Двухсторонний уретеростаз после экстирпации прямой кишки

Ю.М. Тимофеев

ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН, Москва

Контакты: Юрий Михайлович Тимофеев klarafrost@rambler.ru

Представлено редкое наблюдение двухстороннего уретеростаза, возникшего в раннем послеоперационном периоде у больной после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, приведшего к полной окклюзии обеих почек. Своевременная диагностика этого редкого осложнения позволила вовремя восстановить пассаж мочи по мочеточникам и предотвратить развитие почечной недостаточности. В медицинской практике важна дифференциальная диагностика этого редкого осложнения от интраоперационной травмы мочеточников (их пересечение или перевязка).

Ключевые слова: уретеростаз, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки, нефростомия

Bilateral ureterostasis after rectal extirpation

Yu. M. Timofeyev

N. N. Blokhin Russian Cancer Research Center, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow

The paper describes a rare case of bilateral ureterostasis that occurred in the early postoperative period in a female patient after abdomino-perineal rectal extirpation and resulted in complete occlusion of both kidneys. The timely diagnosis of this rare complication could recover urinary passage along the ureters and prevent renal failure in time. The differential diagnosis of this rare complication due to intraoperative damage to the ureters (their transection or ligation) is important in medical practice.

Key words: ureterostasis, abdominoperineal rectal extirpation, nephrostomy

Операции по поводу рака прямой кишки (брюшно-промежностная экстирпация, брюшно-анальная резекция с низведением сигмовидной кишки, чрезбрюшная резекция прямой кишки) нередко сопровождаются различными урологическими осложнениями как во время операции, так и в раннем послеоперационном периоде. Частота их, по данным различных авторов, составляет от 5 до 25 % [1–7].

К числу таких урологических осложнений относятся: стойкая атония мочевого пузыря, операционная травма мочевого пузыря, мочеточников, уретры и др. Подобный высокий процент урологических осложнений объясняется тесными топографоанатомическими взаимоотношениями прямой кишки и урологических органов (мочевого пузыря, мочеточников, уретры), большой распространенностью опухолевого процесса, а также ошибками хирурга во время операции.

В отделении онкопроктологии ФГБУ «РОНЦ им. Н.Н. Блохина» РАМН наблюдалось уникальное послеоперационное урологическое осложнение после брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки, которое не встретилось в доступной нам мировой литературе. Редкость подобного осложнения, трудности в диагностике его, сложная тактика ведения и лечения этого осложнения, а также полное его излечение — все это заставило нас поделиться указанным наблюдением.

Больная А., 1935 г. р., впервые оперирована в РОНЦ 03.03.1983 по поводу рака прямой кишки Т3N0M0. Нижний полюс опухоли располагался на расстоянии 8 см

от анального кольца, гистологическое заключение: аденокарцинома. 03.03.1983 произведена операция — низкая чрезбрюшная резекция прямой кишки с формированием анастомоза аппаратом АКА-2. В послеоперационном периоде отмечалась несостоятельность анастомоза, развитие флегмоны малого таза, образование ректо-вагинального свища. 16.03.1983 была сформирована разгрузочная 2-ствольная трансверзостома, выполнено дренирование тазовой флегмоны. После купирования воспалительных явлений и заживления ректо-вагинального свища 04.04.1984 (т. е. через 1 год) было произведено закрытие 2-ствольной трансверзостомы.

В 1986 г. была диагностирована ворсинчатая опухоль прямой кишки, на передней стенке кишки, на расстоянии 3 см от анального кольца, размер опухоли 2 × 2 см, гистологическое заключение: тубуло-вильозная аденома. Произведено трансанальное иссечение опухоли, однако опухоль многократно рецидивировала, что потребовало в дальнейшем неоднократного ее иссечения (в общей сложности 10 раз); последнее трансанальное иссечение опухоли произведено в 2008 г.

В ноябре 2009 г. выявлена малигнизация ворсинчатой опухоли прямой кишки, опухоль имела размер 3 × 3 см, располагалась ниже зоны ранее сформированного анастомоза на передней стенке кишки, на расстоянии 3 см от анального кольца. При ультразвуковом исследовании (УЗИ) брюшной полости и экскреторной урографии, произведенных до операции, данных за сдавление мочеточников, пиелозктазию почек не выявлено.

27.01.2010 произведена операция — брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки. При мобилизации прямой кишки отмечался выраженный рубцово-спаечный процесс (фиброз) в малом тазу, обусловленный ранее перенесенной (в 1983 г.) флегмоной малого таза, несостоятельностью анастомоза и ректо-вагинальным свищом. Ход обоих мочеточников в малом тазу был тщательно прослежен вплоть до их впадения в мочевой пузырь. При мобилизации прямой кишки произошел разрыв стенки левой внутренней подвздошной вены длиной около 1 см. Дефект был ушит атравматической нитью. Кровопотеря составила 3 л; в малый таз установлено 12 тампонов, во влагалище — 1 тампон.

Послеоперационный период тяжелый, что было обусловлено травматичностью перенесенной операции, массивной кровопотерей, возрастом больной (74 года), наличием ряда тяжелых сопутствующих заболеваний (ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь, язвенная болезнь 12-перстной кишки, варикозная болезнь нижних конечностей с изъязвлением кожи, желчно-каменная болезнь). Уровень гемоглобина в течение 7–10 суток после операции составлял от 6 до 8 гр/дл, тромбоциты — 56 000, креатинин — 82 мкмоль/л, мочевины — 12,1 ммоль/л. Производилась массивная инфузионная терапия, переливание эритроцитарной массы, тромбоконцентрата, антибиотикотерапия, искусственная вентиляция легких.

