

И. М. Ладутько<sup>1,2</sup>, В. В. Седун<sup>1,2,3</sup>, С. М. Ращинский<sup>1,2</sup>,  
П. И. Шершень<sup>3</sup>, Е. А. Фелькина<sup>1,2</sup>, А. В. Жура<sup>1,2</sup>,  
Е. П. Домаренок<sup>2</sup>, С. А. Гузов<sup>4</sup>

## РЕДКИЕ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (ОПУХОЛЬ ВАНЕКА) В НЕОТЛОЖНОЙ ХИРУРГИИ У ВЗРОСЛЫХ: КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
Минск, Республика Беларусь,<sup>1</sup>

УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи»,  
Минск, Республика Беларусь,<sup>2</sup>

УЗ «10-я Городская клиническая больница»,  
Минск, Республика Беларусь,<sup>3</sup>

Медицинский центр «Нордин», Минск, Республика Беларусь<sup>4</sup>

**Цель исследования.** Оценить целесообразность индивидуального диагностического подхода и результаты эндоскопического или хирургического лечения редко встречающихся в неотложной абдоминальной хирургии воспалительных фиброидных полипов (ВФП/опухоль Ванека).

**Материалы и методы (2 случая из практики).** Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения двух пациентов с осложнениями опухоли Ванека, которые находились на лечении в УЗ «10 городская клиническая больница» в 2025 г. и в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в 2022 году.

**Результаты и обсуждение.** В собственных клинических наблюдениях мы проанализировали два различных по локализации и осложнениям случая опухоли Ванека, которые в полной мере отражают трудности диагностики и лечения этой категории пациентов. Описаны результаты диагностики и лечения, которые касаются собственных наблюдений осложнений опухоли Ванека: ВФП антрального отдела желудка с рецидивами кровотечения и дуоденальной непроходимости. Во втором случае — ВФП дистального отдела подвздошной кишки с илеоцекальной инвагинацией. Проанализированы варианты их эндоскопического и хирургического лечения. Наши результаты подчеркивают эффективность эндоскопического лечения, особенно при локализации ВФП в желудке, одновременно отмечая необходимость выполнения лапаротомии в случаях опухолей тонкой кишки. Прогноз после полного удаления ВФП очень хороший, так как в литературных источниках описан лишь один случай рецидива после эндоскопического удаления ВФП кардиального отдела желудка на более чем 1000 наблюдений у взрослых.

**Выводы.** Диагностические подходы не отличаются от общепринятых в неотложной хирургии при желудочно-кишечных кровотечениях или непроходимости. Своевременные эндоскопическое и хирургическое вмешательства являются методом выбора и носят окончательный характер при описанных осложнениях, вызванных опухолью Ванека с локализацией в желудке или тонкой кишке.

**Ключевые слова:** опухоль Ванека, желудочно-кишечное кровотечение, кишечная непроходимость, эндоскопия, хирургическое лечение.

I. M. Ladutska<sup>1,2</sup>, V. V. Sedun<sup>1,3</sup>, S. M. Rashchynski<sup>1,2</sup>,  
P. I. Shershen<sup>3</sup>, E. A. Felkina<sup>1,2</sup>, A. V. Zhura<sup>1,2</sup>,  
E. P. Domarenok<sup>2</sup>, S. A. Guzov<sup>4</sup>

## RARE NON-EPITHELIAL TUMORS OF THE GASTROINTESTINAL TRACT (VANEK'S TUMOR) IN EMERGENCY SURGERY IN ADULTS: CLINICAL CASES

Belarusian state medical University, Minsk, Republic of Belarus,<sup>1</sup>  
City Clinical Hospital of Emergency Care», Minsk, Republic of Belarus,<sup>2</sup>  
10<sup>th</sup> City Clinical Hospital, Minsk, Republic of Belarus,<sup>3</sup>  
Medical Center «Nordin», Minsk, Republic of Belarus<sup>4</sup>

**Aim/Objective.** To assess the usefulness of the individual diagnostic approach and the results of endoscopic or surgical treatment of inflammatory fibroid polyps (IFP/Vanek's tumor), that are rare in the emergency abdominal surgery.

**Materials and methods (2 cases report).** We analyzed the results of the diagnostic and surgical treatment two patients with complications of Vanek's tumor, who have been treated at the 10<sup>th</sup> City Clinical Hospital in 2025 and at the City Clinical Hospital of Emergency Care in Minsk in 2022.

**Results.** In our clinical observations, we have been analyzed two cases of Vanek's tumor different localization and complications, which fully represent the difficulties in the diagnostic and treatment these patients. The results of the diagnostics and treatment were described, which relate to own sightings of the complications of Vanek's tumor: antral gastric IFP with recurrences of bleeding and duodenal obstruction. In the second report: the distal ileum with ileocecal intussusception. Our results highlight the effectiveness of the endoscopic treatment, especially in the localization of IFP in the stomach, and need performed laparotomy in cases of the small intestine tumors. The prognosis after complete removal of IFP is very good, since only one case of recurrence after endoscopic removal of IFT of cardia of the stomach was described in more than 1000 cases in adults.

