

УДК 616.381-008.6

РЕТРОПЕРИТОНЕАЛЬНЫЙ ФИБРОЗ

В. П. Зипунников, А. В. Комаров, А. Д. Сапожников

Кафедра урологии, нефрологии и трансплантации факультета усовершенствования врачей ВолГМУ

Результаты анализа современного состояния проблемы ретроперитонеального фиброза показывают, что до настоящего времени все еще не выработано общепринятого алгоритма его лечения. В статье проведен подробный анализ преимуществ и недостатков основных методов лечения идиопатического ретроперитонеального фиброза.

Ключевые слова: ретроперитонеальный фиброз, ауто трансплантация почки.

RETROPERITONEAL FIBROSIS

V. P. Zipunnikov, A. V. Komarov, A. D. Sapozhnikov

An analysis of retroperitoneal fibrosis problem shows that there is still no universally accepted algorithm of treatment. The article offers detailed analysis of the advantages and disadvantages of the main methods of idiopathic retroperitoneal fibrosis treatment.

Key words: retroperitoneal fibrosis, kidney autotransplantation.

Ретроперитонеальный фиброз — довольно редкое заболевание, может быть идиопатическим или развившимся вторично в результате онкологических заболеваний, инфекции и воспаления. Идиопатический ретроперитонеальный фиброз впервые был описан американским урологом Ormond в 1948 г. [17]. Фиброз развивается медленно, часто приводит к обструкции мочеточника и снижению функции почки [5].

До настоящего времени все еще не выработано общепринятого алгоритма лечения идиопатического ретроперитонеального фиброза, поскольку ни один из используемых методов пока не приводит к гарантированным результатам.

Некоторые исследователи применяли терапию кортикостероидами и даже цитостатиками с целью воздействия на аутоиммунный механизм заболевания. Традиционным хирургическим лечением этого заболевания на протяжении многих лет оставался уретеролиз с перитонезацией мочеточника и иногда обертыванием его лоскутом сальника. У ряда пациентов такие операции оказывались успешными, однако нередко сопровождалась осложнениями [30]. Учитывая небольшую встречаемость идиопатического ретроперитонеального фиброза в популяции и сложность концентрации пациентов, для получения статистически значимых результатов необходимы расширенные многоцентровые исследования. Поэтому при проведении таких исследований, особенно в отношении не очень многочисленных хирургических вмешательств, зачастую отмечаемые различия в результатах во многом обусловлены

не только преимуществами и недостатками методик, но и существенно отличающимся опытом отдельных центров. Кроме того, достаточно сложно проследить судьбы всех пациентов в течение длительного времени. Однако именно отдаленные результаты позволяют делать выводы в отношении эффективности лечения таких системных заболеваний, как ретроперитонеальный фиброз [5]. С этой точки зрения представляется достаточно ценным опыт отдельных центров, отслеживающих результаты лечения пусть небольшого числа пациентов, но в течение длительного времени.

Теоретическое применение противовоспалительных препаратов является патогенетически обоснованным. Попытки использовать кортикостероиды в качестве монотерапии и в комбинации с оперативным лечением предпринимались в течение длительного времени. Karger и соавт. [24] наблюдали положительный эффект у 9 из 11 пациентов в результате монотерапии стероидами.

Основываясь на примерах успешного применения монотерапии стероидами и их комбинации с цитостатиками, ряд авторов предлагают использовать терапию в качестве стартового лечения [38]. Многие авторы считают, что в начале консервативной терапии необходимо проводить пункционную биопсию для исключения злокачественности процесса [5]. Некоторые исследователи считают, что возможно применение антиэстрогена тамоксифена и некоторых иммуносупрессантов: азатиоприна, циклофосфамида и микофенолата мофетила при терапии идиопатического ретроперитонеального фиброза [12, 33]. Ross с соавт. [3] предложили

комбинировать хирургическое лечение со стероидной терапией еще в 1971 г. Однако роль консервативной терапии в профилактике рецидива ретроперитонеального фиброза остается неясной. Корректность оценки затрудняется существованием разных подходов к лечению ретроперитонеального фиброза. Некоторые авторы начинают с применения кортикостероидов и других препаратов и в случае отсутствия эффекта прибегают к хирургическому лечению. Другие сразу оперируют пациентов и затем назначают медикаментозную терапию. Cerfolio и соавт. [5] в результате ретроспективной оценки результатов уретеролиза у 31 пациента (12 получали стероиды и 19 не получали) не обнаружили достоверных различий в отношении развития рецидива на протяжении 18 месяцев.

