

В. И. МИХАЛОЧКИНА, А. Ф. КОТОВИЧ

ОБ АНГИОМАТОЗЕ И РАЗРЫВЕ ПЕЧЕНИ

(Кафедра госпитальной хирургии и кафедра патологической анатомии)

Но данным литературы, ангиоматоз печени встречается не так уж редко, однако разрывы ангиом описаны лишь в единичных случаях. В большинстве случаев описаны кавернозные ангиомы печени, как наиболее часто встречающиеся. Найденные ангиомы печени описывались, как различного вида строения сосудистые образования.

Поскольку гистологическое строение ангиом разное, то они и описываются под разными названиями. В одних случаях было обнаружено строение тонкостенных переплетающихся между собой сосудов капиллярного типа, которым и дано название капиллярных ангиом в отличие от описанных кавернозных ангиом, где гистологически отмечается образование сосудистой сети артериального или венозного типа с пещеристыми полостями.

Опухоли печени, исходящие из кровеносных сосудов, делят на:

телеангиэктазии, представляющие местные расширения существовавших капилляров, принимающих вид широких сосудов с крайне тонкой стенкой;

капиллярные ангиомы, состоящие из большого количества переплетающихся капилляров с гипертрофированной сосудистой стенкой;

артериальные ангиомы, представляющие собой сплетение артериальных сосудов;

кавернозную ангиому, состоящую из крупных полостей, наполненных кровью, напоминающая своим строением пещеристые тела,

Диагностика ангиом печени при жизни затруднительна, так как большая часть каверном печени протекает бессимптомно и обнаруживается только патолого-анатомами.

Опасность каверномы печени заключается в том, что она под влиянием какой-либо травмы может разорваться и дать смертельное кровотечение. Иногда каверномы печени являются сопутствующим заболеванием и клинически ничем не проявляются. Такие больные обычно оперируются по поводу какого-либо сравнительно невинного заболевания. В редких случаях в послеоперационном периоде возникает внутреннее кровотечение, от которого они и умирают.

Вольной К. И., 19 лет, поступил в госпитальную хирургическую клинику 10 ноября 1948 г. с диагнозом правосторонней паховой грыжи. Настоящим заболеванием страдал с детства. В детстве перенес корь.

Вольной среднего роста, правильного телосложения, удовлетворительного питания. Мышечная система развита хорошо. Органы дыхания в норме. Граница сердца норма. Тоны сердца ясные, пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Язык влажный, необложенный; живот умеренно вздут, мягкий, безболезненный.

Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не прощупывается. Мочеполовая система в норме. В правой паховой области имеется выпячивание 6-8 см, спускающееся в правую половину мошонки. Выпячивание при положении больного стоя увеличивается, при положении на спине - уменьшается. При перкуссии над выпячиванием определяется тимпанит. Правое наружное паховое кольцо расширено, пропускает три пальца, определяется кашлевой толчок.

19 ноября под местной инфльтрационной анестезией 0,25-процентного раствора новокаина сделана операция с пластикой пахового канала по способу Спасокукоцкого. Операция прошла без осложнений.

Послеоперационный период в течение трех дней протекал гладко.

На четвертый день появилась небольшая рвота желудочным содержимым. На шестой день в 6 часов утра (24 ноября) появились боли в подложечной области, снова повторилась рвота. После рвоты боли в подложечной области стали меньше, больной встал и прошел в соседнюю палату. Там он почувствовал боли в правом подреберье. появилась общая слабость, головокружение. Общая слабость прогрессивно нарастала и появилась бледность кожных покровов. Пульс стал частым, слабого наполнения. Дежурный персонал пытался вывести больного из вышеописанного состояния введением подкожно пантопона, готовились переливать кровь. Состояние больного все время ухудшалось и через 20 минут он скончался.

