

## Гастроэнтеростомия по поводу неходжкинской В-клеточной лимфомы, осложненной декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка

М. С. Казанчян<sup>✉</sup>, Я. С. Гайсултанова, Н. В. Николаева, А. В. Снежко, И. Б. Лысенко, Л. Ю. Владимирова, Д. С. Петров, Ю. А. Фоменко, Е. Н. Колесников

Национальный медицинский исследовательский центр онкологии Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
✉ [Maryunekrasova@inbox.ru](mailto:Maryunekrasova@inbox.ru)

### Аннотация

Неходжкинские лимфомы желудка представляют наиболее частую экстранодальную локализацию лимфопролиферативных заболеваний. Современный стандарт лечения – иммунохимиотерапия первой линии на основе ритуксимаба (R-СНОР и СНОР-подобные режимы) – демонстрирует высокую эффективность, обеспечивая достижение полного ответа у большинства пациентов. Однако у 8–25 % больных в процессе или после завершения лечения развиваются локальные жизнеугрожающие осложнения, среди которых ведущее место занимает механическая обструкция выходного отдела желудка (пилоростеноз). В рутинной практике плановое хирургическое вмешательство у пациентов с лимфомами, как правило, не применяется, так как данный вид опухолей высокочувствителен к лекарственной терапии.

В статье на примере клинического случая пациента 49 лет с экстранодальной В-клеточной лимфомой желудка IV стадии и ВИЧ-положительным статусом продемонстрирована роль паллиативного оперативного вмешательства. Несмотря на достижение частичного метаболического ответа на полихимиотерапию (схемы ЕРОСН/R-СНОР), у пациента развился декомпенсированный рубцово-опухолевый стеноз привратника. Данное осложнение потребовало активной хирургической тактики. В качестве паллиативного вмешательства была успешно выполнена гастроэнтеростомия, что позволило создать обходной путь для эвакуации пищи из желудка в тощую кишку, минуя зону обструкции, и существенно улучшить качество жизни пациента. Послеоперационный период протекал без осложнений, в отдаленном периоде наблюдения отсутствовали признаки прогрессирования основного лимфо-пролиферативного заболевания. Дополнительным преимуществом выбранного хирургического подхода явилось быстрое восстановление нутритивного статуса пациента с возможностью сохранения перорального питания.

Представленное клиническое наблюдение подтверждает целесообразность индивидуального подхода к выбору метода паллиативного лечения у пациентов с осложненным течением лимфомы желудка.

**Ключевые слова:** неходжкинская лимфома желудка, пилоростеноз, паллиативное хирургическое вмешательство, гастроэнтероанастомоз, клиническое наблюдение

**Для цитирования:** Казанчян М. С., Гайсултанова Я. С., Николаева Н. В., Снежко А. В., Лысенко И. Б., Владимирова Л. Ю., Петров Д. С., Фоменко Ю. А., Колесников Е. Н. Гастроэнтеростомия по поводу неходжкинской В-клеточной лимфомы, осложненной декомпенсированным стенозом выходного отдела желудка. Южно-Российский онкологический журнал. 2026; 7(2): 77-85. <https://doi.org/10.37748/2686-9039-2026-7-2-6>  
EDN: VSUVTY

**Для корреспонденции:** Казанчян Мария Сергеевна – врач-онколог отделения гематологии и химиотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
Адрес: 344037, Российская Федерация, г. Ростов-на-Дону, ул. 14-я линия, д. 63  
E-mail: [maryunekrasova@inbox.ru](mailto:maryunekrasova@inbox.ru)  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7745-7768>, eLibrary SPIN: 5538-3852, AuthorID: 1310101

## Gastroenterostomy in non-Hodgkin B-cell lymphoma complicated by decompensated gastric outlet obstruction

M. S. Kazanchyan✉, Ya. S. Gaysultanova, N. V. Nikolaeva, A. V. Snezhko, I. B. Lysenko, L. Yu. Vladimirova, D. S. Petrov, Yu. A. Fomenko, E. N. Kolesnikov

National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation

✉ [Marynekrasova@inbox.ru](mailto:Marynekrasova@inbox.ru)

### Abstract

Primary gastric non-Hodgkin lymphomas represent the most common extranodal localization of lymphoproliferative disorders. The current standard of care, first-line immunochemotherapy based on rituximab (R-CHOP and CHOP-like regimens), demonstrates high efficacy, achieving complete response in the majority of patients. However, 8–25 % of patients develop local life-threatening complications during or after treatment, among which gastric outlet obstruction (pyloric stenosis) is the most common. In routine clinical practice, elective surgical intervention is generally not performed in patients with lymphomas because these tumors are highly sensitive to systemic drug therapy.