**Conclusions.** Diagnostic approaches weren't differed from generally accepted in the emergency surgery for gastrointestinal bleeding or intestinal obstruction. Endoscopic or surgical management are the methods of choice for treatment complications caused by Vanech's tumor localized in the stomach or small intestine.

**Keys words:** Vanek's tumor, gastrointestinal bleeding, intestinal obstruction, endoscopy; surgical treatment.

Диагностика и лечение пациентов с острыми заболеваниями органов брюшной полости представляется довольно сложной задачей, особенно если пациент страдает редким заболеванием. Одним из них является воспалительный фиброидный полип (ВФП). В 1949 г. шесть случаев подобных полипов описал Vanek J. и назвал их «подслизистая гранулема желудка с эозинофильной инфильтрацией», которая характеризовалась ростом внутрь просвета и имела небольшие размеры до 4 см [1], хотя в единичных случаях наблюдений, описанных позднее, могла достигать 20 см [2, 3]. Причина их возникновения до конца неизвестна. В 1953 году Helwig E. B., Ranier A. для определения заболевания ввели термин «воспалительный фиброидный полип» [4], а позже он получил множество различных синонимов: эозинофильная гранулема, полиповидная фиброма, фи-

брома желудка с эозинофильной инфильтрацией, полиповидная эозинофильная гранулема, воспалительная псевдоопухоль и опухоль Ванека. Согласно описанию в литературе ВФП, является наименее распространенной доброкачественной мезенхимальной опухолью желудочно-кишечного тракта с излюбленной локализацией в антральном отделе желудка (60–70 %) [1, 4]. Хотя он может располагаться в различных отделах желудочно-кишечного тракта: в тонкой кишке (18–20 %), толстой кишке (4–7 %), пищеводе (< 1 %), двенадцатиперстной кишке (1 %), желчном пузыре (< 1 %) [2, 4]. Это подслизистое образование представлено очаговой пролиферацией веретеновидных, звёздчатых или эпителиоидных клеток, иногда может захватывать и слизистую оболочку. Пик заболеваемости приходится на возраст 50–70 лет, несколько чаще встречается у мужчин [2, 4]. Заподозрить

## □ Случай из практики

наличие опухоли Ванека у пациента крайне сложно, так как он длительное время существует бессимптомно и первичными клиническими проявлениями его являются различного рода осложнения в виде кишечной непроходимости и/или кровотечения. Часто он выявляется случайно во время эндоскопических или хирургических вмешательств. Клиническая картина не имеет специфических симптомов и синдромов и чаще всего проявляется дискомфортом и болями в животе, тошнотой, рвотой, а также, она может быть характерна для острых хирургических заболеваний органов брюшной полости, таких как острый аппендицит, кишечная непроходимость в виде инвагинации или желудочно-кишечное кровотечение [2, 3, 5–9]. Клинические проявления ВФП во многом зависят от его размера и расположения в желудочно-кишечном тракте, а также от развившихся осложнений и сроков, прошедших с момента их возникновения. ВФП являются доброкачественными новообразованиями и не имеют вероятности рецидива или метастазирования после удаления, а среди клинических наблюдений описан только один случай рецидива ВФП [10]. В литературе имеются несколько сообщений об эндоскопической резекции опухоли Ванека в желудке, двенадцатиперстной и толстой кишке [4, 5, 7–10].

**Цель исследования:** оценить целесообразность индивидуального диагностического подхода и результаты эндоскопического и хирургического лечения редко встречающихся в неотложной абдоминальной хирургии ВФП.

### Материалы и методы

(2 случая из практики)

Проведен анализ результатов диагностики и хирургического лечения двух пациентов с осложнениями опухоли Ванека, которые находились на лечении в УЗ «10 городская клиническая больница» в 2025 г. и в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в 2022 году.

### Результаты и обсуждение

Пациент 61 года был доставлен в приемное отделение УЗ «10 городская клиническая больница» с клинической картиной желудочно-кишечного кровотечения. На момент обращения в течение 4 суток отмечал «мелену» и периодически рвоту, съеденной пищей. Из анамнеза было установлено, что его беспокоили дискомфорт, периодические боли в эпигастриальной области, изжога, тошнота и рвота съеденной пищей, которая приносила облегчение. Общее состояние было средней тяжести. Пульс 80 уд/мин, ритмичный, АД 110/80 мм рт. ст. Перистальтика активная. Живот участвовал в акте