Приводим краткие данные из протокола вскрытия (№ 104 от 24 ноября 1948 г.). В брюшной полости обнаружено око-

ло 2,5 литров жидкой крови и кровяных сгустков. Основная масса крови располагалась в правом подреберье, между печенью и диафрагмой, немного крови было обнаружено в малом тазу. Брыжжейка начального отдела тонкой кишки, малый сальник, забрюшинная клетчатка и стенка желчного пузыря также были пропитаны кровью.

Тщательная проверка сосудов малого таза и паховой области у места операции полностью исключила предположение кровотечения из этих мест. Вместе с тем обнаруженные сгустки крови в области печени, отслойка участков капсулы ее и темные поля, разбросанные под капсулой правой доли печени, указывали на связь кровотечения с изменением именно в этом органе. На разрезах печени, в правой ее доле и ближе к переднему краю была обнаружена серия мелких и более крупных полостей, выполненных кровью (фото 1). Такая же картина обнаружена и по краю печени.



Фото 1. Печень с крупными полостями, выполненными кровью.

где имелись мелкие, кровянистого вида полости. Каких-либо других источников кровотечения при вскрытии трупа не обнаружено. Все внутренние органы имели острое малокровие.

Таким образом стало ясно, что причиной смертельного кровотечения явились разрывы отдельных полостей правой доли печени, повлекшие за собой отслойку и разрыв капсулы с последующим кровотечением в брюшную полость.

На основании данных вскрытия был сформулирован следующий анатомический диагноз: множественные ангиомы печени с разрывом их и обильным кровотечением в брюшную полость. Общее острое малокровие внутренних органов. Состояние после операции грыжесечения.

Гистологическое исследование разных участков печеночной ткани в местах описанных полостей и кровонезлияний

выявило множество капиллярных ангиом с тонкостенными сосудами и большим количеством форменных элементов крови. В местах ангиоматоза полностью отсутствует структура печеночной ткани (фото 2).



Фото 2. Капиллярные ангиомы печени.

На отдельных гистологических препаратах удалось обнаружить картину типичной кавернозной ангиомы. Стенки полостей в этих участках были однородного вида, по своему строению соответствовали сосудам венозного типа.

Интересно отметить, что, помимо описанных изменений в печени, картина ангиоматоза была обнаружена также в отдельных участках начального отдела тонкой кишки и брыжейки. Гистологическое исследование этих участков дало также картину гемангиомы капиллярного типа с кровоизлияниями до серозного покрова и с образованием значительных участков, диффузно пропитанных кровью (фото 3).

Учитывая все данные макроскопического и гистологического исследования, можно сказать, что в данном случае выявлена картина диспропорционального ангиоматоза печени и начального отдела тонкого кишечника.

Гистологически структура ангиомы в основном соответствует каверноме капиллярного типа. Кровотечение, приведшее к смерти больного, явилось следствием разрыва отдельных полостей печени с последующим разрывом капсулы печени и смертельным кровотечением в брюшную полость.

Приводимый нами случай множественной ангиомы печени представляет интерес в том отношении, что множественные ангиомы печени относятся к проявлениям врожден-

ного типа. Болезнь у нашего больного протекала бессимптомно, печень у него была увеличена.

Больной был направлен в клинику для операции по поводу пахово-мошоночной грыжи. Операционная травма и неоднократная рвота в послеоперационном периоде безусловно ускорили разрыв ангиомы.



Фото 3. Ангиомы капиллярного типа с кровоизлиянием вокруг и стенке кишки.

Этот случай интересен также с точки зрения диагностики самого осложнения. Хирурги, наблюдая больных с признаками внутреннего кровотечения, появившегося после операции, наряду с другими причинами, должны подумать и о кровотечении на почве каверномы печени.

Разрыв каверномы больших размеров обычно приводит к быстрой смерти. Разрыв же небольших размеров каверномы протекает с нарастающим кровотечением и аналогичен кровотечению при травматических повреждениях печени, при которых хирургическое вмешательство является эффективным.