

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