

го кишечника патологии нет. Произведена попутная аппендэктомия инвагинационным методом. Макропрепарат: удаленный участок тонкой кишки продольно вскрыт, обнаружен изъязвившийся полип (1 x 1,2 см) на слизистой брыжеечной поверхности кишки. Опухоль стенки тонкой кишки со стороны слизистой изъязвлена, на ее поверхности имеются тромботические наложения. Результат гистологического исследования: в подслизистом и мышечном слоях стенки кишки — кавернозная гемангиома, в полиповидном образовании — кавернозно-капиллярная гемангиома с поверхностным изъязвлением.

Послеоперационный период протекал без осложнений. На 15-й день после операции пациента выписали домой в удовлетворительном состоянии.

Как видно из наблюдения, окончательный диагноз был установлен после диагностической операции, поэтому врачам в подобных случаях следует помнить об информативности диагностической лапароскопии, позволяющей обнаружить опухоль кишечника в 50% случаев.

Известны сообщения в отечественной и зарубежной литературе об успешном использовании для диагностики гемангиом тонкой кишки, осложненных рецидивирующим кровотечением, интраоперационной энтероскопии, которая позволяет определять место поражения при совместном осмотре хирургом и эндоскопистом. Для проведения такого исследования выполняется энтеротомия, чаще в 30 см от связки Трейтца: через отверстие в кишке в нее вводят эндоскоп и осматривают всю тонкую кишку. На наш взгляд, это инвазивный метод, поэтому целесообразнее использовать метод трансиллюминации, который обладает не меньшей диагностической ценностью. Литературные данные свидетельствуют, что течение послеоперационного периода обычно благоприятное. Даже вылущивание или иссечение опухоли в отдаленные сроки не приводит к рецидивам.

УДК 616.352—007

И.И. Хидиятов, А.В. Куляпин, Р.А. Нигматуллин (Уфа). Инородные тела как причина острого парапроктита

Доля острого парапроктита в структуре заболеваний толстой кишки составляет 24%. Большинство современных исследователей считают наиболее вероятным путем проникновения инфекции в параректальную клетчатку через крипту и протоки анальных желез. Считается, что острая травма также может привести к развитию парапроктита.

В проктологическом отделении клинической больницы № 21 г. Уфы с 1990 по 1994 г. на лечении находились 1033 пациента с острым парапроктитом. У 11 (1,07%) больных причиной его развития были различные инородные тела, которые повредив слизистую оболочку анального канала в области крипты проникли в параректальную клетчатку. Причиной парапроктита явились

мясные (у 4) и рыбы (у 3) кости, сапожный гвоздь (у 1), арбузное семечко (у 1), семя от яблок (у 1), косточки винограда с рыбьей костью (у 1). У 8 больных был ишеоректальный парапроктит, у 2 — подкожный, у одного — подслизистый. У 8 пациентов парапроктит был передний, у 3 — задний, у 7 — подковообразный. Все больные были прооперированы и после лечения в удовлетворительном состоянии выписаны. Случаев рецидива заболевания не отмечено.

Приводим следующие клинические наблюдения.

В., 60 лет, поступил 05.10.1994 г. в проктологическое отделение с жалобами на боли в области заднего прохода, появление припухлости, высокую температуру до 39°C. Болен в течение 4 суток, когда в области ануса возникли колющие боли, резко усилившиеся во время дефекации. Отмечал прожилки крови в кале. За 7 дней до появления болей, будучи в нетрезвом состоянии, больной ел курицу.

При поступлении больного температура тела — 39°C. Пульс — 110 в 1 мин, ритмичный. Анализ крови показал лейкоцитоз до $16 \cdot 10^9$ г/л.

Объективно: в области ануса определяется болезненный инфильтрат (5x6 см) с явлениями флюктуации. При пальцевом исследовании прямой кишки выявляется болезненное уплотнение спереди от анального канала в ишеоректальном пространстве. Кроме того, обнаружено инородное тело, проникающее в область передней крипты из просвета кишечника в полость абсцесса.

Под внутривенным обезболиванием у больного абсцесс был вскрыт: под давлением выделилось около 8 мл гноя с колибациллярным запахом. При ревизии гнойной полости найден обоюдоострый осколок трубчатой кости размером 5,5x0,6 см. Раневой ход проходил трансфинктерно. Операция завершена проведением лигатуры через раневой ход в область передней крипты. Лигатура прорезалась на 8-е сутки после операции. Больной был выписан в удовлетворительном состоянии.

Н., 30 лет, поступила 29.10.1994 г. с жалобами на боли в области заднего прохода, появление припухлости, повышение температуры до 38°C. Болея в течение 5 дней.

Объективно: в области ануса спереди определяется болезненный инфильтрат (6 x 3 см) с явлениями флюктуации. При пальцевом и анаскопическом исследовании прямой кишки спереди и слева от анального канала выявлен инфильтрат. В области передней крипты обнаружено свищевое отверстие с гнойным отделяемым.

Под внутривенным обезболиванием у больной парапроктит был вскрыт: выделилось около 10 мл гноя. При ревизии гнойной полости обнаружены более 20 виноградных косточек и рыбья кость размером 1,5 x 0,3 см. Свищевой ход проходил трансфинктерно. Операция завершена проведением лигатуры через свищевой ход и криптэктомией. Больная была выписана на 13-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, описанные случаи показывают, что причиной острого парапроктита могут

быть различные инородные тела, попавшие в желудочно-кишечный тракт и повредившие слизистую анального канала в области крипт. Оперативное лечение по общепринятому методу позволяет радикально излечить больных.

