

Гнойный правосторонний плеврит. Множественные абсцессы мозга с мелкими подоболочечными очагами кровоизлияний. Множественные точечные кровоизлияния под серозные оболочки плевры, перикарда, брюшины. Гнойное расплавление ретроперитонеальной клетчатки пояснично-подвздошной области. Отечность голеней.

УДК 616.613—003.7—616.61

Р. Г. Альбекова (Казань). Сочетание нефролитиаза с другими заболеваниями почек

Сочетания нефролитиаза с другими заболеваниями почек чреваты диагностическими ошибками. Приводим краткие выписки из историй болезни наблюдавшихся нами больных с этими сочетанными заболеваниями.

1. В., 32 лет, поступила 25/II 1954 г. с жалобами на общую слабость, отсутствие аппетита, тупые боли в левой поясничной области, сопровождающиеся высокой температурой. Боли тупого характера в поясничной области слева больная ощущает уже 20 лет. Диагноз направления — камень нижней трети левого мочеточника; калькулезный пиелонефроз.

Температура 38°. Пульс 90, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Пальпируется нижний полюс правой почки. Нижний полюс левой почки — у гребешка подвздошной кости. Почка резко болезненна, поверхность ее неровная.

На обзорной рентгенограмме в малом тазу слева в проекции нижней трети левого мочеточника тень конкремента 3×1,5 см.

Гем. — 44%, Э. — 2 540 000, Л. — 9 800, э. — 1%, п. — 7%, с. — 73%, л. — 13%, м. — 6%. РОЭ — 73 мм/час.

4/III 1954 г. под местной анестезией были произведены нефроуретерэктомия слева и литотрипсия (доц. Н. Х. Ситдиков).

Гистологический диагноз — гипернефроидный рак с очагами кровоизлияния и воспалением (доц. Н. А. Ибрагимова).

Послеоперационный период протекал гладко, и 20/III 1954 г. больная выписана для рентгенотерапии.

2. А., 57 лет, поступил 11/IX 1953 г. с жалобами на тупые боли в левой поясничной области, периодически усиливающиеся и принимающие характер почечной колики. Болен с 1949 г. За это время с мочой отошло 6 конкрементов.

Пальпируется нижний полюс левой почки. Положительный симптом Пастернацкого слева.

30/IX 1953 г. под местной анестезией произведена левосторонняя нефрэктомия (доц. Н. Х. Ситдиков). Удаленная почка имела вид большого флюктуирующего мешка. Троякомар выпущено около 2 л темной кровянистой жидкости. В верхнем полюсе почки был камень 1×1,5 см. При гистологическом исследовании пиелонефрит папиллярный рак лоханки и выраженный нефросклероз, хронический устонефрит.

Послеоперационный период протекал гладко.

19/X 1953 г. больной выписан для рентгенотерапии.

3. Г., 40 лет, поступил 22/VI 1958 г. с жалобами на приступ резких болей в правой поясничной области, высокую температуру, озноб, тошноту, рвоту. Боли появились 9/VI 1958 г., повторялись почти ежедневно. Подобные боли слева отмечал в 1956 г., тогда с мочой отходили конкременты.

Состояние больного при поступлении тяжелое. Температура 39°. Резкая боль при пальпации правой почки. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

Диагностирован острый калькулезный пиелонефрит.

Были применены антибиотики и сердечно-сосудистые средства. Внезапно состояние больного резко ухудшилось, температура повысилась до 42°, и 26/VI 1958 г. больной скончался при явлениях сердечно-сосудистой недостаточности.

На вскрытии был обнаружен поликистоз почек, обтурация правого мочеточника несколькими мелкими камнями, нагноение некоторых кист, сепсис. Резкая гиперплазия селезенки.

4. Г., 37 лет, поступила 2/I 1959 г. с жалобами на приступ резких болей в правой поясничной области. Больна с октября 1958 г., когда появились приступы болей в правой поясничной области с иррадиацией в пах и с дизурическими расстройствами. Приступ боли закончился отхождением конкремента. Подобные боли повторялись неоднократно то слева, то справа и сопровождались отхождением камней.

Пальпируется плотная, бугристая левая почка. Правая почка также бугристая. Симптом Пастернацкого справа резко положительный.

На обзорной рентгенограмме теней от конкрементов не определяется. На ретроградной пиелограмме видны резко удлиненные бокалы, характерные для поликистоза почек.

Больная в удовлетворительном состоянии выписана для амбулаторного лечения.

5. М., 27 лет, поступила 9/VI 1960 г. с жалобами на боли постоянного характера в левой поясничной области, учащенное мочеиспускание, мутную мочу. Больна в течение месяца.