This article presents a clinical case of a 49-year-old patient with stage IV extranodal B-cell gastric lymphoma and HIV-positive status, demonstrating the role of palliative surgical intervention. Despite achieving a partial metabolic response to polychemotherapy (EPOCH/R-CHOP regimens), the patient developed decompensated cicatricial-tumorous pyloric stenosis. This complication required active surgical management. Gastrojejunostomy was successfully performed as a palliative procedure, creating a bypass for gastric emptying into the jejunum while circumventing the obstruction site, which significantly improved the patient's quality of life. The postoperative course was uneventful, and no signs of progression of the underlying lymphoproliferative disease were observed during long-term follow-up. An additional advantage of the selected surgical approach was the rapid restoration of the patient's nutritional status while preserving oral feeding.

The presented clinical case confirms the feasibility of an individualized approach to the selection of palliative treatment strategies in patients with complicated gastric lymphoma.

**Keywords:** primary gastric non-Hodgkin lymphoma, pyloric stenosis, palliative surgical intervention, gastroenterostomy, clinical case reports

**For citation:** Kazanchyan M. S., Gaysultanova Ya. S., Nikolaeva N. V., Snezhko A. V., Lysenko I. B., Vladimirova L. Yu., Petrov D. S., Fomenko Yu. A., Kolesnikov E. N. Gastroenterostomy in non-Hodgkin B-cell lymphoma complicated by decompensated gastric outlet obstruction. South Russian Journal of Cancer. 2026; 7(2): 77-85. <https://doi.org/10.37748/2686-9039-2026-7-2-6> EDN: VSUVTY

**For correspondence:** Maria S. Kazanchyan – oncologist, Department of Hematology and Chemotherapy, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation

Address: 63 14 line str., Rostov-on-Don 344037, Russian Federation

E-mail: [Marynekrasova@inbox.ru](mailto:Marynekrasova@inbox.ru)

ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7745-7768>, eLibrary SPIN: 5538-3852, AuthorID: 1310101

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Желудок является наиболее частой экстрагастрической локализацией неходжкинских лимфом, на его долю приходится от 30 до 40 % случаев. Заболевание может развиваться в любом возрасте, однако у пациентов моложе 40 лет его диагностируют реже, пик заболеваемости приходится на возраст 50–60 лет [1]. Отмечается гендерная предрасположенность: мужчины болеют примерно в 1,5 раза чаще женщин. Помимо инфекции *Helicobacter pylori*, к факторам риска относят аутоиммунные патологии и состояния иммунодефицита, включая ВИЧ-инфекцию и иммуносупрессию после трансплантации органов [2, 3].

В отличие от карциномы желудка, неходжкинские лимфомы характеризуются более высокой чувствительностью к химиотерапии, в частности к R-CHOP и CHOP-подобным режимам (ритуксимаб, циклофосфамид, доксорубин, винкристин, преднизолон), что в большинстве случаев позволяет достичь полной ремиссии [4]. Роль планового хирургического вмешательства в лечении неосложненных лимфом желудка дискуссионна и, согласно данным мета-анализа, не улучшает общую выживаемость [5]. Тем не менее у части пациентов возникают рецидивы или осложненные формы заболевания, требующие применения альтернативных подходов, включая хирургическое вмешательство. Особенностью течения неходжкинских лимфом с поражением желудка является способность опухолевой массы вызывать механическую обструкцию. При локализации в пилорическом отделе это может приводить к развитию стеноза выходного отдела желудка. Хотя в ряде случаев смена линии химиотерапии потенциально способна индуцировать регресс опухоли и купировать стеноз, при декомпенсированных формах, с некупируемой рвотой и прогрессирующей потерей массы тела, хирургическое вмешательство становится методом выбора. Решение принимается консилиумом с участием химиотерапевта и хирурга.

Приводим описание клинического случая, который демонстрирует успешное выполнение паллиативного обходного гастроэнтероанастомоза у пациента с ВИЧ-ассоциированной неходжкинской В-клеточной лимфомой желудка IV стадии. Несмотря на достижение частичного ответа на полихимиотерапию, у больного развился декомпенсированный пилоростеноз, что и послужило основанием для хирургического вмешательства.

