

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-

деляется нижний полюс почки, болезненный при глубокой пальпации. Мочеиспускание с небольшими резами.

Моча кислая, удельный вес — 1010, следы белка, редкие эпителиальные клетки и лейкоциты, свежие и вышелоченные эритроциты 10—12 в поле зрения.

Гем.—13,6%, Э.—4 560 000, РОЭ—42 мм/час, Л.—6400, формула нормальная.

Хромоцистоскопия. Слизистая мочевого пузыря нормальная. Индигокармин, введенный внутривенно, выделился справа через 5 мин, слева через 20 мин не выделился. На внутривенной пиелографии в области почек тень конкрементов не определяется. Через 20 и 30 мин справа заполнены: лоханка, чашечки и мочеточник. Слева — нечетко заполненная лоханка с расширенными чашечками и расширенный мочеточник в области верхней трети. На уровне второго поясничного позвонка дополнительный контраст округлой формы.

Предоперационный диагноз: гидронефроз нефункционирующей левой почки, сужение левого мочеточника в области верхней трети.

29/IV 1962 г. — операция (проф. И. Ф. Харитонов) под местной инфильтрационной анестезией. Левая почка увеличена. На мочеточнике (12 см ниже лоханки) обнаружена рубцовая стенозирующая плотная опухоль 1×1 см. Почка и мочеточник удалены. Гистологически: солидный рак мочеточника.

23/V 1962 г. больная выписана в удовлетворительном состоянии.

В начале 1963 г. больная чувствовала себя вполне удовлетворительно.

УДК 616.613.616—006

Н. Н. Султан (Львов). Первичные эпителиальные опухоли почечной лоханки

Наиболее ранним симптомом опухолей почечной лоханки является гематурия, а затем боль и пальпируемая опухоль (увеличенная почка).

Призодим наши наблюдения.

1. Ю., 46 лет, в 1959 г. поступила в урологическое отделение Дорожной больницы по поводу внезапно появившейся макрогематурии, сопровождавшейся приступами почечной колики слева. При цистоскопии была установлена гематурия из левой почки. При левосторонней ретроградной пиелографии установлено наличие каверны в области верхнего бокала $0,4 \times 0,4$ см. В моче постоянно большое количество лейкоцитов и эритроцитов. Был поставлен диагноз «кавернозный туберкулез левой почки» и назначено специфическое лечение. Гематурия периодически повторялась, пиурия была постоянно.

Ввиду сильной и частой гематурии, сопровождающейся левосторонней почечной коликой, 21/IV-61 г. были удалены левая почка и лоханка.

Удаленная почка вскрыта лишь по окончании операции. Макроскопически обнаружена ворсинчатая папиллома верхнего бокала $1,5 \times 1,2 \times 1,0$ см и узурированный сосуд. Гистологически был установлен папиллярный рак.

Послеоперационный период протекал гладко.

В ноябре 1961 г. снова появилась гематурия. При цистоскопии на задней стенке мочевого пузыря слева, на 1,5—2 см краниально левого устья, обнаружили ворсинчатую папиллomu $1,5 \times 1,5 \times 1,5$ см.

24/XI-61 г. была произведена эндовезикальная электрокоагуляция опухоли, которую мы расценивали как имплантационную.

9/XII-61 г. произведена контрольная хромоцистоскопия. В области бывшей электрокоагуляции опухоли отечности, некротизированной ткани и остатков опухоли нет. Левое устье не изменено, правое — в норме. Индигокармин из правого устья появился через 3 мин, интенсивной окраски, сокращения хорошее. Гематурии из правого устья никогда не было.

На ретроградной уретерограмме культя левого мочеточника расширена до 1,5 см. В юкставезикальном отделе, ближе к интрамуральному отделу — дефект наполнения на всю толщину мочеточника ($1,5 \times 1,5$ см). Верхний отрезок культя мочеточника имеет ровные контуры. Был диагностирован имплантационный папиллярный рак культя левого мочеточника и произведено удаление культя левого мочеточника с резекцией стенки мочевого пузыря.

Послеоперационный период протекал без осложнений. При контрольной цистоскопии через 6 месяцев рецидива опухоли нет. Больная жалоб не предъявляет.

2. П., 50 лет, поступила в онкологическое отделение 8/I 1962 г. с диагнозом рецидива меланомы правого бедра и подозрения на опухоль левой почки.

В ноябре 1961 г. образовался синяк несколько ниже рубца на правом бедре (будто бы вследствие ушиба). Через 1,5 недели кровоподтек рассосался, а в области рубца в подкожной клетчатке появились округлые узлы ограниченно подвижные, малоболезненные.

В августе 1961 г. больная перенесла травму левой поясничной области и с того времени отмечает в ней тупые боли.

В октябре 1961 г. появились приступы резких болей в области поясницы слева.