

УДК: 616.37-001.366-089.-02-614.8.026.1.

## МАГИСТРАЛ ЎТ ЙЎЛЛАРИНИ ЖАРОҲАТЛАНИШЛАРИ: УЧРАШИ ВА УЛАРНИНГ ЮЗАГА КЕЛИШ САБАБЛАРИ, ХАВФ ОМИЛЛАРИ, ТАСНИФИ, ТАШХИСИ ВА ХИРУРГИК ТАКТИКА



Курбаниязов Зафар Бабажанович, Мардонов Бобошер Амирович  
Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ЧАСТОТА И ИХ ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА

Курбаниязов Зафар Бабажанович, Мардонов Бобошер Амирович  
Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

## DAMAGES OF THE MAIN BILICLE DUCTS: FREQUENCY AND THEIR CAUSES, RISK FACTORS, CLASSIFICATION, DIAGNOSIS AND SURGICAL TACTICS

Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Mardonov Bobosher Amirovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [info@sammu.uz](mailto:info@sammu.uz)

**Резюме.** Мақолада ўт йўлларида интраоператив шикастланишларида жарроҳлик тактикасининг аспектига бағишланган сўнги ўн йилликдаги адабиёт маълумотлари муҳокама қилинади. Қайд этилишича, ўт йўллари жароҳатларини даволашдаги муваффақиятсизликларнинг асосий сабаблари ўз вақтида ташхис қўйилмагани ҳамда ҳажми жиҳатидан етарли бўлмаган реконструктив жарроҳлик амалиётларнинг ўт йўллари жарроҳлиги бўйича тегишли тажрибага эга бўлмаган жарроҳлар томонидан ўтказилаётгани. Операция пайтида ёки операциядан кейинги даврда ташхис қўйилган сафро йўлларида шикастланишлари учун операция усулини танлашда бирлик йўқ.

**Калит сўзлар:** ўт тош касаллиги, холецистэктомия, ўт йўллари жароҳати.

**Abstract.** The article discusses the literature data of the last decade devoted to aspects of surgical tactics in intraoperative injuries of the bile ducts. It was noted that the main reasons for failures in the treatment of bile duct injuries are the late diagnosis and the performance of inadequate reconstructive operations in terms of volume by surgeons who do not have proper experience in biliary surgery. There is no unity in the choice of the method of operation for injuries of the bile ducts diagnosed intraoperatively or in the immediate postoperative period.

**Keywords:** cholelithiasis, cholecystectomy, damage to the bile ducts.

Магистрал ўт йўлларида (МЎЙ) шикастланишларини даволаш тобора муаммога айланиб бормоқда. Бу ўт йўллари касалликлари билан оғриган беморлар сонининг ва улар туфайли операциялар кўпайиши билан боғлиқ бўлиб, шунингдек ўт тош касаллиги ташхисининг яхшиланиши билан боғлиқ. Ҳар йили Россияда 100 000 дан ортиқ, АҚШда 700 000 га яқин, Ўзбекистонда 20 000 дан ортиқ холецистэктомия бажарилади [2,4,6,7,11,12,14,17,22,24,36,37].

Холецистэктомия пайтида жигардан ташқари ўт йўлларида (ЖТЎЙ) ятрогеник шикастланиши жуда тез-тез содир бўлади, бунинг турли тиббий нашрлардаги ҳисоботлар ва ўртача

статистик маълумотлар тасдиқлайди. Очик холецистэктомияда 0,1-1,0% [4,5,9,12,17,24,31,40,41], лапароскопик операцияларда - 0,4-3,5% ва ҳатто 7% ни ташкил қилади [2,7,8,9,14,22,28,29,36,38,50,60]. Шундай қилиб, лапароскопик операциялар жигардан ташқари ўт йўлларида шикастланиш хавфини истисно қилмади. Характерли хусусият шундаки, лапароскопик аралашув пайтида ўт йўлининг девори электр шикастланишига, яъни термал куйишга дучор бўлади [2,7, 9, 13, 14,24,57,62]. С.И. Емельянов ва бошқ. қуйидаги маълумотларни берди: анъанавий холецистэктомия пайтида ЖТЎЙнинг шикастланиш частотаси 0,06%, лапароскопик билан - 0,6% [12].