## Клиническое наблюдение

Пациент А., 1975 г.р., обратился в консультативно-диагностическое отделение Национального медицинского исследовательского центра онкологии Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация) в апреле 2024 г. с жалобами на изжогу и дискомфорт в эпигастриальной области. При фиброгастродуоденоскопии, выполненной по месту жительства, были выявлены признаки опухолевого поражения желудка. В условиях консультативно-диагностического отделения пациенту было проведено комплексное клиничко-лабораторное и инструментальное обследование в соответствии со стандартами диагностики злокачественных новообразований желудка [6].

По данным компьютерной томографии органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с контрастным усилением (Омнипак-350) выявлено увеличение надключичных, аксиллярных, внутригрудных и забрюшинных лимфоузлов. Отмечено утолщение стенки выходного отдела желудка с признаками изъязвления (рис. 1).

Перед началом терапии была выполнена позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией (ПЭТ/КТ), по результатам которой определено накопление радиофармпрепарата в пораженных органах и тканях (табл. 1). При эндоскопическом исследовании обнаружена опухоль антрального отдела желудка с переходом на привратник и луковицу двенадцатиперстной кишки. С целью гистологической ве-

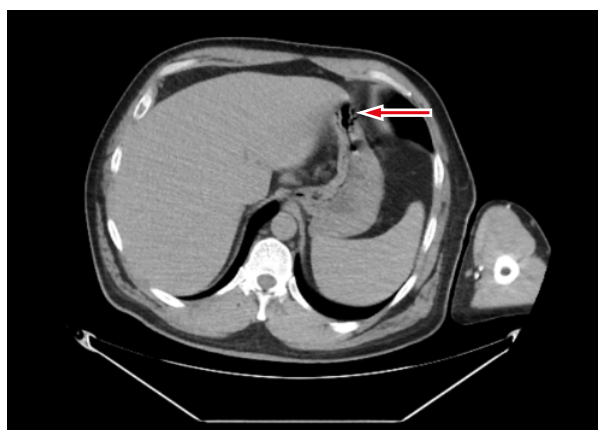


Рис. 1. Компьютерная томография. Аксиальный срез брюшной полости. Стрелкой указано циркулярное утолщение стенки антрального отдела желудка

Fig. 1. Abdominal computed tomography, axial view. The arrow indicates circumferential thickening of the gastric antrum wall

рификации выполнена полифокальная биопсия выявленного образования.

Согласно проведенному гистологическому и иммуногистохимическому исследованиям: морфологическая картина и иммунофенотип опухолевых клеток (CD20+/CD3-, CD79+, Bcl6+, Bcl2-, Ki-67 50 %) соответствуют экстранодальной В-клеточной лимфоме NOS с высокой пролиферативной активностью.

По данным проведенного обследования установлен диагноз: (С83.8) экстранодальная В-клеточная лимфома с высокой пролиферативной активностью, с поражением надключичных, аксиллярных лимфоузлов с 2-х сторон, внутригрудных, забрюшинных лимфоузлов, желудка ст. 4ВЕ, IPI2, клиническая группа 2. По результатам лабораторных

исследований у пациента также впервые выявлена ВИЧ-инфекция.

С сентября 2024 по март 2025 г. в отделении гематологии и химиотерапии проведено 6 курсов лекарственной противоопухолевой терапии. Ввиду низкого количества CD4+-лимфоцитов (40 кл/мкл) первые 2 курса проведены по схеме EPOCH без включения ритуксимаба (этопозид, преднизолон, винкристин, циклофосфамид, доксорубицин). После начала антиретровирусной терапии и увеличения уровня CD4+ (80 кл/мкл) проведены 3–6 курсы по схеме R-CHOP (ритуксимаб, циклофосфамид, доксорубицин, винкристин, преднизолон).

Лечение сопровождалось положительной клинической и инструментальной динамикой (табл. 1).