дыхания, незначительно болезненный при пальпации в эпигастрии. Перитонеальные симптомы отсутствовали. Пальцевое исследование прямой кишки: тонус сфинктера был сохранен, на перчатке кал черного цвета («мелена»). При поступлении в общий анализ крови: Hb 99 г/л, Ht 30, что соответствовало кровопотери до 25 % объема циркулирующей крови. Рентгенография органов брюшной полости и грудной клетки: легкие в пределах возрастных изменений, свободный газ и горизонтальные уровни не определялись. ЭГДС при поступлении: в желудке следы измененной крови. В антральном отделе по большой кривизне было найдено полиповидное образование 3×5 см с изъязвлением на верхушке. Заключение: гигантский полип антрального отдела желудка с изъязвлением, продолжающегося кровотечения на момент исследования не было. Выполнена биопсия. В стационаре пациенту проводили инфузионную, противоязвенную и гемостатическую терапию. На 2-е сутки выполнена СКТА ОБП: в антральном отделе желудка определялось образование округлой формы, накапливающее контрастное вещество, размерами 38×29×30 мм, экстравазации контраста на момент выполнения исследования не было выявлено. Заключение: КТ картина опухолевидного образования антрального отдела желудка (рисунок 1).

На 4-е сутки с момента поступления в стационар у пациента повторился эпизод желудочно-кишечного кровотечения, который произошел на фоне клинической картины дуоденальной непроходимости, было принято решение о проведении экстренного хирургического вмешательства первоначально с использованием возможностей эндоскопического оборудования. Под эндотрахеальным наркозом была выполнена ЭГДС с использованием двухканального операционного гастроскопа: при исследовании удалось визуализировать основание полиповидного образования размером 3×5 см, которое локализовалось в 2 см от привратника по большой кривизне. На момент проведения исследования верхушка его переместилась в 12-ти перстную кишку, вытягивая за собой слизистую и стенку антрального отдела желудка (рисунок 2, а). Образование было перемещено в желудок при помощи петли и захвата типа «крысиный зуб». Слизистая над образованием по структуре характерная для антрального отдела желудка с изъязвлением на верхушке. Затем последовательным наложением двух лигатур с формированием, так называемой «колобашки» полиповидное образование было перевязано у основания (рисунок 2, б), отсечено между лигатурами при помощи петли (рисунок 2, в) и удалено (рисунок 2, г). После операции был сформулирован клинический диагноз: неэпителиальное (подслизистое) образо-



Рисунок 1. СКА ОБП (левый снимок – сагиттальная плоскость, артериальная фаза исследования; правый снимок – фронтальная плоскость, артериальная фаза исследования). Опухолевидное образование в просвете желудка указано белой стрелкой