А.И. Нечай ва бошқ. (2006) ўт пуфагида (100) ёки ошқозонда (12) очик операция пайтида ўт йўллари тасодифан шикастланган 112 беморни даволаш натижалари ҳақида хабар берди. Холецистэктомия пайтида ушбу асоратнинг частотаси 0,13%, ошқозон резекцияси пай-тида - 0,06% ни ташкил этди [24].

Ф.Г. Назиров ва бошқ. (2005) ятроген шикастланиши туфайли ривожланган ЖТЎЙнинг чандикли стриктуралари ва ташқи окмалари бўлган 336 беморни жарроҳлик даволаш таҳлилини тақдим этди. Чандикли стриктуралар ва ташқи окмаларнинг пайдо бўлишининг сабаблари холецистэктомия, ошқозон резекцияси ва эхинококкэктомия пайтида интраоператив жароҳатлар ҳисобланади [23].

ЖТЎЙга ятрогеник шикастланишнинг сабаблари ва олдини олиш масаласи жуда муҳим ва катта қизиқиш уйғотади. Ятроген жароҳатларнинг сабаблари ва мойиллик қилувчи ҳолатларини ажратиш таклиф этилади [30,43,51,60].

Бир нечта шифохоналардан олинган жуда катта клиник материални таҳлил қилиб, А.Р. Моосса ва бошқ. (1990) ЖТЎЙнинг шикастланиши ҳар қандай жарроҳлик муассасасида, куннинг исталган вақтида ва энг қизиғи, ҳар қандай малакали жарроҳда содир бўлиши мумкин деган хулосага келди [53]. Худди шундай фикр Н.Н. Артемева (1996), на касалликнинг давомийлиги, на операциянинг табиати (шошилинич ёки режалаштирилган), на каналнинг диаметри, на жарроҳнинг профессионал тажрибаси ўт йўллариининг шикастланиш эҳтимолига таъсир қилмайди [1].

Операция вақтида ўт йўллариининг беихтиёр шикастланишини сабаблар сифатида талқин қилиш тубдан нотўғри, бундай ҳолатларни Н.А. Маистренко ва бошқ. (2005) томонидан қайта-қайта хабар қилинган [18]. Бу ҳақда Н.А. Мизуров ва бошқ. (2010) ҳам ёзади, мутахассис маълум анатомик тузилмаларнинг структуравий хусусиятлари ва яллиғланиш жараёни туфайли одатий топографик ва анатомик муносабатлардаги ўзгаришлар билан боғлиқ бўлган турли хил вазиятларни ёдда тутиши керак [21].

Юкорида айтилганларга мувофиқ, И.В.Фёдоров ва бошқаларнинг (2003) лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭ) пайтида ўт йўллариининг шикастланишига бағишланган ишларини ажратиб кўрсатиш ўринлидир [30]. Муаллифлар жарроҳларни ўт йўллариининг мумкин бўлган шикастланишидан огоҳлантирадилар ва R. Martin et R. Rossi таснифига кўра ушбу асорат учун хавф омилларини номлашади [51]: хавфли анатомия, хавфли патологик ўзгаришлар ва хавфли жарроҳлик (экспозициянинг етишмаслиги, ўт пуфагини тортишнинг нотўғри йўналиши, электрокоагуляция шикастланиши ва бошқалар).

Хавфли анатомия:

- ЖТЎЙ анатомик вариантлари ва ривожланишидаги нуқсонлар

- жигар дарвозасидаги ёғ клетчаткаси.

Хавфли патологик ўзгаришлар:

- ўткир холецистит

- ўткир холециститнинг сусайган ҳуружи

- ўт пуфаги склероатрофияси

- Мириззи синдроми

- жигар кисталари ва ўсмалари

- жигар циррози

- ошқозон ости беши ўсмалари ва панкреатит

тит

- ўн икки бармоқ ичак яра касаллиги.

Хавфли жарроҳлик:

- нотўғри тракция

- маҳаллий қон кетиши ёки сафро оқиши

- ўт пуфагини мобилизация қилишнинг нотўғри кетма-кетлиги

- иссиқлик ва лазерли шикастланиш

- технологияни ўқитиш ва ўзлаштириш босқичи

- холангиография ва холедохотомия.

