
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Державне підприємство Український науково-дослідний інститут
медицини транспорту

ВІСНИК
МОРСЬКОЇ МЕДИЦИНИ

Науково-практичний журнал
Виходить 4 рази на рік

Заснований в 1997 році. Журнал є фаховим виданням для публікації основних
результатів дисертаційних робіт у галузі медичних наук
(Наказ Міністерства освіти і науки України № 886 (додаток 4) від 02.07.2020 р.)
Свідоцтво про державну реєстрацію
друкованого засобу масової інформації серія КВ № 18428-7228ПР

№ 1 (110)
(січень - березень)

Одеса 2026

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ

Головний редактор **А. І. Гоженко**

О. М. Ігнат'єв (заступник головного редактора), Н. А. Мацегора (відповідальний секретар), Н. С. Бадюк, Є. П. Белобров, Р. С. Вастьянов, В. С. Гойдик, М. І. Голубятніков, А. А. Гудима, Г. С. Манасова, В. В. Огоренко, Т. П. Опаріна, І. В. Савицький, С. М. Пасічник, Н. Д. Філінець, В. В. Шухтін, Якименко О. О.

РЕДАКЦІЙНА РАДА

Х. С. Бозов (Болгарія), Денисенко І. В. (МАММ), В. А. Жуков (Польща), С. Іднані (Індія), А. Г. Кириченко (Днепр), М. О. Корж (Харків), М. М. Корда (Тернопіль), Н. Ніколіч (Хорватія), М. Г. Проданчук (Київ), М. С. Регеда (Львів), К. О. Талалаєв (Одеса)

Адреса редакції

65039, ДП УкрНДІ медицини транспорту
м. Одеса, вул. Канатна, 92
e-mail nymba.od@gmail.com
Наш сайт - www.medtrans.com.ua

Редактор Н. І. Єфременко

Здано до набору 24.03.2026 р.. Підписано до друку 27.03.2026 р. Формат 70×108/164
Папір офсетний № 2. Друк офсетний. Умов.-друк.арк. .
Зам № 2/9/15 Тираж 100 прим.

ISSN 2707-1324

©Міністерство охорони здоров'я України, 1999
©Державне підприємство Український науково-дослідний інститут медицини транспорту, 2005

MINISTRY OF HEALTH CARE OF UKRAINE

State enterprise Ukrainian Research Institute of Transport
Medicine

JOURNAL OF MARINE MEDICINE

Scientific and practical journal
It is published 4 times a year

Founded in 1997. The magazine is a professional publication of the main results of thesis's and
works in the field of medical sciences

(Order of the Ministry of Education and Science of Ukraine No. 886 (Appendix 4)
dated July 2, 2020)

Certificate of state registration of printed mass media series KV No. 18428-7228PR

No. 1 (110)
(January - March)

Odessa 2026

EDITORIAL BOARD

Chief editor A. I. Gozhenko

O. M. Ignatiev (deputy editor-in-chief), N. A. Matsegora (responsible secretary), N. S. Badiuk, E. P. Belobrov, R. S. Vastyanov, V. S. Hoydyk, M. I. Golubyatnikov, A. A. Gudyma, G. S. Manasova, V. V. Ogorenko, T. P. Oparina, I. V. Savitsky, S. M. Pasichnyk, N. D. Filipets, V. V. Shukhtin, Yakymenko O. O.

EDITORIAL COUNCIL

H. S. Bozov (Bulgaria), I. V. Denysenko (IMHA), V. A. Zhukov (Poland), S. Idnani (India), A. G. Kyrychenko (Dnipro), M. O. Korzh (Kharkiv), M. M. Korda (Ternopil), N. Nikolic (Croatia), M. G. Prodanchuk (Kyiv), M.S. Regeda (Lviv), K. O. Talalaev (Odessa)

Address of the editorial office

Address of the editorial office
65039, SE UkrNDI for medicine of transport
Odessa, str. Kanatna, 92
e-mail nymba.od@gmail.com
Our website - www.medtrans.com.ua; herald.org.ua

Editor N. I. Yefremenko

Submitted for typing on 03/24/2026. Signed for printing on 03/27/2026. Format 70×108/164
Offset paper No. 2. Offset printing. Terms and conditions - print sheet. .
Deputy No. 2/9/15 Circulation 100 approx.

