

ТАКТИКО – ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ



Насимов Абдужалил Махмаюнус угли

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ХОЛЕЦИСТЭКТОМИЯДАН СЎНГ ЎТ ЙЎЛЛАРИ ЖАРОҲАТЛАРИНИ ХИРУРГИК БАРТАРАФ ЭТИШ ТАКТИК – ТЕХНИК ЖИҲАТЛАРИ

Насимов Абдужалил Махмаюнус ўғли

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

TACTICAL AND TECHNICAL ASPECTS OF SURGICAL CORRECTION OF BILE DUCTS INJURIES AFTER CHOLECYSTECTOMY

Nasimov Abdujalil Mahmayunus ugli

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: info@sammu.uz

Резюме. Тадқиқот материали. Самарканд давлат тиббиёт университети кўп тармоқли клиникаси жарроҳлик бўлимида 2014-2023 йилларда даволанаётган ўт йўллари ятроген жароҳати билан даволанган 103 нафар беморни жарроҳлик даволаш натижалари таҳлил қилинди. Тадқиқот натижалари. Ҳаммаси бўлиб, операциядан кейинги даврда 24 (20,4%) беморда асоратлар ривожланган. Узоқ муддатли даврда қониқарсиз натижа (стенотоз ривожланиши) 35 (33,9%) беморда кузатилди: мос равишда 13 (37,14%) ва 22 (62,86%) реконструктив ва тикловчи операциялардан кейин. 33 (32,03%) беморда такрорий жарроҳлик аралашувлар талаб қилинган. Хулоса. Жарроҳлик усулини танлашга ва унинг натижаларига таъсир қилувчи омилларни кўриб чиқсак, магистрал ўт йўллари шикастланганда, уларнинг асосийлари қуйидагилардир: ўт йўллари жароҳати характери, унинг жойлашган жойи, бажарилган операция тури ва жарроҳнинг малакаси.

Калит сўзлар: ўт йўллари, ятроген шикастланиш, тиклаш ва реконструктив операциялар.

Abstract. Research material. The analysis of surgical treatment results was performed in 103 patients with "fresh" IVS injuries treated in the surgery department of the multidisciplinary clinic of the Samarkand State Medical University in the period 2014-2023. Research results. In total, complications developed in 24 (20.4%) patients in the immediate postoperative period. In the late period, unsatisfactory results (stenosis development) were observed in 35 (33.9%) patients: in 13 (37.14%) and 22 (62.86%), respectively, after reconstructive and restorative surgeries. Repeated surgeries were required in 33 (32.03%) patients. Conclusions. Considering the factors influencing the choice of surgery and its results in case of IVS injury, it can be stated that the main ones are: the nature of the duct damage, its localization, the type of surgery performed and the surgeon's qualifications.

Key words: Bile ducts, iatrogenic injuries, restorative and reconstructive surgeries.

Актуальность исследования. Повреждение магистральных желчных протоков является одним из наиболее грозных осложнений билиарной хирургии и не имеет тенденции к уменьшению несмотря на постоянно совершенствующуюся технику холецистэктомии [3, 5, 6, 7, 9, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 18, 20].

Авторы, занимающиеся данной проблемой отмечают, что внедрение лапароскопической холецистэктомии повлекло за собой заметное увеличение частоты и тяжести повреждений желчных протоков. Принимая среднюю частоту травм магистральных желчных протоков (МЖП) за 0,5 - 1% в Узбекистане от подобного осложнения страдают от 50 до 100 человек в год [2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 11, 17, 18, 19].

Лечение травмы желчных протоков исключительно сложно, требует дорогостоящих лечебно-диагностических манипуляций, приводит к серьезной инвалидизации больных. Летальность составляет 8-17%, осложнения при операциях возникают до 47% случаев, развитие посттравматических стриктур желчных протоков - до 35-55% [1, 6, 10, 12, 13, 15].

Какие факторы влияют на результаты операций при повреждениях желчных протоков? От чего зависит тактика хирурга при ранении МЖП? До сих пор нет точного ответа на эти вопросы, которые дискутируются в течение нескольких десятилетий.