**Таблица 1. Динамика размеров очагов поражения и метаболической активности (SUVmax) по данным КТ и ПЭТ/КТ на различных этапах лечения**  
Table 1. Changes in lesion size and metabolic activity (SUVmax) according to CT and PET/CT findings at different stages of treatment

Область / Region	Этап / Stage			
	ПЭТ/КТ до начала терапии / PET/CT before treatment	КТ после 3 курсов ПХТ / CT after 3 cycles of PCT	ПЭТ/КТ после 6 курсов ПХТ / PET/CT after 6 cycles of PCT	ПЭТ/КТ через 3 мес. после оперативного вмешательства / PET/CT 3 months after surgery
Надключичные лимфоузлы слева / Left supraclavicular lymph nodes	14 × 14 мм / SUVmax-1.6	5 × 6 мм	Не увеличены / Not enlarged	Не увеличены / Not enlarged
Паратрахеальный лимфоузел / Paratracheal lymph node	10 × 19 мм / SUVmax-2	7 × 5 мм	8 × 9 мм / SUVmax-1.1	3 × 5 мм / SUVmax-1.9
Аксиллярные лимфоузлы / Axillary lymph nodes	12 × 13 мм / SUVmax-2.1	4 × 5 мм	Не увеличены / Not enlarged	Не увеличены / Not enlarged
Забрюшинные лимфоузлы / Retroperitoneal lymph nodes	14 × 21 мм / SUVmax-2.5	7 × 12 мм	Не увеличены / Not enlarged	Не увеличены / Not enlarged
Область угла желудка / Gastric angular region	Утолщение стенки до 80 мм / SUVmax-15 / Wall thickening up to 80 mm / SUVmax 15	Утолщение стенки до 60 мм / Wall thickening up to 60 mm	Утолщение стенки до 50 мм / SUVmax-1.8 / Wall thickening up to 50 mm / SUVmax 1.8	Без очагов гиперфиксации ФДГ / No foci of increased FDG uptake
Селезенка / Spleen	88 × 130 × 152 мм	65 × 130 × 150 мм	52 × 114 × 125 мм	Не увеличена / Not enlarged
Печень / Liver	ККР – 20 см / CCS – 20 cm	ККР – 17 см / CCS – 17 cm	ККР – 17 см / CCS – 17 cm	ККР – 17 см / CCS – 17 cm

Примечание: КТ – компьютерная томография; ПЭТ/КТ – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией; SUVmax – максимальное стандартное значение накопления радиофармпрепарата; ФДГ – фтордезоксиглюкоза; ККР – краниокаудальный размер, ПХТ – полихимиотерапия.

Note: CT – computed tomography; PET/CT – positron emission tomography combined with computed tomography; SUVmax – maximum standardized uptake value; FDG – fluorodeoxyglucose; CCS – craniocaudal size; PCT – polychemotherapy.

По данным эндоскопического исследования, выполненного после завершения 6-го курса химиотерапии, на фоне выраженной положительной динамики был выявлен рубцово-опухолевый субкомпенсированный стеноз привратника. Однако через 2 нед. состояние пациента ухудшилось: появилась рвота непереваренным содержимым после приема пищи и прогрессирующая потеря массы тела, что свидетельствовало о переходе стеноза в декомпенсированную стадию.

На основании тяжести состояния пациента и данных обследования консилиумом принято решение о выполнении паллиативной операции – наложения обходного гастроэнтероанастомоза.

15 апреля 2025 г. выполнено оперативное вмешательство. Ход операции: при ревизии органов брюшной полости доступом – срединная лапаротомия обнаружена бугристая опухоль в проекции головки поджелудочной железы (предположительно конгломерат склерозированных в процессе химиотерапии лимфоузлов) размерами 4,5 × 5,0 × 5,0 см, сдавливающая и деформирующая луковицу двенадцатиперстной кишки, привратник и выходной отдел желудка. Желудок был расширен, имелись признаки декомпенсированного пилоростеноза. Мобилизована петля тощей кишки на расстоянии 40 см от связки Трейца. Сформирован двухрядный гастроэнтероанастомоз «бок в бок» с формированием межкишечного соустья по Брауну. Послеоперационный период протекал без осложнений.

По данным контрольного обследования через 3 мес. после проведения оперативного вмешательства пациент отметил улучшение самочувствия, набор массы тела, отсутствие эпизодов тошноты и рвоты после приема пищи. В настоящее время пациент находится в группе наблюдения, признаков прогрессирования лимфопролиферативного заболевания не наблюдается.

