

(CaO₂). Умеренная гипервентиляция, сохранявшаяся в течение первых 5 сут послеродового периода, обуславливала незначительное снижение рСО₂ и компенсировала умеренно выраженный метаболический ацидоз, поэтому заметных изменений рН крови не отмечалось на всем протяжении послеродового периода у рожениц после родов через естественные родовые пути.

У рожениц после абдоминального родоразрешения в течение всего послеоперационного периода также не было выявлено резких изменений газового состава артериализированной крови и КЩС. Однако к концу 1-х суток было отмечено снижение рН с умеренно выраженным нарастанием ВЕ, особенно у рожениц 2-й группы, что приводило к компенсаторной гипервентиляции со снижением рСО₂, наиболее выраженным в этой же группе. Так, в 1-й группе к концу 1-х суток послеоперационного периода ВЕ по средним данным составляло $5,01 \pm 0,14$ ммоль/л, во 2-й — $4,90 \pm 0,22$ ммоль/л ($P > 0,5$), рСО₂ — $3,96 \pm 0,04$ кПа и $3,43 \pm 0,02$ кПа ($P < 0,001$), а рН — соответственно $7,432 \pm 0,002$ и $7,431 \pm 0,003$ ($P > 0,5$). К 7—9-м суткам послеоперационного периода разность в величинах, характеризующих газовый состав артериализированной крови в исследуемых группах была незначительной.

Необходимо подчеркнуть, что изменения КЩС в группах рожениц после абдоминального родоразрешения на всем протяжении изученного отрезка послеродового периода были более выраженными, чем у рожениц контрольной группы.

Таким образом, динамические исследования дыхательной функции легких и крови у рожениц после абдоминального родоразрешения с различной тактикой интраоперационной инфузионно-трансфузионной терапии показали, что в раннем послеоперационном периоде у всех рожениц отмечаются признаки острой вентиляционной дыхательной недостаточности обструктивно-рестриктивного типа, проявляющиеся снижением бронхиальной проходимости и растяжимости легочной ткани. После кесарева сечения наблюдается резкое увеличение легочной

вентиляции, наиболее выраженное у рожениц с интраоперационной гемотрансфузией. Гипервентиляция у женщин этой группы обусловлена в основном учащением дыхания, что увеличивает вентиляцию мертвого пространства, существенно снижает эффективность легочной вентиляции и подтверждается динамикой коэффициента использования кислорода в послеоперационном периоде. Критическим сроком указанных изменений респираторной функции легких следует считать 3—5-е сутки послеоперационного периода. На всем протяжении послеоперационного периода у рожениц после абдоминального родоразрешения указанные изменения респираторной функции легких носят компенсаторно-приспособительный характер и не сопровождаются по сравнению с результатами контрольной группы выраженными сдвигами газового состава и кислотно-щелочного равновесия артериальной крови. Интраоперационная гемодилюция является методом выбора у практически здоровых женщин при кровопотере, не превышающей 800—900 мл, во время кесарева сечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заварзина О. О., Маркин С. А., Смирнова Л. И. // Акуш. и гин. — 1987. — № 2. — С. 12—15.
2. Кассиль В. Л. // Искусственная вентиляция легких в интенсивной терапии. — М., Медицина, 1987.
3. Ландеховский Ю. Д. // Акуш. и гин. — 1971. — № 1. — С. 53—58.
4. Олуанде-Кодуоль Т. Г. // Состояние кровообращения и дыхания в послеродовом периоде у больных врожденными пороками сердца. — Автореф. канд. дисс. — М., 1981.
5. Руководство по клинической физиологии дыхания // Под ред. Шика Л. Л., Канаева Н. Н. — Л., Медицина, 1980.
6. Слепых А. С. // Абдоминальное родоразрешение. — М., Медицина, 1986.
7. Старостина Т. А. // Акуш. и гин. — 1987. — № 12. — С. 25—28.
8. Шанин Ю. Н., Волков Ю. Н., Костюченко А. Л. и др. // Послеоперационная интенсивная терапия. — М., Медицина, 1978.
9. Jobses D. R., Gallagher I. // Int. Anesthesiol. Clin. — 1982. — Vol. 20. — P. 77—95.

Поступила 25.10.88.

УДК 616.62—089.89—089.844:616.34—616—036.815

ЭКСПЕРТИЗА ТРУДОСПОСОБНОСТИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ЦИСТЭКТОМИИ С ЗАМЕЩЕНИЕМ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ КИШЕЧНЫМ ТРАНСПЛАНТАТОМ

М. Э. Ситдыкова, А. Ю. Зубков

Кафедра урологии (зав. — заслуж. деят. науки ТАССР, проф. Э. Н. Ситдыков)
Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова

В урологической клинике выполнена 251 цистэктомия по поводу рака мочевого пу-

зья с различными методами деривации мочи. 171 больному произведено отведение

мочи в изолированный сегмент кишечника с восстановлением самостоятельного мочеиспускания по уретре. Стадия ракового процесса распределялась у них в соответствии с международной классификацией следующим образом: T_2 — у 37 больных, T_3 — у 121, T_4 — у 13.