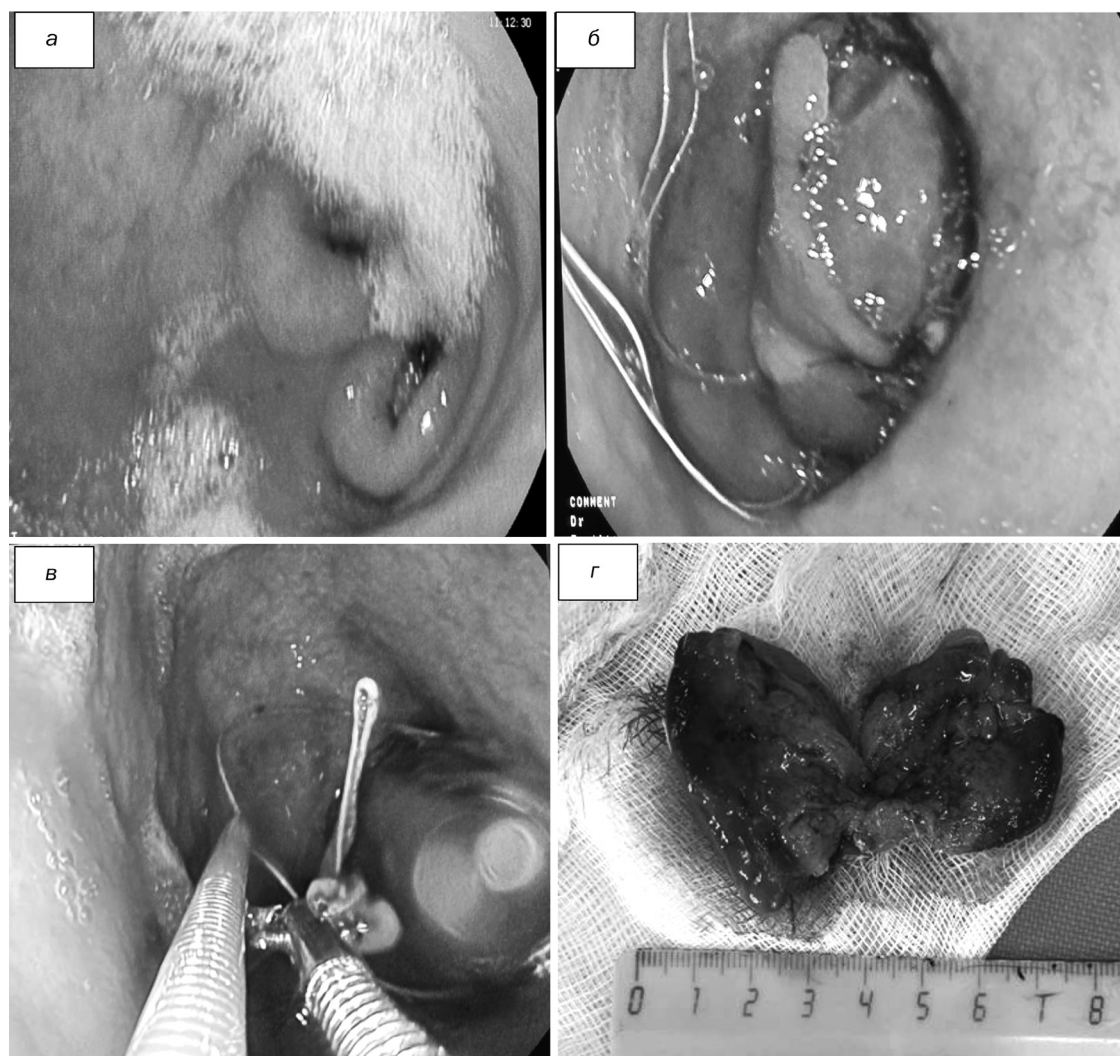


Рисунок 2. а – по большой кривизне антрального отдела желудка определяется основание опухоли, пролабирующее в просвет 12 п кишки; б – опухоль перемещена в просвет желудка и на основание опухоли наложены 2 лигатуры; в – момент отсечения между двух лигатур; г – макропрепарат, удаленной опухоли

## □ Случай из практики

вание антрального отдела желудка с изъязвлением верхушки и кровотечением.

Заключение патогистологического исследования: макроскопическое описание – полиповидное, рассеченное образование, размерами 4×3×2,5 см, покрыто слизистой от белесого до светло-серого или бурого цвета; микроскопическое описание – воспалительный фиброидный полип при ИГХИ: CD34+; DOG1.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная ЭГДС проведена на 9 сутки: зона основания удаленного образования в антральном отделе с лигатурой без признаков некроза. Дополнительно была выполнена петлевая электроэксцизия основания. В последующем было получено следующее заключение патогистологического исследования: гиперпластический полип антрального отдела желудка с изъязвлением (H. pylori не обнаружено). Выписан на амбулаторное лечение на 12 сутки в удовлетворительном состоянии с диагнозом: воспалительный фиброидный полип (опухоль Ванека) с рецидивирующей дуоденальной непроходимостью и кровотечением, постгеморрагическая анемия средней степени тяжести.

Во втором случае пациент 40 лет был доставлен в приемное отделение УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска бригадой скорой медицинской помощи с направительным диагнозом острый аппендицит. На момент поступления срок от начала заболевания был 2 суток. При поступлении предъявлял жалобы на боли по всему животу, с наибольшей их интенсивностью в правой подвздошной области, тошноту, повышение температуры до 37,4 °С. Из анамнеза было установлено, что пациент длительно страдал спинальной мышечной атрофией.

При поступлении общее состояние было оценено, как удовлетворительное, температура тела 37,3 °С. Пульс 88 уд./мин., ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, не обложен. Живот не был вздут, болезненный в правой подвздошной области, где определялся мышечный дефанс. Аппендикулярные симптомы были сомнительные. Перитонеальные симптомы – отрицательные. Перистальтика кишечника – обычная. Стул, мочеиспускание без особенностей. ОАК: лейкоциты –  $8,1 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты –  $3,9 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин – 123 г/л, гематокрит – 36,1, п – 2,2 %, с – 54,5 %, л – 30,5 %, м – 13,8 %, ОАМ, коагулограмма и БАК – без изменений. На обзорной рентгенографии ОГК и ОБП: легкие без видимых инфильтративных теней, свободного газа и патологических кишечных уровней не было выявлено. УЗИ ОБП при поступлении: печень увеличена, контуры ровные, структура однородная. Желчный пузырь сокращен, размером 51×12 мм, стенка 3 мм, просвет свободен. Холедох 3 мм, внутри-

печеночные желчные протоки не были расширены, портальная вена 11 мм. Поджелудочная железа, селезенка, почки, область надпочечников без видимой структурной патологии. Свободной жидкости в брюшной полости и малом тазу не выявлено. В брюшной полости по правому боковому каналу (возможно расположенное забрюшинно, между нижним полюсом почки и печенью) визуализировалось овальное образование с четкими контурами размером 50×40×65 мм, однородной гипоехогенной структуры с единичными сигналами кровотока в центре. Заключение: гепатомегалия, диффузные изменения в печени и поджелудочной железе. Объемное образование, возможно расположенное забрюшинно. Пациент госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: острый аппендицит, аппендикулярный инфильтрат? Выставлены показания для диагностической лапароскопии. В течение 2 часов с момента поступления была выполнена диагностическая лапароскопия. По ходу ее выполнения в брюшной полости выпота не было. В процессе операции был выявлен спаечный процесс в полости малого таза, правой подвздошной области, по правому боковому каналу. Купол слепой кишки был плотно фиксирован спайками в правой подвздошной области. Визуализировать червеобразный отросток для детальной оценки его макроскопических изменений было невозможно. Принято решение о конверсии. Разрезом по Волковичу-Дьяконову была послойно вскрыта брюшная полость. После мобилизации купола слепой кишки по ходу правого бокового канала включая и забрюшинное пространство в рану был выведен купол слепой кишки и червеобразный отросток, серозная оболочка которого была гиперемированной и отечной, с участками фиброза и склероза. Выполнена типичная аппендэктомия с последующим послойным ушиванием операционной раны. Полость малого таза предварительно дренирована через контрапертуру в правой подвздошной области. Диагноз после операции: Острый катаральный аппендицит. Спаечная болезнь брюшной полости. В последующем получено заключение патогистологического исследования: простой аппендицит.