Внесок авторів/Authors' contribution: Гладчук І.З.: концепція дослідження, загальне керівництво, аналіз результатів, формулювання висновків. Очеретна Ю.С.: збір матеріалу, статистична обробка, написання статті, формування висновків, аналіз результатів. Всі автори прочитали й погодилися з опублікованою версією рукопису.

Фінансування/Funding: Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування

Висновок комісії по біоетиці/Institutional Review Board Statement: Для проведення дослідження отримано позитивне рішення комісії з біоетики (Комітет біоетики Одеського національного медичного університету, протокол №07 від 14.11.2022 р.) дотримано основних морально-етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації з біомедичних досліджень.

Заява про поінформовану згоду/Informed Consent Statement: Від пацієнта (-ів) було отримано письмову поінформовану згоду на обробку персональних даних та їх подальше використання.

Заява про доступність даних/Data Availability Statement: Вся інформація знаходиться у відкритому доступі, дані щодо конкретного пацієнта можуть бути отримані на запит у провідного автора.

Подяка/Acknowledgments: Автори висловлюють подяку за сприяння написанню роботи науковим колективам своїх закладів

Конфлікт інтересів/Conflicts on Interest: Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Використання ШІ/Use of AI: Не використовували

Робота надійшла в редакцію 02.02.2026 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

УДК 616.33 – 006.3 - 06

DOI <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.19443242>

В. Ю. Ільїна-Стогнієнко, М. С. Вітюк

УСКЛАДНЕННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ПУХЛИН

Одеський національний медичний університет

Authors' Information

Ільїна-Стогнієнко В.Ю. <https://orcid.org/0000-0002-0564-9621>

Вітюк М.С. <https://orcid.org/0000-0009-7717-8621>

Summary. Ільїна-Стогнієнко В. Ю., Вітюк М. С. **COMPLICATIONS OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS.** – *The Odesa National Medical University; e-mail: vikailina1978@gmail.com.* Gastrointestinal stromal tumors (GIST) are rare mesenchymal neoplasms of the gastrointestinal tract, which are most often caused by activating mutations in the KIT or platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA) genes. In general, GISTs are characterized by constitutive activation of receptor tyrosine kinases, which leads to unregulated cell proliferation and survival. **The purpose:** to assess the frequency of detection of complications of gastrointestinal stromal tumors in a multidisciplinary clinic. **Results.** The observation period was 10 years, the frequency of detection of GIST was 7 (1.5%) cases, with a total number of 468

persons under examination. In 4 (57.1%3) cases, the reason for hospitalization was complications of GIST, including bleeding (2 cases), mechanical intestinal obstruction and intestinal perforation with the development of diffuse peritonitis (1 case each). **Conclusion.** In every second GIST patient, the reason for hospitalization was complications of the underlying disease. Gastrointestinal stromal tumors are potentially aggressive formations with a wide range of complications that can occur both as a result of the natural course of the disease and during treatment.

Key words: gastrointestinal neoplasm, unregulated cell proliferation, complications.

Реферат. Ільїна - Стогнієнко В. Ю., Вітюк М. С. **УСКЛАДНЕННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ПУХЛИН.** Гастроінтестинальні стромальні пухлини (GIST) являють собою рідкісні мезенхімальні новоутворення шлунково-кишкового тракту, що найчастіше зумовлені активуючими мутаціями в генах KIT або рецептора альфа фактора росту тромбоцитів (PDGFRA). В цілому GIST характеризуються конститутивною активацією рецепторних тирозинкіназ, що призводить до нерегульованої клітинної проліферації та виживання. **Мета дослідження:** оцінити частоту виявлення ускладнень гастроінтестинальних стромальних пухлин в умовах багатопрофільної клініки. **Результати.** Термін спостереження склав 10 років, частота виявлення GIST - 7 (1,5%) випадків, при загальному числі обстежених 468 осіб. У 4 (57,1%3) випадках приводом до госпіталізації були ускладнення GIST, в тому числі кровотеча (2 випадки), механічна кишкова непрохідність та перфорація кишки з розвитком розлитого перитоніту (по 1 випадку). **Висновок.** У кожного другого пацієнта з GIST приводом до госпіталізації були ускладнення основного захворювання. Гастроінтестинальні стромальні пухлини є потенційно агресивними утвореннями з широким спектром ускладнень, які можуть виникати як унаслідок природного перебігу захворювання, так і в процесі лікування.

