

Г. А. Соломонова¹, С. И. Третьяк¹, Е. П. Домаренок²

НЕЙРОЭНДОКРИННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЕПОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЕННАЯ НЕКРОЗОМ СТЕНКИ НА ФОНЕ COVID-19

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹
УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минск²

Цель настоящей работы – провести анализ диагностики и лечения нейроэндокринной опухоли слепой кишки осложненной некрозом стенки, перитонитом при наличии инфекции COVID-19.

Материалы и методы. Проанализированы результаты обследования и лечения пациента Л. 63 лет, госпитализированного в хирургическое отделение с диагнозом: острая кишечная непроходимость. В анамнезе аппендэктомия. Проводилось исследование биологического материала на инфекцию Covid-19 (5.09.2021 г.): РНК коронавируса SARS-CoV-2 не обнаружена. При контроле пассажа бариевой взвеси по кишечнику установлено: контрастная масса по ходу толстой кишки. Имеются патологические уровни жидкости в мезогастрии. Определяются участки сужения правого и левого флангов толстого кишечника. На третьи сутки появились симптомы раздражения брюшины. Оперирован. В брюшной полости мутноватый выпот. В правой подвздошной области определяется инфильтрат, образованный слепой кишкой, восходящей ободочной, терминальным отделом подвздошной, сигмовидной, пряidouь большого сальника. Здесь же налеты фибрина. Купол слепой кишки черного цвета.

В кишке пальпаторно определяется объемное образование плотное, распространяющееся на проксимальный отдел восходящий ободочной и терминальный отдел подвздошной кишки. Выполнена правосторонняя гемиколэктомия с анастомозом «конец в бок», лимфодиссекции D 2. Выполнена санация и дренирование брюшной полости.

Результаты и обсуждение. На следующие сутки после операции пациент в ОРИТ. Состояние тяжёлое. Не адекватен. Возбужден. Температура тела – 36,4 °С. Дыхание самостоятельное, аускультативно несколько ослаблено в нижних отделах, единичные сухие хрипы. ЧД – 16/минуту, SpO₂ – 97–98 % на фоне инсуффляции увлажненного кислорода со скоростью 1,5 литра/минуту. Гемодинамика стабильная: АД – 137/105 мм рт. ст. ЧСС – 80 уд/мин. Кардиомониторинг – синусовый ритм. Живот: реагирует на пальпацию в области послеоперационной раны. Перистальтика вялая. Экспресс-тест на антиген SARS-CoV-2 № 784 – положительный. Ag SARS-CoV-2 – обнаружен (08.09.2021 г.).

Гистологическое заключение: высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль слепой кишки с прорастанием стенки кишки, врастанием в околокишечную жировую клетчатку. Края резекции: опухолевого роста нет. Флегмонозно-язвенный тифлит. Очаговый флегмонозно-гнойный перитонит. Оментит. На 6-е сутки пациент в сознании, принимает пищу. Удалены дренажи из брюшной полости. На 7-е сутки переведен в инфекционное отделение другой больницы для долечивания.

Ключевые слова: Covid-19, нейроэндокринная опухоль слепой кишки, правосторонняя гемиколэктомия.

G. A. Solomonova, S. I. Tretiak, E. P. Domarenok

NEUROENDOCRINE TUMORS OF THE CAECUM, COMPLICATED WITH NECROSIS OF THE WALL ON THE BACKGROUND OF COVID-19

Aims/Objectives. The purpose of this work is to analyze the diagnosis and treatment of a neuroendocrine tumor of the caecum complicated by wall necrosis, peritonitis in the presence of COVID-19 infection.

Materials and methods. The results of the examination and treatment of a 63-year-old patient L., who was hospitalized in the surgical department with a diagnosis of acute intestinal obstruction, were analyzed. History of appendectomy. Biological material was tested for Covid-19 infection (September 5, 2021): SARS-CoV-2 coronavirus RNA was not detected. When controlling the passage of barium suspension through the intestines, it was established: a contrast mass along the colon. There are abnormal fluid levels in the mesogastrium. Areas of narrowing of the right and left flanks of the large intestine are determined. On the third day, symptoms of peritoneal irritation appeared. Operated. There is a cloudy effusion in the abdominal cavity. In the right iliac region, an infiltrate is determined, formed by the caecum, ascending colon, terminal ileum, sigmoid, strand of the greater omentum. There are also fibrin plaques here.

