© Э.А.Якубов, 2017
УДК 616.361-003.4-053.2-089

Э.А.Якубов

ДООПЕРАЦИОННЫЕ ОШИБКИ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЕ ОПАСНОСТИ В ХИРУРГИИ КИСТ ЖЁЛЧНЫХ ПРОТОКОВ У ДЕТЕЙ

Ташкентский педиатрический медицинский институт (ректор — проф. Б.Т.Даминов), г. Ташкент, Республика Узбекистан

ЦЕЛЬ. Проанализировать дооперационные ошибки и интраоперационные опасности при кистозных трансформациях желчных протоков. МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ. Проанализированы данные о 76 больных с кистозной трансформацией жёлчных протоков. Из них у 74 (97,4%) проведены различные виды операций. РЕЗУЛЬТАТЫ. Из 74 оперированных детей у 34 возникли различные осложнения на этапе диагностики и оперативного лечения. У 2 больных наблюдали осложнения ятрогенного характера при сложных анатомо-топографических вариантах аномалий. Представлены наиболее частые осложнения, их причины и особенности тактики лечения. ЗАКЛЮЧЕНИЕ. Диагностические и тактические ошибки обусловлены низкой осведомлённостью врачей о кистозных трансформациях желчных протоков, отсутствием четкой симптоматики, характерной динамики клинических признаков данного порока. Ранее перенесенная ошибочная или неадекватная операция, выраженный воспалительный процесс в гепатодуоденальной зоне увеличивают риск возникновения интраоперационных осложнений.

Ключевые слова: *кисты желчных протоков, диагностика, лечение, осложнения, дети*

E.A.Yakubov

PREOPERATIVE AND INTRAOPERATIVE RISKS OF ERRORS IN CYSTS SURGERY OF THE BILE DUCTS IN CHILDREN

Tashkent Pediatric Medical Institute, Republic of Uzbekistan

OBJECTIVE. The study analyzed preoperative errors and intraoperative risks in cystic transformations of the bile duct in children. MATERIALS AND METHODS. The data of 76 patients with cystic transformations of the bile duct were evaluated. Various operations were performed on 74 (97,4%) patients. RESULTS. There were noted different complications in 34 cases on the stage of diagnostics and surgical treatment. The iatrogenic complications were observed in patients with complex anatomical and topographic anomalies. The article presents the most frequent complications, their causes and features of treatment approach. CONCLUSIONS. Diagnostic and tactical errors were made due to low awareness of doctors regarding cystic transformations of the bile duct and lack of clear symptoms of dynamic characteristics of clinical signs of the defect. Risk of intraoperative complications would be increased because of earlier performed an erroneous or inadequate surgery and expressed inflammatory process of hepatoduodenal area.

Key words: *cysts of the bile ducts, diagnostics, treatment, complications, children*

Введение. Кистозная трансформация внепеченочных желчных протоков (КТВЖП) у детей характеризуется разнообразием клинических симптомов, тяжелым клиническим течением и развитием осложнений. Поэтому диагностические, а также тактические ошибки и связанные с ними осложнения наблюдаются нередко. Неадекватное лечение по ошибочным диагнозам ведет к необратимым изменениям в органах, обусловливает необходимость обширных хирургических вмешательств в коррекции данного порока. Аномальное впадение сегментарных протоков в общий желчный проток (ОЖП) и выраженный спаечный процесс после перенесенного желчного перитонита при разрыве кисты или осложнений неадекватной первичной операции могут стать причиной ятрогенных повреждений или технических ошибок [4, 6, 7, 9]. В.Г.Акопян [1] описал случай ятрогенного повреждения воротной вены при удалении кисты ОЖП. J.R.Lilly [8] при сращении стенки кисты с элементами гепатодуоденальной связки во избежание ятрогенных повреждений предложил способ выделения кистозно-расширенного протока со стороны внутренней поверхности, оставляя заднюю стенку нетронутой. Увеличивается число публикаций о повторных реконструктивных операциях у больных с КТВЖП [2, 3, 5].

Цель исследования — проанализировать дооперационные ошибки и интраоперационные опасности, а также разработать адекватную хирургическую тактику при КТВЖП по материалам клиники.