В течение суток после операции у пациента развилась клиника острой кишечной непроходимости. В экстренном порядке было выполнено СКТА ОБП, из описания которого следовало, что просвет восходящей ободочной кишки был деформирован за счет инвагинации в ее просвет купола слепой кишки и терминального отдела подвздошной кишки на протяжении около 20 см. Дренаж находился в полости малого таза, а в брюшной полости было описано наличие свободного газа (рисунок 3).

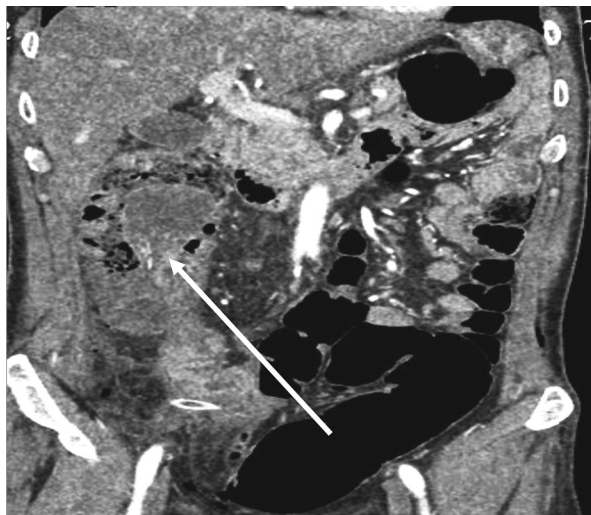


Рисунок 3. СКА ОБП – фронтальная плоскость, артериальная фаза исследования. Зона инвагинация обозначена белой стрелкой

В срочном порядке была выполнена лапаротомия. В нижнем этаже брюшной полости умеренно выраженный спаечный процесс. Тонкая кишка и правая половина толстой кишки были умеренно расширены в диаметре, содержали жидкое содержимое и воздух. При ревизии (пальпация) в просвете слепой кишки удалось определить смещаемое мягко-эластичное образование до 8×5,5 см, лимфатические узлы брыжейки тонкой кишки были увеличены. Просвет слепой кишки был вскрыт: в ее просвете было обнаружено полиповидное мягко-эластичное образование, основание которого находилось в терминальном отделе подвздошной кишки на несколько сантиметров выше сфинктера илеоцекального угла (баугиниевой заслонки). Принято решение выполнить правостороннюю гемиколэктомию. Поэтапно с использованием аппарата «Ligasure» были выделены и ре-

зецированы терминальный отдел подвздошной кишки и правый фланг толстой кишки с 1/2 поперечной ободочной кишки. На реконструктивном этапе операции был сформирован терминолатеральный илеотрансверзоанастомоз с помощью циркулярного сшивающего аппарата. Культи толстой кишки ушиты двухрядным швом монофиламентной нитью, окно в брыжейке ушито. По ходу правого бокового канала и в полость малого таза были установлены дренажи через контраппертуры в правой подвздошной области. Лапаротомная рана была ушита послойно. После операции был сформулирован клинический диагноз: опухоль (лейомиома? лейомиосаркома?) подвздошной кишки с тонкотолстокишечной инвагинацией. Спаечная болезнь органов брюшной полости. Фото удаленного макропрепарата представлена на рисунках 4, а, б.

Гистологические препараты были приготовлены по стандартной методике и приготовлением срезов до 5 микрон. Срезы окрашивались гематоксилином и эозином, по Массону и MSB методом на фибрин и гематогенные клетки. При гистологическом исследовании слизистая над полиповидным образованием была несколько истончена с очаговой деформацией крипт (рисунок 5, а). В подслизистом слое отмечалось разрастание рыхлой соединительной ткани с заметным отеком и умеренным количеством мелких и средних сосудов (рисунок 5, б и в). Неравномерная воспалительная диффузная и периваскулярная инфильтрация была представлена круглоклеточными элементами с большим количеством эозинофильных гранулоцитов (рисунок 5, г). Признаков злокачественного опухолевого роста в препаратах не было обнаружено.

Морфологическая картина удаленного полиповидного образования, послужившего причиной инвагинации кишечника, соответствовала воспалительному фиброидному полипу (опухоль Ванека).