Характер повреждения имеет большое значение в определении показаний к различным операциям. М.Е. Ничитайло и соавт. (2008) представили анализ резуль-

татов хирургического лечения полного пересечения протока путем восстановления протока анастомозом по типу "конец-в-конец". Авторы наблюдали высокую частоту рубцевания соустья и необходимость повторной операции в сроки от 6 месяцев до четырех лет у 91% больных [12].

Несомненно, локализация полного пересечения играет большую роль в определении методики реконструктивной операции. Н.Н. Артемьева и соавт. (2006) приводят результаты лечения 54 больных, с повреждениями ВЖП после ЛХЭ. Для определения уровня повреждения авторы употребляют классификацию S.M. Strasberg – Н. Bismuth. По их данным чем выше уровень повреждения, тем более целесообразно использование каркасных дренажей в различных модификациях [2].

На выбор оперативного вмешательства в зависимости от распознавания времени повреждения МЖП обращают внимание В.Н. Чернышев и соавт. Авторы наблюдали, наилучшие отдаленные результаты лечения у больных с полным пересечением, у которых реконструкция желчных путей выполнялась сразу после обнаружения ятрогенного повреждения желчных протоков на операционном столе. Реконструктивные операции на желчных протоках при пересечении выявленных в после операционном периоде, необходимо производить в максимально ранние сроки после травмы, после ликвидации явлений желчного перитонита и других гнойных осложнений, т.е. применять двухэтапное лечение [14]. Н.Н.Артемьева и соавт. (2006г.) так же придерживаются подобного принципа лечения. Любые восстановительные и реконструктивные операции в условиях перитонита завершаются рубцеванием анастомозов [2].

Э.И. Гальперин и А.Ю. Чевочкин (2009) считают основным положительным фактором в лечении ранней протоков является присутствие хирурга, который имеет опыт в реконструктивной хирургии желчных путей. Который может успешно провести операцию при узком протоке и тонкой стенке, при бифуркационном и долевым повреждении печеночных протоков в условиях перитонита и при наличии желчных затеков [7].

L. Stewart и L.W. Way сообщают об успехе вмешательства лишь у 17% больных при продолжении операции хирургом, который пересек проток. G. Nuzzo et al. приводят данные о 27 больных с пересечением печеночного протока, которым операцию продолжал хирург, выполняющий холецистэктомию, у 26 из них результат был плохой и потребовалась повторная операция [7, 21].

Материал исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 103 больных со «свежими» повреждениями МЖП пролеченных в отделении хирургии многопрофилиной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период 2014 – 2023 гг. В наших собственных наблюдениях повреждения МЖП отмечены у 38 (0,58%) больных на 6521 холецистэктомий, 65 пациентов поступили из других стационаров повреждениями МЖП.

У 78 больных было пересечение (9), иссечение (38) и иссечение с лигированием проксимальной культи гепатикохоледаха (31), у 11 – пристеночное

краевое ранение, у 14 - клипирование или лигирование без пересечения протока. Локализация повреждения: общий желчный проток (ОЖП) – у 14 больных, общий печеночный проток (ОПП) – у 48, ОПП и область бифуркации – у 31, ОПП с разрушением конfluence – у 10.

У 28 (27,2%) больных повреждения МЖП выявлены интраоперационно. У подавляющего большинства - 75 (72,8%) больных повреждения выявлены в раннем послеоперационном периоде: нарастающую механическую желтуху наблюдали у 34 больных, желчный перитонит - у 20, желчеистечение - у 10 и сочетание двух и более осложнений у 11 больных.

При **интраоперационном обнаружении повреждений МЖП** из 28 больных 17 выполнены восстановительные и 11 больным реконструктивные операции.

Пересечение и иссечение желчных протоков.

11 больным из этой группы выполнены реконструктивные операции: из них 9 – гепатикоюноанастомоз (ГепЕА) с выключенной по Ру петлей тонкой кишки и 2 больным наложен ГепДА.

