

# Случаи из практики



© ТОМНЮК Н. Д., ЗДЗИТОВЕЦКИЙ Д. Э., БЕЛОБОРОДОВ А. А., ДАНИЛИНА Е. П., КЕМБЕЛЬ В. Р.

УДК 616.34-007.272-02:616.341-006.68

## КАРЦИНОИД ТОНКОЙ КИШКИ КАК ПРИЧИНА ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ

Н. Д. Томнюк, Д. Э. Здзитовецкий, А. А. Белобородов, Е. П. Данилина, В. Р. Кембель  
ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В. Ф. Войно-Ясенецкого»  
Министерства здравоохранения РФ, ректор — д.м.н., проф. И. П. Артюхов; кафедра-клиника хирургических  
болезней им. проф. Ю. М. Лубенского, зав. — к.м.н., доц. Д. Э. Здзитовецкий.

**Резюме.** В сообщении приведено описание клинического случая кишечной непроходимости, вызванной карциноидной опухолью тонкой кишки. Данная патология является редко встречающейся, в связи с чем представляет большой интерес для хирургов. В сообщении отмечено, что клиническая картина карциноида тонкой кишки очень скудная, а методы диагностики хирургической патологии малоинформативны при данном заболевании.

**Ключевые слова:** карциноид, острая кишечная непроходимость, тонкая кишка.

Доброкачественные и злокачественные новообразования тонкой кишки в клинической практике встречаются довольно редко, и по данным различных авторов составляют 3-4% от числа всех опухолей кишечника [5, 6]. В структуре злокачественных опухолей тонкой кишки преобладают карциноидные, частота которых колеблется от 8,3% до 10,2% [6]. Карциноиды, как правило, локализуются в червеобразном отростке и в тощей кишке — в 85-96% и 6-8% случаев соответственно [3, 5, 7] и встречаются в любом возрасте, чаще у пациентов 50-60 лет, приблизительно одинаково часто у мужчин и женщин [4].

Несмотря на то, что первое описание карциноидной опухоли датируется 1867 годом [5], диагностика карциноидных опухолей крайне трудна и в наше время, вследствие их медленного роста и скудной симптоматики. Поэтому эта патология чаще всего выявляется только на поздних стадиях у больных, доставленных в хирургический стационар с клиникой острой кишечной непроходимости. Прогноз при этой патологии, как правило, благоприятный и зависит от локализации опухоли, наличия метастазов и стадии процесса [5]. В отечественной литературе данной проблеме уделяется мало внимания, в то время как за рубежом эти опухоли являются предметом целенаправленного поиска и специального лечения [1, 2]. В связи с этим, в данном сообщении мы приводим описание нашего клинического случая карциноида тонкой кишки.

Больная И. 49 лет, 18.10.2010 года доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение клиники ГКБ № 6 им. Н. С. Карповича г. Красноярск (история болезни № 28158) с жалобами на нелокализованную боль в животе, вздутие живота, неотхождение газов, нарушение стула в виде поносов, чередующихся с запорами, похудение.

Из анамнеза установлено, что вышеописанные симптомы появились около года назад. За этот период больная похудела на 30 кг. Операций на органах брюшной

полости в анамнезе не было. В феврале 2009 года больная в экстренном порядке была доставлена в хирургический стационар г. Красноярск с диагнозом «Острая кишечная непроходимость», обследована. Выполнены обзорная рентгенография брюшной полости, ультразвуковое исследование брюшной полости, а также взяты клинические и биохимические анализы крови, общий анализ мочи. При обследовании хирургической патологии выявлено не было, больная с диагнозом «Дискинезия кишечника» направлена на амбулаторное лечение.

Несмотря на проводимую терапию диспепсические расстройства сохранялись. За 2009 год больная еще трижды была госпитализирована в различные хирургические стационары г. Красноярск, где после обследования и симптоматической консервативной терапии в течение 2-3 дней состояние больной улучшалось и она выписывалась на амбулаторное лечение. После каждой госпитализации наступало незначительное улучшение состояния, длившееся в течение нескольких недель. В течение 2009 года больная была консультирована инфекционистом. Ей проводились: доплерография сосудов брюшной полости, фиброгастроскопия, колоноскопия. В июле 2010 года больной выполнялась диагностическая лапароскопия — хирургической патологии выявлено не было. В течение 2010 года больная пять раз находилась на стационарном лечении по поводу острой кишечной непроходимости. При этом периоды ремиссии становились короче, а интенсивность приступов возрастала.

18.10.2010 года в приемном отделении ГКБ № 6 им. Н. С. Карповича больная была осмотрена хирургом. Данные объективного статуса: состояние средней степени тяжести, больная правильного телосложения, активна. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледно-розового цвета, умеренной влажности. Периферические лимфатические

узлы не увеличены, костно-мышечная система без видимых патологических изменений. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Частота дыхательных движений — 18 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. АД — 180/90 мм рт. ст., пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения с частотой 86 ударов в минуту. Температура тела — 36,8° С. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот правильной формы, незначительно вздут, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. При пальпации живот мягкий, болезненный во всех отделах. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный, перистальтика кишечника вялая. Газы не отходят, стул был сутки назад скудный, жидкий. При ректальном обследовании патологии не выявлено. На обзорной рентгенографии брюшной полости выявлены единичные чаши Клойбера. В развернутом и биохимическом анализах крови патологических изменений не обнаружено. Больная была госпитализирована во второе хирургическое отделение для наблюдения и консервативной терапии с диагнозом «Острая кишечная непроходимость». Для уточнения диагноза исследовали пассаж бария по кишечнику.