The dome of the caecum is black. In the intestine, palpation is determined by volume formation dense, spreading to the proximal section of the ascending colon and the terminal section of the ileum. Performed right-sided hemicolectomy with anastomosis “end to side”, lymph node dissection D 2. Performed sanitation and drainage of the abdominal cavity.

Results and discussion. The next day after surgery, the patient is in the ICU. Severe condition. Not adequate. Excited. Body temperature – 36.4 °C. Breathing is independent, auscultatory is somewhat weakened in the lower sections, single dry rales. Respiratory rate – 16/minute, SpO₂ – 97–98 % against the background of humidified oxygen insufflation at a rate of 1.5 liters/minute. Hemodynamics stable: blood pressure – 137/105 mm Hg. Art. Heart rate – 80 beats/min. Cardio monitoring – sinus rhythm. Abdomen: responds to palpation in the area of the postoperative wound. Peristalsis is sluggish. Rapid test for SARS-CoV-2 antigen No. 784 is positive. Ag SARS-CoV-2 – detected (09/08/2021). Histological conclusion: highly differentiated neuroendocrine tumor of the caecum with germination of the intestinal wall, ingrowth into the periintestinal fatty tissue.

Resection margins: no tumor growth. Phlegmonous-ulcerative typhlitis. Focal phlegmonous-purulent peritonitis. Omentit. On the 6th day the patient is conscious and takes food. Removed drainage from the abdominal cavity. On the 7-th day, he was transferred to the infectious diseases department of another hospital for aftercare.

Key words: Covid-19, neuroendocrine tumor of the caecum, right hemicolectomy.

Коронавирусы (CoV) представляют собой большое семейство вирусов, которые вызывают заболевания, начиная от обычной простуды и заканчивая более тяжелыми, такими как ближневосточный респираторный синдром (MERS-CoV) и тяжелый острый респираторный синдром (SARS-CoV). Новый коронавирус (nCoV) представляет собой новый штамм, который ранее не был идентифицирован у людей. Всемирная организация здравоохранения 11 марта 2020 года объявила вспышку коронавируса COVID-19 пандемией [2, 3].

На сегодняшний день в мире не существует официально зарегистрированных специфического лечения от коронавируса SARS-CoV-2. Выделены группы повышенного риска инфицирования новым коронавирусом и риска развития тяжелых осложнений [8]. К таким группам относятся и онкобольные [2, 3]. Несмотря на пандемию, лечение онкологических пациентов необходимо продолжать, так как наличие опухолевого процесса не допускает задержки проведения терапии, оно требует тщательного контроля вне зависимости от обстоятельств [2, 4]. Мировое онкологическое сообщество продолжает активно разрабатывать рекомендации по оптимальному ведению онкологических больных в условиях пандемии, руководствуясь в определении тактики, в том числе, принципом соот-

ношения пользы от лечения больных и рисков заражения коронавирусной инфекцией [8]. Тем не менее в случае с каждым больным вопрос должен решаться индивидуально [1, 6, 7].

Во всем мире с начала пандемии число заболевших превысило 393 000 000. В Беларуси число подтвержденных случаев Covid-19 по данным МЗ Республики Беларусь (агентство «Минск-Новости») на начало февраля 2022 г. составило 769076 человек. За это время умерло 6132 пациентов с указанной патологией. Периодически Covid-19 сочетается с хирургической патологией органов брюшной полости, требующих хирургического лечения [10].

В связи с выше изложенным, экстренная хирургическая помощь в условиях общесоматического и инфекционного стационаров является актуальной проблемой во время пандемии коронавирусной инфекции COVID-19 [5, 9].

Цель настоящей работы – провести анализ диагностики и лечения нейроэндокринной опухоли слепой кишки, осложненной некрозом стенки, перитонитом при наличии инфекции COVID-19.

Материал и методы

Пациент Л., 63 лет доставлен в приемное отделение УЗ «ГК БСМП» в 05.09.2021 08:26 с направля-

ющим диагнозом: острый панкреатит? Спаечная болезнь брюшной полости. При поступлении жаловался на боль в эпигастриальной области, правом подреберье, тошноту, отсутствие стула и газов в течение трех суток. Трижды была рвота. Указанные жалобы беспокоят со 02.09.2021 г. COVID-19 не болел. Не вакцинирован. Из анамнеза: аппендэктомия в детстве. Объективно: состояние средней тяжести. Сознание ясное. Телосложение правильное. Кожные покровы бледно-розовые. Температура тела – 36,6 градусов. Ps – 76 ударов в минуту, ритмичный. АД 120/80 мм рт. ст. Тоны сердца: ясные. Число дыханий – 17 в мин. Одышки нет. Дыхание везикулярное. Хрипов нет. Язык влажный, не обложен. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии, по правой половине. Перистальтика кишечника прослушивается, ослаблена. Печень, желчный пузырь, селезенка не увеличены. Газы не отходят. Стула не было 3-е суток.