Ключові слова: новоутворення шлунково-кишкового тракту, нерегульована клітина проліферація, ускладнення.

Гастроінтестинальні стромальні пухлини (GIST, gastrointestinal stromal tumors) – це рідкісні мезенхімальні новоутворення шлунково-кишкового тракту, найчастіше зумовлені активуючими мутаціями в генах KIT або рецептора альфа фактора росту тромбоцитів (PDGFRA). Орієнтовна захворюваність становить приблизно від 10 до 15 випадків на мільйон осіб щорічно, зі схильністю до прояву між п'ятим і сьомим десятиліттями життя з приблизно однаковою частотою серед чоловіків і жінок. За оцінками, щорічна захворюваність на GIST, наприклад, у Сполучених Штатах, становить приблизно від 0,68 до 0,78 випадків на 100 000 осіб.

GIST походять з інтерстиціальних *клітин Кахаля* (cells of Cajal) – спеціалізованих клітин – пейсмекерів, розташованих у власному шарі м'язової оболонки ШКТ. Ці клітини допомагають регулювати моторику кишечника, координуючи скорочення гладких м'язів. Було показано, що мутації KIT (CD117) або PDGFRA призводять до активації кодованих ними тирозинкіназних рецепторів, що викликає конститутивну активацію приблизно у 85% спорадичних випадків пухлин. Ця активація призводить до гіперплазії, яка зрештою прогресує до неоплазії. Окрім того, мутації KIT та PDGFRA також можуть успадковуватися, що призводить до набагато рідкісніших сімейних випадків захворювання [3]. GIST без KIT або PDGFRA разом відомі як дикий тип. Ця група складається з гетерогенної суміші мутацій, включаючи NF1, BRAF, HRAS, і може спостерігатися при пухлинних синдромах, наприклад, нейрофіброматоз 1 типу, триада Карні (GIST, парагангліома та легенева хондрома) та синдром Карні - Стратакіса (GIST та парагангліома) [4, 5, 6]. В цілому GIST характеризуються конститутивною активацією рецепторних тирозинкіназ, що призводить до нерегульованої клітинної проліферації та виживання [1, 2]. Серед пухлин ШКТ доля GIST складає приблизно 0,1–3%, однак вони є провідною групою не метастатичних підслизових пухлин шлунка і тонкої кишки.

Гістологічно GIST демонструють веретенноклітинну, епітеліоїдну або змішану морфологію та зазвичай імуногістохімічну позитивність для KIT (CD117) та DOG1.

Діагностична оцінка включає контрастну комп'ютерну томографію (КТ) або магнітно-резонансну томографію (МРТ), ендоскопічну ультрасонографію з отриманням тканин та мутаційне профілювання для визначення цільової терапевтичної тактики.

Найчастіше GIST локалізуються у шлунку (~60%), тонкій кишці (~30%), значно рідше в товстій кишці, прямій кишці, стравоході або навіть поза шлунково-кишковим трактом (наприклад, брижі або сальнику), і в цьому випадку їх називають поза кишковими GIST [2]. У більшості випадків (приблизно 70%) GIST вважаються доброякісними на момент постановки діагнозу або такими, що мають проміжний біологічний потенціал, однак вони здатні до місцево-деструктивного росту і метастазування.

Хоча лімфатичне поширення є рідкісним, злоякісні GIST найчастіше метастазують гематогенно, особливо в печінку або очеревину. Пухлини розміром понад 5 см, ті, що з високою мітотичною активністю (>5 мітозів/50 HPF) зображення при високому збільшенні, та ті, що виникають поза шлунком (наприклад, у тонкій кишці), пов'язані з вищим ризиком рецидиву або метастазування[16] Розпізнавання цих ознак є важливим для стратифікації ризику, прогнозу та прийняття рішень щодо ад'ювантної терапії