Восстановительная операция (БА) с пересечением (4) и иссечением (3) ОЖП и ОПП была произведена 7 больным.

Краевое ранение гепатикохоледаха.

Краевое ранение наблюдали у 10 (35,7%) больных. У 2 был поврежден ОПП и у 8 – ОЖП. Всем больным произведены восстановительные операции: на стенку протока наложены 2-3 шва (пролен 5/0) на дренаже Кера.

В **раннем послеоперационном периоде повреждения МЖП** выявлены у 75 (72,8%) больных, причем пересечение и иссечение у 60 (80%) больных, клипирование или лигирование без пересечения у 14 (18,7%) и краевое повреждение у 1 (1,3%) пациента. Повреждение «+2» было у 13 больных, «+1» – 31, «0» - у 15, «-1» – у 9 и «-2» – у 7 больных.

35 больным восстановительно – реконструктивные операции выполнены одноэтапно, при отсутствии воспалительно-инфильтративных изменений в подпеченочном пространстве и печеночно-почечной недостаточности (ППН).

Из 14 больных с клипированием или лигированием протока 12 выполнено снятие клипс или лигатуры и 2 больным наложен БА. При иссечении с лигированием проксимальной культи ГХ (20 больных) 8 наложен ГепЕА, 2 – ГепДА, 10 наложен БА. При краевом ранении 1 пациентке произведено ушивание дефекта протока на дренаже Кера.

При наличии перитонита, воспалительно-инфильтративного процесса и ППН вследствие механической желтухи и холангита 40 пациентам первым этапом дренированы желчные протоки (реконструкция выполнена вторым этапом).

В этой группе 3 больных умерли после первой операции из-за запущенного перитонита и полиорганной недостаточности. 1 пациент отказался от второго этапа операции.

После коррекции воспалительно-инфильтративного процесса в брюшной полости и клиники ППН 6 больным был наложен ГепДА и 30 больным наложен ГепЕА, из них 27 анастомоз был наложен на ТПКД: по Прадери-Смиту (2), Сейпол-

Куриану (21) и Гальперину (4). Показанием ТПКД было высокое поражение желчных протоков, узкий диаметр протока.

Результаты исследования. После коррекции **интраоперационно обнаруженных повреждений МЖП** в ближайшем послеоперационном периоде специфические осложнения выявлено у 3 больных. У 2 больных отмечали частичную несостоятельность анастомоза после наложения ГепЕА и ГепДА (соответственно по 1 больному). Желчеистечение наблюдали по страховочному дренажу, которая самостоятельно прекратилась на 8 и на 10 сутки. У 1 пациентки после наложения ГепЕА на ТПКД в послеоперационном периоде по каркасному дренажу наблюдали желчь с примесью крови, которая не причинила катастрофических угроз жизни больной. Гемобилия купировалась после консервативного лечения (табл. 1).

В отдаленном послеоперационном периоде в 10 случаях (35,7%) выявлено рубцовые стриктуры желчных протоков и БДА (табл. 2).

У 7 больных после наложения ББА было выявлено рубцовая стриктура желчных протоков. Этим больным потребовались повторные вмешательства: 5 больным наложен ГепЕА; 1 – ГепДА (в анамнезе перенесла резекцию желудка по Б-П); 1 – стентирование желчного протока с удовлетворительным результатом лечения.

У больных после наложения ГепДА в отдаленном послеоперационном периоде периодически наблюдали атаки холангита и стриктуру БДА из них 1 больной наложен ГепЕА и 1 пациентка периодически

принимает сеансы баллонной дилатации и диатермо-расширения области анастомоза.

После наложения ГепЕА из 9 больных у 1-го наблюдали стриктуру анастомоза. Ему выполнено антеградное бужирование с удовлетворительным результатом лечения.

Больным с повреждениями МЖП обнаруженных **в раннем послеоперационном периоде** осложнения наблюдали в 24 % случаев в ранние сроки после повторных операций. Летальный исход наблюдали у 6 (8%) больных: у 2 больных вследствие ОППН, 1 – вследствие острой сердечно-сосудистой недостаточности, 3 из-за запущенного перитонита и полиорганной недостаточности.