Э.И. Галперин (2003) холецистэктомия пайтида ўт йўллариининг шикастланиш хавфи ва уни олдини олиш усулларига эътибор қаратади. Муаллиф холецистэктомия пайтида қийинчиликлар юзага келганда, биринчи навбатда киришни кенгайтириш ва умумий ўт йўлини аниқлаш орқали яхши экспозицияга эришишни тавсия қилади, гемостатик қисқични кўр-кўрона қўллаш мумкин эмаслигини таъкидлайди [9].

Ф.Г. Назировнинг (2006) сўзларига кўра, ўт йўлларидаги операциялар каби кўплаб қутилмаган ҳодисалар, хавф билан боғлиқ бошқа операциялар деярли йўқ. Техник хато ва жарроҳнинг бир лаҳзалик эътиборсизлиги беморга шунчалик кўп зарар етказиши мумкинки, уни умрининг охиригача бартараф этиб бўлмайди. Бироқ, бир қатор техник ва тактик қоидаларга пухта амал қилинса, аксарият хатоларнинг олдини олиш мумкин [21].

Шикастланиш таснифи.

Ўт йўллари шикастланишининг кўплаб таснифлари таклиф қилинган. Маҳаллий ва хорижий жарроҳлар тадқиқотларни бирлаштириш ва натижаларни баҳолаш учун ўт йўллариининг шикастланишлари таснифини яратишга бир неча бор уринишган. Қоидага кўра, шикастланишнинг табиати асос қилиб олинган [9,10,11,30,31,33,39,40,64].

ЖТЎЙга етказилган шикастланишнинг табиати S.M. Strasberg – Н. Bismuth нинг (1995) таснифида энг аниқ акс эттирилган [64], унда 5 тур ажратилади:

А тури. Кичик ўт йўлларида сафро оқиши

• ўт пуфаги ётоғи (Люшко йўли)

• ўт пуфаги ёғли.

Б тури. Билиар дарахтнинг қисман ёки тўлиқ ёпилиши (клипирлаш).

Ушбу турдаги шикастланишда ўнг бўлак қўшимча ёғли тез-тез зарарланади.

С тури. Қўшимча бўлак йўлининг биттасидан сафро оқиши.

Кўпинча ўнг аберрант каналнинг кесилиши.

Д тури. Сафро йўлларининг латерал (деворининг) шикастланиши.

Бўлак йўллари, умумий жигар йўли (УЖЙ) ёки умумий ўт йўли (УЎЙ) шикастланиши.

Е тури. Умумий жигар йўли (УЖЙ) ёки умумий ўт йўли (УЎЙ) нинг тўлиқ кесилиши ёки шикастланиши.

• Е1. Пастки шикастланиши - УЖЙ чўлтоғининг 2 смдан кўп сақланиши билан.

• Е2. Ўрта даражадаги шикастланиш - УЖЙ чўлтоғи 2 смдан кам.

• Е3. Юқори (конфлюенс) шикастланиш, бўлак йўлларининг қўшилиши сақланиб қолган.

• Е4. 3-турдан фаркли ўларок, конфлюенс ажралган, бўлак йўллари узилган.

• Е5. Комбинирланган шикастланиш - Е1 - Е4да санаб ўтилган вариантлардан бири билан жигар ва ўнг аберрант ёки бўлак йўлининг биргалликда шикастланиши.

Ушбу тасниф "янги" жароҳатлар ва уларнинг оқибатларини ажратиш туради, топографик ва анатомик хусусиятларга кўра тузилади, шикастланишнинг характерини акс эттиради, бу эса охир-оқибатда даволаш тактикасини белгилайди.

Амстердамдаги Академик тиббиёт марказида ишлаб чиқилган тасниф (1996) кенг қўлланилган бўлиб, унга кўра шикастланишнинг табиати билан бир қаторда бирламчи шикаст даражасини ҳисобга олган ҳолда 4 турдаги шикастлан-иш ажратилган:

А тури – ўт пуфаги йўлидан ёки периферик жигар шохларидан сафро оқиши.

Б тури - сафро оқиши билан (УЖЙ ёки ўнг жигар йўлининг аберрант жигардан ташқари шохларидан) ўт йўлларининг катта шикастланиши, сафро стриктуралари билан ёки уларсиз.

С тури – УЎЙ нинг ўтказувчанлигининг бузилиши, сафро оқиши йўқ.

Д тури - УЎЙ нинг тўлиқ кесилиши, унинг парсиал узилиши билан ёки узилмаслиги билан.