Стратифікація ризику та стадіювання базуються на поєднанні розміру пухлини, частоти мітозу та анатомічного розташування [3] На відміну від більшості злоякісних новоутворень шлунково-кишкового тракту, GIST рідко метастазують у лімфатичні вузли, і стадіювання за методом TNM (пухлина, вузол, метастазування) використовується рідше. Натомість, стратифікація ризику рецидиву керує рішеннями щодо ад'ювантної терапії. Розмір пухлини та мітотичний індекс є ключовими гістопатологічними ознаками, що використовуються для оцінки ризику злоякісності при GIST. Однак ці фактори самі по собі не повністю відображають біологічну поведінку пухлини. У великому когортному дослідженні 1765 пацієнтів із GIST шлунка Miettinen et al. (2006) виявили, що пухлини розміром понад 10 см з високою мітотичною активністю (>5 мітозів/50 HPF) мали 86% ризик метастазування. Натомість, пухлини такого ж розміру, але з нижчою мітотичною активністю (<5 мітозів/50 HPF) показали значно нижчий рівень метастазування – 11% [15] Аналогічно, у тонкокишечних GIST навіть ті, що мали низьку мітотичну активність, демонстрували вищий ризик метастазування — приблизно 50% для пухлин розміром понад 10 см — що підкреслює більш агресивну природу GIST поза шлунком[14]. В результаті Miettinen et al розробили модель стратифікації ризику, яка враховує не лише розмір пухлини та кількість мітозів, але й первинне місце пухлини з використанням модифікованих критеріїв Національного інституту охорони здоров'я США. Згідно з цими рекомендаціями, малі шлункові GIST (≤ 2 см) зазвичай поведуться доброякісно, незалежно від швидкості мітозу, тоді як пухлини подібного розміру в тонкій кишці або прямій кишці демонструють більший злоякісний потенціал. Примітно, що навіть ректальні GIST менше 2 см з підвищеною мітотичною активністю несуть вищий ризик рецидиву та агресивної поведінки[3].

Пацієнти з підозрою на GIST можуть мати ряд неспецифічних симптомів, залежно від розміру пухлини, розташування та ступеня прогресування. Скарги можуть включати раннє насичення, відчуття переповнення живота або дискомфорт через ефект маси, шлунково-кишкову кровотечу або втому від хронічної анемії. У деяких пацієнтів можуть проявлятися ознаки гострих внутрішньочеревних подій, наприклад, кровотечі або обструкції, а в рідкісних випадках можуть негайно звернутися з сильним болем у животі, що нагадує перитоніт та потребує термінового обстеження. При фізичному обстеженні результати можуть бути мінімальними; однак у симптоматичних пацієнтів може бути присутня пальпована масова пухлина черевної порожнини або ознаки анемії (наприклад, блідість або тахікардія). Хоча GIST переважно поширюються на печінку та очеревину, лімфатичні метастази трапляються рідко, за винятком рідкісних гістологічних варіантів пухлин. Ураження легень, кісток або інших віддалених ділянок зазвичай відбувається лише на пізніх стадіях захворювання. Примітно, що у 15%-30% випадків GIST виявляються випадково під час хірургічного втручання, візуалізації або розтину [6, 7]

Діагностичне обстеження GIST передбачає міждисциплінарний підхід, який поєднує візуалізацію, забір зразків тканин та гістопатологічний аналіз. Візуалізація відіграє ключову роль не лише у початковому виявленні та стадіюванні пухлин, але й у моніторингу відповіді на терапію, оцінці рецидиву та керівництві довгостроковими стратегіями спостереження. Зрештою, інтерпретація результатів візуалізації повинна бути інтегрована з клінічною картиною, цитологічним або гістологічним аналізом та імуногістохімічним фарбуванням, особливо для KIT (CD117) та DOG1, для встановлення остаточного діагнозу та керівництва прийняттям терапевтичних рішень у рамках міждисциплінарної допомоги [7].

Контрастно підсилена комп'ютерна томографія (КТ) залишається методом візуалізації першої лінії для оцінки підозрюваних або підтверджених біопсією GIST. Вона пропонує високу просторову роздільну здатність і особливо ефективна для визначення розміру, розташування та морфології пухлини, а також дозволяє виявляти метастатичне поширення, найчастіше в печінку та очеревину. КТ є методом вибору для періопераційного планування та подальшого спостереження, враховуючи її відтворюваність та здатність оцінювати позакишкові захворювання. Магнітно-резонансна томографія (МРТ) служить важливим допоміжним методом, особливо для характеристики метастазів у печінці, де вона пропонує кращу роздільну здатність контрасту порівняно з КТ. МРТ також є кращою в певних клінічних сценаріях, наприклад, при тазових GIST, алергії на йодований контраст або порушенні функції нирок. Хоча КТ залишається більш чутливою та специфічною для виявлення перитонеальних та позапечінкових метастазів у контексті початкової діагностики та стадіювання, МРТ забезпечує більшу чутливість при оцінці ураження печінки. Позитронно-емісійна томографія, зазвичай у поєднанні з КТ (ПЕТ/КТ), може бути вибірково використана для диференціації життєздатної пухлини від некротичної або фіброзної тканини, для уточнення невизначених результатів звичайної візуалізації або для виявлення прихованих захворювань. ПЕТ/КТ особливо цінна для оцінки ранньої відповіді на лікування, оскільки метаболічні зміни часто передують морфологічним змінам пухлинного навантаження. Тим не менш, рутинне використання ПЕТ/КТ обмежене, і це дослідження не вважається заміною стандартної КТ - візуалізації. ПЕТ/КТ може бути найбільш корисною у пацієнтів з протипоказаннями до внутрішньовенного контрасту або у пацієнтів з дифузним ураженням очеревини.