Анализ крови общий: эритроциты – $5,14 \cdot 10^{12}/л$; гемоглобин – 157 г/л; лейкоциты – $10,5 \cdot 10^9/л$ (↑); эозинофилы – 0 % (↓); нейтрофилы сегментоядерные – 80,9 % (↑); лимфоциты – 7,4 % (↓); моноциты – 11,2 % (↑).

Биохимический анализ крови: общий белок 63,8 (↓); АСТ 51,1 (↑); альбумин 32,4 (↓); амилаза 38,9 Е/л.

Исследование системы гемостаза: АЧТВ – 39,7 (↑) сек; АЧТВ ratio: 1,24 (↑); протромбиновое время: 11,9 сек; протромбиновый индекс: 97; МНО (INR) – 1; фибриноген по Клаусу – 5,7 (↑) г/л; Д-димер (высокочувствительный) – 2212 (↑) нг/мл.

УЗИ ОБП. Заключение: Гепатомегалия. ЖКБ. Диффузные изменения печени и поджелудочной железы. Атеросклероз брюшного отдела аорты.

Исследование биологического материала на инфекцию Covid-19 (5.09.2021 г.): РНК коронавируса SARS-CoV-2 не обнаружена.

Обзорная R-графия грудной и брюшной полости: Легочные поля без очаговых и инфильтративных теней. Корни структурны. Синусы свободны. Свободного газа, патологических уровней жидкости не выявлено. С диагнозами: острый панкреатит?, спаечная болезнь брюшной полости? госпитализирован в хирургическое отделение.

Проводилась антибактериальная, инфузионная терапия, спазмолитики. Проведен лечебно-диагностический прием. Дана бариевая взвесь per os. Прослежен пассаж бария по кишечнику. R-графия брюшной полости через 10 часов: контрастная масса в тонком кишечнике. Через 20 часов: контраст в толстой кишке (просвет кишки в проекции печеночного изгиба деформирован, сужен до нескольких мм). Горизонтальные кишечные уровни не определяются (рис. 1). R-графия брюшной полости через 24 часа: контрастная масса по ходу толстой кишки. Патологических уровней жидкости не выявлено (рис. 2).

R-графия брюшной полости через 36 часов: контрастная масса по ходу толстой кишки. Пат. уровни



Рис. 1. Контраст в толстой кишке



Рис. 2. Контрастная масса по ходу толстой кишки

жидкости в мезогастррии. Участок сужения правого фланга толстого кишечника, в мезогастррии слева (рис. 3). R-графия брюшной полости через 48 часов: контрастная масса по ходу толстой кишки. Патологические уровни жидкости в мезогастррии. Участок су-



Рис. 3. Участок сужения правого фланга толстой кишки



Рис. 4. Участок сужения правого фланга толстой кишки. Патологические уровни жидкости в мезогастрии слева

жения правого фланга толстого кишечника, в мезогастрии слева. Прослеживается суженный левый фланг толстой кишки. Патологические уровни жидкости в мезогастрии слева (рис. 4).

7.09.2021 г. состояние ухудшалось: усилились боли в животе, появились симптомы раздражения брюшины.

Оперирован. Тотальная лапаротомия. В брюшной полости мутноватый выпот. больше в полости малого таза, правой подвздошной области. Петли тонкого и толстого кишечника паретичны, увеличены в объеме. В правой подвздошной области определяется инфильтрат, образованный слепой кишкой, восходящей ободочной, терминальным отделом подвздошной, сигмовидной, пряжью большого сальника. Здесь же налеты фибрина. Инфильтрат разъединен. Купол слепой кишки черного цвета. В ней пальпаторно определяется объемное образование, плотное, распространяющееся на проксимальный отдел восходящий ободочной и терминальный отдел подвздошной кишки.

Учитывая имеющуюся патологию, решено выполнить правостороннюю гемиколэктомию. Мобилизованы терминальный отдел подвздошной кишки с измененной брыжейкой (40 см), слепая, правый фланг ободочной кишки, 2/3 поперечноободочной, большой сальник. Удалены единым блоком с выполнением лимфодиссекции D 2. Дистальный конец поперечноободочной кишки ушит. Сформирован илеотрансверзоанастомоз «конец в бок». Проподимость достаточная. Кишечник перистальтирует. Выполнена санация и дренирование брюшной полости.