Материал и методы. На клинических базах кафедры госпитальной детской хирургии с курсом онкологии нашего института в 1979–2016 гг. (1-й квартал) находились на обследовании и лечении 76 больных с КТВЖП (60 девочек и 16 мальчиков) в возрасте от 15 дней до 16 лет. У 74 (97,4 %) из них проведены различные виды операций. Один ребёнок умер в дооперационном периоде, а одна больная с болезнью Кароли находится под наблюдением. Распределение больных по типу кистозного расширения проведено в соответствии с классификацией F.Alonso-Lej и дополнениями T.Todani и J.R.Lilly: I тип — кистозное расширение ОЖП — отмечен у 55 (72,4 %) больных; IV тип — кистозное расширение вне- и внутрипеченочных протоков — у 19 (25 %); V тип — болезнь Кароли — у 1 (1,3 %); атипичная форма — незначительное расширение внепеченочных протоков при внутрипеченочном кистозном поражении — у 1 (1,3 %); II тип — дивертикул ОЖП — и III тип — холедохоцеле — в наших наблюдениях не встречались.

Результаты и обсуждение. Из 76 больных с КТВЖП 38 (50 %) пролечены по поводу инфекционного гепатита, однако у них типичные клинико-лабораторные признаки заболевания не выявлены. Ошибки в диагнозах направлений имели место у 34 (44,7 %) пациентов, дети поступили в клинику с различными неуточненными или несоответствующими диагнозами (инвагинация кишечника, эхинококкоз печени, аномалия развития желчного пузыря, острый аппендицит, опухоль брюшной полости и перитонит). В 12 (35,3 %) из 34 наблюдений диагностические ошибки были сделаны детскими хирургами и дети ошибочно были оперированы. У них проведенные вмешательства нередко были ошибочными или носили паллиативный характер (наружное дренирование кисты).

У девочки $2^1/_2$ мес, оперированной с подозрением на инвагинацию кишечника, выявлен разрыв ОЖП и проведено зашивание разрыва без дренирования ОЖП. Ребенок умер. На аутопсии установлено, что причиной желчного перитонита стал разрыв кисты ОЖП. В просвете желчного пузыря обнаружены конкременты.

Двое из 12 поступивших больных из других клиник оперированы с ошибочным диагнозом «аномалии развития желчного пузыря». Киста ОЖП оставалась нераспознанной. У одного ребенка ошибочно произведена холецистэктомия без вмешательства на кистозно-измененном ОЖП, у второго — операция заключалась в «устранении спайки желчного пузыря». Через некоторое время у этих детей возобновились прежние клинические признаки заболевания. При повторном обследовании установлен правильный диагноз: киста ОЖП. Больным выполнена повторная хирургическая коррекция.

У девочки в возрасте 1 год 1 мес с разрывом кисты ОЖП, оперированной с диагнозом первичный перитонит, произведено дренирование брюшной полости без обнаружения источника перитонита. Через 6 сут с продолжающимся перитонитом больная повторно оперирована. Обнаружена перфорация кисты ОЖП, и наложена дренажная кистостома. Одна больная госпитализирована с подозрением на эхинококк печени, 2 года назад она перенесла аппендэктомию (скорее всего, ошибочную). Произведены лапаротомия, ревизия брюшной полости. Киста ОЖП осталась нераспознанной. В дальнейшем у нас в клинике ребенок обследован и оперирован с правильным диагнозом — киста ОЖП.

Остальным 7 больным данной группы, оперированным с ошибочным диагнозом эхинококк печени (у 6) и инвагинация кишечника (у 1), из-за растерянности и отсутствия опыта у хирурга по радикальному лечению кист ОЖП операции завершили наружным отведением желчи.

В хирургии КТВЖП наружное дренирование является вынужденной оперативной манипуляцией. Оно проводится при наличии определенных показаний с соблюдением правил, предусматривающих простоту и надежность дренирования, возможность свободного оттока желчи. При необходимости следует проводить контрастное исследование билиарного тракта.

Абсолютные показания к наружному дренированию при кистах ОЖП в 18 наших наблюдениях были у новорожденных и детей в возрасте до 6 мес с обструктивными холангиопатиями, признаками механической желтухи и печеночной недостаточности (у 9); выраженная механическая желтуха без признаков печеночной недостаточности у детей в возрасте от 11 мес до $8^1/_2$ лет (у 6); разрыв кисты, осложнившийся разлитым желчным перитонитом, в основном у детей в возрасте до 3 мес (у 4).