УДК 618.19—085.477.2:616.5—003.656.6

**Ю.Ю. Федоров, Л.А. Костик (Екатеринбург).
Субтотальная депигментация ареол после
эндопротезирования молочных желез**

Основным способом коррекции объема молочных желез при гипомастии остается использование эндопротезов. К наиболее часто встречающимся осложнениям после подобных операций относят развитие констриктивного фиброза соединительнотканной капсулы вокруг эндопротеза или его отторжение. Несмотря на сообщения о возможности повреждения протоков, нарушении чувствительности и эрекции соска, ряд хирургов отдают предпочтение периареолярному оперативному доступу как наиболее косметическому.

Приводим описание случая субтотальной депигментации ареол после эндопротезирования молочных желез посредством периареолярного доступа. В доступной нам литературе отмечены лишь случаи частичной или полной депигментации лоскутов при их свободной пересадке для реконструкции сосково-ареолярного комплекса.

Е., 26 лет, обратилась на прием в марте 1995 г. с целью коррекции фигуры методом липосакции. При осмотре мы обратили внимание на частичное отсутствие пигмента ареол молочных желез.

В анамнезе — оперирована три года назад в другом учреждении по поводу гипомастии. Выполнено эндопротезирование молочных желез периареолярным доступом отечественными силиконовыми имплантатами. Через 2 месяца после вмешательства на ареолах появились точечные участки просветления, площадь которых увеличивалась в течение 6 месяцев.

При осмотре — молочные железы симметричны, правильной формы, мягкоэластической консистенции без признаков констриктивного фиброза. Послеоперационные рубцы на границе ареол и кожи молочных желез атрофические, малозаметные. Отмечено отсутствие пигмента половины площади ареолы справа и двух третей слева.

Косметический недостаток был устранен в процессе двух сеансов микропигментации с интервалом в 7 дней аппаратом Revolution (Cosmetic Tattooing Kit) производства "Byron Medical" (USA). При осмотре через один год отмечен хороший косметический результат.

Приведенное наблюдение свидетельствует о возможности подобного осложнения при эндопротезировании молочных желез периареолярным доступом, а метод микропигментации является для его коррекции оптимальным.

УДК 616.61 — 006.6 — 089.87

**Ю.Н. Ярисов, А.Ф. Салмин, А.Ю. Ярисов
(Чебоксары). Резекция единственной почки при
асинхронном раке**

Асинхронный рак единственной почки встречается относительно редко и прогноз после его

резекции хуже, чем у больных, у которых контрлатеральная почка была удалена по другим причинам. Выживаемость составляла 37%, средняя продолжительность жизни — 26 месяцев.

Нами проведена резекция единственной почки с асинхронным раком. Случай представляет интерес как по длительности промежутка времени появления асинхронного рака (22 года), так и по продолжительности благоприятного периода после операции (52 мес).

Больная Т., 1948 года рождения, поступила 06.07.1992 г. в урологическое отделение РГТ Минздрава Чувашии с пальпируемой опухолью в левом подреберье. В 1970 г. в г. Нижний Тагил у нее была произведена нефрэктомия справа по поводу рака правой почки. После патогистологического подтверждения диагноза в онкодиспансере был проведен курс лучевой терапии. В 1975 г. женщина переехала на постоянное место жительства в Чувашию и встала на диспансерный учет в Республиканский онкодиспансер. Во время последнего осмотра у нее была заподозрена опухоль единственной почки, по поводу которой ее направили в урологическое отделение.

При поступлении жалоб нет, общее состояние удовлетворительное. Патологических изменений органов грудной клетки не выявлено. АД — 140/90 мм Нг. В правой поясничной области — старый рубец после нефрэктомии. В левом подреберье пальпируется нижний полюс увеличенной почки, плотноватый, безболезненный. Подвижность почки не ограничена. Симптом Пастернацкого отрицателен.

Анализ крови: СОЭ — 18 мм/ч, л. — $5,5 \cdot 10^9$ /л, Нб — 118 г/л.

Анализ мочи: реакция кислая, отн. пл. — 1,016, белка нет, лейкоциты — 1—2 в поле зрения, эритроциты — 1—2 в поле зрения. Содержание билирубина, мочевины и электролитов плазмы крови — в пределах нормы.

На обзорной рентгенограмме мочевой системы видны нечеткие контуры увеличенной левой почки. Из-за непереносимости препаратов йода экскреторная урография и ангиография не проводились.

УЗИ: печень и поджелудочная железа не изменены. Правая почка отсутствует. В проекции нижнего полюса левой почки определяется образование овальной формы ($7,0 \times 5,6$ см), достаточно однородной структуры, среднего уровня эхогенности. Нижний полюс несколько деформирован, увеличен. Заключение: очаговое поражение нижнего полюса левой единственной почки (рис. 1 а).

Клинический диагноз — асинхронный рак левой единственной почки. По семейным обстоятельствам больная от предложенной в связи с этим операции отказалась.

26.10.1992 г. поступила повторно с согласием на операцию. С учетом отсутствия метастазов, локализации опухоли в нижнем сегменте, вне ворот почки, было решено провести резекцию почки in situ.

05.11.1992 г. произведена люмботомия разрезом по Федорову. Паранефральная жировая клетчатка нижней половины почки удалена. Нижний полюс почки увеличен в объеме, обозначена