По данным многоцентрового исследования [30], 16 из 19 операций у 15 пациентов (84 %) сопровождались успехом в ближайшем периоде при использовании дополнительной лекарственной терапии в до- или послеоперационном периоде. Практически такие же результаты получены без применения стероидов: 22 из 27 операций (81 %).

Неопределенность показаний и отсутствие достоверных доказательств эффективности стероидов и цитостатиков привели к невысокой популярности их использования в практике лечения ретроперитонеального фиброза. Хотя в 88 % клиник, по данным многоцентрового обзора [9], стероиды использовали в предоперационном периоде, их получали не более 32 % пациентов. Аналогично 59 % клиник использовали эти препараты в послеоперационном периоде лишь у 39 % пациентов.

Самый надежный способ отведения мочи при внешней обструкции мочеточника, чаще всего, в результате онкологических заболеваний с вовлечением забрюшинных структур и малого таза — перкутанная нефростомия [4, 13, 16, 19]. Однако длительное наружное дренирование сопряжено со значительными неудобствами для пациента и серьезным риском инфекционных осложнений [9, 19, 22, 37].

При идиопатическом ретроперитонеальном фиброзе, когда мы чаще всего имеем дело с молодыми пациентами и, следовательно, необходимостью сохранения функции почки на протяжении многих лет, вряд ли можно считать приемлемым использование постоянного нефростомического дренажа.

В отличие от стриктур, непосредственно связанных с самим мочеточником, внешнее сдавление далеко не всегда успешно поддается коррекции путем установки стента. Таким образом, удается достичь успеха у 40—60 % пациентов [1, 7, 14, 21, 40].

В 1989 г. Docimo и DeWolf [7] прибегли к внутреннему дренированию стентом у 46 пациентов с неспецифическим наружным сдавлением мочеточника, что сопровождалось успехом у 56 % больных при наблюдении в течение 30 дней.

Yossepowitch [35] в 2001 г. привел наблюдение 28 пациентов, успешно стентированных по поводу раз-

личных онкологических заболеваний, из которых лишь у 16 (57 %) не возникла повторная обструкция спустя 3 месяца.

Rosenberg с соавт. [8] считают вполне оправданным стентирование в большинстве случаев обструкций злокачественными образованиями в связи с достаточно высокой эффективностью и относительно небольшой предполагаемой продолжительностью жизни. В то же время в отношении лечения ретроперитонеального фиброза данные довольно противоречивы. В 2004 г. Chung с соавт. сообщил [4] об установке внутреннего стента 131 пациенту с обструкцией мочеточника, из которых у 80 (61 %) не было отмечено рецидива в течение последующих 11 месяцев. При этом результаты лечения заболеваний неопухоловой природы были значительно лучше (10 из 11 пациентов). Rosevear [20] отметил успех от стентирования у 84 % пациентов в течение 16 месяцев независимо от причины обструкции.

Большое значение имеет локализованность обструкции, так как сопротивление оттоку мочи определяется не только калибром просвета, но и протяженностью сужения. Результаты компьютерной томографии подтвердили субтотальное сужение просвета мочеточника почти на всем протяжении у нашего пациента. Механизм действия длительного стентирования, по всей видимости, основан на развитии плотного фиброзного футляра вокруг мочеточника, сохраняющего, по крайней мере, размер дренажа. При этом дальнейшему сужению просвета после удаления стента препятствует сопротивление образовавшегося футляра.

