

УДК 616–08–035

**МАЛОИНВАЗИВНЫЕ И ИНВАЗИВНЫЕ СПОСОБЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТЛУЧЕВЫХ СТРИКТУР МОЧЕТОЧНИКОВ****Табынбаев Н.Б., Мукажанов А.К., Дигаи А.К., Курманов Т.А., Жумагазин Ж.Д.***АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии», Астана,  
e-mail: Zhumagazin\_zh@mail.ru*

В статье рассматриваются возможности лечения постлучевых стриктур мочеточников путем чрезкожной перкутанной нефростомии или дренированием мочеточниковыми стент-катетерами, а так же хирургическим методом создания мочеточничко-пузырного анастомоза, пластикой мочеточника фрагментом тонкой кишки или аппендикулярным отростком.

**Ключевые слова:** мочеточник, стриктура, пластика**MINIMALLY INVASIVE AND INVASIVE METHODS FOR CORRECTION POSTBEAM URETERAL STRICTURE****Tabynbayev N.B., Mukazhanov A.K., Dygai A.K., Zhumagazin Z.D., Kurmanov T.A.***National Scientific Center For Oncology And Transplantation, Astana,  
e-mail: Zhumagazin\_zh@mail.ru*

The article discusses the treatment of post-radiation strictures of the ureter by percutaneous nephrostomy drainage or ureteral stent catheters, and surgically created ureter-vesical anastomosis, the plasticity of the ureter by fragment of the small intestine or appendiceal process.

**Keywords:** ureter, stricture, plastic

Цель исследования: определить возможности инвазивного и малоинвазивного лечения стриктур мочеточников.

Задачи: оценить способы дренирования мочи из верхних мочевых путей различными методами:

1. Чрескожная пункционная нефростомия;
2. Внутреннее стентирование мочеточников;
3. Эндоскопическая уретеротомия гольмиевым лазером;
4. Уретероцистонеоанастомоз;
5. Пластика мочеточника фрагментами желудочно-кишечного тракта;
6. Аутотрансплантация почки.

Актуальность проблемы. в структуре онкологических заболеваний поражения органов малого таза занимают одно из лидирующих мест и составляют в совокупности более 25% (Чиссов В.И., Давыдов М.И., 2007).

Часто онкологи сталкиваются с проблемами верхних мочевых путей, возникающими при опухолях малого таза, а также при хирургическом и комбинированном лечении пациентов с данной локализацией опухолевой патологии. в связи с повышением агрессивности противоопухолевого лечения, увеличением объема оперативного вмешательства и сочетание его с лучевой терапией количество этих проблем только увеличились. Своевременная диагностика и определение тактики лечения обструкции мочеточников у больных злокачественными новообразованиями органов малого таза представляют собой одну из наиболее акту-

альных и нерешенных проблем в онкологии. Вместе с тем, в доступной литературе достаточно редки сообщения о функциональном, анатомическом и морфологическом изменении стенки мочеточника и паренхимы почек у данной категории больных на этапах лечения, а также в периоде наблюдения (Костромина К.Н., 2001).

Большинство пациентов с данной патологией погибают не от прогрессирования онкологического процесса, а от хронической почечной недостаточности (Смирнова С.В., 2009).

При поражении тазового отдела мочеточника резекция мочеточника с формированием уретероцистонеоанастомоза является методом выбора для данной категории больных. Однако в настоящее время нет однозначных стандартных подходов к данному методу лечения у онкологических больных, особенно у пациенток раком шейки матки. при этой локализации рака лучевой метод лечения остается определяющим, а возникшие стриктуры мочеточника после лучевой терапии вследствие фиброза окружающих мягких тканей могут быть протяженными и высокими по отношению к мочевому пузырю. Поэтому проведение рутинного уретероцистонеоанастомоза бывает порой невозможной из-за недостаточной длины и отсутствия мобильности мочеточника.

Возможности хирургической коррекции стриктур мочеточника в условиях лучевых повреждений мягких тканей органов таза до настоящего времени обсуждаются, как онкологами, так и урологами.

Наиболее распространенным методом малоинвазивной коррекции отведения мочи из верхних мочевых путей является их дренирование. Чаще всего выполняется чрескожная пункционная нефростомия или установка мочеточниковых стент-катетеров.