## ОБСУЖДЕНИЕ

Формирование обходного гастроэнтероанастомоза у пациента с осложненным течением лимфомы желудка позволило эффективно купировать клинические проявления пилоростеноза и улучшить качество жизни пациента. Важно подчеркнуть, что гастроэнтероанастомоз не устраняет сам стеноз в зоне обструкции, а создает обходной путь для эвакуации пищи из желудка в тощую кишку,

минуя пораженный отдел. Именно это обеспечивает купирование симптомов и восстановление перорального питания. Выбор данной хирургической тактики был обусловлен распространенным онкологическим процессом (IV стадия) и коморбидным статусом пациента (ВИЧ-инфекция), что делало резекцию желудка более рискованным вмешательством. В отличие от эндоскопического стентирования, которое может потребовать повторных вмешательств, гастроэнтероанастомоз позволил создать надежный обходной путь для эвакуации пищи, купировать клинические проявления обструкции. Формирование еюнотомы, хотя и возможно, менее предпочтительно, так как не обеспечивает естественного приема пищи [7, 8].

Согласно литературным данным, хирургическое шунтирование (гастроюноанастомоз) обеспечивает более продолжительный и надежный паллиативный эффект с меньшей потребностью в повторных вмешательствах по сравнению с эндоскопическими методами. Многоцентровое проспективное рандомизированное исследование SUSTENT, проведенное в Нидерландах в период с 2006 по 2008 г., включало 39 пациентов рандомизированных для установки дуоденального стента (21 пациент) и гастрюностомии (18 пациентов). Более быстрое облегчение симптомов и улучшение состояния отмечалось в группе стентирования по сравнению с группой наложения обходного анастомоза (медиана периода с оценкой GOOSS  $\geq 2$  5 и 8 дней соответственно;  $p < 0,01$ ), но более длительное облегчение симптомов в группе хирургического вмешательства, которая показала медиану периода 72 и 50 дней ( $p < 0,05$ ) с оценкой по шкале GOOSS  $\geq 2$  после процедуры. Серьезные нежелательные явления, рецидивирующие обструктивные симптомы и повторные вмешательства чаще наблюдались после установки стента по сравнению с группой хирургического лечения [9].

Хирургическое вмешательство при лимфомах желудка сохраняет свою актуальность прежде всего для коррекции жизнеугрожающих осложнений – кровотечения, перфорации или обструкции – и может потребоваться как до начала системной терапии, так и на ее фоне [10, 11]. Даже у пациентов с распространенными формами лимфом стандартным подходом остается проведение химиотерапии (в том числе второй и последующих линий) в расчете на достижение системного ответа,

который может привести и к регрессу локальных проявлений, включая стеноз. Однако в представленном клиническом случае, несмотря на частичный метаболический ответ на предшествующую полихимиотерапию, у пациента развился декомпенсированный пилоростеноз с некупируемой рвотой и прогрессирующей потерей массы тела. Дальнейшее выжидание эффекта от возможной смены линии терапии было сопряжено с высоким риском нутритивной недостаточности и аспирационных осложнений. Принятое решение об активном хирургическом вмешательстве – обходном гастроэнтероанастомозе – позволило не только купировать жизнеугрожающие проявления, но и быстро восстановить качество жизни пациента, что подтверждает обоснованность отступления от стандартной тактики в подобных клинических ситуациях.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует успешное применение обходного гастроэнтероанастомоза у пациента с рубцово-опухолевым декомпенсированным стенозом привратника, развившимся на фоне эффективной химиотерапии неходжкинской В-клеточной лимфомы желудка. Несмотря на высокую чувствительность лимфом к химиотерапии и стандартный подход к лечению даже распространенных форм с помощью системной терапии, клиническая ситуация в каждом конкретном случае может потребовать отступления от стандартного алгоритма. Оптимальная тактика у пациентов с осложненным течением заболевания должна определяться консилиумом с участием химиотерапевта и хирурга, а выбор метода – основываться на индивидуальной оценке рисков и ожидаемой эффективности.

