgical complication of primary gastric lymphoma. Acta Chir. Iugos. 2007; 54(1): 131—4.

Поступила 24.04.13