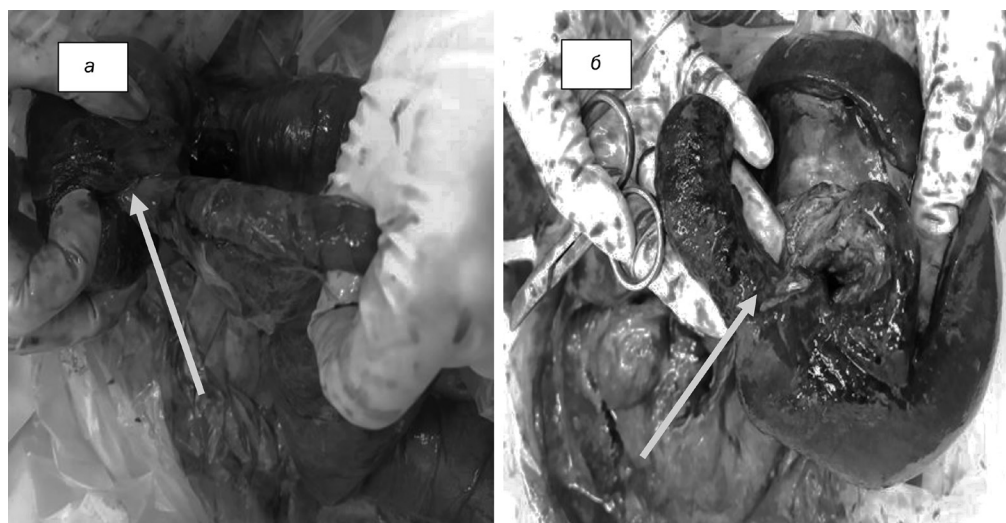


Рисунок 4. Фото макропрепарата: а – инвагинация тонкой кишки в просвет слепой кишки (обозначена белой стрелкой), б – вскрыт просвет подвздошной кишки (полип Ванека обозначен белой стрелкой)

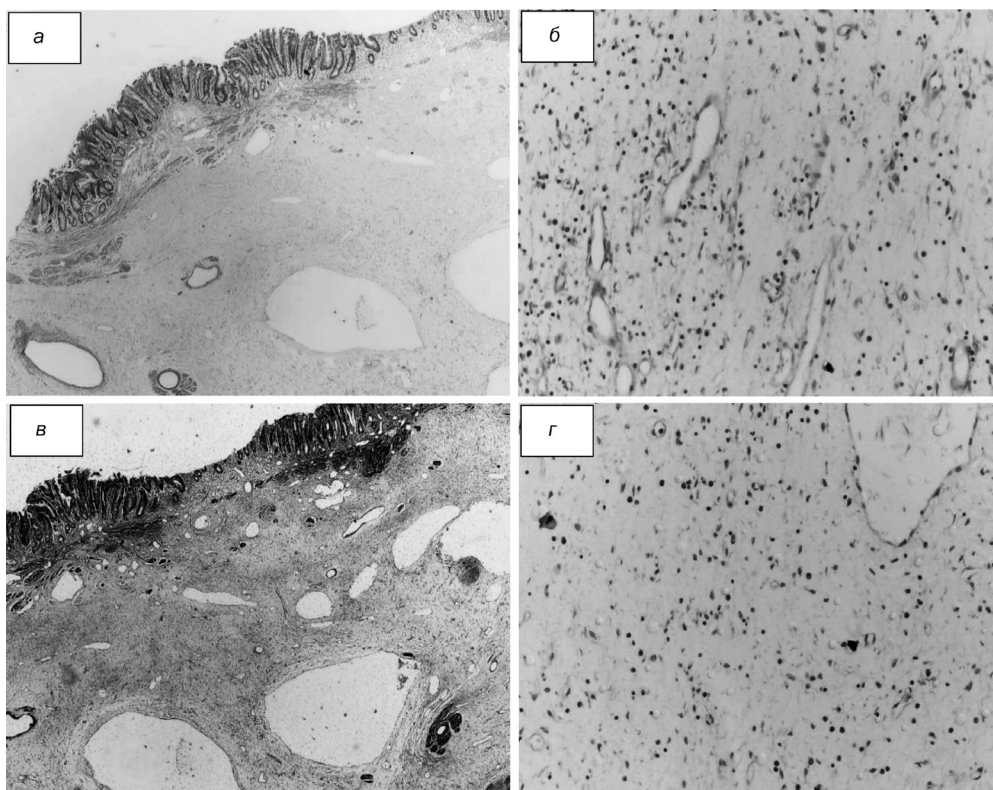


Рисунок 5. Фото микропрепаратов: а – деформация крипт слизистой толстой кишки, в подслизистом слое разрастания рыхлой соединительной ткани. Окр. гематоксилин и эозин.  $\times 4$ ; б – мелкие сосуды с диффузной круглоклеточной инфильтрацией. Окр. гематоксилин и эозин.  $\times 200$ ; в – рыхлая соединительная ткань. Окр. по Массону.  $\times 4$ ; г – круглоклеточный диффузный воспалительный инфильтрат: плазматциты, лимфоциты, эозинофильные гранулоциты. Окр. MSB метод.  $\times 200$