В исследовании Rosevear [20] отмечено, что результаты стентирования лучше в группе пациентов с фокальным очагом сужения, однако отмечено, что для достоверности результатов необходимо гораздо большее число наблюдений. В целом Rosevear отметил потерю эффективности стентирования, в среднем, через 4,8 месяцев при периоде наблюдения 16 месяцев.

Большое значение при стентировании придается раннему выполнению процедуры. Во-первых, проведение ее возможно лишь до определенной степени склероза.

Во-вторых, стентирование целесообразно лишь при относительно сохранной функции почки. В исследовании Chung [4] не было получено положительных результатов у пациентов с уровнем креатинина плазмы, превышающем 3,11 мг%.

Еще одна трудность в оценке результатов состоит в том, что в большинстве работ длительность эффективного применения стента оценивается лишь у пациентов, выполнение процедуры у которых было возможно изначально без сравнения с другими методами лечения. С этой точки зрения приведенное наблюдение интересно тем, что оказалось возможным сравнить два разных метода лечения у одного и того же пациента.

Некоторые авторы рекомендуют при выраженной обструкции параллельно использовать два стента, тем

чен и даже при отсутствии успеха не создает существенных помех для дальнейшей оперативной коррекции.

Выполнение уретеролиза даже в сочетании с укутыванием его сальником нередко сопровождается рецидивами. Во многом это связано с редукцией кровообращения или механическим повреждением мочеточника при выделении в условиях выраженного фиброза. Внедрение лапароскопического уретеролиза снижает травматичность подобных вмешательств и, по данным некоторых исследователей, сопровождается при среднесрочном наблюдении обнадеживающими результатами. Основным недостатком метода является ухудшение кровоснабжения мочеточника, неизбежно ведущее к его склерозу. Кроме того, уретеролиз не устраняет самого фиброза и не позволяет удалить наиболее пострадавшие сегменты мочеточника.