## Список источников

1. Bai Z, Zhou Y. A systematic review of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma: Clinical diagnosis, staging, treatment and prognostic factors. *Leuk Res.* 2021 Dec;111:106716. <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2021.106716>
2. Diamantidis MD, Papaioannou M, Hatjiharissi E. Primary gastric non-Hodgkin lymphomas: Recent advances regarding disease pathogenesis and treatment. *World J Gastroenterol.* 2021 Sep 21;27(35):5932–5945. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i35.5932>
3. Lewis CS, Joy G, Jensen P, Barraclough A, Franco N, Talaulikar D, et al. Primary gastric diffuse large B-cell lymphoma: A multicentre retrospective study. *Br J Haematol.* 2024 Aug;205(2):534–541. <https://doi.org/10.1111/bjh.19470>
4. Ma'koseh M, Farfoura H, Abufara A, Elmusa R, Hushki A, Faqeer N, et al. Outcome and patterns of relapse in primary gastric diffuse large B cell lymphoma treated with RCHOP. *Hematology.* 2023 Dec;28(1):2198898. <https://doi.org/10.1080/16078454.2023.2198898>
5. Shi M, Yao Y, Ding H, Yang J, Zhang C, Wu Y, Guo T. The Effect of Surgery on the Prognosis of Gastric Lymphoma: A Meta-analysis. *Am Surg.* 2023 Dec;89(12):6147–6156. <https://doi.org/10.1177/00031348231183126>
6. Кит О. И., Бурцев Д. В., Димитриади Т. А., и др. Рак желудка: принципы персонализированного подхода к диагностике и лечению. Ростов-на-Дону: Издательство РостГМУ; 2025, 120 с.
7. Tran KV, Vo NP, Nguyen HS, Vo NT, Thai TBT, Pham VA, et al. Palliative procedures for malignant gastric outlet obstruction: a network meta-analysis. *Endoscopy.* 2024 Oct;56(10):780–789. <https://doi.org/10.1055/a-2309-7683> Erratum in: *Endoscopy.* 2024 Oct;56(10):C10. <https://doi.org/10.1055/a-2493-5180>
8. Martins RK, Brunaldi VO, Fernandes AL, Otoch JP, Artifon ELA. Palliative therapy for malignant gastric outlet obstruction: how does the endoscopic ultrasound-guided gastroenterostomy compare with surgery and endoscopic stenting? A systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Gastrointest Endosc.* 2023 Jan 21;16:26317745221149626. <https://doi.org/10.1177/26317745221149626>
9. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van Hooft JE, van Eijck CH, Schwartz MP, Vleggaar FP, et al.; Dutch SUSTENT Study Group. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc.* 2010 Mar;71(3):490–499. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2009.09.042>
10. Daoud R, Harbi H, Kallel R, Sallemi-Boudawara T, Kchaou A, Boujelbene S. Spontaneous perforation of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma. *Clin Case Rep.* 2023 Feb 24;11(2):e6994. <https://doi.org/10.1002/ccr3.6994>
11. Kadota T, Seo S, Fuse H, Ishii G, Itoh K, Yano T, et al. Complications and outcomes in diffuse large B-cell lymphoma with gastric lesions treated with R-CHOP. *Cancer Med.* 2019 Mar;8(3):982–989. <https://doi.org/10.1002/cam4.1982>