Ендоскопічне обстеження, зокрема ендоскопія верхніх відділів шлунково-кишкового тракту, може полегшити виявлення GIST у шлунку або проксимальному відділі тонкої кишки. Незважаючи на їхнє походження у власному м'язовому шарі, ці пухлини часто проявляються як субепітеліальні маси з виразками слизової оболонки, що покривають їх, або з інтактною слизовою оболонкою. Однак поверхневі біопсії слизової оболонки часто не є діагностичними через глибоке розташування пухлини. Ендоскопічне ультразвукове дослідження (ЕУЗД) підвищує діагностичну цінність, забезпечуючи високороздільну візуалізацію шарів стінки шлунково-кишкового тракту та дають змогу проводити тонко голкову аспіраційну біопсію або біопсію з основою. При ЕУЗД GIST зазвичай виглядають як гіпоехогенні ураження, що виникають з четвертого (власний м'язовий шар) або іноді з другого (м'язова слизова оболонка) шару. Цей метод допомагає диференціювати GIST від інших субепітеліальних уражень, наприклад, лейоміом, ліпом або нейроендокринних пухлин [12].

Актуальність проблеми ускладнень GIST зумовлена низкою клінічних, діагностичних і терапевтичних чинників, що мають безпосередній вплив на прогноз і якість життя пацієнтів.

На відміну від багатьох видів раку шлунково-кишкового тракту, GIST рідко метастазують у лімфатичні вузли, тому рутинна лімфаденектомія не потрібна. Хірургічне лікування зазвичай включає сегментарні або клиноподібні резекції з акцентом на досягнення чітких країв, уникаючи при цьому розриву пухлини. Для невеликих, вигідно розташованих пухлин шлунка лапароскопічна резекція стала прийнятним підходом, що пропонує порівнянні онкологічні результати з нижчою періопераційною захворюваністю. Мінімально інвазивна хірургія зазвичай призначена для пухлин розміром 5 см або менше, які не прилягають до критичних анатомічних структур [7, 8]. Для GIST, розташованих у більш складних ділянках, наприклад, дванадцятипалій кишці, прямій кишці або стравохідно-шлунковому переході, можуть знадобитися відкриті або гібридні підходи. У деяких випадках можуть знадобитися більш обширні резекції, наприклад, панкреатодуоденектомія або трансанальне видалення, і важливо ретельне міждисциплінарне планування. Розрив пухлини або позитивні краї під час операції значно підвищують ризик рецидиву та перитонеальної дисемінації, і можуть вимагати ад'ювантного призначення іматинібу, навіть при пухлинах, які в іншому випадку вважалися б низько ризиковими [15].

Найпоширеніші ускладнення GIST пов'язані зі шлунково-кишковою кровотечею або мас-ефектом пухлин. Ці пухлини можуть проявлятися гострою шлунково-кишковою кровотечею у вигляді мелени або гематемезис, або хронічною шлунково-кишковою

кровотечею, що призводить до анемії. Ці пухлини також можуть призвести до кишкової непрохідності, внутрішньочеревної кровотечі та розриву з перитонітом.

Післяопераційні ускладнення після резекції пухлин включають ті, що пов'язані з будь-яким оперативним втручанням, і можуть варіюватися залежно від розташування пухлини та хірургічного підходу. Деякі ускладнення можуть включати кровотечу, інфекцію, анастомотичну негерметичність або затримку спорожнення шлунка. Пухлини поблизу прямої кишки або гастроєзофагеального переходу також можуть призводити до функціональної захворюваності, такої як дисфункція кишечника або рефлюкс, що може вплинути на якість життя. Найзначнішими онкологічними ускладненнями є інтраопераційний розрив пухлини та позитивні хірургічні краї, обидва з яких пов'язані зі значно підвищеним ризиком рецидиву та вважаються ознаками високого ризику для розгляду ад'ювантної терапії [7].

