

(от нескольких месяцев до 5—7 лет) от момента обнаружения опухоли. Поражаются в основном пещеристые тела. Первым симптомом в 60% является опухолевый приапизм (он назван так в отличие от приапизма, возникающего при лейкопении, поражении центральной нервной системы).

Ввиду редкости опухолевого приапизма мы решили сообщить о нашем наблюдении.

К., 63 лет, поступил 23/VII 1965 г. с жалобами на постоянные боли в половом члене и напряжение в нем. Мочиспускание свободное, не учащено. Мочится 5—6 раз в сутки, в конце акта мочиспускания ощущает резь. Половой член в состоянии эрекции в течение последних 4 месяцев. С 10/VI по 22/VII 1965 г. больной лечился консервативно, однако улучшения не наступило. Направлен в клинику с диагнозом: аденома предстательной железы; приапизм.

С 16/X по 1/XI 1957 г. К. лечился в онкологическом диспансере по поводу рака нижней губы. После операции прошел курс рентгенотерапии.

Почки не пальпируются, органы мошонки в норме. Приапизм. Кавернозные тела напряжены на всем протяжении (диффузное распространение раковой опухоли по кавернозным телам), хрящевой плотности, резко болезненны. Кожа полового члена гипертрофирована, с синюшным оттенком. Предстательная железа 4×5 см, гладкая, тугоэластической консистенции, с четкими контурами; междолевая бороздка сглажена.

28/VII произведена фунгикулярная биопсия кавернозных тел. Цитологически — злокачественная опухоль дифференцированной формы. Большого полиморфизма и анаплазии нет.

УДК 616—007.41—616.61—007

### С. М. Ахметова (Казань). Тазовая дистопия единственной почки

А., 55 лет, поступил 3/III 1967 г. с жалобами на боли в пояснично-крестцовой области, слабость, периодически мутную мочу. Болен с 1958 г., когда после простуды почувствовал слабость, головные боли, моча стала мутной. С тех пор ежегодно лечится в районной больнице по поводу пиелонефрита по 2—3 раза в год.

Живот мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Справа в малом тазу неясно пальпируется плотноватое образование округлой формы. Моча: реакция кислая, удельный вес 1011, лейкоциты единичные в поле зрения. Анализ мочи по Аддису — Каковскому: лейкоцитов 6 млн., эритроцитов 1 млн. При хромоцистоскопии установлено отсутствие устья левого мочеточника, устье правого расположено на обычном месте. Индигокармин, введенный внутривенно, выделился на 4-й минуте интенсивно окрашенной струей. На экскреторной урограмме контуры почек на обычном месте не определяются, тень почки округлой формы в малом тазу справа, контрастное вещество заполняет лоханочно-чашечную систему, повернутую медиально. Деформирующий спондилез поясничного отдела позвоночника. Пресакральный пневморетроперитонеум подтвердил тазовую дистопию правой почки при аплазии левой.

Больной взят на диспансерный учет. Рекомендовано периодически проводить курс лечения по поводу пиелонефрита. Трудоустроен.

УДК 616.61—007

### Г. М. Кулагин (Уфа). Двусторонняя удвоенная почка

А., 35 лет, поступила 28/II с диагнозом: хронический пиелонефрит. Жалуется на постоянные боли в пояснице, частое мочиспускание. Больной себя считает с 1957 г., когда перенесла острый цистит.

Со стороны внутренних органов патологических изменений не обнаружено. Почки не пальпируются. Область правой почки болезненна. Симптом Пастернацкого справа положительный. Область мочевого пузыря и мочеточников безболезненна. Наружные половые органы развиты правильно. Мочиспускание учащено.

Моча: реакция кислая, удельный вес 1024, белок — следы, лейкоциты 25—35, эритроциты до 40 в поле зрения. Остаточный азот крови 22,5 мг%.

Хромоцистоскопия. Емкость пузыря 200 мл. Слизистая мочевого пузыря без патологических изменений. Слева и справа имеются по два хорошо выраженных устья мочеточника (всего четыре), располагающихся одно над другим. Индигокармин выделяется из всех четырех устьев на 4-й минуте, широкой струей, хорошей интенсивности.

На обзорной рентгенограмме тени конкрементов не определяются. Произведена ретроградная пиелография. На обеих сторонах от позвоночника имеется удвоенная почка с двумя лоханками и мочеточниками, которые заканчиваются в полости мочевого пузыря четырьмя устьями, причем устья мочеточников нижних удвоенных почек расположены более латерально, устья мочеточников верхних почек — более медиально.

Клинический диагноз: хронический пиелонефрит, двустороннее удвоение почек.