В течение суток состояние больной оставалось без существенной динамики. 19.10.2010 года на рентгенографии брюшной полости в верхнем этаже отмечались раздутые петли тонкой кишки, сохранялись чаши Клойбера, барий локализовался в тощей кишке. В общем анализе крови лейкоциты —  $8,6 \times 10^9/\text{л}$ . Консилиумом врачей принято решение об оперативном лечении.

19.10.2010 года больной выполнена средне-срединная лапаротомия. На операции в брюшной полости — небольшое количество (до 100 мл) серозного выпота, петли тонкой кишки бледно-розового цвета, вяло перистальтируют. На расстоянии 1,5 метра от связки Трейца обнаружено опухолевидное образование тонкой кишки 3 см в диаметре, хрящевидной плотности, циркулярно суживающее просвет кишечника и вызывающее явления кишечной непроходимости.

Петли тонкой кишки проксимальнее опухоли раздуты до 5 см в диаметре. При дальнейшей ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено, лимфатические узлы не увеличены. Проведена резекция участка тонкой кишки с опухолью, наложен анастомоз «бок в бок». Тонкая кишка интубирована назоинтестинальным зондом на всем протяжении, выпот эвакуирован, брюшная полость дренирована трубчатым дренажом в правой подвздошной области, послойно ушита. Гистология макропрепарата № 2846 от 19.10.2010 г.: «Злокачественный карциноид тонкой кишки». Послеоперационный период протекал без осложнений, дренаж был удален на 3-и сутки, швы с раны передней брюшной стенки сняты на 10-е сутки. Лапаротомная рана зажила первичным натяжением. На 16-е сутки больная выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Наше наблюдение подтверждает, что карциноидные опухоли тонкой кишки представляют значительные трудности в диагностике, отличаются медленным ростом и скудной клинической картиной. Несмотря на то, что в последние

годы в литературе появились сообщения о возможности диагностики карциноидных опухолей по определению уровня 5-гидроксииндолилуксусной кислоты в моче [4], этот метод по-прежнему недоступен в рутинной практике, особенно в условиях ургентной хирургии.

### CARCINOID OF SMALL INTESTINE AS A CAUSE OF ACUTE INTESTINAL OBSTRUCTION

N. D. Tomnjuk, D. E. Zdzitovetsky, A. A. Beloborodov,  
E. P. Danilina, V. R. Kembel'  
Krasnoyarsk State Medical University named  
after prof. V. F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** The report describes the clinical case of intestinal obstruction caused by carcinoid tumor of the small intestine. This pathology is rare, and therefore is of great interest to surgeons. The report noted that the clinical picture of carcinoid of the small intestine is very scanty, and the methods of diagnosis of surgical pathology provides little information in this disease.

**Key words:** carcinoid, acute intestinal obstruction, small intestine.

### Литература

1. Гусейнов А.Х., Гачабеков Э.Я., Алиев И.А. Карциноид червеобразного отростка // Хирургия — 2010. — № 6. — С. 57-58.
2. Massironi S., Sciola V., Spampatti M.P. et al. Gastric carcinoids: between underestimation and overtreatment // World J. Gastroenterol. — 2009. — Vol. 15, №18. — P. 2177-2183.
3. Modlin I.M., Lye K.D., Kidd M. A 5-decade analysis of 13,715 carcinoid tumors // Cancer. — 2003. — Vol. 97, № 4. — P. 934-959.
4. Schnirer I.I., Yao J.C., Ajani J.A. Carcinoid — a comprehensive review // Acta Oncol. — 2003. — Vol. 42, № 7. — P. 672-692.
5. Scott N., Pinchot M.D., Holen K. Carcinoid Tumors // Oncologist — 2008. — Vol. 13, № 12. — P. 1255-1269.
6. Soga J. Early-stage carcinoids of the gastrointestinal tract: an analysis of 1914 reported cases // Cancer. — 2005. — Vol. 103, № 8. — P. 1587-1595.
7. Tchina-Sato V., Detry O., Polus M. et al. Carcinoid tumor of the appendix: a consecutive series from 1237 appendectomies // World J. Gastroenterol. — 2006. — Vol. 12, № 41. — P. 6699-6701.

### Сведения об авторах

Томнюк Николай Дмитриевич — к.м.н., доцент каф. хирургических болезней №1 КрасГМУ; e-mail: tomnjuknd@mail.ru.

Здзитовецкий Дмитрий Эдуардович — к.м.н., доцент, зав. каф. хирургических болезней № 1 КрасГМУ; e-mail: zdz64@mail.ru.

Белобородов Алексей Александрович — к.м.н., ассистент каф. хирургических болезней № 1 КрасГМУ; e-mail: beloborodov-a@yandex.ru.

Данилина Елена Петровна — к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 КрасГМУ; тел. 8(391)2469406.

Кембель Вера Родионовна — к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней № 1 КрасГМУ; тел. 8(391)2469406.