УДК: 616.34-005-036-089

Бойко В.В., Смачило Р.М.

ЖОВЧНІ НОРИЦІ: ПРИЧИНИ ВИНИКНЕННЯ ТА ІСНУЮЧІ КЛАСИФІКАЦІЇ

ДУ «Інститут загальної та невідкладної хірургії ім. В.Т.Зайцева НАМН України», м. Харків
Харківський національний медичний університет, м. Харків

У статті відображений сучасний стан проблеми виникнення та систематизації пошкоджень жовчних шляхів та жовчних нориць. Наводяться існуючі сучасні класифікації та обговорюються їх недоліки та переваги. Приведено власний досвід лікування 296 пацієнтів з жовчними норицями, аналіз причин, тактичних підходів та результатів виконаної корекції. Запропонована власна класифікація жовчних нориць

Ключові слова: жовчна нориця, жовчовитікання, холецистектомія, класифікація, пошкодження жовчних шляхів

Протягом останніх років завдяки широкому розповсюдженню мініінвазивних технологій та збільшенню операцій на жовчному міхурі і жовчних шляхах, удосконаленню анестезіологічного та реанімаційного забезпечення складних та тривалих операцій на печінці зросла кількість виникнення пошкоджень жовчних протоків, що супроводжуються жовчовитіканням і формуванням жовчних нориць. Вони суттєво ускладнюють післяопераційний перебіг, подовжують тривалість перебування хворих на стаціонарному лікуванні, потребують у більшості випадків інвазивного лікування, а часом повторного оперативного втручання, супроводжуються зростанням післяопераційної летальності [5].

Серед причин виникнення жовчних нориць найчастіше у літературі згадуються операції на *жовчному міхурі* [20], безпосередньо втручання на *позапечінкових жовчних шляхах*, операції на *печінці* та *панкреатодуоденальній зоні*. Незважаючи на широкий спектр перелічених оперативних втручань, в основі виникнення жовчних нориць лежить порушення цілісності жовчовивідних шляхів на різному рівні. Пошкодження жовчних шляхів (ПЖШ) впливають на післяопераційну летальність, кількість ускладнень, тривалість та якість життя [1,17]. Їх частота коливається в межах 0,3–1,4% у залежності від критеріїв визначення. Одна третина їх діагностується під час операції.

Етіопатогенетичні особливості формування зовнішніх жовчних нориць

У більшості випадків жовчні нориці є ускладненнями оперативних втручань або інших захворювань. Значно рідше спостерігаються так звані спонтанні жовчні нориці чи перфорації холедоху. Жовчовитікання може виникнути після будь-якої операції, яка виконується на жовчних шляхах та гепатопанкреатодуоденальній зоні [16]. Частота жовчних нориць після різних видів травми печінки складає 0,5-21%.

Частота жовчних нориць коливається у широких межах у залежності від виду первинного оперативного втручання. Так, після резекції та пересадки печінки вона коливається у межах 3,6 – 8,1% відповідно, після холецистектомії 0,4 – 3%, після гепатикоєюностомії 23%, після ПДР – 3%. З впровадженням лапароскопічної холецистектомії (ЛХЕ) жовчовитікання вважається найбільш частим ускладненням цього втручання, розширення об'єму лапароскопічних втручань (експлорація холедоху) також є причиною збільшення його частоти [26,27,31].

У більшості випадків джерелом жовчовитікання є малі пошкодження жовчних шляхів (у ділянці ложа жовчного міхура, міхурова протока), але їх наслідки (формування білом, абсцесів, розвиток жовчного перитоніту, сепсису) можуть бути фатальними при невідповідному лікуванні. Тому вони мають бути запідозрені у будь-якого пацієнта з відхиленнями від звичайного післяопераційного періоду [9]. Пріоритети ж лікування полягають у виключенні великих ушкоджень та забезпеченні дренування жовчі для створення контрольованої жовчної нориці. Пошкодження безпосередньо гепатикохоледоху можуть мати не лише ранні ускладнення, але й несприятливі наслідки у майбутньому з розвитком біліарної стриктури, хронічного холангіту, вторинного біліарного цирозу печінки, печінкової недостатності, і необхідністю трансплантації цього органу [25,29].

Основною причиною летальності, рівень якої коливається від 1,5% до 27%, у пацієнтів з жовчними норицями є неконтрольований сепсис [21]. Саме жовчовитікання вважається одною з основних причин пролонгованої госпіталізації та післяопераційної летальності у сучасній гепатобіліарній хірургії [6].

Нового значення проблема жовчовитікань набула протягом останніх десятиліть у зв'язку з поширенням операцій на печінці (анатомічні резекції) та збільшенням числа пересадок печінки, особливо від живого донора. Так, їх частота при трансплантації від загиблого донора складає 7,8%, від живого – 9,5%, до того ж вони зустрічаються і у самих донорів [18]. При цьому жовчовитікання займає друге місце по частоті післяопераційних ускладнень. Виявлено, що 19% летальних випадків після ортотопічної трансплантації печінки (ОТП) були пов'язані з цим ускладненням [12,28]. Однак до останнього часу були відсутні єдині критерії даного поняття щодо тривалості існування, кількості виділення жовчі, рівня білірубіну у ній.