Таснифлаш жарроҳга жароҳатланишни тузатиш усулини танлашга ёрдам бериши керак, Э.И. Галперин ва бошқ. (2003) нинг Амстердам таснифи билан ўзгартирилган таснифи кейинги жарроҳлик даволаш тактикасига эътибор қаратади:

А. Ўт йўлларининг эрта «янги» шикастланиши.

І. Шикастланиш оғирлиги ва сафро оқиши характерига кўра.

А тури – ўт қоғи йўли ёки периферик жигар йўли шохларидан сафро оқиши.

В тури – ўт йўлларининг катта жароҳатланиши сафро оқиши билан (УЎЙ ёки ўнг жигар йўлининг жигардан ташқари абберант сегментар шохлари), ҳамроҳ ўт йўллари структураси билан ёки усиз.

С тури – УЎЙ ёки жигар йўлларининг боғланиши ёки клипсаланиши оқибатида ўтказувчанлигининг йўқолиши.

Д тури – УЎЙнинг тўлиқ кесилиши, унинг парсиал кесилиши билан ёки усиз.

Е тури – УЎЙнинг жароҳатланиши сафронинг ташки ва қорин бўшлиғига (перитонит) оқиши.

ІІ. Жароҳатланишни аниқлаш вақтига кўра.

1. Операция пайтида аниқланган жароҳатлар.

2. Операциядан кейинги даврда аниқланган жароҳатлар.

Б. Операциядан кейинги ўт йўллари чандикли структураси таснифи.

Структура тури	Стриктуранинг тавсифи
+2	Ўрта ва пастки - УЖЙ 2 см дан ортиқ
+1	Юқори - УЖЙ 1-2 см
0	Бифуркацион- УЖЙ 0-1 см
-1	Трансбифуркацион – жигарнинг бўлақлар ўт йўллари алоқаси сақланган
-2	Дуктал - жигарнинг бўлақлар ўт йўллари алоқаси узилган
-3	Сегментар - жигарнинг бўлақлар ўт йўллари (кўпроқ ўнг) чандикли ўзгариши, сегментар сақланган

Юқоридаги тасниф одатда кундалик амалиёт учун қабул қилинади. Сафро йўлларининг шикастланиши учун операцияни танлашни белгиловчи барча омиллар ҳисобга олинади:

• Жароҳатланишни аниқлаш вақти: «янги» жароҳатланиш – операция пайтида ва операциядан кейинги эрта даврда; узоқ муддатда (холецистэктомиядан кейин 30 кундан ортиқ);

• Жароҳатланиш локализацияси: УЎЙ, УЖЙ ва бўлак йўллари, ўт пуфаги йўли ҳамда ўт пуфаги ётоғида майда шохлар;

• МЎЙ жароҳатланиш характери: кесиш, клипсалаш ёки боғлаш оқибатида окклюзия [9,31].

МЎЙ шикастланишининг диагностикаси.

МЎЙ жароҳатланишини даволашнинг яқин ва узоқ муддатли натижалари қониқарли эмас. Реконструктив аралашувлардан сўнг эрта ўлим даражаси 8-10%, кечки босқичларда эса 13-17% ни ташкил қилади [17,18,23,46]. Муваффақиятсизликларнинг асосий сабаблари

диагностиканинг кечикиши ва жарроҳликнинг ушбу соҳасида тегишли тажрибага эга бўлмаган шифокорлар томонидан мураккаб реконструктив операцияларни бажаришдир [12,47].

МЎЙнинг шикастланишини аниқлаш вақти жарроҳлик пайтида ёки операциядан кейинги эрта даврда - даволаш натижалари нуқтаи назаридан ҳал қилувчи аҳамиятга эга [1,4,7,9,10,11,16,29,31,48,59].

А.И. Нечай ва К.В. Новикова (2006)нинг сўзларига кўра 30% ҳолларда жарроҳлик пайтида МЎЙ ятрогеник зарар етказилган. 20% гача жароҳатлар операциядан кейинги эрта даврда обструктив сарикликнинг пайдо бўлиши ва тез ривожланиши ёки жароҳат ёки дренаж орқали сафро оқшининг давом етиши фонида ташхис қўйилган. Беморларнинг 37,5 фоизда жарроҳлик пайтида юзага келган ўт йўллариининг шикастланиши узоқ вақт давомида ривожланаётган структура белгиларига асосланиб аниқланган. Кузатишларнинг бир қисмида (12,5%) УЖЙ ёки УЎЙнинг шикастланиши фақат аутопсияда, беморлар прогрессив перитонит, кўпайиб борувчи сариклик ёки ўз вақтида тан олинмаган бошқа оператсиядан кейинги асоратлардан вафот етганида аниқланган [24].

