

## РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПСЕВДООПУХОЛИ ТОНКОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНИВШЕЙСЯ ИНВАГИНАЦИЕЙ

Цхай В.Ф.<sup>1</sup>, Клиновицкий И.Ю.<sup>2</sup>, Ерендеева Л.Э.<sup>3</sup>, Моисеев П.А.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Сибирский государственный медицинский университет, г. Томск

<sup>2</sup> МБЛПУ «Городская клиническая больница № 3», г. Томск

<sup>3</sup> ОГБУЗ «Патолого-анатомическое бюро», г. Томск

### РЕЗЮМЕ

Цель сообщения – ознакомить практических врачей с редким наблюдением псевдоопухоли тонкой кишки, приведшей к хронической инвагинации и рецидивирующей тонкокишечной непроходимости. Наблюдение интересно тем, что сведения о псевдоопухолях тонкой кишки в литературе отсутствуют, в то время как в толстой такие образования встречаются довольно часто, и число их имеет тенденцию к увеличению. Осложнением псевдоопухоли явилась хроническая инвагинация тонкой кишки, которая также наблюдается нечасто (в 9,05–9,58% случаев). Клиника ее стерта, что вызывает трудности диагностики. В приведенном наблюдении диагноз «хроническая инвагинация» также поставлен только на операции, а диагноз «псевдоопухоль» – после гистологического исследования препарата. Для своевременного установления правильного диагноза при наличии клиники рецидивирующей тонкокишечной непроходимости следует думать о хронической инвагинации как одной из возможных причин непроходимости.

**КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА:** псевдоопухоль, инвагинация, кишечная непроходимость.

Воспалительные псевдоопухоли кишечника, по определению А.И. Абрикосова [1], являются вторичными по характеру заболеваниями, развивающимися, как правило, в результате длительно существующих воспалительных процессов. В связи с этим их еще называют хроническим продуктивным воспалением, воспалительной гиперплазией [2]. Клиническая картина псевдоопухолей характеризуется теми же осложнениями, что и истинные опухоли кишечника – непроходимостью, кровотечением, перфорацией. Псевдоопухоли толстой кишки часто ассоциируются с болезнью Крона, неспецифическим язвенным колитом [5]. Число их в последние годы имеет явную тенденцию к увеличению, по данным Г.Е. Полунина [4] они встречаются в (4,3 ± 0,6)% случаев. При морфологическом исследовании препаратов он, как и другие авторы, нашел у 84,1% больных различной степени дисплазию эпителия слизистой оболочки кишечника, поэтому расценивает псевдоопухоли толстой кишки как облигатный предрак.

Сведений о псевдоопухолях тонкого кишечника в литературе не обнаружено. Следует отметить, что и злокачественные опухоли тонкой кишки наблюдаются сравнительно редко – в 0,1% случаев. В приведенном ниже наблюдении псевдоопухоль тонкой кишки стала еще и причиной хронической инвагинации, которая сама по себе также наблюдается нечасто (в 9,05–9,58% случаев) и из-за стертой клиники представляет трудности для диагностики. С учетом сказанного предлагаемый клинический случай представляет интерес для врачей.

Больная К. 61 года (история болезни 7946) поступила в хирургическое отделение городской больницы № 3 г. Томска 30.11.2011 г. с жалобами на схваткообразные боли в животе, тошноту, рвоту, задержку газов и стула, потерю веса за последние 4 мес на 20 кг. Подобные жалобы беспокоят с августа 2011 г. В порядке неотложной помощи трижды госпитализировалась в различные стационары города с диагнозом «частичная кишечная непроходимость». С 18.11.2011 г. по 29.11.2011 г. находилась на лечении в гастроэнтерологическом отделении, где при рентгенологическом обследовании высказано подозрение на обструкцию тонкой кишки. Выписана с улучшением состояния. В

✉ Цхай Валентина Федоровна, тел.: 8 (382-2) 41-98-53, 8-961-892-1483.

связи с вновь возникшим приступом болей в животе в экстренном порядке госпитализирована в хирургическое отделение городской больницы № 3.

