

## Реконструктивные операции при лучевых повреждениях



Гуспанов Р.И.  
Д.м.н, доцент кафедры урологии и андрологии РНИМУ  
им. Н.И. Пирогова, Москва

### *«Лучевой мочеточник»: почему стандартные операции не работают?*

*Постлучевые стриктуры мочеточников – это «тихий» диагноз, который годами ведет к потере функции почек у онкогинекологических пациенток. В эксклюзивном интервью для «Дайджеста урологии» д.м.н. Ренат Иватуллаевич Гуспанов объясняет, почему пораженные радиацией ткани требуют изменения хирургической парадигмы.*

*Читайте о результатах уникального ИГХ-исследования, доказывающего вред внутренних стентов, и о том, как кишечная пластика становится единственным шансом на возвращение к нормальной жизни при микроцистисе и тотальном фиброзе.*

*Редакция «Дайджеста урологии»: Ренат Иватуллаевич, сегодня мы обсуждаем одну из самых сложных тем в реконструктивной урологии – лучевые повреждения. Насколько значим масштаб этой проблемы в структуре онкоурогинекологической помощи?*

**Р.И. Гуспанов:** Масштаб колоссальный. Опухоли органов малого таза составляют до 18% впервые диагностированных злокачественных новообразований у женщин. Лучевая терапия (ЛТ) является основным методом лечения, обеспечивающим хорошие онкологические результаты, но оборотной стороной являются тяжелые осложнения. По данным литературы, частота урологических осложнений ЛТ рака шейки матки достигает 46,3%, но это

самая честная цифра, объединяющая абсолютно все виды осложнений 1-4 степени.

**Редакция:** *В чем заключается патофизиологическое коварство ионизирующего излучения для мочевыводящих путей?*

**Р.И. Гуспанов:** Проблема в том, что излучение вызывает двухпочечные разрывы ДНК не только в опухоли, но и в окружающих тканях. Это запускает процессы фиброза и склероза. Особенности анатомии малого таза таковы, что мочеточники и мочевой пузырь неизбежно попадают в зону облучения. Частота стриктур мочеточника растет с годами: если через 5 лет это 1%, то через 25 лет – уже 3,3%. При этом постлучевые стриктуры часто диагностируются поздно, когда функция почки уже под угрозой.

**Редакция:** *Ваше исследование включает опыт лечения 60 пациенток. Каковы были ключевые критерии распределения больных по методам лечения?*

**Р.И. Гуспанов:** Мы разделили пациентов в зависимости от тяжести повреждений:

- Группа стандартной пластики (68,3%) – 41 пациентка. Здесь мы выполняли операцию Боари или прямой уретероцистоанастомоз. Это было возможно при сохранной емкости мочевого пузыря и непротяженных стриктурах.

- Группа кишечной пластики (31,7%) – 19 пациенток с протяженными повреждениями и микроцистисом. Именно на этой группе мы сосредоточили внимание, изучая возможности использования изолированных сегментов кишечника.

**Редакция:** *Одним из самых интересных аспектов вашего исследования является использование иммуногистохимии (ИГХ) для выбора тактики дренирования. Что удалось обнаружить?*

**Р.И. Гуспанов:** Это принципиальный момент. Мы сравнивали состояние тканей у пациенток с нефростомами и внутренними стентами. ■

При использовании стентов ИГХ-исследование показало выраженную воспалительную инфильтрацию (маркеры CD3, CD20) и отсутствие четкой границы зоны стриктуры. Гистологически мы видели воспаление, фиброз и поражения слизистой разной степени выраженности.

При использовании нефростом такого агрессивного воспаления и глубокого повреждения тканей не наблюдалось. Наш вывод однозначен: до операции следует отдавать предпочтение *чрескожной нефростомии*. Стенты только усугубляют воспаление в и без того скомпрометированных облучением тканях.

**Редакция:** *Вы упомянули о «смене парадигмы». В чем она заключается при выборе метода самой операции?*

**Р.И. Гуспанов:** В отказе от иллюзий относительно «пластичности» облученных собственных тканей. У нас была пациентка, которой дважды пытались восстановить мочеточник стандартными методами (уретероцистоанастомоз и операция Боари), но оба раза это привело к рецидиву и даже дефекту мочевого пузыря с затеком мочи в забрюшинное пространство. Только использование сегмента подвздошной кишки позволило окончательно восстановить уродинамику. Использование собственных тканей (пузырного лоскута) при выраженном постлучевом фиброзе редко приводит к успеху. Заместительная кишечная пластика в таких случаях – единственный надежный путь.

**Редакция:** *Какие типы кишечных пластик вы применяли наиболее часто?*

**Р.И. Гуспанов:** Мы использовали различные конфигурации в зависимости от стороны поражения.

Для левого мочеточника чаще применялась пластика двух нижних третей (26,3% случаев).

Для правого также доминировала пластика нижних третей (31,6%).



При двустороннем поражении мы формировали S-образные лоскуты.

В случаях микроцистиса выполнялось формирование ортотопического мочевого пузыря по Штудеру или L-образная пластика.

**Редакция:** *Каковы функциональные итоги лечения в этой сложной группе?*

**Р.И. Гуспанов:** Результаты подтверждают правильность выбранной тактики: по данным МСКТ, проходимость путей была восстановлена у 84,2% пациенток. Динамическая нефросцинтиграфия (ДНСГ) показала улучшение функции почек у 73,7% женщин. У 6 пациенток (31,6%) функциональные показатели почек полностью нормализовались. Конечно, не обходится без осложнений. У 26,3% пациенток в раннем периоде развился острый не obstructивный пиелонефрит (Clavien-Dindo II), который был успешно купирован антибиотиками.

**Редакция:** *Ренат Иватуллаевич, каков ваш итоговый совет практикующим коллегам, сталкивающимся с «лучевым» мочеточником?*

**Р.И. Гуспанов:** Во-первых, не затягивайте с дренированием и выбирайте нефростому. Во-вторых, не пытайтесь «натянуть» пораженные ткани мочевого пузыря на облученный мочеточник – это приведет к ишемии и рецидиву. Если есть признаки протяженной стриктуры и фиброза, кишечная пластика должна рассматриваться не как «операция отчаяния», а как первичный метод выбора для реабилитации пациентки.

**Редакция:** *Огромное спасибо за такой детальный разбор. Уверены, эти данные станут основой для новых клинических протоколов.*

**Р.И. Гуспанов:** Это и является нашей целью – научно обосновать подходы, которые вернут этим женщинам качество жизни. ■

*Материал подготовлен командой Уровеб.*