МЎЙ зарарланишининг интраоператсион белгилари:

1. Жарроҳлик соҳаси худудида манбаси ноаниқ сафро пайдо бўлиши.
2. Ўт пуфагининг бўйин қисмида қўшимча найсимон тузилмалар пайдо бўлиши.
3. Операция охиригача ўт пуфаги йўлининг тахмин қилинган чўлтоғининг кенгайиши.
4. Интраоперацион холангиографияга кўра ўт йўллари бутунлигининг бузилиши.

Интраоперацион холангиография (ИХГ).

ИХГ – Жигардан ташқари ўт йўллариининг ятрогеник шикастланишларини эрта ташхислаш учун алмашиб бўлмайдиган диагностика усули. У ўт йўллариининг тузилиши, функционал ёки органик ўзгаришлари ҳақида қимматли маълумотларни беради. Малакали бажарилган тадқиқот усули билан интраоперацион холангиографиянинг асоратлари жуда кам учрайди ёки умуман йўқ [2,12,28,38,43,54].

ИХГ анатомик жиҳатдан мураккаб вазиятларда ва МЎЙнинг интраоперацион шикастланишига шубҳа қилинган ҳолларда мутлақо кўрсатма ҳисобланади.

Конверсия, шунингдек, МЎЙнинг шикастланишини ташхислаш ва олдини олиш чораси сифатида ҳам кўриб чиқилиши керак. Конверсия қилиш тўғрисида қарор қабул қилишнинг асосий тамойиллари иккита ҳолатни ўз ичига олади: еҳтиёткорлик ва зарурат. Эҳтиёткорлик тамойилида ўтиш операциядан олдин қутилганидан кўра

мураккаброк анатомик ва топографик тузилмаларнинг очилиши билан боғлиқ (ўт пуфагининг бўйни яқинида яққол яллиғланиш ўзгаришлари, ЖТЎЙни фарқлашда қийинчилик). Зарурият туфайли ўтиш асоратланганда, тўсатдан бошланган қон кетишида, лапароскопик тўхтатиш мумкин бўлмаганда ёки сафро оқиши пайтида унинг манбаи аниқланмаганда амалга оширилади. Лапаротомия билан МЎЙни тўғри аниқлаш ва кузатиш, шунингдек, пункцион ИХГ қилиш керак [7,28].

Операциядан кейинги эрта даврда МЎЙ жароҳатланиши диагностикаси.

Жарроҳлик вақтида аниқланмаган ўт йўллариининг шикастланишлари операциядан кейинги даврда қуйидаги клиник кўринишларга эга: а) дренаждан сафро оқиши, б) холангит билан кучайиб борувчи сариклик, с) сафроли перитонит клиникаси.

ЖТЎЙнинг шикастланиши ўнг қовурга ёйи ости соҳасида оғриқ ва тўлиқлик ҳисси, гипертермия, сариклик, иштаҳанинг йўқолиши, кўнгил айниши, қусиш, перитонеал белгилар, дренаж орқали сафро оқиши шаклида намоён бўлади. Холестектомиядан кейинги кун қоринда кучли оғриқлар ҳақида шикоятлар операциядан кейинги даврнинг силлиқ кечишига хос эмас ва жарроҳни огоҳ қилиши керак. Агар оғриқлар тарқоқ бўлса ёки ҳеч бўлмаганда тарқалишга мойил бўлса, шунингдек, қорин олд девори мушакларида таранглашиш пайдо бўлиши билан бирга бўлса, сафро оқиши ёки ковак аъзонинг шикастланиши ҳақида ўйлаш керак. Жигар соҳасидаги оғриқнинг тўмтоқ бўлиши, кўпинча сафро оқимининг бузилишида кузатилади. Сариклик ва холангитнинг пайдо бўлиши ниҳоят ташхисни тасдиқлайди [5,9,16,25,29,50,52,55,57,58,62].