Серед джерел жовчовитікання виділяють: внутрішньопечінкові жовчні протоки (резекційна поверхня, залишкові порожнини (кіста, ехінококова кіста, абсцес)); протоки у ділянці ложа жовчного міхура; аберантні жовчні протоки; позапе-

чінкові жовчні протоки (кукса міхурової протоки, пошкодження загальної печінкової і жовчної проток, жовчовитікання зумовлені Т-дренажем); біліодигестивні анастомози [10].

Жовчовитікання може бути наслідком травми живота, як відкритої, так і закритої, призводячи до внутрішньопечінкової біломи, внутрішньочеревного жовчовитікання, гемофілії, а згодом і формування стриктури [3,7,22].

Описані випадки виникнення пошкоджень жовчних шляхів і жовчних нориць після транскатетерної емболізації печінкової артерії та її гілок. У неоперованих пацієнтів жовчовитікання зустрічаються дуже рідко і може бути наслідком як перфорації жовчного міхура, так і жовчних шляхів. Вони, як правило, зумовлені підвищенням внутрішньобіліарного тиску (частіше при холедохолітіазі), при чому спонтанні перфорації внутрішньопечінкових жовчних шляхів лівої долі печінки зустрічаються частіше [2].

Найбільш поширена у відкритій хірургії класифікація пошкоджень жовчних шляхів Bismuth H., 1982, розрізняє наступні типи уражень: тип 1 – низька стриктура, кукса загальної печінкової протоки більше 2 см; тип 2 – стриктура, при якій кукса загальної печінкової протоки менше 2 см; тип 3 – стриктура на рівні конфлюенса, при якій останній збережений; тип 4 – стриктура на рівні конфлюенса, при якій останній зруйнований і немає з'єднання правої і лівої печінкової проток; тип 5 – стриктура правої аберантної протоки або її поєднання зі стриктурою загальної печінкової протоки [11].

Однак дана класифікація не враховує тих особливостей, які з'явились з поширенням ЛХЕ [4,13,24]. У зв'язку з цим була запропонована низка інших класифікацій пошкоджень жовчних шляхів, причому практично у кожній із них увага приділяється жовчовитіканню як одному з основних проявів порушення цілісності жовчовивідних шляхів [19].

McMahon A.J. et al., (1996), виділяють великі пошкодження жовчних шляхів: пошкодження більше 25% діаметру загальної печінкової протоки, перетин загальної печінкової чи загальної жовчної проток, розвиток постопераційної стриктури та малі пошкодження: пошкодження менше 25% діаметру загальної печінкової протоки, відрив міхурової протоки.

Stewart L. та Way L.W., 2004, пропонують 4 класи пошкоджень ЖВШ з наступними механізмами [33]:

I клас – загальна жовчна протока прийнята за міхурову протоку, але це розпізнано (пошкодження, що виникло при проведенні холангіографії);

II клас – кровотеча, що призводить до чисельного кліпування загальної жовчної чи печінкової протоки;

III клас – загальна жовчна протока прийнята за міхурову протоку, але це не розпізнано, що призводить до пересічення та навіть резекції гепатикохоледоху;

IV клас – права печінкова протока прийнята за міхурову протоку, права печінкова артерія – за міхурову артерію, що призводить до пересічення правої печінкової протоки чи правої печінкової артерії.

Neuhaus P. et al, 2000, у Німеччині представили класифікацію, яка оптимально відповідає тактичним вимогам і враховує лапароскопічний характер пошкоджень (табл. 1).

Таблиця 1.
Класифікація пошкоджень жовчних проток (Neuhaus P. et al, 2000)

Тип пошкодження	Характеристика
тип А (периферичне мале жовчовитікання)	А1 – недостатність кукси міхурової протоки А2 – з аберантної жовчної протоки
тип В (оклюзія холедоха без його гострого пошкодження)	В1 – повна В2 – неповна
тип С (тангенціальне пошкодження / розсічення)	С1 – мале розсічення (<5мм) С2 – велике розсічення (> 5мм)
тип D (повне пересічення)	D1 – без дефекту D2 – з дефектом холедоха
тип Е (пізній стеноз холедоха)	Е1 – короткий стеноз (<5мм) Е2 – продовжений стеноз (> 5 мм) Е3 – стеноз в області біфуркації (розвилки) Е4 – стеноз печінкової або сегментарної протоки

Bergman J.J. et al., 1996, виділяє наступні 4 категорії пошкоджень ЖВШ:

тип А – жовчовитікання з дрібних протоків (кукса міхурової протоки, дрібні протоки, що не сполучаються з магістральними протоками);

тип В – жовчовитікання з гепатикохоледоху, зумовлені його механічними чи електрокоагуляційними пошкодженнями;

тип С – пізні ускладнення пошкоджень ЖВШ, зумовлені процесами рубцювання у ділянці жовчних нориць чи електрокоагуляціійного некрозу;

тип D – повне пересічення і/чи перев'язка гепатикохоледоху.