## References

1. Bai Z, Zhou Y. A systematic review of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma: Clinical diagnosis, staging, treatment and prognostic factors. *Leuk Res.* 2021 Dec;111:106716. <https://doi.org/10.1016/j.leukres.2021.106716>
2. Diamantidis MD, Papaioannou M, Hatjiharissi E. Primary gastric non-Hodgkin lymphomas: Recent advances regarding disease pathogenesis and treatment. *World J Gastroenterol.* 2021 Sep 21;27(35):5932–5945. <https://doi.org/10.3748/wjg.v27.i35.5932>
3. Lewis CS, Joy G, Jensen P, Barraclough A, Franco N, Talaulikar D, et al. Primary gastric diffuse large B-cell lymphoma: A multicentre retrospective study. *Br J Haematol.* 2024 Aug;205(2):534–541. <https://doi.org/10.1111/bjh.19470>
4. Ma'koseh M, Farfoura H, Abufara A, Elmusa R, Hushki A, Faqeer N, et al. Outcome and patterns of relapse in primary gastric diffuse large B cell lymphoma treated with RCHOP. *Hematology.* 2023 Dec;28(1):2198898. <https://doi.org/10.1080/16078454.2023.2198898>
5. Shi M, Yao Y, Ding H, Yang J, Zhang C, Wu Y, Guo T. The Effect of Surgery on the Prognosis of Gastric Lymphoma: A Meta-analysis. *Am Surg.* 2023 Dec;89(12):6147–6156. <https://doi.org/10.1177/00031348231183126>
6. Kit OI, Burtsev DV, Dimitriadi TA, et al. Stomach cancer: principles of a personalized approach to diagnosis and treatment. Rostov-on-Don: RostSMU Publ.; 2025, 120 p. (In Russ.).
7. Tran KV, Vo NP, Nguyen HS, Vo NT, Thai TBT, Pham VA, et al. Palliative procedures for malignant gastric outlet obstruction: a network meta-analysis. *Endoscopy.* 2024 Oct;56(10):780–789. <https://doi.org/10.1055/a-2309-7683> Erratum in: *Endoscopy.* 2024 Oct;56(10):C10. <https://doi.org/10.1055/a-2493-5180>
8. Martins RK, Brunaldi VO, Fernandes AL, Otoch JP, Artifon ELA. Palliative therapy for malignant gastric outlet obstruction: how does the endoscopic ultrasound-guided gastroenterostomy compare with surgery and endoscopic stenting? A systematic review and meta-analysis. *Ther Adv Gastrointest Endosc.* 2023 Jan 21;16:26317745221149626. <https://doi.org/10.1177/26317745221149626>
9. Jeurnink SM, Steyerberg EW, van Hooft JE, van Eijck CH, Schwartz MP, Vleggaar FP, et al.; Dutch SUSTENT Study Group. Surgical gastrojejunostomy or endoscopic stent placement for the palliation of malignant gastric outlet obstruction (SUSTENT study): a multicenter randomized trial. *Gastrointest Endosc.* 2010 Mar;71(3):490–499. <https://doi.org/10.1016/j.gie.2009.09.042>
10. Daoud R, Harbi H, Kallel R, Sallemi-Boudawara T, Kchaou A, Boujelbene S. Spontaneous perforation of primary gastric diffuse large B-cell lymphoma. *Clin Case Rep.* 2023 Feb 24;11(2):e6994. <https://doi.org/10.1002/ccr3.6994>
11. Kadota T, Seo S, Fuse H, Ishii G, Itoh K, Yano T, et al. Complications and outcomes in diffuse large B-cell lymphoma with gastric lesions treated with R-CHOP. *Cancer Med.* 2019 Mar;8(3):982–989. <https://doi.org/10.1002/cam4.1982>

### Информация об авторах:

Казанчян Мария Сергеевна ✉ – врач-онколог отделения гематологии и химиотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7745-7768>, eLibrary SPIN: 5538-3852, AuthorID: 1310101

Гайсултанова Яха Сулеймановна – врач-гематолог отделения гематологии и химиотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2785-1721>, eLibrary SPIN: 2131-5126, AuthorID: 1185053

Николаева Надежда Владимировна – врач-гематолог отделения гематологии и химиотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7224-3106>, eLibrary SPIN: 4295-5920, AuthorID: 733869

Снежко Александр Владимирович – д.м.н., врач-хирург отделения абдоминальной онкологии №1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3998-8004>, eLibrary SPIN: 2913-3744, AuthorID: 439135, Scopus Author ID: 6701854863

Лысенко Ирина Борисовна – д.м.н., профессор, заведующая отделением гематологии и химиотерапии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4457-3815>, eLibrary SPIN: 9510-3504, AuthorID: 794669, Scopus Author ID: 57190217834

Владимирова Любовь Юрьевна – д.м.н., профессор, руководитель отдела лекарственного лечения опухолей ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4822-5044>, eLibrary SPIN: 4857-6202, AuthorID: 289090, Scopus Author ID: 7004401163, WoS ResearcherID: U-8132-2019

Петров Дмитрий Сергеевич – к.м.н., заместитель генерального директора по хирургии ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4562-1199>, eLibrary SPIN: 1855-3496, AuthorID: 736631

Фоменко Юрий Александрович – к.м.н., заместитель генерального директора по клинико-экспертной работе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6513-004X>, eLibrary SPIN: 8204-5275, AuthorID: 462430

Колесников Евгений Николаевич – д.м.н., заведующий отделением абдоминальной онкологии №1 ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр онкологии» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Ростов-на-Дону, Российская Федерация  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9749-709X>, eLibrary SPIN: 8434-6494, AuthorID: 347457, Scopus Author ID: 57190297598

#### Information about authors:

Maria S. Kazanchyan ✉ – oncologist, Department of Hematology and Chemotherapy, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7745-7768>, eLibrary SPIN: 5538-3852, AuthorID: 1310101

Yakha S. Gaysultanova – oncologist, Department of Hematology and Chemotherapy, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2785-1721>, eLibrary SPIN: 2131-5126, AuthorID: 1185053

