

СЛУЧАЙ ЛИМФАНГИОМЫ ПОЧКИ

Доц. Н. Х. Ситдыков

Из кафедры урологии (зав.— доц. Н. Х. Ситдыков)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Б-ная О., 53 лет, поступила в урологическое отделение 7/V-55 г. по поводу опухоли в правой половине живота, которую она случайно сама нащупала, примерно год тому назад. За последние 2—3 месяца опухоль стала заметно увеличиваться в размерах, периодически больную стали беспокоить схваткообразные боли в животе и в правой половине поясницы, появились запоры. Моченспускание оставалось нормальным, кровяной мочи не наблюдала. В 1941 г. была операция по поводу фибромиомы матки.

Больная среднего роста, удовлетворительного питания, правильного телосложения. Со стороны органов грудной клетки отклонений от нормы не найдено. Живот мягкий, безболезненный. В правой половине живота пальпируется подвижная, несколько бугристая, плотной консистенции, опухоль величиной с детскую головку. Печень, селезенка и почки не пальпируются. Температура нормальная.

Моча: реакция кислая, удельный вес — 1012, прозрачная, соломенно-желтого цвета. В осадке мочи — единичные лейкоциты и единичные клетки плоского эпителия в каждом поле зрения.

Нв — 81%, Л. — 3700, э. — 4%, п. — 5%, с. — 47%, л. — 41%, м. — 3%. РОЭ — 10 мм/час. Остаточный азот крови — 35 мг%.

Хромоцистоскопия: емкость мочевого пузыря — 250 мл. Цистоскопическая картина в пределах нормы. Индигокармин после внутривенного введения появился из устья левого мочеточника на 5-й минуте, хорошей окраски; из правого устья выделения индигокармина не замечено в течение 12 мин.

Обзорный рентгеновский снимок мочевой системы: теней конкрементов в мочевой системе не определяется. Правосторонняя ретроградная пиелография: контрастное вещество заполняет деформированную, резко эктазированную лоханку. Она смещена медиально и лежит на втором поясничном позвонке, отчасти заходя на тело первого. Верхний и средний бокалы ампутированы; нижний бокал вытянут. На двенадцатом ребре определяется округлой формы депо контраста, диаметром 2—2,5 см. Мочеточник смещен медиально и отходит от лоханки под острым углом.

Рентгеноскопия легких и желудка отклонений от нормы не дает.

Диагноз: опухоль правой почки.

1/VI-55 г. операция (Н. Х. Ситдыков) — правосторонняя нефрэктомия.

Описание препарата: Величина почки 14×20 см. Поверхность бугристая. Консистенция местами плотная, местами тугоэластическая. От почки сохранился только верхний ее полюс. На разрезе опухоль состоит из множества полостей различных размеров, заполненных прозрачной жидкостью. Гистологически обнаружена лимфангиома почки (доц. Н. А. Ибрагимова).

Послеоперационное течение гладкое. На 18-й день после операции, то есть 18/VI-55 г., больная в хорошем состоянии с зажившей раной выписана из больницы. Спустя 2 года и 5 месяцев после операции, самочувствие больной хорошее, жалоб нет, трудоспособность сохранена.

Лимфангиомы почек относятся к сравнительно редко встречающимся опухолям. Так, например, А. И. Маянц в монографии «Опухоли почек и верхних мочевых путей» приводит из литературы всего 2 случая лимфангиомы почки. Редкость подобного заболевания побудило нас опубликовать наше наблюдение.

Поступила 6 февраля 1958 г.

СОЧЕТАНИЕ ФИБРОМИОМЫ ТЕЛА МАТКИ С ВНЕМАТОЧНОЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ¹

Ф. М. Сабиров

Из акушерско-гинекологической клиники (зав. — проф. Н. Е. Сидоров)
Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Сочетание фибромиомы тела матки с маточной беременностью — явление не очень редкое. Значительно реже встречается комбинация миомы с внематочной беременностью. Нами наблюдались две женщины с этой патологией.

¹ Доложено на заседании Казанского акушерско-гинекологического общества 19/II-58 г.

I. Б-ная Т., 36 лет, поступила в клинику 9/VIII-57 г. с жалобами на боли в нижнем отделе живота и мажущие кровянистые выделения.

Менструации с 16 лет, через 4 недели, по 4—5 дней, обильные, с болями в нижней части живота. Замужем с 18 лет. Беременной была 2 раза: 1-я беременность закончилась нормальными родами, 2-ая — внематочная беременность (1955 г.). Последняя менструация 9/VI в срок, в дальнейшем мажущие кровянистые выделения. 7/VIII был первый приступ резких болей в нижней части живота. С 31/VII по 8/VIII лечилась в стационаре г. Зеленодольска по поводу начинающегося выкидыша при 8—9-недельной беременности.