Класифікація Strasberg S.M., 1995, набула найбільшого поширення [34]: тип А – жовчовитікання з дрібних протоків, що сполучаються з загальною жовчною протокою; тип В – оклюзія частини жовчного дерева; тип С – жовчовитікання з протоків, що не сполучаються з магістральними протоками; тип D – латеральне пошкодження гепатикохоледоху; тип Е – повне пошкодження гепатикохоледоху (класифікація рівнів пошкодження за Bismuth класи I – V).

Амстердамська класифікація, 1996, виділяє

тип А – жовчовитікання з міхурової протоки; тип В – жовчовитікання з загальної жовчної протоки; тип С – стриктура холедоху; тип D – пересічення холедоху.

Розрізняють інтраопераційне і післяопераційне виявлення пошкоджень ЖВШ. Перше складає 15% – 50%. Первинна корекція оперуючим хірургом приводить до значної кількості невдач і досягає 96,3%.

Chendes A. et al., 2001, пропонує розрізняти наступні типи пошкоджень ЖВШ:

I тип – незначне пошкодження печінкової протоки або правої дольової протоки, зумовлене гачком або ножицями;

II тип – пошкодження у ділянці злиття міхурової протоки з загальною жовчною протокою, пов'язане з надмірною тракцією жовчного міхура; використанням корзинки Дорміа; пересіченням міхурової протоки дуже близько до гепатикохоледоху; або пошкодження цієї ділянки електрокоагуляцією;

III тип – часткове або ж повне пересічення гепатикохоледоху;

IV тип – резекція більше ніж 10 мм гепатикохоледоху.

Класифікація Китайського університету Гонконгу, 2007, розрізняє 1 тип – жовчовитікання з кукси міхурової протоки чи дрібних проток ложа жовчного міхура; 2 тип – часткові пошкодження загальної печінкової або загальної жовчної проток з (2А) чи без (2В) втрати тканини; 3 тип – перетин загальної печінкової або загальної жовчної протоки з (3А) чи без (3В) втрати тканини; 4 тип – пошкодження правої чи лівої печінкової проток чи секторальних з (4А) чи без (4В) втрати тканини; 5 тип – пошкодження жовчної протоки поєднане з судинними пошкодженнями [35].

Nagano Y. et al., 2003, запропонували класифікацію жовчовитікання після резекції печінки: тип А – незначне жовчовитікання з кукси жовчної протоки; тип В – значне жовчовитікання, зумовлене недостатнім закриттям кукси жовчної протоки; тип С – значне жовчовитікання, зумовлене пошкодженням жовчної протоки; тип D – жовчовиіткання з виключеної сегментарної протоки.

Поняття та проблема класифікації зовнішніх жовчних нориць

Жовчною норицею вважають стійке, постійне чи періодичне, повне або часткове виділення жовчі назовні (зовнішня жовчна нориця) в порожнисті органи або преформовані утворення (внутрішня жовчна нориця), які повністю або частково минають свій природній шлях у кишечник. Застосовувалось поняття «стійка зовнішня жовчна нориця», яке одні автори характеризували як виділення 200-300 мл жовчі протягом 2-3 тижнів, інші ж протягом 6-8 тижнів після операції.

З розвитком нових технологій, збільшенням кількості операцій на гепатобіліарній та панкреатодуоденальній зонах, розширенням об'єму оперативних втручань, зміною вимог до післяопераційного ведення пацієнтів з впровадженням критерію якості життя як одного з основних показників результатів лікування змінилось розуміння даного патологічного стану. У сучасній зарубіжній літературі нарівні з терміном жовчна нориця ("biliary fistula") зустрічаються наступні назви даного патологічного стану: "bile leakage", "bile leak", "biliary leakage", "biliary leak".

При цьому останнім часом саме терміну жовчовитікання ("bile leak") надається перевага, оскільки все рідше застосовується консервативне лікування при персистенції жовчовитікання більше 2 тижнів. Жовчовитіканням вважають клінічно очевидну жовчну норицю, зумовлену пошкодженням дрібних жовчних протоків: міхурова протока, протоки Люшка, окремо виділяючи пошкодження гепатикохоледоха, які теж можуть клінічно проявлятися жовчовитіканням [32]. Тому не дивно, що цей термін включений практично в усі існуючі класифікації пошкоджень жовчних шляхів [24].

Такі характеристики для констатації цього ускладнення, як мінімальний об'єм жовчі, що виділяється назовні, коливаються у межах від 20 до 50,0 мл, мінімальна концентрація білірубіну у рідині, що витікає, 4,9 mg/dL [14], деякі автори пропонують проводити її співвідношення до рівня білірубіну у сироватці, вважаючи його значення більше 5 після операції чи травми живота ознакою наявності жовчної нориці, нарешті тривалість жовчовитікання для визначення цього ускладнення також приводиться у широких межах – від однієї до 14 діб. Високодебітними вважають нориці, які виділяють більше 200,0 мл жовчі за добу, персистуючими – нориці, які виділяють більше 20,0 мл протягом тижня.

