

вое место. Среди больных преобладают женщины. До недавнего времени лишь около 50% АМЛ могли быть диагностированы в дооперационном периоде. После внедрения в клинику УЗИ почек, компьютерной томографии (КТ) и магнитнорезонансной томографии (МРТ) появилась возможность чаще ставить правильный диагноз АМЛ в дооперационном периоде. Лечение АМЛ более 2-3см хирургическое.

Материалы и методы. В клинике на лечении находилось 28 больных с диагнозом АМЛ. Возраст пациентов от 25 до 59 лет, женщин - 22, мужчин - 6. При опухолях значительных размеров преимущественно встречается триада симптомов: боль, гематурия, пальпируемая опухоль. У 15 больных госпитализированных в клинику выявлены боли в поясничной области, гематурия – у 5, пальпируемая опухоль – у 3 пациентов. Иногда АМЛ протекает с отсутствием каких либо признаков, характерных для опухоли почки – у 5 больных. Применение почечной артериографии при АМЛ выявляет выраженную, патологическую васкуляризацию характерную и для рака почки. В 2 наблюдениях больные оперированы с диагнозом рак почки, гистологически выявлена АМЛ почки.

При УЗИ почек у 26 пациентов на фоне ЧЛС и однородной паренхимы лоцируется светлосерое образование, куполообразно растущее в почке. При КТ у 26 больных в корковом слое почки выявлена неомогенная опухоль, в структуре которой преобладают участки низкоплотных жировых включений, а при преобладании в опухоли мышечных элементов АМЛ представляется изомогенным образованием. У 2 больных для дифференцирования АМЛ с почечно - клеточным раком почки, пришлось прибегнуть к пункционной биопсии с целью морфологической верификации диагноза.

Все больные оперированы. Нефрэктомия произведена 17 пациентам, из них 2 с самопроизвольным разрывом почки с образованием забрюшинной гематомы. У 9 больных с АМЛ до 5см и локализованной в полюсе выполнена резекция почки, энуклеация опухоли произведена 2 пациентам.

Результаты. В послеоперационном периоде больные получали стандартное антибактериальное и симптоматическое лечение. Осложнений и летальных исходов не было. При обследовании оперированных больных в отдаленный период (от 2 до 10 лет) рецидивов опухоли не выявлено.

Заключение. Улучшение дооперационной диагностики АМЛ стало возможным при активном использовании УЗИ и КТ, МРТ почек. В сомнительных случаях следует прибегнуть к пункционной биопсии опухоли. Основным методом лечения АМЛ почки является хирургический: нефрэктомия или резекция почки.

Изменения коллагена белочной оболочки полового члена при болезни пейрони

*Неймарк А. И.¹⁾, Климачев В. В.²⁾, Гервальд В. Я.²⁾, Бобров И. П.²⁾,
Музалевская Н. И.¹⁾*

1) Кафедра урологии и нефрологии

2) Кафедра патологической анатомии Алтайского государственного медицинского университета, г. Барнаул.

Введение. Болезнь Пейрони (БП) или фибропластическая индурация полового члена (ПЧ) довольно распространенное заболевание у мужчин в возрасте 40-60 лет. Распространенность данного заболевания колеблется по данным одних авторов от 0,3 до 1 %, других до 5%. Причем в США только до 3-4 миллионов человек страдает БП или 2-3% населения. Ежегодный прирост заболеваемости БП составляет 25,7 больных на 100 тысяч населения.

Цель исследования: изучение морфологических особенностей строения ткани белочной оболочки (БО) ПЧ у пациентов с БП.