Литература.

1. Вишнякова Л.А. // Тер. архив. — 1990. — № 11. — С. 59–62.
2. Дрожжев М.Е., Лев Н.С., Костюченко М.В. и др. // Пульмонология. — 2002. — № 1. — С. 42–46.
3. Клиническая аллергология и иммунология / Земсков А.М., Земсков В.М., Караулов А.В., Новикова Л.А. — Воронеж : Изд-во ВГУ, 1997.
4. Сидоренко Г.И., Зборовский Э.И., Левина Д.И. // Тер. архив. — 1980. — № 3. — С. 65–68.
5. Суровенко Т.Н., Маркелова Е.В., Чикаловец И.В., Корявченкова И.В. Способ определения цитокинов и IgE в конденсате выдыхаемой влаги // Патент № 2222015 от 20.01.2004 г.
6. Частная аллергология / под ред. Г.Б. Федосеева. — СПб. : Нормед, 2001.

Поступила в редакцию 09.07.2006.

IMMUNE EFFICIENCY OF THE POLYCOMPONENTAL PNEUMOCOCCAL VACCINE AT CHILDREN WITH RESPIRATORY DISEASES.

E.V. Markelova, Ya.S. Guschina, M.P. Kostinov
 Vladivostok state medical university, Far East branch of scientific research institute of clinical immunology of the Siberian branch of the Russian Academy of Medical Science (Vladivostok), Scientific research vaccines institute named by I.I. Mechnikov (Moscow)
 Summary — The clinical and immunologic influence of use of the "Pneumo-23" vaccine (France) at 42 children with bronchial asthma after pneumonias is done. Statistically authentic increase in specific antibodies (IgM and IgG) as to the poly-saccharide complex of the vaccine, and also to T3, B6, 9N-serotypes of the *S. pneumoniae* is revealed, that testifies the specific post-vaccinal immunity. Decrease in local level of the interleukin-8 and respiratory inflammation severity is found. Safety and immune efficiency of vaccination of children with the respiratory diseases is shown.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 71–74.

УДК 616.643-007.271-072.1-089.85

П.И. Талолин

ОПЫТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ СТРИКТУР И ОБЛИТЕРАЦИИ УРЕТРЫ

Сахалинская областная больница
 (г. Южно-Сахалинск)

Ключевые слова: уретра, эндоскопическая уретротомия, открытые операции.

Современная история эндохирургического лечения заболеваний мужской уретры начинается в 1978 г., когда Н. Sachse предложил инструмент и методику внутренней оптической уретротомии, используемая и по сей день. Методика эндоскопического лечения стриктур и облитераций уретры являлась и является предметом обсуждения на многочисленных международных и национальных конгрессах и симпозиумах [3, 4].

При постановке диагноза нужно четко различать разницу между стриктурой уретры и облитерацией. Под стриктурой понимают «стойкое органическое сужение просвета мочеиспускательного канала, в основе которого лежит рубцовый процесс любого происхождения» (при этом сужение может быть проходимым как для бужей, так и для мочи) [1, 4]. В отличие от стриктуры облитерация является более грубым поражением уретры. При этой разновидности обструкции нет просвета мочеиспускательного канала — уретра в этих участках отсутствует как анатомическое образование. Исходя из этого, методы лечения стриктур и облитераций, а следовательно, и его результаты будут заметно различаться.

Для более объективной оценки применяемых методов лечения следует четко разграничить рубцовые обструкции мочеиспускательного канала, локализуемые в переднем и заднем его отделах. Это связано с тем, что два отрезка мужской уретры имеют

совершенно различное анатомическое строение. Передний отдел окружен спонгиозным телом по вентральной и кавернозными телами — по дорзальной полуокружностям. Возможности глубокого разреза тканей для проведения уретротомы через суженный просвет уретры здесь резко ограничены — повреждение сосудистых образований ведет к интенсивному кровотечению. Эндоскопическому лечению в переднем отделе уретры должны подвергаться лишь больные с короткими стриктурами, с ограниченным, не выраженным спонгиозом. Идеальным вариантом являются рубцовые поражения, занимающие не более полуокружности уретры по периметру.

Задний отдел уретры окружен железисто-мышечным органом — предстательной железой, что дает большую свободу маневра. Удаление рубцовой уретральной ткани вместе с участком простаты не приводит к серьезным осложнениям, так как хорошо васкуляризованная ткань железы служит надежным каркасом для уретры и является барьером, предотвращающим распространение мочи за пределы мочеиспускательного канала. Именно в этих условиях возможно наиболее полное удаление рубцовых тканей. Таким образом, эндоскопическая реканализация облитерации уретры, учитывая анатомические особенности, может осуществляться только в заднем отрезке уретры и шейке мочевого пузыря [3, 5].

Для эндоскопического лечения стриктур уретры применяются различные техники внутренней оптической уретротомии. Наиболее распространенной является методика Sachse, заключающаяся в рассечении рубцовых тканей на 12 часах условного циферблата, и методика Guillemin, при которой холодным ножом рассекается рубец на 1 и 11 часах, а затем производится трансуретральная резекция рубцовых тканей. Однако если применение ретроградной оптической уретротомии при стриктуре уретры технически несложно, так как имеется возможность ориентировки на просвет уретры или «мостик» слизистой оболочки,

то при облитерации здесь требуются дополнительные ориентиры. С целью создания подобных ориентиров при эндоскопической реканализации и профилактике ложного хода предложены различные способы:

- 1) уретротомия по предварительно проведенной через участок облитерации металлической струне;
- 2) уретротомия на свет (*cutto the light*);
- 3) уретротомия на кончик бужа (*core through*).

