

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.

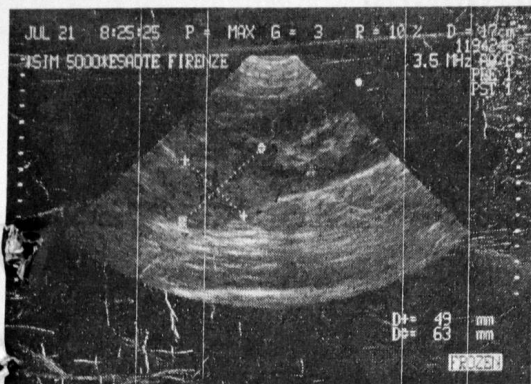
УЗИ: печень и поджелудочная железа не изменены. Правая почка отсутствует. В проекции нижнего полюса левой почки определяется образование овальной формы ($7,0 \times 5,6$ см), достаточно однородной структуры, среднего уровня эхогенности. Нижний полюс несколько деформирован, увеличен. Заключение: очаговое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

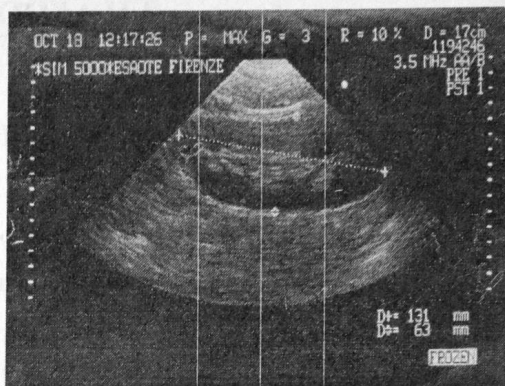
26.10.1992 г. поступила повторно с согласием на операцию. С учетом отсутствия метастазов, локализации опухоли в нижнем сегменте, вне ворот почки, было решено провести резекцию почки in situ.

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

а



б



Эхограмма почки до операции (а) и после нее (б).

граница между опухолью и нормальной тканью. Проведена резекция почки в пределах неизмененных тканей. Чашечная система при этом не нарушилась. Гемостаз и ушивание почки выполнены по общепринятому методу. Рана ушита послойно.

Последующее гистологическое исследование показало наличие гипернефroidного рака почки.

Послеоперационное течение было гладким. Больную выписали 26.11. 1992 г. в удовлетворительном состоянии. Биохимические и клинические анализы крови — в пределах нормы.

На эхограмме через 4 года: компенсаторная гипертрофия почки сохраняется. Почка приняла обычную форму с незначительной деформацией контура нижнего полюса (рис. 1 б). Признаков рецидива нет.

УДК 616.988.51

Х.С. Хаертынов (Казань). Редкий случай заболевания эпидемическим паротитом

Диагностика эпидемического паротита (ЭП) в типичных случаях заболевания не представляет затруднений, что объясняется характерным для этой инфекции поражением слюнных желез. Известно, что в патологический процесс при ЭП, кроме слюнных желез, могут вовлекаться поджелудочная железа, яички и т.д. При этом возможность их изолированного поражения разными авторами оценивается неоднозначно: либо панкреатит или орхит являются единственными проявлениями паротитной инфекции, либо вовлечение в патологический процесс слюнных желез служит обязательным компонентом ЭП и поэтому поражение других желез изолированным быть не может.

Мы приводим случай заболевания паротитной инфекцией, протекавшей без поражения слюнных желез.

А., 15 лет, поступил в 1-ю инфекционную больницу г. Казани 19.03.1996 г. с жалобами на головную боль, отсутствие аппетита, боли в яичках. Заболел 16.03.1996 г.: температура тела повысилась до 39°C, появилась головная боль, дважды

возникла рвота; с 19.06.1996 г. больной заметил у себя увеличение в размерах обоих яичек, сопряженное с болезненностью.

Из анамнеза известно, что за неделю до заболевания пациент был в контакте с больным ЭП. Против ЭП не привит.

При госпитализации состояние средней тяжести за счет интоксикации, сознание не нарушено, температура — 38°C. Определялась выраженная ригидность затылочных мышц, другие менингеальные знаки были отрицательными. Слюнные железы не увеличены. В зеве отмечена умеренная гиперемия слизистой задней стенки глотки, в легких — везикулярное дыхание, тоны сердца ритмичные, ясные. Частота пульса — 108 уд. в 1 мин, АД — 120/70 мм Hg. Живот умеренно болезненный в правом подреберье. Печень и селезенка не увеличены. Значительно увеличены в размерах и болезненны оба яичка, кожа мошонки гиперемирована. Физиологические отправления не нарушены.

На 5-й день болезни (2-й день госпитализации) была проведена диагностическая люмбальная пункция: ликвор прозрачный, вытекал частыми каплями, цитоз — 240 клеток в 1 мл, лимфоцитарного характера.

Общий анализ крови от 19.03.1996 г.: л. — $3,8 \cdot 10^9/\text{л}$, п. — 20%, с. — 46%, лимф. — 27%, мон. — 7%, эоз. — 0%, СОЭ — 20 мм/ч. Активность амилазы мочи — 132 ед. Функциональные пробы печени от 20.03.1996 г.: содержание общего билирубина — 8,5 мкмоль/л, АлАТ — 6,2 к.ед.

Лечение включало комплекс противовоспалительной (преднизолон), дезинтоксикационной и диетотерапии. Больной получал преднизолон перорально в суточной дозе 40 мг в течение 7 дней. Заболевание протекало без осложнений.

Клинический диагноз: паротитная инфекция (менингит, панкреатит, орхит), среднетяжелая форма.

В данном случае паротитная инфекция протекала без поражения слюнных желез. Диагноз был установлен на основании эпидемиологического анамнеза (контакт с больным ЭП) и клинических проявлений (менингит, панкреатит и орхит).