Наиболее радикальной операцией является гетеротопическая аутотрансплантация почки. Во-первых, почка перемещается в другую зону, где фиброз обычно гораздо менее выражен. Во-вторых, длина мочеточника уменьшается, в среднем, до 5—8 см, что во много раз снижает вероятность развития его ишемии и стриктуры. При необходимости можно даже прибегнуть к пиелостаномозу, что практически исключает возможность рестеноза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Barton D. P., Morse S. S., Fiorica J. V., et al. // *Obstet Gynecol.* — 1992. — 80. — P. 805—811.
2. Brown J. A., Garlitz C. J., Hubosky S. G., et al. // *Urology.* — Vol. 68. — P. 46—49.
3. Cerfolio R. J., Morgan A. S., Hirvela E. R., et al. // *Curr Surg.* — 1990. — Vol. 47. — P. 423—427.
4. Chung S., Stein R. J., Landsittel D., et al. // *J Urol.* — 2004. — Vol. 172. — P. 592—595.
5. David A. Duchene, Howard N. Winfield, Jeffrey A. // *Urology.* — 2007. — Vol. 69 (6). — P. 1017—1021.
6. Debruyne F. M., Bogman M. J., Ypma A. F. // *Eur Urol.* — 1982. — Vol. 8. — P. 45.
7. Docimo S. G., DeWolf W. C. // *J Urol.* — 1989. — Vol. 142. — P. 277—279.
8. Elashry O. M., Nakada S. Y., Wolf J. S. Jr., et al. // *J Urol.* — 1996. — Vol. 156. — P. 1403.
9. Farrell T. A., Hicks M. E. // *J Vasc Interv Radiol.* — 1997. — Vol. 8. — P. 769—774.
10. Fugita O. E., Jarrett T. W., Kavoussi P., Kavoussi L. R. // *J Endourol.* — 2002. — Vol. 16. — P. 571.
11. Garrard C. L., Clements R. H., Nanney L., et al. // *Surg Endosc.* — 1993. — Vol. 13. — P. 10.
12. Grotz W., von Zedtwitz I., Andre M., et al. // *Lancet.* — 1998. — Vol. 352. — P. 1195.
13. Harreby M., Bilde T., Helin P., et al. // *Scand J Urol Nephrol.* — 1994. — Vol. 28. — P. 237—242.
14. Hyppolite J. C., Daniels I. D., Friedman E. A. // *ASAIO J.* — 1995. — Vol. 41. — P. 318—323.
15. Israelsson L. A., Smedberg S., Montgomery A., et al. // *Hernia.* — 2006. — Vol. 10. — P. 258.
16. Joshi H. B., Adams S., Obadeyi O. O., et al. // *Eur Urol.* — 2001. — Vol. 39. — P. 695—701.
17. Karder A. H., Kattan S., Lindstedt E., et al. // *J Urol.* — 2002. — Vol. 168. — P. 550—555.
18. Katz R., Golijanin D., Pode D., et al. // *Urology.* — 2002. — Vol. 60. — P. 780—783.
19. Kehinde E. O., Newland C. J., Terry T. R., et al. // *Br J Urol.* — 1993. — Vol. 71. — P. 664—666.
20. Lajer H., Widecrantz S., Heisterberg L. // *J Laparoendosc Adv Surg Techn A.* — 1997. — Vol. 7. — P. 111.
21. Lau M. W., Temperley D. E., Mehta S., et al. // *Br J Urol.* — 1995. — Vol. 76. — P. 565—569.
22. Lee W. J., Patel U., Patel S., et al. // *J Vasc Interv Radiol.* — 1994. — Vol. 5. — P. 135—139.
23. Linke C. A., May A. G. // *J Urol.* — 1972. — Vol. 107. — P. 196.
24. Marcolongo R., Tavolini I. M., Laveder F., et al. // *Am J Med.* — 2004. — Vol. 116. — P. 194—197.
25. Mettler L., Schollmeyer T., Kotdawala Zavala A., Moharram A. E. // *Gynecol Endosc.* — 2002. — Vol. 11. — P. 189.
26. Miles R. M., Brock J., Martin C. // *Am Surg.* — 1984. — Vol. 50. — P. 76—84.
27. Mufarrij P. W., Stifelman M. D. // *Rev Urol.* — Vol. 8. — P. 226—230.
28. Munda R., Mertoza N., Alexander J. W. // *Arch. Surg.* — Vol. 117. — P. 1615.
29. Ochsner M. G., Brannan W., Pond H. S., Goodlet J. S. // *J Urol.* — 1975. — Vol. 114. — P. 700.
30. Ormond J. K. // *J Urol.* — 1948. — Vol. 59. — P. 1072.
31. Palleschi J., McAninch J. W. // *J Urol.* — 1981. — Vol. 125. — P. 408.
32. Parums D. V., Choudhury R. P., Shields S. A., Davies A. H. // *Br J Urol.* — 1991. — Vol. 67. — P. 564.
33. Ross J. C., Goldsmith H. J. // *Br J Surg.* — 1971. — Vol. 58. — P. 422—427.
34. Rose M. C., Novick A. C., Rybka S. J. // *Cleve. Clin. Q.* — 1984. — Vol. 51. — P. 357.
35. Rosenberg B. H., Bianco F. J. Jr., Wood D. P. Jr., et al. // *J Endourol.* — 2005. — Vol. 19. — P. 63—67.
36. Shih Y., Becket J. A., Suster B., Gordon D. // *Urol. Radiol.* — 1981. — Vol. 3. — P. 101.
37. Sim L. S., Tan B. S., Yip S. K., et al. // *Ann Acad Med Singapore.* — 2002. — Vol. 31. — P. 76—80.
38. Tan M. O., Uygur M. C., Diker Y., et al. // *Urol Int.* — 2003. — Vol. 71. — P. 426—429.
39. Wagenknecht L. V., Hardy J. C. // *Eur. Urol.* — 1981. — Vol. 7. — P. 193.
40. Yossepowitch O., Lifshitz D. A., Dekel Y., et al. // *J Urol.* — 2001. — Vol. 166. — P. 1746—1749.

Контактная информация:

Сапожников Аркадий Давидович — к. м. н., доцент урологии, нефрологии, трансплантологии ФУВ ВолГМУ, e-mail: vounc@gmail.ru