В ближайшем послеоперационном периоде у 5 больных после наложения ГепЕА (3 больных) и ГепДА (2 больных) наблюдали частичную несостоятельность БДА, которая в 4 случаях проявилось наружным желчеистечением по страховочному дренажу и 1 билемой подпеченочной области. Желчеистечение самостоятельно остановилось на 7-15 сутки после операции, а билема была дренирована под контролем УЗИ.

У 1 больной после наложения ГепЕА в ближайшем послеоперационном периоде наблюдали гемобилию, которая не поддавалась консервативной терапии и потребовала релапаратомию (табл. 3).

Во второй группе больных у 43 (63,2%) пациентов отмечен удовлетворительный результат из 68 больных прослеженных в отдаленном периоде. В 25 (36,8%) наблюдениях выявлены рубцовые стриктуры желчных протоков и БДА.

Таблица 1. Виды осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и методы их лечения в первой группе больных.

Тип операции		Кол-во	Осложнения	Число больных	%	Методы лечения
Ушивание дефекта на дренаже Кера		10	-	-	0	-
ББА		7	-	-	0	-
ГепДА		2	Частичная несостоятельность БДА желчеистечение	1	50	Консервативно
ГепЕА	без ТПКД	7	Частичная несостоятельность БДА желчеистечение	1	14,3	Консервативно
	с ТПКД	2	Гемобилия	1	50	Консервативно
Всего			28	3	10,8	3-консервативно

Таблица 2. Отдаленные результаты и виды повторных вмешательств в первой группе больных.

Операций		Кол-во	Стриктура ЖП и БДА	%	Повторные вмешательства
Ушивание дефекта на дренаже Кера		10	-		-
ББА		7	7	100	5-ГепЕА, 1-ГепДА, 1-стентирование протока
ГепДА		2	2	100	1-ГепЕА, 1-РЭБВ
ГепЕА	без ТПКД	7	-	11,1	РЭБВ
	с ТПКД	2	1		
Всего		28	10	35,7	6-ГепЕА, 1-ГепДА, 2-РЭБВ, 1-стентирование протока

Таблица 3. Виды осложнений в ближайшем послеоперационном периоде и методы их лечения во второй группе больных

Тип операции	Кол-во	Вид осложнения	Число б-ных	%	Методы лечения	Из них умерло	%
Снятие лигатуры или клипс	12	-	-	0			
ББА	12	ОППН	2	16,7	Консервативно	2	100
Ушивание дефекта на дренаже Кера	1	-	-				
ГепДА	8	Частичная несостоятельность БДА желчеистечение	2	25	Консервативно		
		ОССН	1	12,5	-	1	100
ГепЕА	без ТПКД	Частичная несостоятельность БДА	желч-ние	2	75	Консервативно	
			билома	1		Дренаживание под контр. УЗИ	
	с ТПКД	34	гемобилия	1	2,9	Релапаратомия	
			ОППН	2	5,9	Консервативно	
			Нагноение раны	3	8,8	Консервативно	
Нагноение раны с эвентрацией кишеч.	1	2,9	Релапаратомия				
Наружное дренирование желчного протока	4	Перитонит ПОН	3	75	Консервативно	3	100
Всего		75	18	24		6	33,3

Таблица 4. Отдаленные результаты и виды повторных вмешательств во второй группе больных

Операций	Кол-во	Стриктура ЖП и БДА	%	Повторные вмешательства
Снятие лигатуры или клипс	12	5	41,7	5-ГепЕА
ББА	10	10	100	7- ГепЕА, 2 – стент, 1-ГепДА (РЭБВ)
Ушивание дефекта на дренаже Кера	1	-	0	-
ГепДА	7	7	100	2 – ГепЕА, 5 – РЭБВ
ГепЕА	без ТПКД	4	7,9	1 – ГепЕА, 1 – консервативная терапия
	с ТПКД	34		1 – консервативная терапия
Всего	68	25	36,8	15-ГепЕА, 1-ГепДА, 5-РЭБВ, 2-стент, 2-консервативная терапия