Не менш актуальною є проблема ускладнень, пов'язаних із застосуванням таргетної терапії (зокрема *іматинібу*), яка, з одного боку, суттєво покращила виживаність пацієнтів з GIST, але з іншого — супроводжується ризиком некрозу пухлини, перфорації, гепатотоксичності та затримки загоєння ран. Ці ускладнення часто з'являються у фазі активного лікування або при резистентності до інгібіторів тирозин кіназ, що вимагає зміни терапевтичної стратегії. В умовах обмежених ресурсів (наприклад, у країнах з низьким рівнем фінансування охорони здоров'я) ускладнення GIST становлять ще більшу загрозу, оскільки потребують високоартісного, мультидисциплінарного ведення: термінової хірургії, тривалої медикаментозної терапії та динамічного моніторингу.

Мета дослідження: оцінити частоту виявлення ускладнень гастроінтестинальних стромальних пухлин в умовах багатопрофільної університетської клініки.

Матеріал та методи. Дослідження виконане на базі клінічних підрозділів багатопрофільного медичного центру ОНМедУ (м. Одеса). Глибина пошуку склала 10 років. Проаналізовано 468 випадків хірургічного лікування пухлин ШКТ, визначена частота виявлення GIST та їх ускладнень. Статистична обробка виконана методом частотного аналізу із застосуванням програмного забезпечення Statistica 14.1.25 (США).

Результати. Частота виявлення GIST за весь термін спостереження склала 7 (1,5%) випадків. Вік пацієнтів коливався у діапазоні 51 - 72 років (Me=62 (55; 68)). У 4 (57,1%) випадках приводом до госпіталізації були ускладнення GIST, в тому числі кровотеча (2 випадки), механічна кишкова непрохідність та перфорація кишки з розвитком розлитого перитоніту (по 1 випадку).

У всіх випадках, коли GIST мали ускладнений перебіг, лікування проводилося з урахуванням ургентного характеру патології, локалізації пухлини та загального стану пацієнта.

У пацієнтів з шлунково – кишковою кровотечею (2 випадки) спостерігались ознаки гострої постгеморагічної анемії та гемодинамічної нестабільності. Первинна тактика включала інфузійну та гемостатичну терапію, проведення ендоскопії верхніх відділів ШКТ з діагностичною та частковогемостатичною метою. У подальшому, після стабілізації стану, пацієнтам було виконано планову хірургічну резекцію пухлини: у першому випадку — часткову резекцію шлунка, у другому — резекцію тонкої кишки з первинним анастомозом. Обидва випадки мали сприятливий післяопераційний перебіг без розвитку вторинних ускладнень.

У пацієнта з механічною кишковою непрохідністю, викликаною GIST тонкої кишки, хірургічне втручання виконували в ургентному порядку. Під час операції було виявлено пухлинне ураження ділянки клубової кишки з частковою інвазією в брижу. Проведено резекцію сегмента тонкої кишки з формуванням терміно - латерального анастомозу типу кінець у бік. Після операційний період ускладнився короткочасним парезом кишечника, що був скоригований консервативно.

Найбільш тяжкий перебіг мав випадок перфорації кишки з розвитком розлитого перитоніту, при якому пухлина тонкої кишки проросла стінку з формуванням дефекту і виливом кишкового вмісту в черевну орожнину. Пацієнту уло проведено екстрену апартотомію, санацію та дренивання еревної орожнини, резекцію сегмента тонкої кишки разом з пухлиною, а також формування анастомозу. Через високий ризик інфекційних ускладнень після операційний період супроводжувався розвитком паретичного ілеусу та лейкоцитозу, однак, завдяки своєчасній антибіотикотерапії та інтенсивному нагляду

вдалося уникнути генералізації процесу.

Висновки

1. У кожного другого пацієнта з GIST приводом до госпіталізації були ускладнення основного захворювання.

2. Гастроінтестинальні стромальні пухлини є потенційно агресивними утвореннями з широким спектром ускладнень, які можуть виникати як унаслідок природного перебігу захворювання, так і в процесі лікування.