После недавнего обнаружения мутаций фактора роста альфа, производимого тромбоцитами (PDGFRA) в ВФП, стало ясно, что они являются истинными новообразованиями, а не, как предполагалось раньше, реактивными полипами, и их образование вызывается активирующими мутациями в упомянутом гене [6]. В плане характеристики многообразия клинических проявлений ВФП наиболее полными являются результаты мультицентрового анализа из четырех клиник г. Мадрида (Испания), охватывающие период с 2013 по 2023 год [9]. В исследование было включено 67 пациентов, из которых 39 женщин (58,2 %) и 28 мужчин (41,8 %), со средним возрастом 60 лет (диапазон 32–83 года). Желудок был основным местом локализации ВФП – 32 пациента (47,8 %). Опухоль Ванека была диагностирована у 22 пациентов (32,8 %) в толстой кишке, в 7 случаях (10,4 %) она располагалась в тонком кишечнике. Изолированное поражения прямой кишки было в 5 случаях (7,5 %), а пищевод – у 1 пациента (1,5 %). При этом у 49 пациентов (73,1 %) ВФП не имели клинических проявлений. Среди них – 24 случая (35,8 %) имели локализацию в желудке, у 18 (27 %) в различных отделах толстой кишки, бессимптомное течение заболевания было отмечено у всех 5 пациентов (7,5 %) с локализацией в прямой кишке. ВФП небольших размеров были

описаны у 1 пациента (1,5 %) в тонкой кишке и в 1 случае (1,5 %) в пищеводе. В 6 случаях (9 %) пациенты поступали в клиники в экстренном порядке с инвагинацией тонкой кишки, в 2 случаях (3 %) – желудочным кровотечением, а в 1 (1,5 %) – кровотечением из толстой кишки. У 3 пациентов (4,5 %) с наличием эпизодов желудочно-кишечного кровотечения ВФП были диагностированы, как причина железодефицитной анемии. Кроме того, девять пациентов (13,4 %) сообщили о неспецифических желудочно-кишечных симптомах, включая диспепсию, диарею или быстрое насыщение желудка [9]. Результаты исследования М. М. Sánchez et al. [9] представляет собой крупнейшую на сегодняшний день многопрофильную когорту случаев ВФП, что способствует более глубокому пониманию ее клинической картины, диагностических трудностей и исходов лечения. Диагноз полиповидных образований в основном устанавливался с помощью эндоскопии, что составило 57 случаев (85,1 %). СКТА ОБП успешно использовали у семи пациентов (10,4 %), поступивших в неотложном порядке с клинической картиной кишечной непроходимости, а в трёх случаях (4,5 %) диагноз был подтверждён только после операции [9]. Опухоли Ванека были успешно удалены эндоскопическим путем у 52 (77,6 %) пациентов, тогда как хирургическое вмешательство было выполнено в 15 (22,4 %) слу-

чаях. Необходимость в выполнении лапаротомии возникла в случаях локализации ВФП больших размеров в желудке (6/40 %) и толстой кишке (2/13,3 %) или в тонкой кишке вне зависимости от размеров (7/46,7 %) [9]. Прогноз после полного удаления ВФП очень хороший, так как в литературных источниках описан лишь один случай рецидива после эндоскопического удаления ВФП кардиального отдела желудка на более чем 1000 наблюдений [10]. В собственных клинических наблюдениях мы проанализировали два различных по локализации и осложнениям случая опухоли Ванека, которые в полной мере отражают трудности диагностики и лечения этой категории пациентов. Наши результаты подчеркивают эффективность эндоскопического лечения, особенно при локализации ВФП в желудке, одновременно отмечая необходимость выполнения лапаротомии в случаях опухолей тонкой кишки. Проведенные контрольные обследования в наших наблюдениях через 11 месяцев в первом случае и через 4 года у второго пациента отметили отсутствие рецидива заболевания после их радикального удаления, что согласуется с данными литературы [2, 3, 5, 7, 9].

### Выводы

Редкие неэпителиальные опухоли желудочно-кишечного тракта (ВФП) длительное время имеют бессимптомное течение или в жизнеугрожающих ситуациях имитируют картину острого аппендицита, инвагинации кишечника, желудочно-кишечного кровотечения или дуоденальной непроходимости.

Применение СКТА ОБП, ЭГДС в неотложной хирургии позволяет провести диагностику и запланировать объем хирургического вмешательства, которое в случаях ВФП тонкой кишки предполагает выполнение резекции.