Судьба больных, перенесших операцию замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом, а также их трудоспособность во многом определяются четкостью организации диспансерного наблюдения, которое необходимо осуществлять индивидуально для каждого больного с учетом функционального состояния почек и верхних мочевых путей, стадии бластоматозного процесса и осложнений, возникающих в ближайшие и отдаленные сроки наблюдения — мочекаменной болезни, пиелонефрита, хронической почечной недостаточности, мегалоцистиса, послеоперационной грыжи, рефлюксов.

Длительное клинико-диспансерное наблюдение позволило нам установить, что у больных, успешно перенесших операцию по созданию искусственного кишечного мочевого пузыря, функциональное состояние почек и уродинамика нормализуются или улучшаются в сроки до 3—3,5 мес с момента оперативного вмешательства и остаются вполне удовлетворительными в течение многих лет.

Отсутствие единых, общепринятых рекомендаций и недостаточная осведомленность врачей поликлинических подразделений лечебных учреждений и ВТЭК в оценке функциональной деятельности почек, верхних мочевых путей, особенностей диагностики хронического пиелонефрита у больных с искусственным кишечным мочевым пузырем, способным опорожняться по уретре, приводит к неправильному определению состояния здоровья диспансеризуемых, а отсюда к ошибочному заключению при установлении им во ВТЭК группы инвалидности. Так, у 30 больных, перенесших цистэктомию с замещением мочевого пузыря кишечным трансплантатом, были установлены следующие группы инвалидности: по данным ВТЭК у 6 больных — I группа, у 22 — II, у 2 — III, по данным стационарного обследования у одного — I группа, у 10 — II, у 19 — III. Такие существенные расхождения в экспертизе трудоспособности больных с искусственным мочевым пузырем ни в коем случае не ставятся в упрек ВТЭК и врачам поликлинических служб, которые не имеют ни методических рекомендаций, ни инструктивных писем от органов здравоохранения, позволяющих объективно оценивать степень трудоспособности. Между тем число таких онкологических больных из года в год увеличивается, благодаря успешной разработке и внедрению в практическое медицинское операции по замещению мочевого

пузыря изолированным сегментом кишечника после цистэктомии. Многолетние клинические наблюдения с изучением непосредственных, ближайших и отдаленных результатов операции замещения мочевого пузыря кишечным трансплантатом позволяют нам высказать ряд соображений и привести некоторые данные, которые могут оказаться полезными в работе ВТЭК.

При определении степени утраты трудоспособности у больных после цистэктомии с замещением мочевого пузыря кишечным трансплантатом ведущими ориентирами следует считать стадию рака и функциональное состояние почек. Хорошо известно, что ведущей причиной гибели больных после цистэктомии является хроническая почечная недостаточность, обусловленная прогрессированием хронического пиелонефрита, который осложняет течение основного заболевания у 72% больных. После операции замещения мочевого пузыря изолированным сегментом кишечника клинические проявления хронического пиелонефрита и хронической почечной недостаточности очень скудны или совершенно отсутствуют, поскольку выявленный еще в предоперационном периоде хронический пиелонефрит из активной фазы воспаления переходит в фазу латентного течения или ремиссии. Сложность диагностики усугубляется и тем, что биохимические показатели крови не претерпевают изменений, а экскреторные урограммы у большинства больных не показывают анатомио-функциональных нарушений. Кроме того, исследование мочи на бактериальное число в связи с включением в мочевыводящую систему кишечного трансплантата, обильно содержащего микрофлору, теряет свою диагностическую ценность. Весьма сомнительна у таких больных и практическая значимость исследований мочи на активные лейкоциты и лейкоцитурию.

Нельзя руководствоваться также данными пробы Зимницкого у больных с искусственным кишечным мочевым пузырем для оценки функции почек. Низкая относительная плотность мочи, выявляемая у больных по пробе Зимницкого, имеет для врачей при освидетельствовании во ВТЭК важное значение и, казалось бы, четко отражает нарушение концентрационной способности почек. Однако этот показатель не подтверждается другими методами исследования, в частности результатами экскреторной урографии, ренографии, урорентгенокимографии.