Результаты и обсуждение

На следующие сутки после операции пациент в ОРИТ ОППН. Состояние тяжёлое. Не адекватен. Возбужден. Зрачки S = D, средней величины, РЗС сохранена. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, теплые, сухие. Периферических отеков нет. Температура тела – 36,4 °С. Дыхание самостоятельное, эффективное. ЧД – 16 в минуту, SpO₂ – 97–98 % на фоне инсуффляции увлажненного O₂ со скоростью 1,5 литра/минуту, при FiO₂ – 21 % – SpO₂ – 95 %. Аускультативно дыхание проводится во всех отделах легких, несколько ослаблено в нижних отделах, единичные сухие хрипы. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Гемодинамика стабильная: АД – 137/105 мм рт. ст. ЧСС – 80 уд/мин. Кардиомониторинг – синусовый ритм. Живот при пальпации мягкий, реагирует на пальпацию в области послеоперационной раны. Перистальтика вялая. По дренажам справа – справа до 100 мл серозно-геморрагического отделяемого. Повязки сухие. Диурез 4400 мл мочи в сутки.

Экспресс-тест на антиген SARS-CoV-2 № 784 – положительный. Ag SARS-CoV-2 – обнаружен (08.09.2021 г.). R-графия грудной клетки (9.09.2021 г.): двусторонний гидроторакс с компрессионными ателектазами нижних долей.

Гистологическое заключение: высокодифференцированная нейроэндокринная опухоль слепой кишки с прорастанием стенки, врастанием в околокишечную жировую клетчатку. pT3N0Mx G1. Края резекции: (подвздошная кишка, толстая кишка) – опухолевого роста нет. Флегмонозно-язвенный тифлит. Очаговый флегмонозно-гнойный перитонит. Оментит.

Медикаментозное лечение: инфузионная терапия, парентеральное питание, пиробактам 4,0/0,5 4 раза в сутки с 07.09.21, флюконазол 200 мг × 1, пантопразол, айрон 100 мг в сутки внутримышечно, фрагмин 2500 ед в сутки, метопролол 12,5 мг × 3, индапамид 2,5 мг утром, периндоприл 8 мг утром, моксонидин 0,2 × 2, симптоматическая терапия.

Состояние пациента улучшилось, стабилизировалось. На 6-е сутки он в сознании, принимает пищу. Удалены дренажи из брюшной полости. На 7-е сутки переведен в инфекционное отделение другой больницы для долечивания.

Выводы

1. ПЦР тест не всегда своевременно позволяет выявить Covid-19 при его наличии.
2. Несмотря на наличие Covid-19 у пациентов, страдающих осложненной злокачественной опухолью кишечника, следует выполнять радикальную операцию с последующим лечением основной патологии.

Литература

1. Вечорко, В. И. Диагностика и лечение острых хирургических заболеваний у пациентов с COVID-19 / В. И. Вечорко, В. Д. Аносов, Б. В. Силаев // Вестник РГМУ. – 2020. – № 3. – С. 71–76.
2. Влияние пандемии Covid-19 на онкологическую практику / А. Д. Каприн, Е. В. Гамеева, А. А. Поляков, А. Л. Корниецкая, Н. А. Рубцова, А. А. Феденко // Сибирский онкологический журнал. – 2020. – Т. 19, № 3. – С. 5–22.
3. Оказание экстренной хирургической помощи в условиях многопрофильного стационара, перепрофилированного под лечение пациентов с новой коронавирусной инфекцией (COVID-19) / А. Ю. Корольков, В. М. Теплов, Д. А. Зайцев, Е. А. Цебровская, Т. О. Никитина // Вестник хирургии имени И. И. Грекова. – 2020. – Т. 179, № 5. – С. 11–15.
4. Румянцев, А. Г. Коронавирусная инфекция COVID-19. Научные вызовы и возможные пути лечения и профилактики заболевания / А. Г. Румянцев // Российский журнал детской гематологии и онкологии (РЖДГиО). – 2020. – Т. 7, № 3. С. 47–53.
5. Соломонова, Г. А. Лечение нейроэндокринной опухоли слепой кишки, осложненной некрозом стенки в сочетании с Covid-19 / Г. А. Соломонова, С. И. Третьяк, Е. П. Домаренок // Декабрьские чтения по неотложной хирургии: сб. тр., Минск, 17 дек. 2021. – 2021. – Т. 10. – С. 129–133.
6. Экстренная хирургическая помощь в условиях COVID-19 / С. В. Готье, А. Ш. Ревшвили, Д. Ю. Пушкарь, Л. В. Адамян, В. В. Крылов, Ю. А. Шельгин, Г. Р. Касян // Методические рекомендации. – М., 2020. – 14 с.
7. COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care, Emergency General Surgery. American College of Surgeons. 2020 March 24. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>.