Состояние при поступлении средней тяжести. Питание снижено: дефицит веса 12 кг. Кожные покровы бледные, язык сухой. Легкие без патологии. Сердце – тоны приглушены, АД 180/80 мм. рт. ст., ЧСС – 92 в минуту. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации во всех отделах. Каких-либо опухолевидных образований не определяется. Перистальтика усилена. Перкуторно – тимпанит. Перитонеальных симптомов нет. В клиническом анализе крови – умеренная анемия, в биохимическом – снижен белок до 57 г/л, гипоальбуминемия – до 28 г/л. Анализ мочи без патологии.

Обзорная рентгеноскопия брюшной полости: вздуты петли тонкой кишки, множественные уровни жидкости. МРТ: расширенные петли тонкой кишки, обструкции их не выявлено.

С диагнозом «опухоль тонкой кишки? Болезнь Крона? Рецидивирующая тонкокишечная непроходимость» 02.12.2011 г. больная оперирована. Среднесрединная лапаротомия: в 1,5 метрах от связки Трейца имеется тонко-тонкокишечный инвагинат до 20 см в длину, в просвете его пальпируется опухолевидное образование (опухоль? безоар? инородное тело?) (рис. 1). Стенки инвагината с налетом фибрина, утолщены, гиперемированы. Проксимальнее инвагината петли тонкой кишки расширены до 10 см, стенки отечны, утолщены, дистальнее – спавшиеся. Другой патологии при ревизии не найдено. Произведена резекция тонкой кишки с инвагинатом в пределах 40 см проксимальнее и 20 см дистальнее его. Из-за большой разницы диаметров приводящей и отводящей кишки наложен анастомоз «бок в бок».

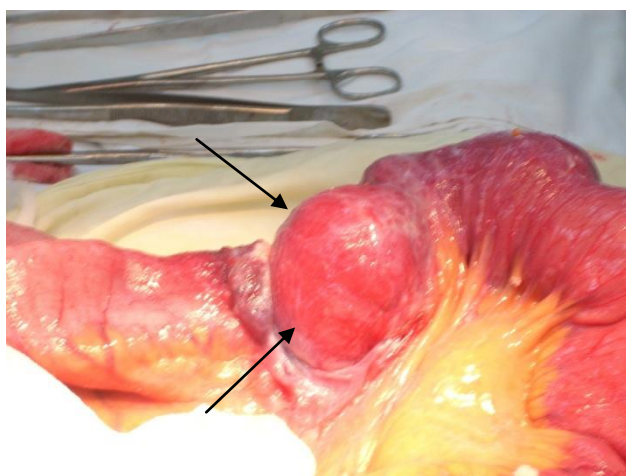


Рис. 1. Тонко-тонкокишечный инвагинат, в просвете которого определяется опухолевидное образование

Препарат: резецированный инвагинат с трудом расправлен, головка его представлена опухолью до 8,0 × 5,0 см (рис. 2, 3). Послеоперационный диагноз «опухоль тонкой кишки. Хроническая инвагинация тонкой кишки. Рецидивирующая тонкокишечная непроходимость».



Рис. 2. Инвагинат расправлен, головкой его является опухоль

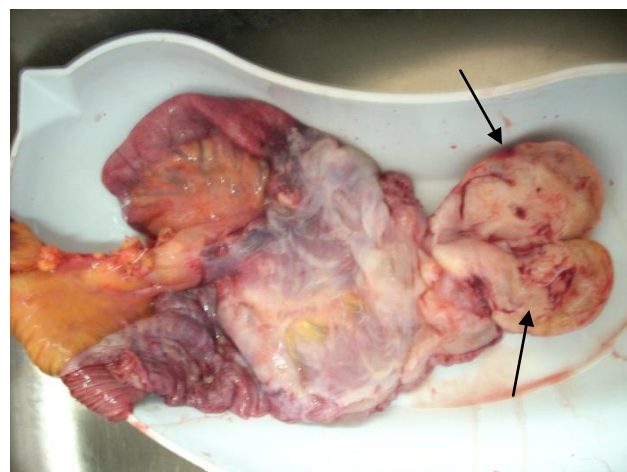


Рис. 3. Вид опухоли на разрезе

Гистологическое заключение: опухолевидное образование представлено отечной рыхлой тканью с многочисленными клетками звездчатой и округлой формы, с хорошо выраженным сосудистым компонентом (рис. 4), с распространенной негустой лимфоплазмоцитарной инфильтрацией и участками отложения коллагеновых волокон. Опухолевидная ткань растет из мышечного слоя тонкой кишки, на большем протяжении покрыта неизменной слизистой оболочкой (рис. 5), на отдельных участках отмечается инфильтративный рост в слизистую оболочку. Заключение: псевдоопухоль тонкой кишки.