Ультратовушли текширув (УТТ). Енг қулай ва оддий тадқиқот усули бўлиб, қорин бўшлиғида, жигар остида суюқлик мавжудлигини аниқлашга имкон беради. Шу билан бирга, ультратовуш маълумотларини клиник кўриниш билан солиштириш керак, чунки суюқликнинг ўзи аниқланиши асоратнинг ривожланишини кўрсатмайди. Обструктив сарикликнинг ривожланишида енг маълумот берувчи, билиар гипертензиянинг ечографик расми билвосита МЎЙнинг кесилишини (клипсалинини) тасдиқлаши мумкин [5,13].

Компютер томографияси (КТ).

Ультратовушга қўшимча равишда, КТ суюқликни аниқлаш учун ишлатилиши мумкин. КТ ўт йўллариини ўрганиш усуллари билан уларнинг тўғридан-тўғри контрасти билан фарқ қилади, чунки кенгайган ўт йўллариини визуализация қилиш уларда гипертензия ҳосил қилишни талаб қилмайди ва КТда сафро табиий контраст моддасидир, бу сизга жигар паренхимаси фонида, гепатодуоденал бойлам бўйлаб ва ошқозон ости бези

бошида кенгайган ўт йўллари кўришга имкон беради. Компютер томографиясининг мақсади обструктив сариқлик асосини аниқлаш, ўт йўллари обструктсия даражаси ва сабабларини аниқлашдир. Сафро гипертензиясида КТ ишончли тадқиқот усули ҳисобланади. Обструктив сариқлик билан биргаликда ташқи сафро оқшининг мавжудлиги усулнинг сезгирлигини пасайтиради.

КТ ултратовушга қараганда объективроқдир ва унинг натижалари шифокорнинг субъектив баҳосига камроқ боғлиқ, бу иккала усулнинг ҳам умумий камчиликлари бор.

1. Аниқланган суюқликнинг сифат таркибига нисбатан хос эмас.

2. Суюқлик оқиши манбасини аниқлаб бўлмайди.

3. Сафро оқиши давом этмоқдами ёки йўқми деган саволга жавоб бермайди.

Ушбу усулларнинг асосий афзаллиги инвазив эмас, аммо яқуний ташхис қўйиш учун кўшимча муолажа талаб қилинади - ултратовуш ёки КТ назорати остида суюқлик тўпланган жойни тери орқали пункция қилиш. Диагностик пункция суюқликнинг сифатли таркибини аниқлашга имкон беради ва баъзи ҳолларда бўшлиқни даво мақсадида дренажлашни амалга оширади [12,41].

Магнит-резонанс томография (МРТ). Ҳозирги вақтда МРТ катта аҳамиятга эга, бу усул жароҳатланишнинг ўзига хос топик тавсифини, даражасини ва атрофдаги тўқималарнинг ҳолатини аниқлаб беради.

Магнит-резонанс холангиография - нисбатан янги ноинвазив усул, фақат бир нечта марказларда қўлланилади. МРТнинг истиқболлари жуда катта, аммо уни қўллаш юқори нарх ва маълумотларни талқин қилишнинг мураккаблиги билан сезиларли даражада чекланиши мумкин [2,26,57].

Эндоскопик ретроград холангиопанкреатография (ЭРПХГ). ЭРПХГ Мўйни контрастлашнинг энг кенг тарқалган усули сифатида тан олинган. Текшириш Мўйга етказилган зарарнинг жойлашуви ва характерини аниқлаш имконини беради. Сафро оқиши билан ЭРПГ ўт пуфаги йўли чўлтоғининг етишмовчилигини, магистрал ўт йўллари чети шикастланишини, уларнинг тўлиқ кесилишини ташхислаш учун ишлатилиши мумкин. Жигарнинг қўшимча ўт йўлидан ёки ўт пуфаги ётоғидан сафро оқиб чиқса, усул маълумот бермаслиги мумкин. Бундан ташқари, ЭРПХГ баъзи ҳолларда нафақат диагностика, балки терапевтик муолажага ҳам айланиши жуда қимматлидир. Шундай қилиб, ўт пуфаги йўлидан сафро оқиши кузатилса ёки магистрал ўт йўллари чети шикастланишини бўлса, декомпрессия қилиш учун ўт йўллари назобилиар дренажи ва стентлаш амалга оширилади. Операциядан

кейинги эрта даврда "янги" жароҳатлар ташхисида энг информацион [27,34,35,50,57].