Установка нефростомического дренажа подразумевает наличие постоянного наружного дренажа, что приводит к значительному снижению качества жизни больных.

В настоящее время для дренирования верхних мочевых путей активно применяются внутренние мочеточниковые стенты. Нередко, когда женщины, после лучевой терапии органов малого таза с установленными мочеточниковыми стентами, в связи с возникшими стриктурами мочеточников, вынуждены их носить продолжительное время, которое исчисляется месяцами.

Мочеточниковые стенты вызывают у больных женщин дискомфорт в виде болей в мочевом пузыре, частое и болезненное мочеиспускание, а в ряде случаев обострение пиелонефрита, кроме того слизистая мочеточника травмируется инородным телом, что приводит к дополнительным стриктурам.

Таким образом, онкологам и урологам необходимо выработать лечебную тактику в отношении больных с постлучевой стриктурой мочеточника, определить показания к различным методам хирургической и малоинвазивной их коррекции.

Собственный клинический материал. В 2015 – 2016гг в АО «ННЦОТ» г. Астаны под наблюдением находились 22 женщины. Средний возраст 54 г. Основной диагноз: Рак шейки или тела матки разных стадий. Состояние после комбинированного или комплексного лечения с компонентом лучевой терапией. Осложнение: постлучевая стриктура мочеточника (таблица).

Пример: Больная М. 58 лет. в г. Павлодар в 2009 г. перенесла экстирпацию матки с последующей лучевой терапией с диагнозом рак тела матки Ст. I. с 2010 г. в связи со стриктурой левого мочеточника по месту жительства неоднократно устанавливался стент-катетер

в левые верхние мочевые пути. в 2016 г. в одной из центральных клиник РК ей выполнена операция «Уретероцистонеоанастомоз слева». в после операционном периоде на 5–е сутки образовался кишечно-мочевой свищ над лонном. в дальнейшем ей была выполнена петлевая сигмостомия, но после этого образовался еще и внутренний пузырно-толстокишечный свищ. в связи с чем больной был установлен уретральный катетер с которым она находилась в течение 9 месяцев.

М. 23.09.2016 г. поступает в АО «ННЦОТ» история болезни № 4914, где 30.08.2016 г. ей было выполнено хирургическое лечение в объеме «Лапаротомия. Разобщение пузырно-кишечных свищей. Резекция сигмовидной кишки. Десцендо-сигмоанастомоз конец в конец. Нефрэктомия слева». Нефрэктомия выполнена в связи с выявленным пионефрозом.

В удовлетворительном состоянии на 12-е сутки после операции выписана на амбулаторное лечение по месту жительства.

Пример 2. Изоперистальтическая пластика левого мочеточника фрагментом тонкой кишки.

Пациентка Ш. 42 года. в 2015 г. в г. Кзыл-Орде перенесла операция экстирпацию матки с последующей лучевой терапией с диагнозом рак шейки матки ст. II. В связи со стриктурой левого мочеточника ей неоднократно (6 раз) устанавливался стент-катетер, а в 2016г. был выполнена чрескожная перкутанная нефростомия.

Ш. 14.08.2016 г. поступает на хирургическое лечение в АО «ННЦОТ», история болезни № 4138, где 17.08.2016 г. ей проведена операция «Пластика левого мочеточника сегментом тонкой кишки. Тонко-кишечнопузырнонеоанастомоз». Показания для операции: Протяженная стриктура левого мочеточника в средней и верхней трети. Нефростома слева.

Послеоперационный период протекал гладко. На 14 сутки после операции в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение по месту жительства.

Количество больных со стриктурой мочеточника в зависимости от метода дренирования верхних мочевых путей (n – 22)