Состояние больной после операции средней тяжести, с выраженным парезом кишечника. Проводилась

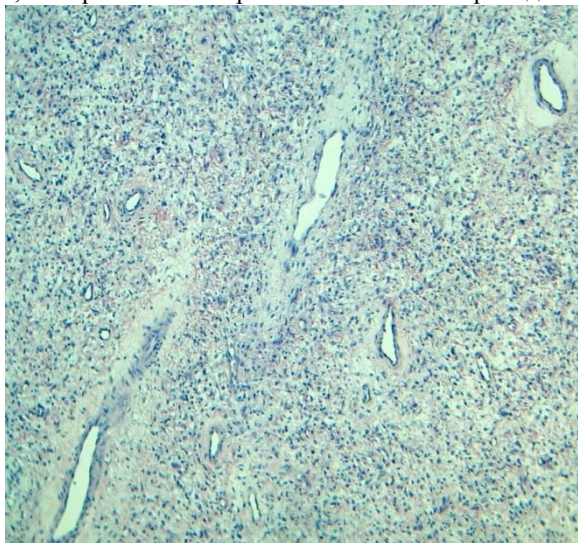


Рис. 4. Многочисленные клетки звездчатой и округлой формы, хорошо выраженный сосудистый компонент. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 250

перистальтики кишечника. Явления динамической кишечной непроходимости купированы на 4-е сут. Заживление первичным натяжением, выписана в удовлетворительном состоянии на 13-е сут после операции.

Обследована через 3 мес. Жалоб нет. Стул регулярный, оформленный. Масса тела повысилась на 5 кг. Послеоперационный рубец без грыжевых выпячиваний. При обзорной рентгеноскопии брюшной полости: вздутие кишечника, уровней нет.

Таким образом, несмотря на редкость подобных наблюдений при абдоминальном болевом синдроме и явлениях рецидивирующей кишечной непроходимости, строя дифференциально-диагностический ряд, следует подумать о возможности псевдоопухли тонкой кишки.

интенсивная инфузионная терапия с переливанием плазмы, белковых и солевых растворов, стимуляция

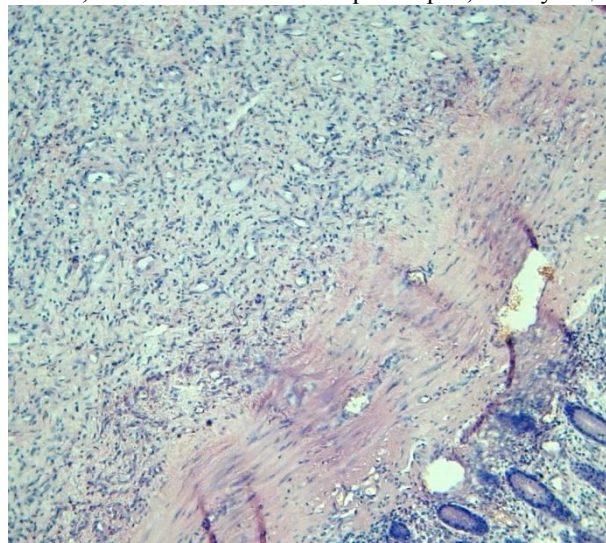


Рис. 5. Опухолевидная ткань растет из мышечного слоя, покрыта неизменной слизистой оболочкой. Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100

#### Литература

1. *Абрикосов А.И., Струков А.И.* Патологическая анатомия: учебник. 1992. 560 с.
2. *Мальцев С.В., Мальцев В.Н., Жегулович В.Г. и др.* Воспалительная псевдоопухоль брюшной полости // Вестн. хирургии им. И.И. Грекова. 2001. № 2. с. 107–108.
3. *Матяшин И.М., Дикштейн Е.А., Яремчук А.Я., Балтайтис Ю.В.* Воспалительные псевдоопухоли пищеварительного тракта и передней брюшной стенки. Киев: Здоровье, 1980. 128 с.
4. *Полунин Г.Е.* Оценка результатов лечения воспалительных псевдоопухолей толстой кишки, ассоциированных с язвенным колитом и болезнью Крона // Украинський журнал хірургії. 2011. № 2 (11). С. 139–142.
5. *Пышкин С.А., Борисов Д.Л., Джинчвеладзе Д.Н. и др.* Воспалительные опухоли толстой кишки // Анналы хирургии. 2008. № 4. С. 36–40.