8. *Divergent: Age, Frailty, and Atypical Presentations of COVID-19 in Hospitalized Patients* / P. C. E. Poco, M. J. R. Aliberti, M. B. Dias [et al.] // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2021. – Vol. 76, № 3. – P. 46–51.

9. *The management of surgical patients in the emergency setting during COVID-19 pandemic: the WSES position paper* / B. De Simone, E. Chouillard, M. Sartelli [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2021. – Vol. 16. – P. 14.

10. WSES COVID-19 emergency surgery survey collaboration group. Impact of the SARSCoV-2 pandemic on emergency surgery services-a multi-national survey among WSES members / M. Reichert, M. Sartelli, M. A. Weigand [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2020. – Vol. 15. – P. 64–72.

References

1. Vechorko, V. I. Diagnostika i lechenie ostrykh hirurgicheskikh zabolevanij u pacientov s COVID-19 / V. I. Vechorko, V. D. Anosov, B. V. Silaev // Vestnik RGMU. – 2020. – № 3. – S. 71–76.
2. Vliyanie pandemii Covid-19 na onkologicheskuyu praktiku / A. D. Kaprin, E. V. Gameeva, A. A. Polyakov, A. L. Kornieckaya, N. A. Rubcova, A. A. Fedenko // Sibirskij onkologicheskij zhurnal. – 2020. – T. 19, № 3. – S. 5–22.
3. Okazanie ekstretnoj hirurgicheskoy pomoshchi v usloviyah mnogoprofil'nogo stacionara, pereprofilirovannogo pod lechenie pacientov s novoj koronavirusnoj infekciej (COVID-19) / A. Yu. Korol'kov, V. M. Teplov, D. A. Zajcev, E. A. Cebrovskaya, T. O. Nikitina // Vestnik hirurgii imeni I. I. Grekova. – 2020. – T. 179, № 5. – S. 11–15.
4. Rumyancev, A. G. Koronavirushnaya infekciya COVID-19. Nauchnye vyzovy i vozmozhnye puti lecheniya i profilaktiki zabolevaniya / A. G. Rumyancev // Rossijskij zhurnal detskoj gematologii i onkologii (RZHDGiO). – 2020. – T. 7, № 3. – S. 47–53.
5. Solomonova, G. A. Lechenie nejroendokrinnoj opuholi slepoj kishki, oslozhennoj nekrozom stenki v sochetanii s Covid-19 / G. A. Solomonova, S. I. Tret'yak, E. P. Domarenok // Dekabr'skie chteniya po neotlozhnoj hirurgii: sb. tr., Minsk, 17 dek. 2021. – 2021. – T. 10. – S. 129–133.
6. Ekstretnaya hirurgicheskaya pomoshch' v usloviyah COVID-19 / S. V. Got'e, A. Sh. Revshvili, D. Yu. Pushkar', L. V. Adamyan, V. V. Krylov, Yu. A. SHelygin, G. R. Kasyan // Metodicheskie rekomendacii. – M., 2020. – 14 s.
7. COVID 19: Elective Case Triage Guidelines for Surgical Care, Emergency General Surgery. American College of Surgeons. 2020 March 24. Available at: <https://www.facs.org/covid-19/clinical-guidance/elective-case>.
8. *Divergent: Age, Frailty, and Atypical Presentations of COVID-19 in Hospitalized Patients* / P. C. E. Poco, M. J. R. Aliberti, M. B. Dias [et al.] // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2021. – Vol. 76, № 3. – P. 46–51.
9. *The management of surgical patients in the emergency setting during COVID-19 pandemic: the WSES position paper* / B. De Simone, E. Chouillard, M. Sartelli [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2021. – Vol. 16. – P. 14.
10. WSES COVID-19 emergency surgery survey collaboration group. Impact of the SARSCoV-2 pandemic on emergency surgery services-a multi-national survey among WSES members / M. Reichert, M. Sartelli, M. A. Weigand [et al.] // World Journal of Emergency Surgery. – 2020. – Vol. 15. – P. 64–72.

Поступила 08.02.2022 г.