Хирургическое вмешательство из эндоскопического доступа, выполненное с использованием новых технических возможностей, является радикальным и позволяет обеспечить стабильный гемостаз при наименьшей травме при локализации опухоли Ванека в желудке.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

### Литература

1. Vanek, J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration // *Am J Pathol.* – 1949. – Vol. 25, № 3. – P. 397–411.
2. Akbulut, S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review // *World J Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18, № 40. – P. 5745–5752. – doi: 10.3748/wjg.v18.i40.5745.
3. Giant ileal inflammatory fibroid polyp causing small bowel obstruction: a case report and review of the literature / S. O. Mohamud [et al.] // *Cases J.* – 2008. – Vol. 21, № 1. – P. 341–345. – doi: 10.1186/1757-1626-1-341.
4. Helwig, E. B. Inflammatory fibroid polyps of the stomach / E. B. Helwig, A. Ranier // *Surg Gynecol Obstet.* – 1953. – Vol. 96, № 3. – P. 335–367.
5. Гигантский воспалительный фиброзный полип желудка (обзор литературы и собственное клиническое наблюдение) / В. М. Тюрина [и др.] // *Клиническая и экспериментальная хирургия. Журнал имени академика Б. В. Петровского.* – 2022. – Т. 10, № 4. – С. 29–37. – doi: 10.33029/2308-1198-2022-10-4-29-37.
6. Inflammatory fibroid polyps harbor mutations in the platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA) gene / H. U. Schildhaus [et al.] // *Journal of Pathology.* – 2008. – Vol. 216, № 2. – P. 176–182. – doi: 10.1002/path.2393.
7. Invasive inflammatory fibroid polyp of the stomach: a case report and literature review / H. Harima [et al.] // *BMC Gastroenterol.* – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 1–5. – doi: 10.1186/s12876-018-0808-9.
8. Gastric inflammatory fibroid polyp: a rare cause of occult upper gastrointestinal bleeding / F. Inayat [et al.] // *J Invest Med High Impact Case Rep.* – 2020. – № 8. – P. 2324709620936840. – doi: 10.1177/2324709620936840.
9. Inflammatory fibroid polyp (Vanek's tumor): a retrospective multicentric analysis of 67 cases / M. M. Sánchez [et al.] // *Cancers (Basel).* – 2025. – № 17(7), 1209. – P. 1–11. – doi: 10.3390/cancers17071209.
10. Recurrent inflammatory fibroid polyp of cardia: A case report / K. Zinkiewicz [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 10, № 5. – P. 767–768. – doi: 10.3748/wjg.v10.i5.767.

### Reference

1. Vanek, J. Gastric submucosal granuloma with eosinophilic infiltration // *Am J Pathol.* – 1949. – Vol. 25, № 3. – P. 397–411.
2. Akbulut, S. Intussusception due to inflammatory fibroid polyp: A case report and comprehensive literature review // *World J Gastroenterol.* – 2012. – Vol. 18, № 40. – P. 5745–5752. – doi: 10.3748/wjg.v18.i40.5745.
3. Giant ileal inflammatory fibroid polyp causing small bowel obstruction: a case report and review of the literature / S. O. Mohamud [et al.] // *Cases J.* – 2008. – Vol. 21, № 1. – P. 341–345. doi: 10.1186/1757-1626-1-341.
4. Helwig, E. B. Inflammatory fibroid polyps of the stomach / E. B. Helwig, A. Ranier // *Surg Gynecol Obstet.* – 1953. – Vol. 96, № 3. – P. 335–367.
5. Tyurina, V. M., Verbovsky A. N., Setdikova G. R., Semenov A. V., Novikova T. V., Vakurova E. S., Shikina V. E. Giant inflammatory fibrous polyp of the stomach (literature review and clinical case). *Clinical and Experimental Surgery* // *Petrovsky Journal.* – 2022. – № 10(4). – P. 29–37. – doi: 10.33029/2308-1198-2022-10-4-29-37 [In Russian].
6. Inflammatory fibroid polyps harbor mutations in the platelet-derived growth factor receptor alpha (PDGFRA) gene / H. U. Schildhaus [et al.] // *Journal of Pathology.* – 2008. – Vol. 216, № 2. – P. 176–182. – doi: 10.1002/path.2393.
7. Invasive inflammatory fibroid polyp of the stomach: a case report and literature review / H. Harima [et al.] // *BMC Gastroenterol.* – 2018. – Vol. 18, № 1. – P. 1–5. – doi: 10.1186/s12876-018-0808-9.
8. Gastric inflammatory fibroid polyp: a rare cause of occult upper gastrointestinal bleeding / F. Inayat [et al.] // *J Invest Med High Impact Case Rep.* – 2020. – № 8. – P. 2324709620936840. – doi: 10.1177/2324709620936840.
9. Inflammatory fibroid polyp (Vanek's tumor): a retrospective multicentric analysis of 67 cases / M. M. Sánchez [et al.] // *Cancers (Basel).* – 2025. – № 17(7), 1209. – P. 1–11. – doi: 10.3390/cancers17071209.
10. Recurrent inflammatory fibroid polyp of cardia: A case report / K. Zinkiewicz [et al.] // *World J. Gastroenterol.* – 2004. – Vol. 10, № 5. – P. 767–768. – doi: 10.3748/wjg.v10.i5.767.

Поступила 06.02.2026 г.