Поступила в редакцию 28.06.2012 г.

Утверждена к печати 07.12.2012 г.

**Цхай В.Ф.** (✉) – д-р мед. наук, профессор кафедры хирургических болезней педиатрического факультета СибГМУ (г. Томск).

**Клиновский И.Ю.** – канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением МБЛПУ «Городская клиническая больница № 3» (г. Томск).

**Ерендеева Л.Э.** – зав. отделением общей патологии № 3 ОГБУЗ «Патолого-анатомическое бюро» (г. Томск).

**Моисеев П.А.** – студент 6-го курса лечебного факультета СибГМУ (г. Томск).

✉ Цхай Валентина Фёдоровна, тел.: 8 (382-2) 41-98-53, 8-961-892-1483.

## RARE OBSERVATION OF PSEUDOTUMOR OF THE INTESTINE, COMPLICATED BY INTUSSUSCEPTION

Tskhai V.F.<sup>1</sup>, Klinovitsky I.Yu.<sup>2</sup>, Yerendeyeva L.Ye.<sup>3</sup>, Moiseyev P.A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation

<sup>2</sup> City Clinical Hospital № 3, Tomsk, Russian Federation

<sup>3</sup> Department of pathology, Tomsk, Russian Federation

### ABSTRACT

The aim is to report a rare observation of pseudotumors of small bowel leading to chronic invagination and recidivating small bowel obstruction.

The case is interesting because the information about pseudotumors of small bowel is unavailable in the literature, whereas in large bowel they are quite frequently observed, and their number is a tendency to increase. A complication of pseudotumors is a chronic invagination of small bowel, which is also rarely observed (in 9.05–9.58%). Its clinical picture is subtle, causing difficulties in diagnosis. In the reported observation, the diagnosis “chronic invagination” was also made only at surgery, while the diagnosis “pseudotumor” was made after histologic examination of the specimen.

For well-timed diagnosis, in the presence of clinical findings of recidivating small bowel obstruction, chronic invagination should be considered as one of the possible causes of obstruction.

**KEY WORDS:** pseudotumor, invagination, bowel obstruction.

*Bulletin of Siberian Medicine*, 2013, vol. 12, no. 1, pp. 114–117

### References

1. Abrikosov A.I., Strukov A.I. *Morbid anatomy*. 1992. 560 p. (in Russian).
2. Maltsev S.V., Maltsev V.N., Zhegulovich V.G. et al. *Journal of surgery Grekov*, 2001, no. 2, pp. 107–108 (in Russian).
3. Matyashin I.M., Dikshtein E.A., Yaremchuk A.Ya., Baltaitis Iu.V. *Inflammatory pseudotumor of digestive tract and abdominal wall*. Kiev, Zdorovie Publ., 1980, p. 128. (in Russian).
4. Polunin G.E. *Ukrainian Journal of Surgery*, 2011, no. 2 (11), pp. 139–142 (in Russian).
5. Pyshkin S.A., Borisov D.L., Dzhinchveladze D.N. et al. *Annals of Surgery*, 2008, no. 4, pp. 36–40 (in Russian).

**Tskhai V.F.** (✉), Chair of Surgical Diseases, Faculty of Pediatrics SSMU, Tomsk, Russian Federation.

**Klinovitsky I.Yu.**, the Surgical Clinic of City Clinical Hospital № 3, Tomsk, Russian Federation.

**Yerendeyeva L.Ye.**, Department of Patology, Tomsk, Russian Federation.

**Moiseyev P.A.**, student of Siberian State Medical University, Tomsk, Russian Federation.

✉ **Tskhai V.F.**, Ph: +7 (382-2) 41-98-53, +7-961-892-1483.