Завершают операцию установкой уретрального катетера на 3–5 недель.

В урологическом отделении Сахалинской областной больницы внутренняя оптическая уретротомия применяется с 2002 г. В 2002–2006 гг. выполнено 53 подобных вмешательства по поводу стриктур и облитерации уретры у 37 пациентов. Возраст больных колебался от 18 до 68 лет. В области задней части уретры поражения диагностированы у 34 мужчин, в области передней – у 3. Послеоперационные стриктуры задней части уретры были зарегистрированы у 26 и посттравматические – у 8 больных. По протяженности участки сужения варьировали от 0,2–0,3 до 2 см и более.

Во всех случаях выполнялась внутренняя оптическая уретротомия по методикам Sachse и Guillemain, дополненная при необходимости трансуретральной резекцией рубцовых тканей. У 2 пациентов при выполнении эндоскопической реканализации возникли интраоперационные кровотечения, не позволившие закончить операцию и потребовавшие повторного оперативного вмешательства. В послеоперационном периоде проводилось системное бужирование уретры, антибактериальная и ферментная терапия и физиолечение. Анализируя наш опыт, следует отметить, что наибольшая вероятность рецидива в первые 3 года имеется в случаях посттравматических облитераций с протяженностью более 2 см. Так, у 4 наших пациентов операции по поводу рецидива выполнялись по 2 раза, а у 3 больных оптическая уретротомия была выполнена по 3 раза.

К недостаткам открытых пластических операций относят большую кровопотерю, колеблющуюся от 700 до 5500 мл, а также высокий послеоперационный койкодень. С этим связаны и большие затраты при использовании реконструктивных операций. Их стоимость в 2,8 раза превышает стоимость эндоскопического лечения. Большим достоинством эндоскопических операций является возможность неоднократного повторения вмешательства. В отличие от открытого вмешательства, которое с каждым последующим рецидивом уменьшает шансы на его удачное повторение, эндоскопическая операция может проводиться многократно и при необходимости конвертироваться в пластическую операцию. Многие отказываются от открытого оперативного вмешательства из-за риска развития деформации полового члена, его укорочения, импотенции. Другим пациентам эндохирургическое лечение показано из-за тяжелого общесоматического статуса. А.Г. Мартов и Н.А. Лопаткин, характеризуя преимущества эндохирургии

ческих операций, отмечали, что «большинство из них отличаются относительной простотой в исполнении, малотравматичностью, небольшим количеством осложнений, требует минимальной анестезии, а также... обладает возможностью повторения без повышения риска для больного органа и практически не затрудняют проведения после них традиционных операций» [2, 3].

ВЫВОДЫ

1. Эндоскопическое лечение является методом первого и заключительного этапов при коррекции стриктур и облитераций уретры у мужчин. Протяженность стриктур уретры, предполагающих лечение эндоскопическим методом, не должна превышать 2 см, так как в противном случае частота рецидива приближается к 50%. Эндоскопическое лечение облитерации переднего отдела мочеиспускательного канала должно быть признано бесперспективным, оно может с эффектом применяться только при облитерации заднего отдела уретры.

2. Вопрос о максимально допустимом количестве эндоскопических вмешательств у одного больного остается открытым и определяется общей соматикой, желанием пациента избежать специфических для открытых пластических операций осложнений (в виде импотенции, укорочения полового члена, образования мочевого свища и т.д.) и технической возможностью проведения эндохирургии.

Литература

1. Кудрявцев Л.А. *Оперативные методы лечения последствий травмы уретры*. – Самара, 1993.
2. Мартов А.Г., Саидов И.Р., Камалов А.А., Гуцин Б.Н. *Эндоскопическая реканализация в лечении облитерации уретры // Урология*. – 2002. – № 4. – С. 28–34.
3. *Оперативная урология : руководство / под ред. Н.А. Лопаткина, И.П. Шевцова*. – Л. : Медицина, 1986.
4. Русаков В.И. *Хирургия мочеиспускательного канала*. – М. : Медицина, 1991.
5. Трапезникова М.Ф., Базаев В.В. // *Урология и нефрология*. – 1997. – № 6. – С. 34–38.

Поступила в редакцию 27.04.2007.

THE EXPERIENCE OF ENDOSCOPIC TREATMENT OF THE STRICTURES AND OBLITERATIONS OF THE URETHRA

P.I. Talolin

Sakhalin Regional Hospital (Yuzhno-Sakhalinsk)

Summary – The experience of treatment of 37 patients with the strictures and obliterations of urethra in urological Department of the Sakhalin regional hospital is submitted. Indications and contra-indications, and also efficiency of open and endoscopic interventions on urethra are shown. It is concluded, that endourethral intervention is a method of the first and final stages at correction of the strictures and obliterations of male urethra. The extension of the urethra strictures for endoscopic manipulations should not exceed 2 cm; otherwise the relapse frequency is about 50%. The endoscopic treatment of the obliteration of the anterior part of urethra is unpromising.

Pacific Medical Journal, 2007, No. 3, p. 74–75.