

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 уретероколомостомией 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 осложненного интермиттирующей стадией хронической почечной недостаточности (ХПН<sub>3</sub>), двусторонним хроническим пиелонефритом; при III стадии рака с поражением лимфатических желез и наличием отдаленных метастазов, а также при интермиттирующей и терминальной почечной недостаточности (ХПН<sub>3-4</sub>); при III стадии рака и наличии единственной функционирующей почки, по-

раженной хроническим пиелонефритом, и при ХПН<sub>2</sub>.

II группу инвалидности устанавливают больным раком во II и III стадиях с поражением регионарных и подвздошных лимфатических желез; при ХПН<sub>2</sub>, 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 ХПН<sub>1</sub>, 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-

ре оперативного лечения являлось желание пациентов жить половой жизнью.

При обследовании больных помимо опроса, анкеты, консультации сексопатолога и психиатра измеряли систолическое давление ультразвуковым индикатором ИПК-1 [4]; при ИПД 0,75 проводили кавернозографию и ангиографию внутренних подвздошных артерий и их ветвей, а также реофаллоплетизмографию.

Материалом для изготовления протезов служила медицинская имплантационная резина 52-336/4, которая имеет ряд преимуществ по сравнению с имплантационным материалом ИР-21, применяемым В. В. Красулиным и М. И. Коганом [5]. Особенностью подготовки резины была вулканизация отличных протезов, увеличивающая их прочность и ригидность; кроме того, мы использовали монолитные протезы. Серии протезов стерилизовали в течение 12 ч в растворе хлорексидина. Смыть с каждого второго протеза были подвергнуты бактериологическому анализу. Роста микробов не обнаружено.

Под общим обезболиванием имплантированы парные или непарные протезы по методике Смолла—Карриона в модификации Красулина—Терентьева [5, 6] наиболее приемлемым, на наш взгляд, дорзально-срединным доступом 1—1,5 см. Раны белочных оболочек ушиты без дренажей не хромкетгутотом, а нитью из полиамидной смолы непрерывным швом. Мы отказались от тугого бинтования члена ввиду выраженной странгурии в первые сутки после имплантации.

У всех прооперированных заживление первичным натяжением прошло без осложнений. Активный двигательный режим был назначен через 12 ч после операции. В первые 2 сут отмечались боли в области чле-

на при движении. Послеоперационное наблюдение в стационаре осуществлялось в течение 7—9 сут. У одного больного наблюдалось пролабирование правого протеза по вечечной борозде на 41-е сутки после операции без развития кавернита и кровотечения. При ревизии сформированного ложа протеза была обнаружена плотная соединительнотканная капсула вокруг имплантата, кавернозные тела латеральнее которой сохранены, что подтвердилось и остаточными эрекциями. Больной успешно продолжает жить половой жизнью с одним протезом.

Все оперированные больные живут активной половой жизнью, болей, нарушений эякуляции и мочеиспускания не отмечают.

Считаем, что интракавернозное протезирование монолитными протезами, изготовленными из резиновой смеси 52-336/4 и обработанными вулканизацией, должно быть шире внедрено в клиническую практику как действенный метод лечения больных с купальтивной импотенцией.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Вагнер Г.//Импотенция. Диагностика. Лечение.— М., Медицина, 1986.
2. Зильберман М. И., Свидлер Л. В.//Урол. и нефрол.— 1983.— № 2.— С. 47—49.
3. Коган М. И.//Диагностика и лечение эректильной импотенции.— Автореф. докт. дисс.— М., 1987.
4. Краковский И. К., Яценко О. К.//Урол. и нефрол.— 1987.— № 1.— С. 48—51.
5. Красулин В. В., Коган М. И., Терентьев Ю. В.//Урол. и нефрол.— 1982.— № 6.— С. 39—43.
6. Красулин В. В., Коган М. И., Терентьев Ю. В.//Урол. и нефрол.— 1984.— № 5.— С. 38—43.

Поступила 04.03.88

УДК 616.379—008.64:616.831—073.97

## ЭНЕРГОЧАСТОТНЫЕ ПОКАЗАТЕЛИ ЭЛЕКТРОЭНЦЕФАЛОГРАММЫ БОЛЬНЫХ САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ МОРФОТИПА

Е. Г. Насырова, М. В. Лукина, С. И. Низамутдинов, М. В. Смирнова

Кафедра эндокринологии (зав.— проф. В. В. Талантов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института имени С. В. Курашова, Казанский городской психоневрологический диспансер (главврач — И. М. Халитов), Республиканская клиническая психоневрологическая больница (главврач — С. В. Абулдаев) МЗ ТАССР

У больных сахарным диабетом телосложение отличается андронидным распределением подкожного жира, то есть избытком в области затылка, подбородка, спины, живота и уменьшением его на конечностях [1, 9—11]. Очевидно, что характерный морфотип является частным проявлением общей конституции [8].

Ряд особенностей имеет у больных сахарным диабетом и высшая нервная дея-

тельность. ЭЭГ больных диабетом в 10—80% случаев характеризуется пониженной амплитудой биоэлектрической активности, недостаточной выраженностью  $\alpha$ -ритма, преобладанием либо  $\beta$ -ритма, либо низкоамплитудной  $\theta$ - или  $\Delta$ -активности. Указанные изменения ЭЭГ связывают с нарушениями метаболизма при диабете, частыми гипогликемическими состояниями, сосудистыми осложнениями [5, 7]. В то же время подобные