Мы считаем, что при кисте ОЖП оптимальным способом наружного отведения желчи является наложение дренажной холецистостомы (у 12 больных). Обязательным условием выполнения данного вмешательства является нормальная проходимость пузырного протока. При «отключенном» желчном пузыре дренирование проведено на мобильном или расширенном участке кисты (у 3 детей); при разрыве кисты — в месте нарушения ее целости (у 3), с укреплением двумя рядами кисетного шва атравматическими игла-

ми. В подпеченочное пространство проводили отдельную дренажную трубку. Это позволяет свести к минимуму травматичность оперативного вмешательства у больного в тяжелом состоянии и образование грубых спаек вокруг кисты и брюшной полости, затрудняющих проведение повторной радикальной операции.

Из 26 больных, перенесших операции наружного отведения желчи (в клинике — у 18 и у 8 — поступивших из других учреждений), 15 (57,7 %) после улучшения состояния через 4 дня — 11 мес выполнен один из вариантов операции внутреннего дренирования: холецистэктомия, иссечение кисты с наложением гепатикоэнтеростомы по Roux (у 7), холецистэктомия, кистэктомия, наложение гепатикодуоденостомы (у 4). У 3 больных операция завершилась наложением кистодуоденоанастомоза, у 1 — кистоэнтероанастомоза по Roux с частичным иссечением кисты. Излишняя травматизация печени и гепатодуоденальной зоны при поиске «эхинококковой кисты» при ошибочной диагностике и недостаточной герметизации после завершения операции наружным дренированием кисты были основными причинами образования массивного спаечного процесса вокруг кисты, распространяющегося на прилегающие органы брюшной полости, что серьезно затрудняло повторные вмешательства. У 11 (42,3 %) из 26 больных, перенесших операции наружного дренирования кисты, повторные корригирующие операции не проведены вследствие летального исхода в раннем послеоперационном периоде (у 2) или в ближайшие сроки после выписки из стационара (у 5). Причины смерти этих больных не связаны с тактическими и техническими ошибками. Один новорожденный и 6 детей в возрасте до 6 мес умерли вследствие поражения печени при обструктивной холангиопатии, начинавшейся во внутриутробном периоде, прогрессирующего ухудшения состояния на фоне возникших осложнений (разрыва кисты с желчным перитонитом) КТВЖП при запоздалой диагностике. У 4 детей при контрольном осмотре не были выявлены УЗИ-признаки кистозного расширения, но такой клинический признак, как перемежающаяся желтуха, сохранялся. Поэтому дети находятся под нашим наблюдением.

У двух больных наблюдались осложнения ятрогенного характера.

Одному ребенку повторное оперативное вмешательство потребовалось в ближайшем послеоперационном периоде после холецистэктомии, частичной резекции кисты с наложением гепатикодуоденоанастомоза в связи с нарастающими явлениями механической желтухи. Развитие данного осложнения связано с пережатием сегментарного протока, самостоятельно впадающего в кистозно-расширенный ОЖП при наложении гепатикодуоденоанастомоза. Это подтверждено ретроспективным анализом результатов интраоперационной холангиографии. При релапаротомии на 3-и сутки после операции распущен второй слой швов по правому краю созданного анастомоза. В послеоперационном периоде явления механической желтухи быстро купировались, её интенсивность уменьшилась. Выделение по дренажной трубке прекратилось на 7-е сутки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии. У второго ребенка во время операции в условиях массивного спаечного процесса в гепатодуоденальной зоне и воспалительных явлений вокруг кисты на этапе мобилизации произошло повреждение стенки воротной вены. Рану удалось зашить и остановить кровотечение. Операцию завершили холецистэктомией, частичным иссечением с реконструкцией кисты ОЖП и созданием геатикодуоденоанастомоза. В послеоперационном периоде развились клинико-лабораторные признаки портальной гипертензии, купированной интенсивными консервативными мероприятиями на 7-е сутки после операции. Оба больных неоднократно безуспешно лечились по месту жительства по поводу инфекционного гепатита, холецистита и гастрита.

