

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 выделоченные 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, выделялся справа через 5 мин, слева через 20 мин не выделялся. 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 мочевого 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. Почки 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 0,4×0,4 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 1,5×1,2×1,0 см и узурированный сосуд. Гистологически был установлен папиллярный рак.

Послеоперационный период протекал гладко.

В ноябре 1961 г. снова появилась гематурия. При цитоскопии на задней стенке мочевого пузыря слева, на 1,5—2 см краниально левого устья; обнаружили ворсинчатую папиллему 1,5×1,5×1,5 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 отчетливы, 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 (1,5×1,5 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 8/1 1962 г. с диагнозом рецидива меланомы правого бедра и подозрения на опухоль левой почки.

В ноябре 1961 г. образовался сыняк 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.

На наружной поверхности нижней трети правого бедра округлой формы втянутый рубец $2,5 \times 2,5$ см, с неравномерно розовой каемкой. К нижнему краю его примыкают два плотных малоподвижных узелка размерами $1,0 \times 1,0$ см и $2,0 \times 1,5$ см, расположенные в жировой клетчатке.

При осмотре гинекологом установлено наличие фибромномы матки.

Хромоцистоскопия. Слизистая мочевого пузыря и правое устье в норме. Слизистая в области шейки пузыря резко разрыхлена. Левое устье несколько деформировано. Индигокармин из правого устья появился через 2 мин, интенсивной окраски, сокращения хорошие. Из левого устья краски не было в течение 10 мин наблюдения, были редкие, пустые сокращения.

На обзорной рентгенограмме почек и мочевыводящих путей контуры правой почки правильные, контуры левой почки дифференцируются неотчетливо. Теней конкрементов не видно.

На ретроградной левосторонней пиелограмме бокалы резко расширены. Тень контраста в области лоханки и начальном отделе мочеточника отсутствует.

Гематурии у больной никогда не было. Моча нормальная.

Диагностирована опухоль левой почечной лоханки, и 9/II 1962 г. была произведена левосторонняя нефруретерэктомия. Паранефрий слабо выражен и представляет собой рубцовоизмененную ткань, которая во всех отделах спаяна с капсулой почки. Почка $8 \times 5 \times 7$ см, цианотичная, лоханка размерами $5 \times 4 \times 4$ см, плотная, такой же плотности мочеточник на протяжении 5 см. На разрезе в лоханке грубоверснчатая опухоль, исходящая из слизистой и переходящая в мочеточник. Нижний отдел мочеточника не изменен. Бокалы расширены, местами в них внедряется опухольная ткань. Паренхима почки атрофична, 1—1,5 см.

Гистологический диагноз: ворсинчатый рак лоханки левой почки.

Послеоперационный период протекал гладко. Больная выписалась в удовлетворительном состоянии. Контроль через 6 месяцев: самочувствие хорошее, жалоб не предъявляет.

З. Р., 64 лет, поступил в неврологическое отделение 9/VIII-61 г. с диагнозом «обострение хронического правостороннего радикулоневрита». С 28/V-61 г. лечился у терапевта и невропатолога по поводу указанного заболевания. На протяжении последних двух лет принимал синестрол.

Жалобы при поступлении на боли в поясничной области и правой ноге.

Анализ мочи от 13/VIII-61 г.: белок — 0,099%, сахара нет, реакция кислая, удельный вес — 1018, лейкоциты до 17 в поле зрения, эритроцитов нет, цилиндры гиалиновые — 0—1 в поле зрения, микробы, дрожжевые грибки в большом количестве.

Больной все время находился в тяжелом состоянии, временами терял сознание.

Консилиум врачей сделал заключение, что у больного остеосаркома крестцово-подвздошного сочленения с вторичным ишиорадикулитом справа. Эмфизема легких, общий атеросклероз, кардиокорнаросклероз.

13/IX 1961 г. больной умер.

Патолого-гистологический диагноз. Рак правой почки, исходящий из эпителия почечной лоханки (плоскоклеточный). Обширные метастазы в окопочечную клетчатку, поясничные позвонки, крестец и прорастание в двух местах стенки тонкой кишки со стороны серозного слоя. Обширные некрозы в очагах метастазов. Истощение. Отек легких и мозга.

Лечение опухолей лоханки и мочеточника только оперативное: нефруретерэктомия с резекцией прилегающей к устью части стенки мочевого пузыря, с последующим контролем мочевого пузыря на протяжении длительного периода.

УДК 616—006

Б. Ф. Сметанин (Казань). Самопроизвольная задержка развития саркомы нижней конечности с сохранением работоспособности

Ф., 24 лет, поступила в клинику с жалобами на опухоль тыльной поверхности левой стопы, которая появилась два месяца тому назад на месте потертости на родимом пятне. Опухоль быстро росла и изъязвилась.

Больная среднего роста, хорошо сложена и упитана. Органы грудной, брюшной полости в пределах нормы.

На тыле левой стопы в области IV—V метатарзальных костей бугристая, плотная опухоль с крупное яблоко, с изъязвившимися покровами, со скудным кровянисто-гнойным отделяемым. Паховые железы увеличены до грецких орехов (рис. 1).

Температура нормальная. Гем.—65%, РОЭ—60 мм/час, RW—отрицательна.

Биопсия (проф. И. П. Васильев). Между слабыми прослойками соединительной ткани располагаются довольно обширные поля, состоящие из однообразных круглых, довольно крупных клеток с крупными не интенсивно окрашивающимися ядра-