У 15 больных после восстановительных операций развилась рубцовая стриктура желчного протока и им потребовались повторные вмешательства: 12 больным наложен ГепЕА; 1 пациенту ГепДА, 2 – стентирование желчного протока. Из этой группы больной после наложения ГепДА, периодически принимает курсы рентгенэндобилирного вмешательства (РЭБВ) из-за рецидивирующего холангита и стеноза БДА.

Все 7 больных с ГепДА подверглись повторным операциям или эндоскопической коррекции: 2 больным выполнено разобщение БДА и наложен ГепЕА. 5 больных периодически получают сеансы РЭБВ.

У 3 больных после наложения ГепЕА наблюдали стеноз БДА. 1 больному повторно выполнено ГепЕА, а 2 периодически получают консервативную терапию по поводу рецидивирующего холангита (табл. 4).

Всего в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (20,4%) больных. В отдаленном периоде неудовлетворительный результат

(развитие стеноза) наблюдали у 35 (33,9%) больных: у 13 (37,14%) и 22 (62,86%), соответственно после реконструктивных и восстановительных операций. Повторные оперативные вмешательства потребовались 33 (32,03%) больным.

Таким образом, рассматривая факторы, влияющие на выбор операции и ее результаты при повреждении МЖП, можно констатировать, что главными из них являются: характер повреждения протоков, его локализация, тип выполненной операции и от квалификации хирурга.

Заключение. За последние годы количество холецистэктомий заметно возросло и большую их часть выполняют лапароскопическим методом (по нашим данным - более 80%). Возросло и число повреждений МЖП, причем эти повреждения отличаются особой тяжестью, поскольку к высокой бифуркационной механической травме, добавляется термическое воздействие на стенку протока.

Лучшие результаты получены у больных, где операции выполняли при интраоперационном обнаружении травм МЖП (у 84,3% пациентов). Но к сожалению, интраоперационное выявление повреждений МЖП было в 27,2% случаев. У значительной части больных повреждения желчных протоков диагностируются поздно (по нашим данным - у 72,8%), после развития желчного перитонита или механической желтухи. Из-за этого большинству больных приходилось первым этапом вынужденно выполнять наружное дренирование желчных протоков, упуская возможность нормализации желчеоттока сразу после травмы.

Мы считаем, что при выявлении повреждения МЖП в ближайшем послеоперационном периоде на фоне перитонита, подпеченочного абсцесса, желчеистечения на первом этапе целесообразно ограничиться наружным дренированием желчных путей. Реконструктивную операцию желательно выполнить после стихания воспалительно-инфильтративного процесса через 2-3 мес. Эта тактика оправдала себя у 30 (73,1%) больных этой группы.

Наш опыт показал, что основной операцией при полном пересечении и иссечении МЖП является ГепЕА по Ру: хороший отдаленный результат получен у 97,01% больных. ГепЕА без каркасного дренирования значительно сокращает сроки лечения больных, однако метод Нерр – Couinaud нам удалось применить только у 11 пациентов этой группы. Особенность этой операции заключается в выделении левого печеночного протока у места его слияния с правым протоком под портальной пластинкой. Это дает возможность выделять протоки вне рубцовых тканей и накладывать анастомоз шириной до 2-3 см, главным образом, за счет левого печеночного протока, избегая обременительного для пациента длительного (до 1,5-2 лет) дренирования зоны анастомоза.

Восстановительная операция показана только при парциальном краевом повреждении протока. У 11 пациентов данной группы, ушивая дефект протока на дренаже Кера, мы добились удовлетворительного результата. При ранении протока, в отличие от полного его пересечения, хорошие результаты объясняются тем, что целостность узкой задней стенки протока обеспечивает достаточное ее кровоснабжение.