В осадке мочи эритроцитов 1—2 в поле зрения, лейкоциты покрывают все поле зрения.

В проекции левой почки на рентгенограмме конкремент $0,8 \times 0,4$ см с неровными контурами.

10/VIII 1960 г. произведена нефростомия слева с удалением камня.

У больной в течение 4 месяцев после операции был мочевиный свищ. В 1961 г. свищ открылся. Температура временами повышалась до 40° .

Произведена левосторонняя ломботомия и нефроуретерэктомия.

Гистологический диагноз — туберкулез почки.

Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на амбулаторное лечение.

6. К., 24 лет, поступил 18/II 1954 г. с жалобами на тупые боли в правой поясничной области с иррадиацией в бедро и учащенное мочеиспускание.

Болен с 1945 г., когда появились тупые боли в правой поясничной области.

В 1952 г. при повторном приступе болей был обнаружен камень правой почки.

На обзорном рентгеновском снимке в проекции правой почки определяется круглой формы плотная тень $3 \times 3,5$ см.

В моче обнаружены ВК.

Произведена нефрэктомия справа. При гистологическом исследовании установлен туберкулез с казеозным распадом, петрификация с участком омертвления.

УДК 616.613—003.7—616—006.52—616.613

Н. П. Райкевич (Саратов). Папиллома лоханки и множественный калькулез почки

В литературе последних лет нам встретилось описание лишь двух наблюдений доброкачественных опухолей (фиброма и липома) в сочетании с камнями почки.

Приводим краткую выписку из истории болезни нашего больного.

Д., 57 лет, поступил 10/I 1964 г. с жалобами на постоянные тупые боли в правой поясничной области, иррадиирующие в пах и правое бедро. Болен с 1959 г., когда впервые заметил примесь крови в моче. В 1961 г. был приступ правосторонней почечной колики. Отошло много мелких конкрементов, и боли прошли. Чувствовал себя хорошо до начала 1964 г.

Общее состояние удовлетворительное. Со стороны легких, сердца и органов пищеварения патологии не выявлено. Почки не пальпируются, симптом Пастернацкого справа положительный.

На обзорной урограмме патологии не обнаружено. При ретроградной пиелографии справа виден дефект наполнения в лоханке. Между лоханкой и чашечками имеется разрыв ткани.

С диагнозом: опухоль лоханки правой почки больной был 7/II 1964 г. оперирован. Произведена нефрэктомия с удалением доступной части мочеточника. Послеоперационный период протекал гладко, и 23/II 1964 г. больной был выписан.

В лоханке обнаружена ворсинчатая опухоль на короткой ножке, величиной с лесной орех (гистологически — папиллома), в чашечках множество конкрементов величиной с горошину и меньше. Через 2 года самочувствие больного хорошее, признаков рецидива опухоли при урологическом обследовании не найдено.

Прим. ред. При эпителиальных опухолях почечной лоханки показано радикальное вмешательство — нефроуретерэктомия с иссечением мочеточникового устья.

УДК 616.613—003.7—616.995.121

Н. М. Антонов (Астрахань). Сочетание эхинококкоза почки с камнем мочеточника

Эхинококкоз почки встречается редко, а сочетание эхинококкоза почки с аномалиями ее и другими патологическими процессами — еще реже. Поэтому диагноз в таких случаях особенно труден.

Приводим наше наблюдение.

О., 25 лет, житель сельской местности, поступил с жалобами на постоянные тупые, временами усиливающиеся боли в поясничной области справа. Впервые боли появились в 1959 г. В моче периодически отмечались пиурия и микрогематурия. Дважды лечился стационарно в районной больнице.

Направлен с диагнозом: пиелонефрит, гипертоническая болезнь. В 1958 г. оперирован по поводу острого аппендицита.

Со стороны органов дыхания и сердца изменений не обнаружено. Пульс 60, хорошего наполнения, ритмичен, не напряжен. АД 150/80 мм. Симптом Пастернацкого справа слабо положительный.

На обзорной рентгенограмме правая почка больше левой в 1,5 раза, контуры ее неровные, нижний полюс на уровне поперечного отростка IV поясничного позвонка. В пузырном отделе правого мочеточника тень конкремента 0,5 см.

Хромочистоскопия. Слизистая мочевого пузыря в области дна и правого устья умеренно гиперемирована. В правом устье виден бурого цвета камень, появляющийся при сокращениях мочеточника. Индигокармин из левого устья появился на 5-й мин., а из правого не появился до 12 мин. наблюдения.