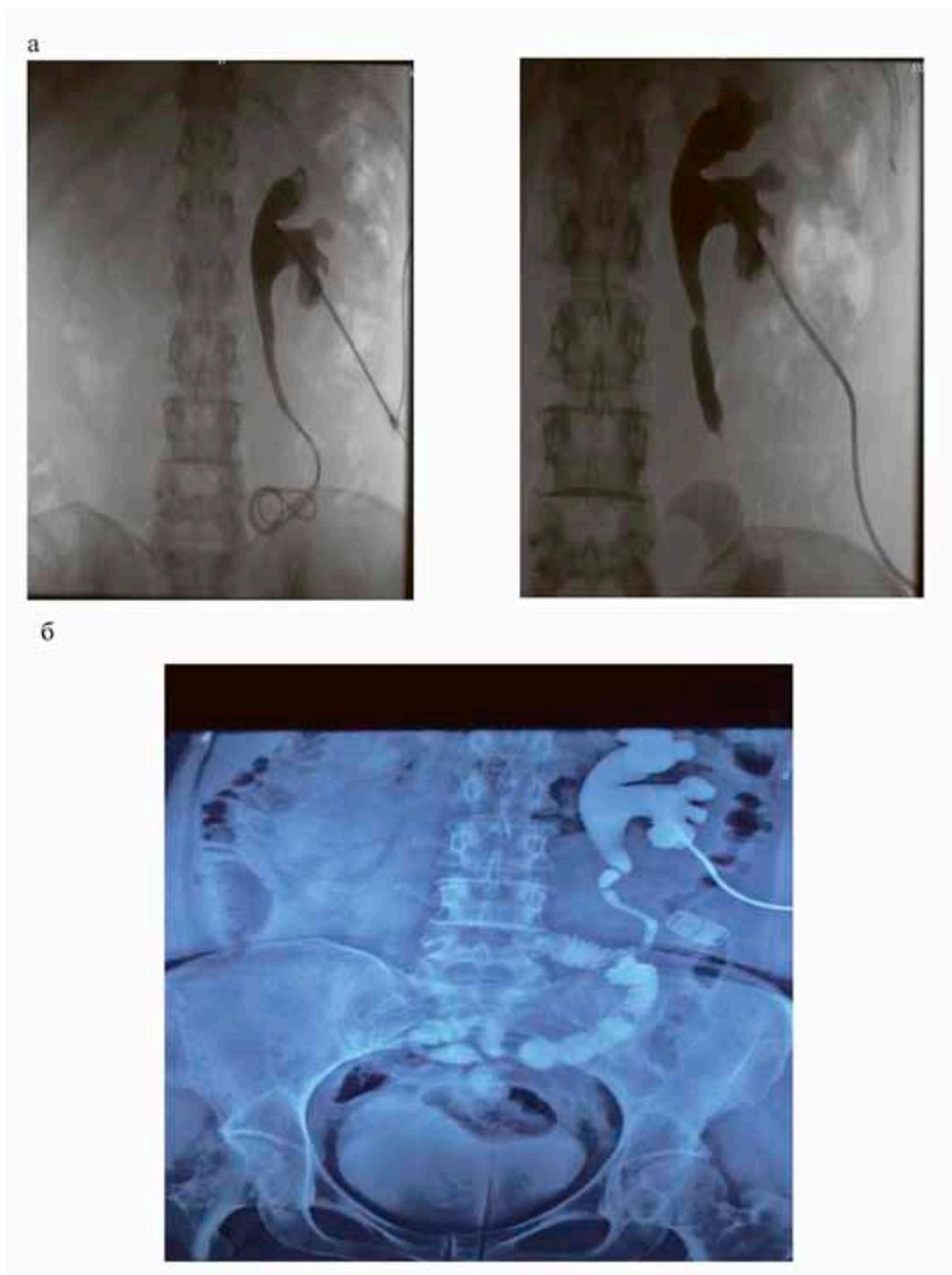
Диагноз	Количество	Нефростомия	Стентирование
2-сторонняя стриктура мочеточников	2	2-сторонняя нефростомия 1	2-стороннее стентирование 1
Односторонняя стриктура мочеточника	20	Односторонняя нефростомия 6	Одностороннее стентирование 14



*Рис. 1. Рентгеновские снимки М:  
а -экскреторные урографии М; б -восходящие цистограммы с фистулографией М*

Пациентка Т. 42 года. в 2009 г. в г. Караганде перенесла экстирпацию матки с последующей лучевой терапией в связи с диагнозом рак шейки матки Ст1. в 2012–2015гг. неоднократно устанавливался