Проведенные клинические наблюдения и наш опыт диспансеризации больных с искусственным кишечным мочевым пузырем позволяют рекомендовать перед медицинским освидетельствованием детальное стационарное обследование с использованием общих клинико-биохимических исследований крови, иммунологических, рентгено-

радиоизотопных и ультразвукового методов, урофлоуметрии и профилометрии для оценки анатомо-функционального состояния почек, верхних мочевых путей и искусственного мочевого пузыря. Только на основании данных указанных исследований ВТЭК может объективно оценивать трудоспособность и устанавливать уровень профессиональной реабилитации больных раком мочевого пузыря, перенесших цистэктомию с энтероцистопластикой.

Если вопрос определения трудоспособности больных раком мочевого пузыря после цистэктомии с уретерокутанеостомией или уретероколостомией в принципе решен — это инвалиды I группы, то проблема трудоспособности больных с искусственным мочевым пузырем относится к актуальным разделам онкоурологии.

Исходы из опыта нашей клиники, мы разработали схему определения группы инвалидности больных раком мочевого пузыря, перенесших цистэктомию с энтероцистопластикой, восстанавливающей естественное мочеиспускание по уретре. Согласно этой схеме I группу инвалидности устанавливают больным раком мочевого пузыря в IV стадии с поражением регионарных и подвздошных лимфатических желез, а также с наличием отдаленных метастазов; при IV стадии рака без метастазов, но осложненной интермиттирующей стадией хронической почечной недостаточности (ХПН₃), двусторонним хроническим пиелонефритом; при III стадии рака с поражением лимфатических желез и наличием отдаленных метастазов, а также при интермиттирующей и терминальной почечной недостаточности (ХПН₃₋₄); при III стадии рака и наличии единственной функционирующей почки, по-

раженной хроническим пиелонефритом, и при ХПН₂.

II группу инвалидности устанавливают больным раком во II и III стадиях с поражением регионарных и подвздошных лимфатических желез; при ХПН₂, обусловленной двусторонним хроническим пиелонефритом, рефлюксами, а также при урофлоуметрическом индексе менее 8 мл/с; III группу — больным с тотальным папилломатозом, раком мочевого пузыря во II и III стадиях без метастазов в отдаленные органы; при нормальной функции почек и уродинамике верхних мочевых путей; урофлоуметрическом индексе более 8 мл/с и при ХПН₁, обусловленной хроническим пиелонефритом в фазе латентного течения.

Следует отметить, что ежегодное переосвидетельствование необходимо проводить с учетом данных динамического диспансерного наблюдения, результатов реабилитационной терапии отдаленных осложнений, которые чаще всего возникают в первые 3 года с момента операции.

С целью своевременной диагностики осложнений и сохранения трудоспособности больных с искусственным мочевым пузырем диспансерное наблюдение желательно осуществлять 2 раза в год в течение первых трех лет, затем один раз в год. В период активной диспансеризации лечебно-профилактические мероприятия должны быть направлены на устранение уродинамических нарушений, предупреждение обострения хронического пиелонефрита. При такой тактике мы считаем возможным сохранение трудоспособности у значительного числа больных с искусственным кишечным мочевым пузырем, оперированных по поводу рака.

Поступила 04.07.88.

УДК 616.69—008.1—089.843:615.477.2

ОПЫТ ВНУТРИКАВЕРНОЗНОЙ ИМПЛАНТАЦИИ СИЛИКОНОВЫХ ПРОТЕЗОВ ПРИ ЭРЕКТИЛЬНОЙ ИМПОТЕНЦИИ

О. А. Лобкарев

*Урологическое отделение Республиканской клинической больницы (главрач — С. В. Абуладзе)
МЗ ТАССР*

В настоящее время хирургическое лечение эректильной импотенции приобретает все большее число сторонников [1—3].

В урологическом отделении РКБ МЗ ТАССР в 1985—1987 гг. произведено 40 оперативных пособий по поводу стойкого нарушения эрекции. 30 больным протезы имплантированы в оба кавернозных тела, 10 — в одно. Показаниями к оперативному лечению служили полное отсутствие адекватных и спонтанных эрекций в течение трех лет безуспешного лечения у сексопатолога, отсутствие слуховой и зрительной стимуляции, частичная регрессия либидо.

В возрасте от 20 до 30 лет было прооперировано 4 больных, от 30 до 40 — 17, от 40 до 50 — 10, от 50 до 60 — 10. У 4 больных отсутствие эрекции было связано с проведенной в прошлом промежностной пластикой уретры; 2 мужчин перенесли обширную травму крестца с последующей парасимпатической денервацией. 10 больных страдали синдромом Лериша—Такаясу; 8 — фибропластической индурацией полового члена. У 15 человек стойкое отсутствие эрекций было связано с психогенным фактором.

Основополагающим моментом при выбо-