В последние годы мы отдаем предпочтение радикальной тактике даже у больных, ранее перенесших паллиативное вмешательство. Так, среди 26 поступивших детей в 1979–2004 гг. (группа сравнения) радикальные операции проведены у 14 (53,8 %), из них 3 больных ранее оперированы паллиативно или неадекватно, в то же время среди 50 больных, поступивших в 2005–2016 гг. (основная группа), радикальные операции проведены у 41 (82 %), из них 11 больных ранее оперированы паллиативно или неадекватно. По одному ребенку в каждой из последних двух групп оперативное вмешательство не было произведено. В основной группе из 49 оперированных больных у 8 (16,3 %), а в группе сравнении из 25 оперированных пациентов у 11 (44 %) операции завершались паллиативном способом.

Таким образом, в основной группе число радикальных операций увеличилось в 1,5 раза, а число завершения операций паллиативным способом снизилось в 2,7 раза.

Выводы. 1. Ошибки на дооперационном периоде обусловлены низкой осведомленностью и настороженностью врачей различных специаль-

ностей относительно кистозных трансформаций внепеченочных желчных протоков, отсутствием четкой симптоматики, динамики клинических признаков данного порока.

2. Ранее перенесенная ошибочная или неадекватная операция, а также выраженный воспалительный процесс в гепатодуоденальной зоне усложняют проведение повторных вмешательств, увеличивают риск возникновения интраоперационных осложнений и подтверждают целесообразность проведения оперативного лечения в условиях специализированных отделений.

3. Наружное дренирование кисты должно быть вынужденной оперативной манипуляцией при осложненном течении болезни.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCE]

1. Акопян В.Г. Хирургическая гепатология детского возраста. М.: Медицина, 1982. 176 с. [Akopyan V.G. Khirurgicheskaya gepatologiya detskogo vozrasta. Moscow: Meditsina, 1982. 176 p.].
2. Арынов Н.М., Кожабергенов Б.И., Кожабергенов А.Б. Лечебная тактика у больных, ранее оперированных по поводу кисты холедоха // Материалы конференции, посвященной 70-летию Научного центра педиатрии и детской хирурги. М., 2002. С. 16–17 [Arynov N.M., Kozhabergenov B.I., Kozhabergenov A.B. Lechebnaya taktika u bol'nykh, ranee operirovannykh po povodu kisty kholedokha // Materialy konferentsii, posvyashchennoy 70-letiyu Nauchnogo tsentra pediatrii i detskoy khirurgii. Moscow, 2002. P. 16–17].
3. Тарасенко С.В., Натальский А.А., Зайцев О.В. и др. Киста общего желчного протока как редкая причина механической желтухи // Хирургия. 2012. № 10. С. 59–60 [Tarasenko S.V., Natal'skiy A.A., Zaytsev O.V. i dr. Kista obshchego zhelchnogo protoka kak redkaya prichina mekhanicheskoi zheltukhi // Khirurgiya. 2012. № 10. P. 59–60].
4. Dong Q., Jiang B.X., Jiang Z. et al. Management of congenital choledochal cyst complicated by biliary anomalies and aberrant bile duct // World J. Pediatrics. 2006. Vol. 2, № 2. P. 133–138.
5. Germani M., Liberto D., Elmo G. et al. Choledochal cyst in pediatric patients: a 10 years single institution experience // Acta Gastroenterologica Latinoamericana. 2011. Vol. 41, № 4. P. 302–307.
6. Lee K.H., Tam Y.H., Chan J.D.Y. et al. A twenty-year experience in choledochal cysts in children: from open to laparoscopic excision // HK J. Paediatr (new series). 2009. Vol. 14. P. 158–167.
7. Liem N.T., Pham H.D., Dung L.A. et al. Early and intermediate outcomes of laparoscopic surgery for choledochal cysts with 400 patients // J. Laparoendoscopic & advanced surgical techniques. 2012. Vol. 22, № 6. P. 1–5.
8. Lilly J.R. Total excision of choledochal cyst // Surg. Gynecol. Obstet. 1978. Vol. 146, № 2. P. 254–256.
9. Liuming H., Hongwu Z., Gang L. et al. the effect of laparoscopic excision in children with choledochal cyst: a midterm follow-up study // J. Pediatric. Surg. 2011. Vol. 46. P. 662–665.

Поступила в редакцию 14.12.2016 г.

Сведения об авторе:

Якубов Эркин Амонгелдиевич (e-mail: yakubov.e.a.1972@mail.ru), ст. науч. сотрудник; Ташкентский педиатрический медицинский институт, 100140, г. Ташкент, Юнусабадский район, ул. Багишамал, 223