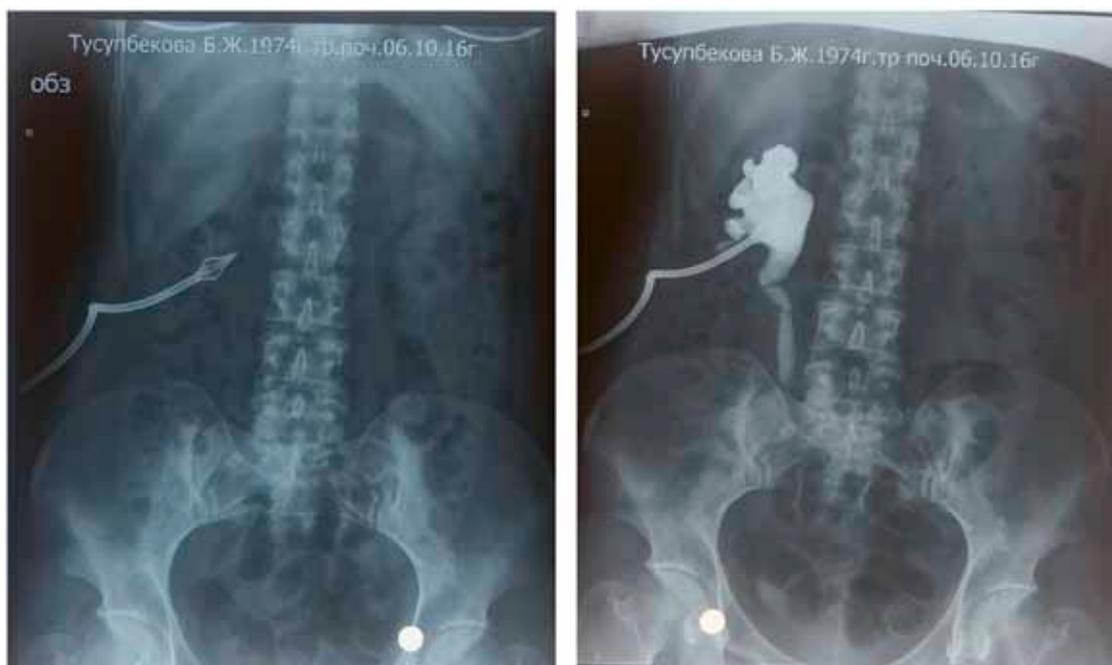
стент-катетер в связи с постлучевой стриктурой правого мочеточника. в июне 2016 г. установлена нефростома справа. 05. 10. 2016 г. поступает на хирургическое лечение в АО «ННЦОТ» истории болезни № 5124



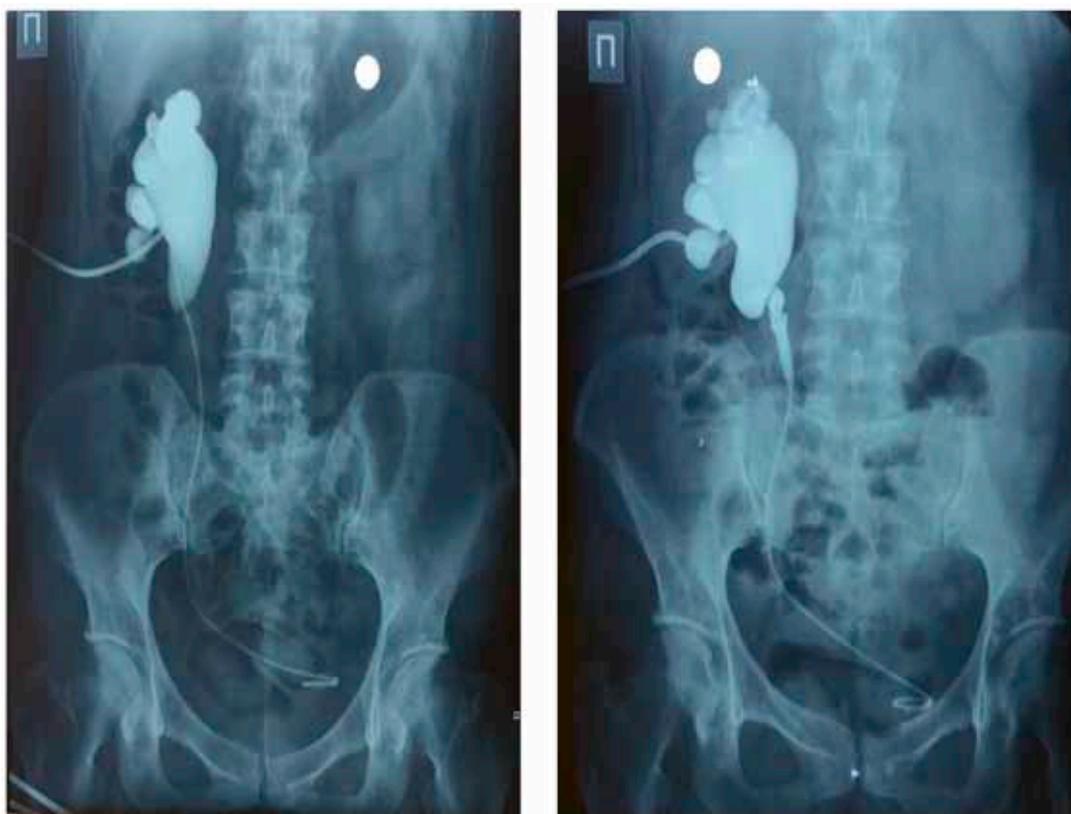
*Рис. 2. Снимки Ш. после операции:  
а – антеградные пиелографии Ш; б – антеградная пиелография с фрагментом тонкой кишки*

