

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  $40^{\circ}$ .

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 омертвения.

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.

Через несколько дней больной заявил, что у него при сильных болях с мочой вышел камень и какие-то белые хлопья. При макро- и микроскопическом исследовании установлено, что вместе с камнем вышла хитиновая оболочка эхинококкового пузыря.

С диагнозом: эхинококкоз правой почки больной оперирован. Почка бугристая, увеличена в размерах, напряжена. В верхней трети мочеточника в его просвете видны кисты, которые при надавливании свободно перемещаются. Почка выделена и удалена вместе с мочеточником.

Послеоперационное течение гладкое. Пациент выписан в хорошем состоянии. АД 120/80 мм.

УДК 616—006.488—616—089

### М. М. Газымов (Ленинград). Феохромоцитома больших размеров.

Ш., 53 лет, поступила с жалобами на чувство тяжести в левой поясничной области и наличии опухоли там же. Больная 5 лет назад упала на левый бок, были боли в пояснице слева, но она не лечилась. 3 года назад стала отмечать чувство тяжести в левом подреберье. Врачи предлагали операцию.

В 1940 г. ввиду непрекращающегося маточного кровотечения была произведена ампутация матки. С 1942 г. больная стала отмечать рост волос на подбородке, на груди. Телосложение нормальное, подкожный жировой слой развит умеренно. Рост 149 см, вес 48 кг. На верхушке сердца систолический шум, АД—200/110. Пульс 88, ритмичный. Область левого подреберья от средней линии и до уровня пупка занята гладкой малоподвижной безболезненной опухолью.

На ретроградной левосторонней пиелограмме на фоне оксигенретроперитонеума тень правой почки на уровне  $L_1—L_3$ , тень левой почки на уровне  $L_3—S_2$  резко смещена влево и книзу, особенно ее верхний полюс. Над смещенной книзу почкой гомогенная тень.

2/III 1965 г. удалена опухоль левого надпочечника весом более 6 кг.

У больной в послеоперационном периоде длительное время был свищ в левой поясничной области, отделяемое которого имело запах мочи.

При осмотре в феврале 1966 г. состояние больной хорошее, она выполняет домашнюю работу. АД 160/70 мм, пульс 78.

УДК 616.6—615.7

### А. Б. Черномордик (Киев). О применении нитрофурановых препаратов в урологии

В лечении больных с урологическими инфекциями большое практическое значение приобретают химиотерапевтические препараты нитрофурановой группы.

В СССР выпускаются фурадонин, фурацилин, фуразолидон, фуразолин и фурагин. При индивидуальном подборе соответствующего препарата необходимо учитывать значительные различия в их физико-химических и фармакологических свойствах, к сожалению, еще не достаточно известные широким кругам врачей. От большинства антибиотиков эти препараты выгодно отличаются малой токсичностью, высокой бактерицидной и лечебной активностью, очень широким спектром действия, активностью в отношении антибиотикоустойчивых возбудителей, стойкостью, дешевизной, сравнительно медленным развитием устойчивости у патогенных бактерий.

Все препараты имеют слегка горьковатый вкус и слабо растворимы в воде. Больным их назначают per os, ректально или местно. Выпускаются они обычно в форме таблеток, содержащих по 50, реже по 100 мг. Спектр действия всех нитрофуранов включает патогенные стафилококки, остальные виды кокков, грамотрицательные бактерии, в частности кишечные палочки и протеи, а также многие простейшие (трихомонады, лямблии и др.). Устойчивы к нитрофуранам синегнойные и туберкулезные палочки.

Из побочных явлений чаще всего отмечается потеря аппетита, тошнота, несколько реже рвота, жидкий стул, головные боли и головокружение; очень редко — сердцебиение, онемение конечностей, а также кожные сыпи и другие аллергические явления, иногда с повышением температуры. В единичных случаях наблюдаются полиневриты (при длительном применении в больших дозах, особенно при почечной недостаточности) и острая гемолитическая анемия.

Диспепсические явления легко обратимы и быстро проходят, иногда уже после назначения обильного питья или при уменьшении дозировки, а в более упорных случаях — после отмены препарата. Для их предупреждения нитрофураны следует принимать только после еды, запивая значительным количеством жидкости.

Приведем краткие сведения об отдельных нитрофурановых препаратах.

Фурадонин. Антимикробная активность значительно меньше, чем у фуразолидона, фуразолина или фурагина. Легко всасывается и очень быстро выделяется из крови с мочой. Для лечения септических инфекций непригоден; рекомендуется только в урологической практике. Прием — каждые 6 часов. За последнее время мы наблюдали появление устойчивых к фурадонину возбудителей, часто еще сохранявших чувствительность к другим, более активным нитрофуранам.