Формирование БА при пересечении и иссечении протока во всех 17 наблюдениях завершилась формированием рубцовой стриктуры: 14 больным проведены реконструктивные операции, 3 - эндоскопическое стентирование. Наш, пока небольшой, опыт эндобилиарного стентирования позволяет положительно оценить этот метод.

Операции, при которых формировали соустье поврежденного протока с двенадцатиперстной кишкой, отрицательно сказывались на результатах лечения. У этих больных развивались хронический холангит и стеноз БДА, что потребовало в 2 случаях повторных реконструктивных операций и в 9 - эндоскопического вмешательства.

Литература:

1. Ризаев Э. А., Бабакулов Ш. Х., Сайфуддинов А. А. Современные аспекты прогнозирования тяжести течения острого панкреатита и его осложнений (обзор

литературы) // *Tadqiqotlar.* – 2025. – Т. 61. – №. 2. – С. 325-332.

2. Ризаев Э. А., Агабабян И. Р., Арзикулова М. Ш. К. Аутоиммунное воспаление как причинно-следственная связь пародонтита и атеросклероза // *Вопросы науки и образования.* – 2022. – №. 6 (162). – С. 50-64.

3. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // *Журнал гуманитарных и естественных наук.* – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.

4. Ризаев Э. А., Курбаниязов З. Б., Абдурахманов Д. Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // *Журнал гуманитарных и естественных наук.* – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.

5. Ризаев Э. А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // *Scientific approach to the modern education system.* – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.

6. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // *scientific approach to the modern education system.* – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.

7. Ризаев Э. А. и др. Оптимизация хирургических стратегий при остром панкреатите на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ эффективности и летальности // *Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar.* – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 189-189.

8. Ризаев Э. А. и др. Роль визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости и влияние на клинические исходы // *Zamonaviy ta'lim tizimini rivojlantirish va unga qaratilgan kreativ g'oyalar, takliflar va yechimlar.* – 2024. – Т. 7. – №. 71. – С. 120-120.

9. Akbarov M. M., Otamurodov Sh. K. Mirizi syndrome: diagnosis and treatment // *Eurasian Journal of Academic Research.* - 2023. - Vol. 3. - No. 4. - P. 27-32.

10. Artemyeva N. N., Kokhanenko N. Yu. Treatment of iatrogenic injuries of the bile ducts during laparoscopic cholecystectomy. // *Annals of surgical hepatology*, 2006, Vol. 11, No. 2. P. 49-56 (in Russ).

11. Balalykin A. S., Krapivin B. V., Alimov N. et al. On injuries of the main bile ducts in laparoscopic surgery. // *Endoscopic surgery*, 2000, No. 2. P. 8-9 (in Russ).

12. Vishnevsky V.A., Kubyshkin V.A., Ionkin D.A., Vukolov A.V. Features of surgical tactics in case of bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy. // *Annals of surgical hepatology*. 2003. Vol. 8. No. 2. P. 85-86 (in Russ).

13. Galperin E.I., Chevokin A.Yu., Kuzovlev N.F. et al. Diagnostics and treatment of various types of high cicatricial strictures of the hepatic ducts // *Surgery*. 2004. No. 5. P. 26-31 (in Russ).

14. Galperin E.I., Kuzovlev N.F. et al. Treatment of cicatricial strictures of the hepatic ducts. // *Materials of the Plenum of the Board of the Association of Endoscopic Surgery*. St. Petersburg. 2003, p. 105 (in Russ)

