

ных. Во всех случаях цитологическая картина указывала на злокачественность процесса, что подтвердилось в последующем гистологическом исследовании.

В настоящее время основным и единственным методом лечения при злокачественных новообразованиях околоушных желез является радикальное оперативное вмешательство в сочетании с лучевой терапией.

Восьмь наших больных лечены операцией с последующей лучевой терапией. Из них 4 сделана расширенная операция Дюнет-Крейсселя — радикальное удаление опухоли и регионарных лимфоузлов (с перевязкой сонной артерии) в одном блоке с кивательной мышцей. Лучевую терапию больные получили перед операцией и в послеоперационном периоде. Четверем больным была сделана экстирпация опухоли с окружающей железистой тканью. Они получили лучевую терапию в послеоперационном периоде.

Четверо больных получили только облучение.

У 2 из этих больных был неоперабельный рак (у одного — метастаз в кости черепа, у другого — гемипарез).

Двое больных отказались от операции, хотя у одной из них гистологически был установлен рак околоушной железы.

Две больные отказались от лечения.

Два получили облучение методом аппликации.

Из 8 сперированных нами больных у 2 рецидив был обнаружен в течение первого года после нерадикальной операции. Живы до 3 лет 4, до 4 лет — 3, свыше 4 лет — один больной. После лучевой терапии до одного года прожили двое, до 2 лет — один. Умерло 2 больных, подвергшихся только лучевой терапии. Остальные больные переменили место жительства, и мы не имеем о них сведений.

УДК 611.383—616—006

В. Ф. Жупан и Д. В. Помосов (Ленинград). Трехкратный рецидив опухоли брыжейки тонкой кишки

Сообщений о рецидивах опухолей брыжейки тонкого кишечника в доступной нам литературе найти не удалось. Приводим наше наблюдение.

И., 33 лет, поступила 7/XI-61 г. с жалобами на наличие опухоли в брюшной полости, которая «мешает» при физической работе.

В марте 1958 г. впервые обнаружила безболезненное плотное образование в брюшной полости размером с кулак. Образование медленно увеличивалось, не причиняя болей и других расстройств. 2/VI 1958 г. в районной больнице удалена округлая плотная опухоль величиной с голову новорожденного, располагавшаяся в толще брыжейки тонкого кишечника. Лимфатические узлы в брыжейке не пальпировались. Гистологическое исследование опухоли: мягкая фиброма.

Через 1,5 г. после операции вновь появилась опухоль в брюшной полости размером с кулак. Образование ничем не беспокоило, но постепенно увеличивалось в своих размерах. 5/IV-60 г. в областной больнице произведено удаление опухоли брыжейки тонкой кишки с резекцией прилежащего участка ее и наложением анастомоза «бок в бок».

Гистологически: «стечная швансма своеобразного строения».

В течение 11 месяцев чувствовала себя здоровой.

В марте 1961 г. больная вновь обнаружила в брюшной полости плотное округлое образование величиной с куриное яйцо, располагавшееся в том же месте, где и предыдущее. Болей и других неудобств вначале оно не вызывало, но, медленно увеличиваясь, стало мешать при физической работе.

Общее состояние удовлетворительное. Органы грудной клетки без особенностей. Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Язык влажный, чистый. По средней линии живота послеоперационный рубец, слева от которого и на 5 см выше пупка определяется округлое, плотное, гладкое, безболезненное, слегка подвижное, смещающееся при дыхании образование величиной с большой мужской кулак. Перкуторно над образованием — притупление. Печень, селезенка и почки не пальпируются. При исследовании через влагалище патологии со стороны половой сферы не выявлено. Кровь и моча — без патологических изменений.

При рентгеноскопии желудочно-кишечного тракта установлена деформация выходного отдела желудка и верхнего колена двенадцатиперстной кишки. Эти отделы как бы распластаны за счет сдавления извне.

Предположительный диагноз: рецидив опухоли брыжейки тонкой кишки.

20/XII-61 г. под потенцированным интратрахеальным наркозом произведена срединная лапаротомия с иссечением старого рубца (В. Ф. Жупан). В толще брыжейки тонкой кишки соответственно анастомозу тонкой кишки «бок в бок» имеется плотная опухоль округлой формы, с гладкой поверхностью, размером $20 \times 15 \times 12$ см, идущая от корня брыжейки к кишке, не доходя до последней на 3 см. Других патологических образований в брюшной полости не выявлено. Лимфатические узлы бры-

жейки и забрюшинной клетчатки не пальпируются. Тупым и частично острым путем опухоль выделена вместе с капсулой и удалена.