от 10.10.2016 г. операция «Пластика правого мочеточника аппендикулярным отростком. Уретероаппендицистонеоанастомоз справа». Показания для операции «Протяженная стриктура средней и верхней трети

правого мочеточника. Нефростома справа». Послеоперационный период протекал гладко. Выписана на амбулаторное лечение по месту жительства через 12 дней после операции.



*Рис. 3. Обзорная и антеградная пиелография Т. До операции*



*Рис. 4. Антеградная пиелография Т. После операции*

Уретероцитонеоанастоз при постлучевых стриктурах мочеточника.

Двум женщинам с постлучевой стриктурой мочеточника была выполнена «Уретероцитонеоанастомоз».

Показанием для этой операции были: стриктура мочеточника в нижней трети, протяженность стриктуры более 1 см и не более 5 см при протяженной стриктуре мочеточника более 5 см из-за короткого мочеточника выполнение соединения мочеточника с мочевым пузырем затруднительно, а нередко и невозможно.

Малоинвазивные операции при постлучевых стриктурах мочеточника.

Трем больным женщинам с постлучевой стриктурой мочеточника в нижней трети была с успехом выполнена эндоуретеротомия гольмиевым лазером.

Показанием для эндоскопической операции была протяженность стриктуры мочеточника не более 0,5 см.

#### Выводы

1. Чрезкожную пункционную нефростомию, как и мочеточниковые стенты при постлучевых стриктурах мочеточника необходимо применять для временного дренирования мочи.

2. При постлучевой стриктуре мочеточника протяженностью до 0,5 см возможно эндоуретеротомия гольмиевым лазером.

3. Постлучевой стриктуре мочеточника в нижней трети более 0,5 см и не более 5 см показано выполнение «Уретероцитонеоанастомоз».

4. Показанием для пластики левого мочеточника сегментом тонкой кишки бывает: стриктура средней и верхней трети мочеточника.

5. При показании для пластики правого мочеточника аппендикулярным отростком может быть: стриктура средней и верхней трети мочеточника, когда длина аппендикулярного отростка более 5 см, а отросток без патологических изменений.

6. Протяженных стриктурах мочеточника в средней и верхней трети в некоторых случаях показано выполнение ауто-трансплантации почки, так как в клинике имеется опыт выполнения 220 трансплантаций почек.

#### Список литературы

1. Бондаренко С.Д. Дифференцированный подход к выбору способа малоинвазивной хирургической коррекции гидронефроза: дисс. ... к. м. н., 2007.
2. Кан Д.В. Кишечная пластика мочеточника. – Изд-во ЦОЛИУВ, 1968.
3. Смирнова С.В. Выбор метода лечения стриктур мочеточника у больных с опухолями таза: дисс. ... к. м. н., 2009.
4. Чиссов В.И., Давыдов М.И. Онкология. Национальное руководство – М., 2008. – С. 23–24.