Кожа и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс — 72, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Артериальное давление — 120/65. Температура — 36,5°.

Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Наружные половые органы нормальны, влагалище рожавшей, шейка матки цилиндрической формы, наружный зев закрыт, матка в нормальном положении, увеличена до 7—8 недель беременности, плотная, безболезненная, ограниченно подвижная. Слева от матки определяется опухоль, величиной с гусиное яйцо, мягковатой консистенции, с неясными контурами, болезненная. Выделения кровянистые, незначительные. Нв — 75%, РОЭ — 46 мм/час, Л. — 5800. Моча в норме. Реакция сперматурии отрицательная.

Диагноз: подозрение на внематочную беременность.

14/VII у больной повторный приступ болей в низу живота. При пункции заднего свода получена темная кровь со сгустками.

Под общим эфирным наркозом была произведена операция — чревосечение, надвлагалищная ампутация матки с удалением левой трубы.

Удаленное тело матки увеличено до 8 недель беременности, имеет 9 небольших фиброматозных узлов; один из них величиной с мандарин, расположен на задней стенке матки, другой, величиной с грецкий орех, — у трубного угла слева. Правая труба отсутствует. Левая труба сине-багрового цвета, расширена в ампулярной части, окружена сгустками крови. Яичники без видимых патологических изменений. Левый содержит желтое тело. Послеоперационный период протекал без осложнений. Кожная рана зажила первичным натяжением. На 15 день операции больная выписана из клиники в удовлетворительном состоянии.

Окончательный диагноз: множественная субсерозно-интерстициальная фибромиома тела матки; левосторонняя трубная беременность в ампулярной части, прервавшаяся по типу трубного аборта.

II. Б-ная А., 42 лет, доставлена в клинику 29/X с жалобами на сильные боли в нижней части живота, слабость, головокружение, тошноту, рвоту.

Менструации с 16 лет, через 3 недели, по 3 дня, обильные с болями в низу живота. Последняя менструация 2 месяца тому назад. Замужем. Беременностей было 7; одни срочные роды и 6 искусственных абортов. Последний аборт — год тому назад.

В 1946 г. у больной была обнаружена фибромиома тела матки. Проводилось консервативное лечение.

Больной себя считает 7—8 дней. Беспокоили ноющие боли в низу живота. Утром 29/X боли резко усилились, появились слабость, головокружение, рвота.

При поступлении в клинику кожа и видимые слизистые бледны. Температура — 36,4°. Пульс — 108, ритмичный, слабого наполнения. Артериальное давление — 90/70. Живот умеренно вздут, резко болезнен в нижней части, справа тимпанический звук, слева — тупость. Наружные половые органы нормальные, влагалище широкое, шейка цилиндрической формы, движение ее резко болезненно, цервикальный канал закрыт. Шейка переходит в опухоль, величиной с мужской кулак, резко болезненную при движении, плотную. Задний свод сглажен. Выделения белого цвета. При осмотре зеркалом шейка чистая. Мочиспускание учащено. Стул жидкий, частый. Нв — 50%, Э. — 2740 000, Л. — 10 000, РОЭ — 21 мм/час.

С предварительным диагнозом — прервавшаяся внематочная беременность и фибромиома матки — под общим эфирным наркозом была произведена операция — чревосечение, надвлагалищная ампутация матки с удалением левых придатков. Во время операции сделано внутривенное переливание 200 мл консервированной крови, 500 мл физиологического раствора и 40 мл 40% раствора глюкозы.

Макроскопически тело матки увеличено до 14-недельной беременности, плотное, бугристое, на разрезе содержит интерстициальные узлы, один из которых величиной с крупное яблоко. Труба утолщена в истмической части, величиной с вишню, с дефектом стенки размером 2×2 мм, края которого окружены сгустками крови. Яичник мелкокистозидно изменен. При гистологическом исследовании кусочков из удаленной трубы обнаружены хориальные ворсинки.

Окончательный диагноз: множественная интерстициальная фибромиома тела матки; левосторонняя трубная беременность в истмической части, прервавшаяся по типу наружного разрыва с свободным кровоизлиянием в брюшной полости.

Послеоперационный период без осложнений. Кожный шов зажил первичным натяжением. Больная выписана из клиники на 15 день после операции в удовлетворительном состоянии.

Поступила 7 июля 1958 г.