

заны с питанием пациентов: 33% больных получали зондовое питание питательными смесями Фрезубин, 8% – щадящее, муссоподобное питание. У 75% пациентов на фоне зондового питания появилась диарея, у больных на щадящем и общем столах (ОВД) такого не наблюдалось. У 36% пациентов, получавших питание согласно ОВД, развивался запор. Объективно у 29% больных отмечались урчание и болезненность при пальпации живота в правой подвздошной области; болезненность при пальпации в левой подвздошной области, спазм сигмовидной кишки – у 52%. В полном анализе крови выявлено: у 6% больных нормохромная анемия, у 12,5% – лейкоцитоз и увеличение СОЭ. По данным копрограммы у 15% пациентов выявлен синдром воспаления толстой кишки, нарушений переваривания не обнаружено. При бактериологическом посеве кала не зафиксировано роста микроорганизмов ни в одной из проб, у 6% пациентов определен антиген *C. difficile* в кале, им назначена соответствующая антибактериальная терапия.

**Заключение.** У пациентов, перенесших ОНМК, выявляются нарушения функции толстой кишки, преимущественно моторной, что необходимо учитывать при подборе нутритивной поддержки и профилактики осложнений.

#### ГАСТРОИНТЕСТИНАЛЬНЫЕ СТРОМАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ

М.В. Чернат<sup>1</sup>, И.В. Мишин<sup>2,3</sup>

<sup>1</sup>Отдел торакоабдоминальной хирургии, НИИ онкологии, Кишинев, Молдова;

<sup>2</sup>Государственный университет медицины и фармакологии им. Н. Тестемциану, Кишинев, Молдова;

<sup>3</sup>Научно-исследовательский институт urgentной медицины, Кишинев, Молдова

Гастроинтестинальные стромальные опухоли (ГИСО) – наиболее частые мезенхимальные новообразования в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), их локализация в тонкой кишке составляет 30–40%.

**Цель.** Изучить частоту, специфику клинических манифестаций, гистологических и иммуногистохимических особенностей, а также результатов лечения ГИСО тонкой кишки.

**Материалы и методы.** Проанализированы 157 случаев ГИСО различной локализации в ЖКТ (с 2007 по 2020 г.). **Результаты.** ГИСО тонкой кишки – 63 (40,1%) случая, средний возраст 55,5±1,6 года (95% доверительный интервал – ДИ 52,29–58,62). Основной симптом – боли в животе ( $n=53$ , 84,1%). Клинические манифестации, связанные с осложнениями, в 24 (38,1%) случаях, в том числе кровотечения в просвет ЖКТ – 12 (50%), кишечная непроходимость – 4 (16,7%) и перфорации в свободную брюшную полость – 8 (33,3%). ГИСО локализовались в двенадцатиперстной кишке (ДПК) – 10 (15,9%), тощей кишке – 29 (46%) и подвздошной кишке – 24 (38,1%). Выполнены следующие оперативные вмешательства: сегментарные резекции тонкой кишки с анастомозом – 43 (68,2%), клиновидная резекция – 10 (15,9%), иссечение ГИСО ДПК – 3 (4,8%), сегментарная резекция ДПК – 5 (7,9%) и панкреатодуоденальная резекция – 2 (3,2%). При иммуногистохимическом исследовании: CD117(c-kit)(+) – 100%. Средний размер ГИСО – 9,59±0,79 см (95% ДИ 8,02–11,16). Размеры ГИСО: ≤5 см vs >5 см – 16 (25,4%) vs 47 (74,6%;  $p<0,0001$ ). Среднее количество митозов с низким риском прогрессирования составило 3,2±0,7 (95% ДИ 1,66–4,83), а при высоком риске – 10,7±1,7 (95%

ДИ 7,34–14,10). Прогрессирование отмечено в 10 (15,9%) случаях. Комбинированное лечение (хирургический метод + иматиниб) – 31 (49,2%) случаев.

**Заключение.** ГИСО тонкой кишки характеризуются: неспецифической клинической картиной; в большинстве случаев опухоли относятся к группе повышенного риска. Хирургический метод является основным в лечении ГИСО тонкой кишки, однако, учитывая выявленные гистопатологические характеристики опухолей, целесообразно использовать комбинированное лечение.

#### ТРУДНОСТИ В ДИАГНОСТИКЕ ОСЛОЖНЕНИЙ БОЛЕЗНИ КРОНА

В.П. Армашов<sup>1,2</sup>, В.В. Павленко<sup>2</sup>, А.А. Пантелимонов<sup>2</sup>, А.Ж. Абдрахманова<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ФГАОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова» Минздрава России, Москва, Россия; <sup>2</sup>ГБУЗ МО «Видновская районная клиническая больница», Видное, Россия

Для болезни Крона (БК) характерно развитие сегментарного воспаления желудочно-кишечного тракта с возникновением местных и системных осложнений.

**Цель.** Клиническая демонстрация трудностей диагностики абдоминальных осложнений БК и оптимизация алгоритма их установления.

Больной 17 лет госпитализирован в клинику 15.01.2020 в экстренном порядке с диагнозом «острый аппендицит?» Жалобы на боли в животе, тошноту. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) – инфильтрат правой подвздошной области. Болевой синдром, нарастающий лейкоцитоз, гипертермия не позволили исключить острый аппендицит, выполнена диагностическая лапароскопия. В правой подвздошной области – инфильтрат без признаков абсцедирования. Попытки разделения инфильтрата безрезультатны, выполнена конверсия. Выделить аппендикс из инфильтрата не представилось возможным. Назначена антибактериальная терапия. После кратковременного улучшения состояния стали нарастать лейкоцитоз, гипертермия, боли в животе. При УЗИ – признаки абсцесса брюшной полости. 27.01.2020 вскрыт абсцесс брюшной полости. Состояние пациента – с положительной динамикой, но через 14 дней развилась острая тонкокишечная непроходимость. Консервативные мероприятия неэффективны. При мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) – значительное утолщение стенок терминального отдела подвздошной кишки с сужением просвета. 11.02.2020 – лапаротомия. На операции: слепая кишка и аппендикс не изменены, значительное сужение терминального отдела подвздошной кишки на протяжении 12 см. Резекция илеоцекального угла с илеоасцендоанастомозом. Диагноз БК подтвержден при гистологическом исследовании операционного материала. Лапаротомная рана зажила вторичным натяжением. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

**Заключение.** Начало заболевания под маской острого аппендицита не позволило своевременно установить диагноз. С целью своевременной диагностики и оптимизации терапии таким больным рекомендуется комплексное обследование, (МСКТ органов брюшной полости, колоноскопия, МРТ).

Лечение пациентов с БК должно проводиться вместе гастроэнтерологами и хирургами.