В 1-е сутки после операции по катетеру из мочевого пузыря выделилось около 1 л прозрачной мочи. Однако на 2-е сутки выделилось всего 200 мл мочи из мочевого пузыря. На 3-и сутки после операции 30.01.2010 при УЗИ почек выявлена двухсторонняя пиелэктазия (3 и 2,5 см). На консилиуме врачей было решено, что задержка оттока мочи по мочеточникам обусловлена либо сдавливанием их тампонами, либо их операционной травмой (перевязка или пересечение обоих мочеточников). В тот же день, 30.01.2010, произведена двухсторонняя нефростомия (пиелостомия). Диурез восстановлен, составлял от 1 л до 3,5 л ежедневно по обеим нефростомам, показания мочевины и креатинина оставались в норме.

После удаления тампонов из промежностной раны на 10-е сутки после операции пассаж мочи по мочеточникам не восстановился (мочевой пузырь оставался пустым после перекрытия нефростом). Был поставлен диагноз операционной травмы мочеточников.

26.02.2010 произведена антеградная урография (через нефростомы); при этом установлено, что оба мочеточника **полностью проходимы**, без всякого сдавливания, вплоть до их впадения в мочевой пузырь. Однако при перекрытии пиелостом пассаж мочи по мочеточникам не восстановился, мочевой пузырь оставался пустым.

Пиелостомы вновь открыты, по ним выделялось не менее 500–600 мл мочи ежедневно по каждому мочеточнику. 03.03.2010 (т. е. на 35-е сутки после операции) пассаж мочи по левому мочеточнику восстановился, что было доказано при контрольном УЗИ после перекрытия левой пиелостомы. Пиелостома слева удалена 03.03.2010. Больная стала самостоятельно мочиться. Однако пассаж мочи по правому мочеточнику не восстановился, больная была выписана домой 19.03.2010 с пиелостомой справа.

Через 2 мес после выписки (через 4 мес после операции) 26.05.2010 при контрольном УЗИ в поликлинике РОНЦ выявлено восстановление пассажа мочи по правому мочеточнику, пиелостома справа удалена. При контрольном УЗИ через 1 нед после удаления пиелостомы данных за пиелэктазию обеих почек нет, пассаж мочи по обоим мочеточникам полностью восстановлен. При экскреторной урографии, произведенной 26.06.2010 данных за пиелэктазию не выявлено, мочеточники функционируют нормально.

В январе 2012 г. произведено контрольное обследование больной: рентгенография легких, УЗИ печени, почек, малого таза, мочевого пузыря, общий анализ крови и мочи, биохимические анализы крови. Данных за рецидив и метастазы не выявлено, мочеточники функционируют нормально, изменений в общем анализе крови и мочи, биохимическом анализе крови — не выявлено.

Подобное осложнение (двухсторонний функциональный уретеростаз после экстирпации прямой кишки) ни разу не зафиксировано в практике отделения онкопроктологии РОНЦ за все время его существования. В доступной нам литературе также не описано подобного осложнения после проктологических операций. Причины развития двухстороннего функционального уретеростаза, продолжавшегося от более чем 1 мес слева до 4 мес справа, до конца не ясны. Возможно, они связаны с тупой травмой мочеточников во время операции (сдавление их операционным зеркалом в узком малом тазу), либо их денервацией во время операции, либо (что маловероятно) ишемией тканей мочеточников во время массивной интраоперационной кровопотери, сопровождавшейся падением артериального давления.

Однако правильное послеоперационное ведение больной, вовремя диагностированная двухсторонняя пиелэктазия и своевременная двухсторонняя пиелостомия (нефростомия) — все это позволило купировать стаз мочеточников, сохранить функции почек и восстановить в последующем нормальное функционирование обоих мочеточников и самостоятельное мочеиспускание у больной с полноценным сохранением функции почек.

ЛИТЕРАТУРА

1. Савинков В.Г., Фролов С.А., Чамзинская Л.И. и др. Урологические осложнения хирургии рака прямой кишки. Материалы III Всероссийского съезда колопроктологов, 12–14 октября 2011 г., г. Белгород. Колопроктология 2011 (приложение); 3(37):85–6.
2. Кныш В.И., Ожиганов Е.Л. Урологические осложнения после операций при раке прямой кишки. Хирургия 1983;5:12–5.
3. Calpista A., Lai S., Agostini A. et al. Functional urological complications after colo-rectal cancer surgery. *Pelvipерineology* 2007;26:38–401.
4. Zugor V., Miskovic I., Lausen B. et al. Sexual dysfunction after rectal surgery: a retrospective study of men without disease recurrence. *J Sex Med* 2010 Sep;7(9): 3199–205.
5. Pocard M., Zinzindohoue F., Habb F. et al. A prospective study of sexual and urinary function before and after total mesorectal excision with autonomic nerve preservation for rectal cancer. *Surgery* 2002;131:368–72.
6. Nesbakken A., Nygaard K., Bull-Njaa T. et al. Bladder and sexual dysfunction after mesorectal excision for rectal cancer. *Br J Surg* 2000;87:206–10.
7. Havenga K., Maas C.P., deRuiter M.C. et al. Avoiding long-term disturbance to bladder and sexual function in pelvic surgery, particularly with rectal cancer. *Sem Surg Onc* 2000;18:235–43.