На разрезе опухоль мясистая, перистого строения, напоминающая по цвету и рисунку рыбе мясо; капсула ее толщиной в 1 мм.

Гистологическое исследование: «мягкая фиброма с ангиоматозом и ослизнением». Послеоперационное течение гладкое. На 10 сутки в удовлетворительном состоянии больная выписана.

Через 6 месяцев после операции состояние больной хорошее, жалоб нет.

УДК 616—007—611.66

Ю. К. Разумовский (Лениногорск, ТАССР). Порок развития матки с одновременным врожденным отсутствием правой почки

Данный порок развития зависит от неблагоприятных условий, воздействующих на организм во время внутриутробной жизни (нарушение питания, газообмена, химизма), а также и от инфекционно-токсического влияния на плод.

По данным И. Брауде, у зародышей развития зачатков половых органов предшествует развитие мочевыделительных органов, последние оказывают свое влияние, как направляющее, на дифференциацию половой системы в целом. Поэтому бывает частое совпадение пороков развития обеих систем. Вследствие тесной эмбриологической связи муллеровых ходов с первичной почкой и вольфовым каналом часто наблюдается анаплазия почки или ее опущение и порок развития матки.

2/1 1962 г. доставлен труп женщины 1930 г. рождения (самоубийство через повешение). Телосложение правильное, упитанность удовлетворительная. Расположение внутренних органов правильное.

Оба надпочечника расположены в обычном месте, не изменены. Правая почка отсутствует, равно как и мочеточник. Левая почка своим верхним полюсом находится на уровне 11 грудного позвонка. Почка бобовидной формы $14 \times 6 \times 4$ см. На разрезе почка имеет обычное строение с четко выраженным рисунком. Кортикальный слой 0,7 см (при норме 0,5—0,8 см). По ее внутреннему краю имеется одна лоханка. От лоханки отходит один мочеточник, располагающийся на своем обычном месте и впадающий в мочевой пузырь также в обычном месте. В мочевом пузыре отверстия для правого мочеточника не обнаружено, правого мочеточника также не обнаружено.

Наружные половые органы развиты правильно. Влагалище и матка рожавшей женщины. Шейка матки цилиндрическая. Наружный зев ее щелевидный со старыми рубцами. Отверстие шейки матки закрыто слизистой пробкой. Матка двурогая. На разрезе обнаружены две, обособленные друг от друга, полости матки со своими шеечными каналами, каналы шейки матки соединяются в один у самого наружного зева матки. Длина тела матки с шейкой — 10 см, толщина матки (каждого рога в отдельности) — 3,5 см. Длина шейки матки 2,5 см, ширина — 3 см, толщина — 2,5 см. Длина полости матки — 5,5 см. Толщина слизистой оболочки: в теле матки — 1 мм, в шейке матки — 1 мм. Толщина всей стенки матки — 1,5 см, шейки матки — 1 см. Оба рога матки сращены между собой мышечной тканью до 0,7 см и сращение не доходит до дна обоих рогов на расстоянии 3,5 см. Маточные трубы: левая — 12 см, правая — 11 см. Каналы маточных труб проходимы. Яичники: правый 4—1, 7—1 см, левый 4—4—4 см. На разрезе в левом яичнике полости с кровянистым содержимым, со стенкой толщиной местами до 1 см. Правый яичник обычного строения, с наличием желтого тела.

Родила 3 детей. Беременности и роды протекали нормально. Абортов не было. Дети в настоящее время живы: старшему 10 лет, среднему 8 лет, младшему 4 года.

УДК 616.617—616—006

Н. Г. Григорьев (Казань). Первичный рак мочеточника

Первичные опухоли мочеточника относятся к редким формам патологии мочевой системы. Первое описание опухоли мочеточника было сделано в 1839 г. Ж. Рейером. Приводим наше наблюдение.

А., 64 лет, поступила 20/IV 1962 г. с жалобами на выделение кровянистой мочи со сгустками крови, ноющие боли в левой половине поясничной области, понижение аппетита, похудание. Больной себя считает около двух месяцев, когда впервые появилась гематурия.

Телосложение правильное, кожа и видимые слизистые бледноваты. Лимфатические железы не увеличены. Дыхание везикулярное, местами единичные сухие хрипы. Границы сердца в норме, тоны приглушены, пульс 80, ритмичен, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/65. Печень и селезенка не увеличены. Слева опре-