Література/References:

1. El-Menyar A, Mekkodathil A, Al-Thani H. Diagnosis and management of gastrointestinal stromal tumors: An up-to-date literature review. *J Cancer Res Ther.* 2017 Oct-Dec;13(6):889-900.]

2. Schaefer IM, Mariño-Enríquez A, Fletcher JA. What is New in Gastrointestinal Stromal Tumor? *Adv AnatPathol.* 2017 Sep;24(5):259-267.

3. Miettinen M, Lasota J. Histopathology of gastrointestinal stromal tumor. *J Surg Oncol.* 2011 Dec;104(8):865-73.

4. Nishida T, Blay JY, Hirota S, Kitagawa Y, Kang YK. The standard diagnosis, treatment, and follow-up of gastrointestinal stromal tumors based on guidelines. *Gastric Cancer.* 2016 Jan;19(1):3-14.

5. Demetri GD, von Mehren M, Antonescu CR, DeMatteo RP, Ganjoo KN, Maki RG, Pisters PW, Raut CP, Riedel RF, Schuetze S, Sundar HM, Trent JC, Wayne JD. NCCN Task Force report: update on the management of patients with gastrointestinal stromal tumors. *J Natl ComprCanc Netw.* 2010 Apr;8 Suppl 2(0 2):S1-41; quiz S42-4.

6. Joensuu H, Hohenberger P, Corless CL. Gastrointestinal stromal tumour. *Lancet.* 2013 Sep 14;382(9896):973-83.

7. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: review on morphology, molecular pathology, prognosis, and differential diagnosis. *Arch Pathol Lab Med.* 2006 Oct;130(10):1466-78.

8. Akahoshi K, Oya M, Koga T, Shiratsuchi Y. Current clinical management of gastrointestinal stromal tumor. *World J Gastroenterol.* 2018 Jul 14;24(26):2806-2817.

9. Hirota S, Isozaki K, Moriyama Y, Hashimoto K, Nishida T, Ishiguro S, Kawano K, Hanada M, Kurata A, Takeda M, Muhammad Tunio G, Matsuzawa Y, Kanakura Y, Shinomura Y, Kitamura Y. Gain-of-function mutations of c-kit in human gastrointestinal stromal tumors. *Science.* 1998 Jan 23;279(5350):577-80.

10. Ma GL, Murphy JD, Martinez ME, Sicklick JK. Epidemiology of gastrointestinal stromal tumors in the era of histology codes: results of a population-based study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2015 Jan;24(1):298-302.

11. Tran T, Davila JA, El-Serag HB. The epidemiology of malignant gastrointestinal stromal tumors: an analysis of 1,458 cases from 1992 to 2000. *Am J Gastroenterol.* 2005 Jan;100(1):162-8.

12. Perez EA, Livingstone AS, Franceschi D, Rocha-Lima C, Lee DJ, Hodgson N, Jorda M, Koniaris LG. Current incidence and outcomes of gastrointestinal mesenchymal tumors including gastrointestinal stromal tumors. *J Am Coll Surg.* 2006 Apr;202(4):623-9.

13. Patel N, Benipal B. Incidence of Gastrointestinal Stromal Tumors in the United States from 2001-2015: A United States Cancer Statistics Analysis of 50 States. *Cureus.* 2019 Feb 22;11(2):e4120.

14. Miettinen M, Lasota J. Gastrointestinal stromal tumors: pathology and prognosis at different sites. *SeminDiagnPathol.* 2006 May;23(2):70-83.

15. Heinrich MC, Corless CL, Duensing A, McGreevey L, Chen CJ, Joseph N, Singer S, Griffith DJ, Haley A, Town A, Demetri GD, Fletcher CD, Fletcher JA. PDGFRA activating mutations in gastrointestinal stromal tumors. *Science.* 2003 Jan 31;299(5607):708-10.

16. Corless CL, Barnett CM, Heinrich MC. Gastrointestinal stromal tumours: origin and molecular oncology. *Nat Rev Cancer.* 2011 Nov 17;11(12):865-78.

Внесок авторів/ Authors' contribution. Автори наголошують про рівний вклад у написанні роботи.

Фінансування/Funding Це дослідження не отримало зовнішнього фінансування

Висновок комісії по біоетиці/Institutional Review Board Statement Не потрібен

Заява про доступність даних / Data Availability Statement Вся інформація знаходиться у відкритому доступі.