Крім того, низка авторів слушно вважає жовчовитіканням внутрішньочеревні скупчення жовчі, які підтверджуються пункційно або при виконанні повторних операцій. Сам термін «білома» був запропонований лише у 1979 році. Деякі автори виділяють поняття жовчного асциту та жовчного перитоніту. Останній відзначається значними болями у животі і напруженням м'язів передньої черевної стінки. До того ж спонтанну перфорацію жовчного міхура та жовчних протоків також можна вважати однією з форм жовчовитікання.

Групою міжнародних експертів у 2011 році запропоновано наступне визначення жовчовитікання (жовчної нориці): виділення рідини з підвищеним вмістом білірубіну (хоча б у три рази вище, ніж у сироватці крові) через дренажі черевної порожнини на третій чи пізніший післяопераційний день, необхідність зовнішнього дренування або повторної операції з приводу інтраабдомінального скупчення жовчі або жовчного перитоніту відповідно. При цьому джерелом жовчовитікання може бути резекційна поверхня печінки, жовчні протоки та біліодигестивні анастомози [23].

Спроби систематизувати зовнішні жовчні нориці розпочинаються з середини минулого сто-

ліття. У вітчизняній літературі поширена класифікація І. Л. Брегадзе (1965), заснована на принципах класифікації Grimond і Herp (1952). Автор пропонує клінічну класифікацію, в якій виділяє повні і неповні жовчні нориці, стійкі і нестійкі, прості і комбіновані. Повною вважається жовчна нориця, через яку назовні виділяється вся жовч, яка виробляється печінкою; стійкою – нориця тривалістю більше 6-8 тижнів; комбінованою – нориця, яка зумовлена обструкцією жовчних шляхів.

В етіологічній класифікації по джерелу жовчовитікання виділяють жовчні нориці з великих жовчних протоків та паренхіматозні; по етіології – спонтанні та післяопераційні, післяопераційні у свою чергу діляться на посттравматичні (після холецистектомії, резекції шлунка, операцій на жовчних протоках і елементах воріт печінки) і на ґрунті обструкції жовчних шляхів (органічній і функціональній).

Зарубіжні автори запропонували класифікацію жовчовитікань, що базується на даних ендоскопічної ретроградної холангіопанкреатографії (ЕРХПГ). При цьому виділяють жовчну норицю низького ступеня (жовчовитікання ідентифікуються лише після контрастування внутрішньопечінкових жовчних протоків) і високого ступеня (жовчовитікання ідентифікуються до або без контрастування внутрішньопечінкових жовчних протоків) [30]. Зважаючи на значну простоту, ця класифікація має значні обмеження: по-перше, не всі пацієнти з жовчовитіканням потребують ЕРХПГ; по-друге, не у всіх із них існує технічна можливість її виконання [8].

Жовчні нориці класифікують згідно анатомічних джерел, виявлених при ЕРХПГ на 4 типи: 1 тип – жовчовитікання з кукси міхурової протоки; 2 тип – з додаткових протоків (протоки Люшка); 3 тип – з гепатикохоледоху; 4 тип – з аберантних жовчних протоків (діагностується за допомогою черезшкірної черезпечінкової холангіографії (ЧЧХГ)) [65].

У залежності від клінічних проявів та впливу на тактику лікування було запропоновано класифікувати жовчовитікання на три ступеня: рентгенографічно підтверджене жовчовитікання без особливих клінічних проявів і впливу на тактику лікування; незначне (не більше 50,0 мл) витікання жовчі без зміни тактики лікування; значне витікання жовчі з необхідністю зміни тактики лікування.

У 2011 Koch et al., використовуючи вищенаведений принцип класифікації, виділяють також три ступені витікання жовчі після операцій [23].

Ступінь А: жовчовитікання не має або має незначний вплив на тактику лікування пацієнта. Пацієнти знаходяться у задовільному стані, а витікання жовчі адекватно контролюється дренажами черевної порожнини. Тривалість витікання жовчі не більше одного тижня.

Ступінь В: жовчовитікання, що потребує зміни тактики лікування, але при цьому можна уникнути релапаротомії. Стан пацієнтів середньої важкості, є клінічні прояви інфекції, дискомфорт у животі. Дренажі черевної порожнини функціонують, але повністю не дренують жовч, мають місце внутрішньочеревні скупчення рідини. Пацієнти потребують продовження антибактеріальної терапії та малоінвазивних втручань (черезшкірних дренувань скупчень жовчі, ЕРХПГ зі стентуванням, черезшкірного черезпечінкового холангіодренування (ЧЧПХД)). Тривалість находження у стаціонарі подовжується. Деякі пацієнти можуть бути виписані з дренажами. Жовчовитікання ступеня А тривалістю більше одного тижня розцінюється як ступінь В.

Ступінь С: пацієнти потребують релапаротомії для лікування даного ускладнення. Пацієнти у тяжкому стані, з ознаками перитоніту та сильним больовим синдромом, можливі прояви поліорганної недостатності (ПОН). Їм вже могло бути проведене малоінвазивне лікування, однак прогресування перитоніту потребує релапаротомії, під час якої проводиться контроль джерела жовчовитікання, евакуація жовчного вмісту з черевної порожнини, її санація та розміщення додаткових дренажів.

Дана класифікація була апробована у клінічних умовах, що підтвердило доцільність її використання у клінічній практиці. Крім того, вона відповідає принципам класифікації хірургічних ускладнень, запропонованим у 2004 р. [15].

Власні спостереження

З 2009 по 2016 рр. у клініці Інституту знаходилося 298 пацієнтів з жовчними норицями. Більшість хворих було прооперовано на жовчовивідних шляхах: лапароскопічна холецистектомія – 197, відкрита холецистектомія – 42, холедохолітотомія – 9, біліодигестивний анастомоз – 9, видалення кісти холедоха – 2, резекція шлунка – 4, висічення виразки дванадцятипалої кишки – 4, ехінококцистектомія – 6, резекція печінки – 21, холецистостомія – 4.

Невідкладні хірургічні втручання виконані у пацієнтів з внутрішньочеревними ускладненнями жовчовитікань. Дренування скупчень жовчі під УЗ-контролем виконані 33 пацієнтам; релапароскопія, санація і дренування черевної порожнини – 28 пацієнтам; лапаротомія, санація і дренування черевної порожнини – 5 пацієнтам (табл. 2).

Таблиця 2

Оперативні втручання у пацієнтів з біломами та жовчним перитонітом

Оперативні втручання	Кількість, n
Дренування під УЗ-контролем	33
Релапароскопія, дренування черевної порожнини	28
Лапаротомія, дренування жовчних скупчень	5

У пацієнтів, в яких причиною персистенції жовчної нориці була обструкція дистального відділу холедоху, основним методом лікування був ендоскопічний. Так ендоскопічна папілосфінктеротомія з холедохолітоекстракцією виконана 44 пацієнтам, ендоскопічна папілосфінктеротомія - 12 хворим. Дані втручання виявилися ефективними у 48 хворих (86,5%). З ускладнень у 14 пацієнтів відзначені явища гострого панкреатиту, з них у 2 - важкого панкреатиту; кровотеча з папілотомної рани - у 2, яка зупинена консервативно. Летальних випадків не було. У 5 пацієнтів виконати ЕРХПГ з технічних причин (резекція шлунка за Більрот-ІІ в анамнезі, великий парафатеральний дивертикул) було неможливо. Цим пацієнтам і ще 5 пацієнтам, яким ендоскопічно не вдалося видалити конкременти, виконана лапаротомія, холедохолітотомія, дренування холедоха. 4 хворим сформовані біліодигестивні анастомози: холедоходуоденоанастомоз - 9 випадків, холедохоєюноанастомоз - 7. У групі хворих оперованих відкритим способом був один летальний випадок, обумовлений поліорганною недостатністю у хворої з жовчним перитонітом.

Найбільш складною групою пацієнтів з жовчними норицями склали хворі з «великими» пошкодженнями холедоху. Нарівні з мінінвазивними втручаннями з корекції внутрішньочеревних ускладнень вони потребували кінцевої корекції пошкодження (табл. 3). Відповідно, виконані: гепатикоєюноанастомоз і бігепатикоєюноанастомоз за Ру – 42 і 14, реконструкція гепатикоєюноанастомозу в анастомоз за Ру - 12, видалення фрагмента дренажу, розтин абсцесу лівої частки печінки - 1, регепатикоєюноанастомоз за Ру - 15. Слід зазначити, що при формуванні гепатикоєюноанастомозу у 5 хворих зняті грубі лігатури з холедоха і кліпси. Одній пацієнтці, якій під час первинної операції була перев'язана права воротна вена і права печінкова артерія, виконана правобічна гемігепатектомія. При свіжих ушкодженнях гепатикохоледоха нами виконані наступні втручання: пластика протоки - 5, біліобіліарний анастомоз на каркасному дренажі – 2.

Таблиця 3
Характер оперативних втручань

Операція	Кількість, n
Пластика протоки	5
Біліобіліарний анастомоз кінець-в-кінець	2
Реконструкція гепатикоєюноанастомоза в анастомоз за Ру	12
Правобічна гемігепатектомія	1
Гепатикоєюноанастомоз за Ру	42
Бігепатикоєюноанастомоз за Ру	14
Регепатикоєюноанастомоз за Ру	15

Проаналізувавши існуючі класифікації, їх переваги і недоліки, а також власний досвід лікування жовчних нориць, ми дійшли висновку, що жодна з них не враховує локалізацію і характер ушкодження, напрямки подальшого лікування, а також його наслідки (прогноз) [6]. Остання класифікація експертної групи з гепатопанкреатобіліарної хірургії, запропонована у 2011 році, зручна для ретроспективного аналізу та систематизації ускладнень. Однак вона не може бути використана для визначення тактики та стратегії лікування. Нами запропонована наступна класифікація жовчовитікань:

І. Етіологія:

1. Спонтанні - утворюються самостійно внаслідок прогресування патологічного процесу.

2. Післяопераційні - утворюються після операцій.

3. Посттравматичні - утворюються після травми органів черевної порожнини.

ІІ. Напрямок відтоку:

1. Прості - мають прямолінійний канал.

2. Складні - мають складний канал.

ІІІ. Післяопераційні:

1. Після лапароскопічних операцій.

2. Після відкритих операцій.

IV. По сформованості:

1. Несформовані (жовчовитікання - зовнішні, внутрішні), до 14 діб після операції.

2. Сформовані – понад 14 діб після операції.

V. За дебітом:

1. Повні.

2. Неповні.

VI. За наявністю ускладнень:

1. З явищами холангіту і механічної жовтяниці.

2. З внутрішньочеревними ускладненнями (білома, абсцес, перитоніт).

VII. За джерелом жовчовитікання:

- загальна жовчна протока;
- загальна печінкова протока;
- правий і лівий печінкові протоки;
- сегментарні протоки.

VIII. Зовнішні жовчні нориці внаслідок ушкоджень жовчних шляхів:

а) на тлі обструкції дистального відділу холедоха;

б) без обструкції дистального відділу холедоха:

- при малих пошкодженнях ЖВП;
- при великих пошкодженнях ЖВП.

IX. З тактики лікування:

- закриваються самостійно;
- вимагають дренуючих операцій;
- потребують корекції прохідності дистального відділу холедоха;
- потребують корекції пошкоджень жовчних шляхів.

X. Прогноз:

- сприятливий (самостійно закриваються);

- сумнівний (персистуючі нориці, що поєднуються з холангітом, жовтяницею, вимагають хірургічного лікування).

Характерною рисою даної класифікації є поєднання у ній різних факторів, які суттєво впливають на тактику ведення пацієнтів з жовчними норицями, а саме наявності жовтяниці та холангіту, внутрішньочеревних скупчень жовчі, обструкції дистального відділу холедоху та великих пошкоджень жовчних шляхів.

Література

1. Арипова Н.Х. Ятрогенные повреждения желчевыводящих путей / Н.Х. Арипова, Ф.Н. Назиров // Анналы хирургической гепатологии. – 2007. – Том 12, №3. – С. 39–41.
2. Бойко В.В. Холедохолітіаз (Діагностика та оперативне лікування) / В.В. Бойко, Г.А. Клименко, О.В. Малоштан – Харків: Нове слово, 2008. – 216 с.
3. Гареев Р. Н. Травматические повреждения печени и желчевыводящих путей / Р. Н. Гареев, Х. К. Нгуен // Медицинский вестник Башкортостана. – 2013. – Том 8, № 1. – С. 118-122.
4. Лупальцев В.И. Ошибки и осложнения при лапароскопической холецистэктомии / В.И. Лупальцев // Вісник Харківського національного університету ім. В.Н. Каразіна. – 2004. – Вип. 7. – №614.–С.48–51.
5. Мовчун А.А. Лечение рубцовых стриктур и свищей желчных протоков / А.А. Мовчун, А.Д. Тимошин // Анналы хирургической гепагологии. – 2000. – Том 5, №2. – С.104-106.
6. Ничитайло М.Е. Повреждения желчных протоков при холецистэктомии и их последствия / М.Е. Ничитайло, А.В. Скумс. – К.: Макком, 2006. – 334 с.
7. Абакумов М.М. Повреждения внутрипеченочных желчных протоков при ранении и закрытой травме живота / М.М. Абакумов, Д.Х.Чурова, С.С. Владимирова [и др.] // Анналы хирургической гепатологии. – 2006. – Том 11, №4. – С. 44–50.
8. Abdel–Raouf A. Endoscopic management of postoperative bile duct injuries: a single center experience / A. Abdel–Raouf, E. Hamdy, E. El–Hanafy // Saudi J. Gastroenterol. – 2010. – №16(1). – P.19–24.
9. Agarwal B. B. Laparoscopic biliary tract injury prevention: zero tolerance, error free performance / B. B. Agarwal, K. C. Mahajan // Surg Endosc. – 2010. – V. 24. – P. 728-729.
10. Angel M. M. Bile duct injuries related to misplacement of “T tubes” / M. M. Angel, C. Chan, H. Orozco // Ann. Hepatol. – 2006. – V. 5. – P. 44–48.
11. Bismuth H. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment / H. Bismuth, P. E. Majno // World J. Surg. – 2001. – V. 25. – P. 1241–1244.
12. Chang J.M. Biliary complications in living donor liver transplantation: imaging findings and the roles of interventional procedures / J. M. Chang, J. M. Lee, K. S. Suh // Cardiovasc. Intervent. Radiol. – 2005. – V. 28. – P. 756–767.
13. Connor S. Bile duct injury in the era of laparoscopic cholecystectomy / S. Connor, O. J. Garden // Br. J. Surg. – 2006. – Vol.93. P. 158–168.
14. Darwin P. Jackson Pratt drain fluid-to-serum bilirubin concentration ratio for the diagnosis of bile leaks / P. Darwin, E. Goldberg, L. Uradomo // Gastrointest Endosc. – 2010. – V. 71, N 1. – P. 99-104.
15. Dindo D. Classification of surgical complications. A new proposal with evaluation in a Cohort of 6336 Patients and results of a survey / D. Dindo, N. Demartines, P. A. Clavien // Ann Surg. – 2004. – V. 240, N 2. – P. 205-213.
16. Dixon J. A. Management of common bile duct injury during partial gastrectomy / J. A. Dixon, K. A. Morgan, D.B. Adams // Am. Surg. – 2009. – V. 75, N 8. – P. 719–721.
17. Gossage J. A. Prevalence and outcome of litigation claims in England after laparoscopic cholecystectomy // J. A. Gossage, M. J. Forshaw // Int J Clin Pract. – 2010. – V. 64, N 13. – P. 1832-1835.
18. Holt A. P. A prospective study of standardized nonsurgical therapy in the management of biliary anastomotic strictures complicating liver transplantation / A. P. Holt, D. Thorburn, D. Mirza // Transplantation. – 2007. – Vol.84. – P. 857–863.
19. Jabłońska B. Iatrogenic bile duct injuries: Etiology, diagnosis and management / B. Jabłońska, P. Lampe // World J Gastroenterol. – 2009. – V. 15, N 33. – P. 4097-4104.
20. Jaunoo S. S. Postcholecystectomy syndrome (PCS) / S. S. Jaunoo, S. Mohandas, L.M. Almond // International Journal of Surgery. – 2010. – V. 8. – P. 15-17.
21. Kaman L. Management of major bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy / L. Kaman, A. Behero, R. Singh // Surg. Endosc. – 2004. – V. 18. – P. 1196–1199.
22. Kibria R. Successful primary endoscopic treatment of suprapancreatic biliary stricture after blunt abdominal trauma / R. Kibria, C. J. Barde, A. Ali // Gastrointest. Endosc. – 2010. – V.71, N 1. – P.186–187.
23. Koch M. Bile leakage after hepatobiliary and pancreatic surgery: a definition and grading of severity by the International Study Group of Liver Surgery / M. Koch, O.J. Garden, R. Padbury [et al.] // Surgery. – 2011. – V. 149, N5. – P. 680-688.
24. Massoumi H. Bile leak after laparoscopic cholecystectomy / H. Massoumi, N. Kiyici, H. Hertan // J Clin Gastroenterol. – 2007. – V. 41, N3. – P. 301–305.
25. Nuzzo G. Treatment of biliary lesions due to cholecystectomy / G. Nuzzo // Chir. Ital. – 2009. – V. 61, N 5–6. – P. 519–521.
26. Ortega–Deballon P. Iatrogenic biliary injuries during cholecystectomy / P. Ortega–Deballon, N. Cheynel, L. Benoit [et al.] // J Chir (Paris). – 2007. – V. 144, N 5. – P. 409–413.
27. Parmeggiani D. Biliary tract injuries during laparoscopic cholecystectomy: three case reports and literature review / D. Parmeggiani, G. Cimmino, D. Cerbone // G Chir. – 2010. – V. 31, N 1–2. – P. 16–19.
28. Qin Y.S. Endoscopic management of biliary complications after orthotopic liver transplantation / Y.S. Qin, Z.S. Li, Z.X. Sun [et al.] // Hepatobiliary Pancreat Dis Int. – 2006. – V.5. – P. 39–42.
29. Roy P. G. Medicolegal costs of bile duct injuries incurred during laparoscopic cholecystectomy / P. G. Roy, Z. F. Soonawalla, H. W. Grant // HPB. – 2009. – V. 11. – P. 130–134.
30. Sandha G.S. Endoscopic therapy for bile leak based on a new classification: results in 207 patients / G. S. Sandha, M. J. Bourke, G. B. Haber, P. P. Kortan // Gastrointestinal Endoscopy. – 2004. – V. 60, N 4. – P. 567-574.
31. Sicklick J.K. Surgical management of bile duct injuries sustained during laparoscopic cholecystectomy: perioperative results in 200 patients / J.K. Sicklick, M.S. Camp, K.D. Lillemoe [et al.] // Ann Surg. – 2005. – V. 241. – P. 786–792.
32. Spanos C. P. Bile leaks from the duct of Luschka (subvesical duct): a review / C. P. Spanos, T. Syrakos // Langenbecks Arch Surg. – 2006. – V. 391. – P. 441–447.
33. Stewart L. Laparoscopic bile duct injuries: timing of surgical repair does not influence success rate. A multivariate analysis of factors influencing surgical outcomes / L. Stewart, L. W. Way // HPB. – 2009. – V. 11. – P. 516–522.
34. Strasberg S. M. An analytical review of vasculobiliary injury in laparoscopic and open cholecystectomy / S. M. Strasberg, W. S. Helton // HPB. – 2011. – V. 13. – P. 1–14.
35. Tzovaras G. Vascular injuries in laparoscopic cholecystectomy: an underestimated problem / G. Tzovaras, C. Dervenis // Dig Surg. – 2006. – V. 23. – P. 370-374.

Реферат

ЖЕЛЧНЫЕ СВИЩИ: ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ И СУЩЕСТВУЮЩИЕ КЛАССИФИКАЦИИ

Бойко В.В., Смачило Р.М.

Ключевые слова: желчный свищ, желчеистечение, холецистэктомия, классификация, повреждения желчных путей

В статье отражено современное состояние проблемы возникновения и систематизации повреждений желчных путей и желчных свищей. Приводятся существующие современные классификации и обсуждаются их недостатки и преимущества. Приведен собственный опыт лечения 296 пациентов с желчными свищами, анализ причин, тактических подходов и результатов проделанной коррекции. Предложена классификация желчных свищей, основанная на анализе современной литературы и собственных наблюдений.

Summary

BILIARY FISTULAS: CAUSES AND EXISTING CLASSIFICATIONS
Boyko V.V., Smachilo R.M.
Key words: bile fistula, bile duct, cholecystectomy, classification, biliary tract damage

The article describes the current state of the issues on the origin and classification of lesions of the biliary tract and biliary fistulas. Current existing classifications, their disadvantages and advantages are discussed. We have also reported out own experience of treating 296 patients with biliary fistula, analysis of the causes, tactical approaches and the outcomes of the correction done. A classification of biliary fistulas based on the analysis of modern literature and our own observations has been proposed.

УДК 616.65-006.6-085.849.1+615.28

Скиба О. М.

ЛОКАЛЬНО ПОШИРЕНИЙ РАК ПЕРЕДМІХУРОВОЇ ЗАЛОЗИ – СКРИНІНГ ТА ОЦІНКА СУЧАСНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ

Полтавський обласний клінічний онкологічний диспансер, м. Полтава

Мета даної роботи – узагальнюючий аналіз даних літератури щодо проблем та методів лікування локально поширеного раку передміхурової залози. В статті розглянуті основні методи лікування локально поширеного раку простати та їх комбінації. Аналіз джерел інформації свідчить, що на даний час рак передміхурової залози є соціально-значимою проблемою у зв`язку з постійним зростанням кількості зареєстрованих випадків цієї патології з кожним роком по всьому світу. І якщо сучасні методи лікування дозволяють досягти довгострокового безрецидивного виживання у хворих з локалізованими формами, то лікування поширених форм раку простати на даний час є складною та не до кінця вирішеною проблемою. В даний час дослідники по всьому світу продовжують випробування різних варіантів комбінованого лікування локально поширеного раку передміхурової залози за для збільшення загальної та безрецидивної виживаності хворих та покращення якості їхнього життя, сповільнення появи метастазів та розвитку гормонорезистентності. Але, не дивлячись на різноманітність поточних клінічних досліджень та велику кількість пропонованих методик терапії, на сьогоднішній день залишається відкритим питання стосовно найбільш ефективної комбінованої схеми лікування локально – поширеного раку передміхурової залози.

Ключові слова : локально поширений рак передміхурової залози (РПЗ), гормонотерапія, радикальна простатектомія, променева терапія.

Дана робота є фрагментом НДР «Обґрунтування вибору послідовності етапів комплексного і супровідного лікування онкологічних хворих на основі сучасних діагностичних технологій»; № державної реєстрації – 0116U004794

Вступ

Рак передміхурової залози (РПЗ) є однією з найбільш розповсюджених форм злоякісних новоутворень у чоловіків (за статистикою, кожен шостий новонароджений хлопчик за життя захворює на рак простати) [2,32,33].

Більшість епідеміологічних досліджень за останні десятиріччя вказують на збільшення частоти РПЗ та на його виникнення головним чином у високорозвинених індустріальних країнах. Так, у більшості розвинених країнах світу рак простати займає перше - друге місце в структурі онкозахворюваності та друге або третє місце в структурі смертності від раку серед чоловіків (наприклад в структурі онкозахворювань європейських країн РПЗ займає друге – третє місто, а в США вже вийшов на перше) [32,33,34].

Через високі темпи зростання захворюваності (по темпу росту показника захворюваності РПЗ значно випереджає пухлини інших локалізацій) в останній час спостерігається тенденція до виходу РПЗ на провідне місце серед онкологічних захворювань чоловічого населення світу *(American Cancer Society et International Agency for Research of Cancer*).

Рак передміхурової залози займає 3-тє місто в структурі онкологічної захворюваності та смертності чоловічого населення України (10,3 % та 7,8 % відповідно). Захворюваність на РПЗ в Україні знаходиться на рівні таких країн, як Білорусі, Польщі, Сербії (27,7 – 21,8 на 100 тис. населення) та значно нижче економічно розвинених країн світу (69,5 на 100 тис. населення). Згідно даних Національного канцер–реєстру, на обліку в Україні знаходиться 37,5 тис. хворих на РПЗ [1,2].

Характер розвитку онкоепідеміологічного процесу в Україні вказує на те, що протягом наступних 10-ти років рівень захворюваності на РПЗ збільшиться в 2-а рази, а смертності – в 1,6 рази - за 2003 – 2013 роки рівень захворюваності виріс на 56,4 % (кількість первинних хворих в 2013 р. склала більш ніж 8,0 тис. чоловік – 40,5 на 100 тис. населення, 25,8 – стандартизований показник), а показник смертності від цієї патології збільшився на 28,9 % і склав 17,4 на 100 тис. населення (5-ти річне виживання хворих на рак передміхурової залози в Україні складає 51,9 %, у Східній Європі - 72,8 %, Центральній - 89,3 %, Північній - 84,3 %) [1,2].

На даний час, оцінка результатів лікування онкологічних захворювань складається з двох параметрів – тривалості життя хворого та його