15. Galperin E.I., Chevokin A.Yu. Factors determining the choice of surgery for "fresh" injuries to the main bile ducts. // Annals of surgical hepatology, 2009, Vol. 14, No. 1. P. 49-56 (in Russ).
16. Galperin E.I., Dyuzheva T.G., Chevokin A.K., Garmaev B.G. Causes of development, diagnostics and surgical treatment of strictures of lobar and segmental hepatic ducts // Surgery. 2005. No. 8. P. 64-70 (in Russ).
17. Maistrenko N.A., Stukalov V.V., Sheiko S.B. New technologies in reconstructive surgery of "fresh" injuries to the bile ducts. // Annals of surgical hepatology. 2005. Vol. 10. No. 2. P. 59 (in Russ).
18. Nazirov F.G., Khadzhibaev A.M., Altyyev B.K., Devyatov A.V., Atadzhanov Sh.K. Operations for injuries and strictures of the bile ducts // Surgery. 2006. No. 4. P. 46-52 (in Russ).
19. Nechay A.I., Novikov K.V. Iatrogenic injuries of the bile ducts during cholecystectomy and gastric resection. // Annals of surgical hepatology, 2006, Vol. 11, No. 4. P. 95-100 (in Russ).
20. Nikitaylo M.E., Skums A.V. Surgical treatment of injuries and strictures of the bile ducts after cholecystectomy. // Almanac of the A.V. Vishnevsky Institute of Surgery. Vol. 3, No. 3, 2008. P. 71-76 (in Russ).
21. Panteleev V.S. et al. Clinical case of surgical treatment of traumatic liver injury with biloma formation, development of destructive cholecystitis and pseudoaneurysm formation // Creative surgery and oncology. - 2023. - Vol. 13. - No. 2. - P. 171-177 (in Russ).
22. Timerbulatov M.V. et al. Robotic reconstruction of bile ducts after iatrogenic damage // Clinical and experimental surgery. - 2023. - Vol. 11. - No. 2 (40). - P. 41-47 (in Russ).
23. Trifonov S. A. et al. Combined injury to the bile ducts and vessels during cholecystectomy // Annals of surgical hepatology. - 2023. - Vol. 28. - No. 2. - P. 95-103 (in Russ).
24. Emilio Itala. Atlas of abdominal surgery: Vol. 1. Surgery of the liver, bile ducts, pancreas and portal system: trans. from English edited by prof. Yu. B. Martov / M.: Med. lit., 2006. P. 134-182 (in Russ).
25. Amirovich M. B. et al. A new method of recovery operation for damage to hepaticocholedoch // Journal of Advanced Zoology. – 2023. – Т. 44. – №. S-2. – С. 2460-2467.
26. Du Y. et al. Role of epigenetic modifications and aging in inflammatory bowel disease // MedComm–Future Medicine. – 2023. – Т. 2. – №. 4. – С. e63.
27. Mayer P. et al. Post-cholecystectomy biliary leakage mimicking a neoplastic lesion: contribution of cholangioscopy in diagnosis and endoscopic treatment // Endoscopy International Open. – 2023. – Т. 11. – №. 09. – С. E885-E887.
28. Slater K, Strong RW, Wall PR, Lynch SV. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. ANZ J Surg. 2002 Feb;72(2):83-8.
29. Stewart L., Way L.W. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy // Arch. Surg. 1995. V. 130. P. 1123-1129.

**ТАКТИКО – ТЕХНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ
ПОВРЕЖДЕНИЙ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ ПОСЛЕ
ХОЛЕЦИСТЭКТОМИИ**

Насимов А.М.

***Резюме.** Материал исследования. Проведен анализ результатов хирургического лечения 103 больных со «свежими» повреждениями МЖП пролеченных в отделении хирургии многопрофильной клиники Самаркандского государственного медицинского университета в период 2014 – 2023 гг. Результаты исследования. Всего в ближайшем послеоперационном периоде осложнения развились у 24 (20,4%) больных. В отдаленном периоде неудовлетворительный результат (развитие стеноза) наблюдали у 35 (33,9%) больных: у 13 (37,14%) и 22 (62,86%), соответственно после реконструктивных и восстановительных операций. Повторные оперативные вмешательства потребовались 33 (32,03%) больным. Выводы. Рассматривая факторы, влияющие на выбор операции и ее результаты при повреждении МЖП, можно констатировать, что главными из них являются: характер повреждения протоков, его локализация, тип выполненной операции и от квалификации хирурга.*

***Ключевые слова:** Желчные протоки, ятрогенные повреждения, восстановительные и реконструктивные операции.*