Nadezhda V. Nikolaeva – oncologist, Department of Hematology and Chemotherapy, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7224-3106>, eLibrary SPIN: 4295-5920, AuthorID: 733869

Aleksandr V. Snezhko – Dr. Sci. (Medicine), surgeon, Department of Abdominal Oncology No. 1, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3998-8004>, eLibrary SPIN: 2913-3744, AuthorID: 439135, Scopus Author ID: 6701854863

Irina B. Lysenko – Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Department of Hematology and Chemotherapy, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4457-3815>, eLibrary SPIN: 9510-3504, AuthorID: 794669, Scopus Author ID: 57190217834

Liubov Yu. Vladimirova – Dr. Sci. (Medicine), Professor, Head of the Department of Systemic Anticancer Therapy, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4822-5044>, eLibrary SPIN: 4857-6202, AuthorID: 289090, Scopus Author ID: 7004401163, WoS ResearcherID: U-8132-2019

Dmitry S. Petrov – Cand. Sci. (Medicine), Deputy Director General for Surgery, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4562-1199>, eLibrary SPIN: 1855-3496, AuthorID: 736631

Yurii A. Fomenko – Cand. Sci. (Medicine), Deputy Director General for Clinical and Expert Affairs, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6513-004X>, eLibrary SPIN: 8204-5275, AuthorID: 462430

Evgeniy N. Kolesnikov – Dr. Sci. (Medicine), Head of the Department of Abdominal Oncology No. 1, National Medical Research Centre for Oncology, Rostov-on-Don, Russian Federation  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9749-709X>, eLibrary SPIN: 8434-6494, AuthorID: 347457, Scopus Author ID: 57190297598

---

#### Вклад авторов:

Казанчян М. С. – сбор материала для написания статьи, написание статьи;

Гайсултанова Я. С. – сбор материала для написания статьи;

Николаева Н. В. – сбор материала для написания статьи, анализ данных;

Снежко А. В. – научное редактирование текста, итоговые выводы;

Лысенко И. Б. – научное руководство;

Владимирова Л. Ю. – научное руководство;

Петров Д. С. – анализ результатов;

Фоменко Ю. А. – редактирование рукописи;

Колесников Е. Н. – клиническое сопровождение исследования.

Все авторы сделали эквивалентный вклад в подготовку статьи и утвердили окончательный вариант, одобренный к публикации.

---

#### Contribution of the authors:

Kazanchyan M. S. – collection of data for manuscript preparation, manuscript writing;

Gaysultanova Ya. S. – collection of data for manuscript preparation;

Nikolaeva N. V. – collection of data for manuscript preparation, data analysis;

Snezhko A. V. – scientific editing of the manuscript, final conclusions;

Lysenko I. B. – scientific supervision;

Vladimirova L. Yu. – scientific supervision;

Petrov D. S. – analysis of results;

Fomenko Yu. A. – manuscript editing;

Kolesnikov E. N. – clinical support of the study.

All authors made equivalent contributions to the preparation of the article and approved the final version for publication.

---

**Конфликт интересов:** авторы статьи А. В. Снежко, Л. Ю. Владимирова входят в состав редколлегии журнала «Южно-Российский онкологический журнал». Статья прошла принятую в журнале процедуру рецензирования независимыми экспертами. Об иных конфликтах интересов авторы не заявляли.

**Соблюдение этических стандартов:** в работе соблюдались этические принципы, предъявляемые Хельсинкской декларацией Всемирной медицинской ассоциации (World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, ред. 2013). Исследование одобрено этическим комитетом ФГБУ «НМИЦ онкологии» Минздрава России (выписка из протокола заседания №18 от 09.09.2024 г.). Информированное согласие получено от пациента.

**Финансирование:** финансирование данной работы не проводилось.

**Conflict of interest:** the authors A. V. Snezhko, L. Yu. Vladimirova are members of the Journal's Editorial Board of the «South Russian Journal of Cancer». The article underwent the Journal's standard independent peer-review process. The authors declared no other conflicts of interest.

**Compliance with ethical standards:** the ethical principles presented by the World Medical Association Declaration of Helsinki, 1964, ed. 2013 were observed in the study. The study was approved by the ethics committee of the National Medical Research Centre for Oncology (extract from the protocol of the meeting №18 dated 09/09/2024). Informed consent was received from patients.

**Funding:** this work was not funded.