Використання штучного інтелекту/Use of AI. Автор не використовував ШІ при написанні роботи

Робота надійшла в редакцію 19.02.2026 року.

Рекомендована до друку на засіданні редакційної колегії після рецензування

Козлов С. М., Повч О. А. ПАТОФІЗІОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ГІПЕРДИНАМІЧНОГО СПЛАНХНІЧ- НОГО КРОВОТОКУ: РОЛЬ СЕЛЕ- ЗІНКОВОЇ ІНВЕРСІЇ ТА МЕЗЕНТЕРІ- АЛЬНОГО КОМПОНЕНТА В СУМАЦІЇ ПОТОКІВ101	Kozlov S. M., Povch O. A. PATHOPHYSIOLOGICAL ASPECTS OF HYPERDYNAMIC SPLANCHNIC BLOOD FLOW: THE ROLE OF SPLENIC INVERSION AND MESENTERIC COMPONENT IN FLOW SUMMATION101
Мельниченко М. Г., Бузовський В. П. Елій Л. Б. ПОРІВНЯЛЬНА ХАРАКТЕРИСТИКА РАНЬОГО ПІСЛЯОПЕРАЦІЙНОГО ПЕРІОДУ У НОВОНАРОДЖЕНИХ ТА ДІТЕЙ ГРУДНОГО ВІКУ ПІСЛЯ КАРДІОХІРУРГІЧНОЇ КОРЕКЦІЇ ... 108	Melnychenko M. H., Buzovskyi V. P. Elii L. B. COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF THE EARLY POSTOPERATIVE PERIOD IN NEWBORNS AND INFANTS AFTER CARDIAC SURGERY CORRECTION 108
Танасієнко П. В., Єсипенко В. С. КЛІНІКО-НОЗОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПОСТРАЖДА- ЛИХ З ІПСИЛАТЕРАЛЬНИМИ ПЕРЕЛОМАМИ НИЖНІХ КІНЦІВОК ТА ПОЛІТРАВМОЮ В РЕЗУЛЬТАТІ ДТП 116	Tanasiienko P. V., Yesypenko V. S. CLINICAL AND NOSOLOGICAL CHARACTERISTICS OF VICTIMS WITH IPSILATERAL FRACTURES OF THE LOWER LIMBS AND POLYTRAUMA AS A RESULT OF A ROAD ACCIDENT 116
Тимофєєв Р. М. ПРОАКТИВНИЙ ПІДХІД У ВИЯВЛЕНІ ДЕПРЕСИВНИХ РОЗЛАДІВ У СТУДЕНТІВ – МЕДИКІВ 124	Tymofieiev R. M. A PROACTIVE APPROACH TO DETECTING DEPRESSIVE DISORDERS IN MEDICAL STUDENTS 124
Дрога О. І. ДОВГОТРИВАЛА СТАБІЛЬНІСТЬ НИЖЬОГО ПОЛЮСА ПІСЛЯ МАСТОПЕКСІЇ: ПРОСПЕКТИВНЕ ПОРІВНЯЛЬНЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ТРЬОХ ХІРУРГІЧНИХ МЕТОДИК . 130	Droha O. I. LONG-TERM LOWER POLE STABILITY AFTER MASTOPEXY: A PROSPECTIVE COMPARATIVE STUDY OF THREE SURGICAL TECHNIQUES130
Очеретна Ю. С., Гладчук І. З. РОЛЬ ФІЗИКАЛЬНОГО ОБСТЕЖЕННЯ, ТРАНСВАГІНАЛЬНОЇ УЛЬТРАСОНОГРАФІЇ ТА МАГНІТНО- РЕЗОНАНСНОЇ ТОМОГРАФІЇ У ДІАГНОСТИЦІ ЕНДОМЕТРІОЗУ КИШЕЧНИКА 138	Ocheretna Y. S., Gladchuk I. Z. ACCURACY OF COMBINED PHYSICAL EXAMINATION, TRANSVAGINAL ULTRASONOGRAPHY, AND MAGNETIC RESONANCE IMAGING TO DIAGNOSE BOWEL ENDOMETRIOSIS 138
Ільїна - Стогнієнко В. Ю., Вітюк М. С. УСКЛАДНЕННЯ ГАСТРОІНТЕСТИНАЛЬНИХ СТРОМАЛЬНИХ ПУХЛИН146	Iiina-Stohnienko V. Yu., Vityuk M. S. COMPLICATIONS OF GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS146