

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 нефроуретерэктомия. 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 грубоверсичная опухоль, исходящая из слизистой и переходящая в мочеточник. Нижний отдел мочеточника не изменен. Бокалы расширены, местами в них внедряется опухолевая 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, кардиокоронаросклероз.

13/IX 1961 г. больной умер.

Патолого-гистологический диагноз. Рак правой почки, исходящий из эпителия почечной лоханки (плоскоклеточный). Обширные метастазы в околопочечную 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: нефроуретерэктомия 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—отрицательная.

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-

ми. Во многих клетках при сильном увеличении видны фигуры деления. Местами ткани новообразования приобретают альвеолярное строение. Ткань бедна кровеносными сосудами. Поверхностные слои с явлениями некроза и воспаления.

Диагноз: крупноклеточная саркома.

На рентгенограмме левой стопы в передне-задней проекции на фоне V метатарзальной кости гомогенная тень округло-овальной формы ($5 \times 4,5$ см). В области диафиза у метатарзальной кости почти на всем протяжении довольно грубая периостальная реакция, аналогичная реакция отмечается по наружному контуру диафиза IV метатарзальной кости и небольшая — в проксимальном отделе по наружному контуру III метатарзальной кости, небольшой остеопороз костей стопы (рис. 1).

От операции больная категорически отказалась. К 26 дню пребывания больной в клинике лимфатические железы левой паховой области достигли кулака взрослого человека, на покровах их появилась гиперемия, температура поднялась до 40° , из распадающейся опухоли тыла левой стопы появилось в большом количестве гнойно-кровянистое зловонное отделяемое. Э — 2400 000, Л — 10 400, п — 6%, с — 77%, э — 1%, л — 12%, м — 4%, РОЭ 70 мм/час. Температура через 6 дней снизилась до субфебрильной.

Больная была переведена на инвалидность 1 гр.

Через 4 месяца от начала заболевания приступила к работе (клепальщица).

На тыле левой стопы на месте бывшей опухоли гладкий рубец, лимфатические железы бедренно-паховой области слева величиной с мелкий грецкий орех, покровы над ними слегка пигментированы.

Рентгенограмма левой стопы. Значительная деформация V метатарзальной кости, наружного контура IV метатарзальной кости как следствие бывшей резко выражен-



Рис. 1.

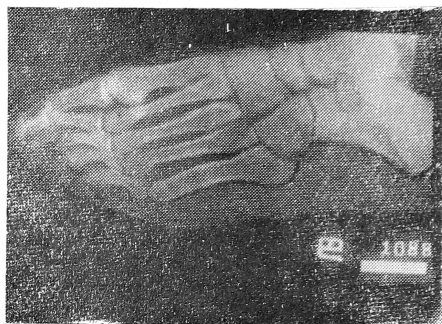


Рис. 2.

ной периостальной реакции. Контуры деформированных костей четко очерчены, костная структура их хорошо выражена. Небольшая деформация с наружной стороны проксимального отдела III метатарзальной кости — результат бывшей небольшой периостальной реакции. Небольшой остеопороз костей стопы (рис. 2).

Больная чувствует себя хорошо, на работе перевыполняет план. Вначале раз в 6 месяцев, а затем раз в год больная обследовалась в стационаре.

Через 3 года от начала заболевания лимфатические железы левой паховой области уменьшились в размерах до величины лесного ореха, периостальные явления в метатарзальных костях левой стопы исчезли.

На пятом году после начала болезни лимфатические железы левой паховой области вновь стали увеличиваться, уплотняться, сливаться в виде конгломерата и достигли величины куриного яйца. В связи с категорическим отказом больной от лучевой терапии было принято решение удалить лимфатические железы паховой области.

Микроскопия. Саркома. Местами имеет характер круглоклеточный, преобладает же картина полиморфно-клеточной альвеолярной саркомы (прозектор Н. С. Подольский).

Послеоперационная рана осложнилась умеренным нагноением.

Через 3 месяца после операции состояние ухудшилось. Умерла через 5 лет от начала заболевания.

С. К. Бикмулина (Свердловск). Остеобластокластома

УДК 616—006.36

Приводим описание клинически нераспознанной остеобластокластомы. Б., 42 лет, поступила в хирургическое отделение в тяжелом состоянии с параличом нижних конечностей, расстройством тазовых органов, с жалобами на общую слабость и боли в