

М. И. Слобожанин (Ижевск): Хорионэпителиома круглой связки печени у мужчины

Хорионэпителиома у мужчин встречается крайне редко и является самой злокачественной по своим клиническим проявлениям. У мужчин она развивается в основном из тератоидных опухолей яичка, легких, средостения, забрюшинного пространства. Значительно реже наблюдаются эктопические хорионэпителиомы. Все виды хорионэпителиом и их метастазы гормонально активны — продуцируют хорионический гонадотропин.

Ввиду редкости подобных сообщений приводим наше наблюдение эктопической хорионэпителиомы круглой связки печени у мужчины.

П., 43 лет, поступил 29/II—1982 г. с жалобами на постоянную умеренной интенсивности боль в области правого подреберья, наличие там же опухолевидного новообразования, отсутствие аппетита. Болен со 2/II—1982 г., когда появилась боль в области правого подреберья умеренной интенсивности и уменьшился аппетит. Через 10 дней боли в правом подреберье резко усилились. Больной обратился за медицинской помощью в ЦРБ, был госпитализирован в хирургическое отделение. После консервативной терапии боли уменьшились, но полностью не купировались. С диагнозом «желчнокаменная болезнь», обострение хронического холецистита» направлен в 1-ю республиканскую клиническую больницу (Ижевск).

Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы нормальной окраски, периферические лимфоузлы не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные, пульс — 58 уд. в 1 мин, ритмичный, АД — 18,0/10,0 кПа. Язык влажный, покрыт белым налетом. При осмотре передней брюшной стенки отмечается асимметрия, характеризующаяся наличием округлого выпячивания в правом подреберье (6×4 см) в области прямой мышцы живота. При пальпации живот мягкий; опухолевидное образование, расположенное в правом подреберье, имеет четкие контуры, умеренно болезненное, ограничено в подвижности. Со стороны мочеполовой сферы патологии не обнаружено.

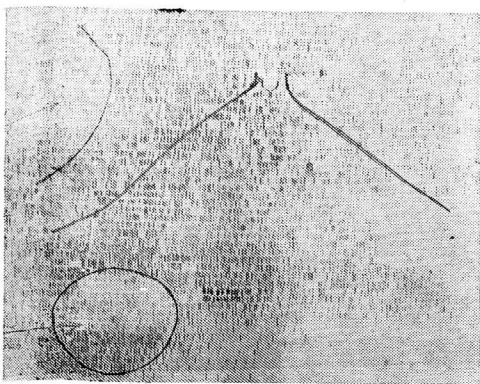
Анализ крови выявил слабо выраженную анемию (снижение содержания эритроцитов до $3,5 \times 10^{12}$ в 1 л, Hb — 1,6 ммоль/л), увеличение СОЭ до 44 мм/ч, снижение общего белка до 64,5 г/л. На контрастных холецистограммах желчный пузырь грушевидной формы (10×5 см), гипотоничен, имеет ровные контуры и расположен на уровне D₁₂—L_{III} в вертикальном положении почти параллельно оси позвоночника. Структура пузыря гомогенная, после желчного завтрака отмечено его сокращение до половины первоначального объема. На гепатограмме зарегистрировано снижение поглотительной и выделительной функций печени. В клинике у больного отмечалась лихорадка гектического характера (температура тела — от 36,5 до 39,2°).

С учетом клинических (расположение опухолевидного образования, не совсем характерное для проекции желчного пузыря) и рентгенологических (сокращение желчного пузыря после желчного завтрака наполовину) данных больному произведена лапароскопия. Под правой долей печени было обнаружено опухолевидное образование, окутанное большим сальником с расширенными и полнокровными сосудами, что препятствовало точному определению границы и структуры опухоли. После лапароскопии больному под наркозом выполнена лапаротомия. Было выявлено опухолевидное образование (20×15×10), к которому припаяны большой сальник, передняя стенка желудка и брыжейка поперечной ободочной кишки. После отделения тупым острым путем от указанных органов установлено, что образование грушевидной формы исходит из круглой связки печени. Опухоль удалена. Произведена резекция большого сальника. На нижней поверхности правой доли печени в толще паренхимы определяется опухолевидное образование (2×2 см). Операция закончена ушиванием раны.

Макропрепарат: опухолевидное образование красно-коричневого цвета, губчатой структуры, имеет несколько полостей с рыхлыми стенками, заполненных желтоватой жидкостью. Гистологически была идентифицирована хорионэпителиома.

В дальнейшем больному было произведено скеннирование печени с ¹⁹⁸Au. На скеннограмме выявлено увеличение печени и 2 очага пониженной фиксации радиопрепарата в правой доле размерами 6×6 и 5×5,5 см (см. рис.).

Состояние больного после операции прогрессивно ухудшалось и завершилось летальным исходом.



Скеннограмма печени больного П., 43 лет. Стрелки указывают на очаги поражения ткани печени со сниженной фиксацией ¹⁹⁸Au.