

Высокий риск (значения МИО 71,0-100,0) имел место при мочекаменной болезни и при болезнях крови.

Умеренный риск смертельных исходов (значения МИО в диапазоне 101,0-1000,0) установлен для болезней эндокринной системы, а также сахарного диабета; болезней системы кровообращения, характеризующихся повышенным кровяным давлением; астмы, астматического статуса; болезней костно-мышечной системы; гломерулярных, тубулоинтерстициальных болезней почек и мочекаменной болезни, болезней мочеполовой системы в конце периода наблюдения; язвенной болезни желудка.

Низкий риск смертельных исходов (значения МИО 1001,0 и выше) был отмечен для классов болезней глаза, болезней уха, болезней эндокринной системы.

Негативная динамика МИО за анализируемый период (темпы прироста к базовому уровню 2009 года) была выявлена для класса болезней нервной системы (минус 44,2%). Позитивная динамика МИО была характерна для абсолютного большинства причин, при этом максимальный темп прироста был отмечен для группы болезней, характеризующихся повышенным кровяным давлением (+518,6%), астмы (+276,3%), хронической обструктивной болезни легких (+215,9%), сахарного диабета (+173,2%), болезней органов дыхания (+161,9%), болезней эндокринной системы (+135,2%), болезней мочеполовой системы (+106,4%). Темпы прироста МИО в диапазоне +45,0-+89,0% был зарегистрирован для остальных причин, за исключением новообразований (+32,6%).

Выводы. Проведенный анализ иллюстрирует положительный эффект проводимой диспансерной работы (2009-2014 годы) в том числе с таким сложным контингентом, как лица в возрасте старше трудоспособного. Отмечено заметное снижение риска смертельных исходов у лиц данной возрастной группы, взятых на диспансерный учет (за исключением болезней нервной системы).

#### Литература

1. Глинская, Т.Н. Методологические аспекты оценки здоровья населения при помощи демографических индексов: модифицированный индекс обратимости / Т.Н. Глинская, М.В. Щавелева // Медицинские новости. – 2015. - №9. – С. 32-35.

## МЕСТО ОПЕРАЦИИ РАЙХА В ЛЕЧЕНИИ ОЛЕОГРАНУЛЕМЫ ПОЛОВОГО ЧЛЕНА

*Юцевич Г.В.*

Гродненский государственный медицинский университет

**Актуальность.** Первое упоминание об олеогранулеме связано с именем К.Неншен, который впервые в 1914 году обнаружил в половом члене у больного опухолевидное образование после введения камфорного масла и назвал его олеогранулемой полового

члена. В отечественной литературе до 1987 года было описано всего 18 наблюдений данного заболевания. В последние десятилетия число больных олеогранулемой полового члена возросло. Пенильная дисморфофобия часто приводит к самостоятельному решению мужчиной проблемы размеров полового члена путем введения под кожу инородных веществ (вазелиновое масло, парафин, борный вазелин, камфорное масло, мази с антибиотиками, глицерин, силикон и др.). В последующем под кожей разрастается соединительная ткань в виде подкожных узлов и кальцинированных гранул; возникает лимфатический отек, уменьшается в размере и деформируется половой член, появляются свищи с гнойным отделяемым. С течением времени гранулематозный инфильтрат может распространяться под кожей полового члена, переходить на лобковую область, мошонку, промежность, что позволяет говорить об олеогранулемах наружных половых органов. Широкий диапазон клинических проявлений этого заболевания и способность к распространению, быстрое появление воспалительных изменений с появлением язвенных дефектов и свищей делает лечение таких больных непростой проблемой.

**Цель работы.** Оценить возможность использования операции Райха для закрытия больших скальпированных ран полового члена, возникающих после удаления олеогранулемы.

**Методы исследования.** Выполнялось оперативное лечение больных олеогранулемой, заключавшееся в полном иссечении кожи полового члена и всех измененных тканей: отделении их от кавернозных тел, сосудисто-нервного пучка, губчатого тела мочеиспускательного канала, в результате чего появлялся большой кожный дефект.

Для закрытия кожного дефекта выполнялась операция Райха в два этапа: по передней поверхности мошонки выполнялись два поперечных разреза длиной приблизительно 1,3-1,5 диаметра эрегированного полового члена так, чтобы создать между ними просторный тоннель под мясистой оболочкой, идущий в вертикальном направлении, куда можно погрузить половой член. После проведения полового члена в тоннель и выведения головки полового члена наружу, через дистальный разрез в мошонке, накладывались узловые швы вокруг головки между оставшейся кожей препуциального мешка и кожей мошонки. Мошонку дренировали резиновой полоской на несколько суток. В области корня полового члена накладывали швы для закрытия верхней раны мошонки.

Второй этап – освобождение полового члена, выполнялся через 2-9 месяцев: на коже мошонки параллельно кавернозным телам, погруженным в мошонку, отступя от них на  $\frac{2}{3}$  диаметра полового члена, выполняли 2 разреза по передней поверхности мошонки.

Приподняв половой член с кожей мошонки, расположенной между двумя разрезами, продлевали их навстречу друг другу, соединяя между собой ниже головки полового члена. Отделяли кожу и мясистую оболочку мошонки от подлежащих тканей, затем сшивали края раны на волярной поверхности полового члена, создавая для него кожный покров из кожи мошонки. Кожный дефект на мошонке ушивали отдельными узловыми швами.

**Результаты и обсуждение.** Нами пролечено 9 больных с олеогранулемой наружных половых органов. У всех девяти больных олеогранулема распространялась на весь половой член. У трех из них захватывала и верхнюю часть мошонки. После иссечения олеогранулематозного инфильтрата у всех оперированных нами пациентов кожный дефект занимал более 50% площади полового члена, поэтому пластика местными тканями не проводилась. Выполнение операции Райха оказалось возможным у всех больных. Второй этап операции выполнялся через 2-9 месяцев. Заживление ран было первичное, эрекция сохранена у всех больных. Изучение отдаленных результатов не выявило значительной рубцовой деформации полового члена. Трое больных предъявляли жалобы на маленький размер полового члена. Все пациенты после восстановления сексуальной функции к вопросу об утолщении полового члена не возвращались. Возможно, перенесенные пациентами страдания сыграли, в определенной степени, роль психокорректирующего фактора, устраняющего дисморфофобию.

**Выводы.** Использование операции Райха у больных с олеогранулемой и большими кожными дефектами, возникающими после ее иссечения, дает удовлетворительные косметические и функциональные результаты и может шире использоваться в практике хирургического лечения таких больных.

#### Литература

1. Амазаспян Т.З. Олеогранулема полового члена: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 1995. – 21с.
2. Жариков Н.М., Тульпин Ю.Г. Психиатрия. – М.: Медицина, 2002. – с.288.
3. Струков А.И., Кауфман О.Я. Гранулематозное воспаление и гранулематозные болезни. АМН СССР. – М.: Медицина, 1989. – 184 с.
4. Щеплев П.А., Курбатов Д.Г. Малый половой член. Методы коррекции – М.: Медицина, 2003. – с.117.