Тери орқали жигар орқали холангиография (ТЖХГ). ТЖХГ ва ТЖХС қимматли диагностика ва терапевтик тадбирлардир. ТЖХГ шунингдек, сафро оқишини ташхислаш учун ҳам қўлланилади. Ушбу усул ўт пуфагига оқиб тушадиган қўшимча ўт йўлларидан сафро оқишини аниқлаш имконини беради [2,3,26,34,48].

Операциядан олдинги тайёргарлик босқичи сифатида билиар гипертензияни бартараф этиш учун ўт йўллари тери орқали жигар орқали дренажланиши мумкин [3,34].

Мўй жароҳатланишини даволаш.

Э.И. Галпериннинг (2009) сўзларига кўра операцияни танлаш ва уни амалга ошириш усулига таъсир қилиши мумкин бўлган бир қанча омиллар мавжуд:

1) жароҳатланишнинг табиати;

2) эндоскопик стентлаш имконияти;

3) локализацияси;

4) кесилган канал ҳолати: девор қалинлиги ва диаметри;

5) жароҳатланишни аниқлаш вақти: холецистэктомия пайтида ёки опер-ациядан кейинги эрта даврда;

6) операциядан кейинги даврда перитонитнинг мавжудлиги;

7) ўт йўллари реконструктив жарроҳлигида тажрибага эга бўлган жарроҳнинг мавжудлиги [10].

Турли операциялар учун кўрсатмаларни аниқлашда жароҳатланишнинг табиати катта аҳамиятга эга. М.Е. Ничитайло ва бошқ. (2008) "учма-уч" анастомоз билан тиклаш йўли билан тўлиқ канал кесилишининг жарроҳлик даволаш натижалари таҳлилини тақдим этди. Муаллифлар беморларнинг 91 фоизида анастомоз ҳавзаси чандиғининг юқори частотасини ва қайта операция қилиш 6 ойдан 4 йилгача бўлган даврда зарурлигини кузатдилар [25].

Жарроҳнинг ўт йўлининг узлуксизлигини тиклаш истаги жуда тушунарли, аммо бу исталмаган ҳолда билиар анастомоздан кейин чандикли структура пайдо бўлиш эҳтимоли жуда юқори (70-100%) [9,10,44,45,55]. Ўт йўллари анастомозининг чандиғига олиб келадиган асосий омиллар - бу канал учларининг диастазаси, каналларнинг кичик диаметри (агар илгари сафро гипертензияси бўлмаган бўлса), Уўйнинг проксимал сегментида қон таъминоти бузилганлиги сабабли, чунки гепатикоколедох қон таъминотининг аксиляр кўтарилган турига эга [9].

Э.И. Галперин ва А.Ю. Чевочкин (2009) асосий ўт йўллари тери орқали "янги" жароҳатланиши бўлган 61 беморни даволаш таҳлилини тақдим этди ва ўт йўллари қирраси шикастланишдан фарқли ўлароқ, каналнинг тўлиқ кесилиши бўлган

беморлар реконструктив операциялардан сўнг ёмон натижаларга эришган деган хулосага келди. Эҳтимол, ўт йўлларининг қирраси шикастланишида канал деворининг кенг ёки ҳатто тор "кўприги" мавжудлиги маҳаллий қон айланишининг бундай кескин бузилишига олиб келмайди, бу ҳатто перитонит шароитида ҳам яхши натижаларни беради [10].

Диаметрининг 1/2 қисмидан кўп бўлмаган ўлчамдаги шикастланиши ёки каналнинг қирраси шикастланиши бўлган тақдирда жарроҳлик аралашувга алтернатив каналга стентни эндоскопик жойлаштириш бўлиши мумкин, бу канал жароҳатини тўғри ҳолатда даволашни таъминлайди ва чандиқли торайишни олдини олади. Шикастланган каналга стентларни эндоскопик ёки жигар орқали киритиш, шубҳасиз, жарроҳликнинг ушбу соҳасидаги тараққиётини кўрсатади. Стентни эндоскопик олиб ташлаш имконияти, "йўқолган" дренаждан фарқли ўлароқ, бу муолажани мақбул ва бошқариладиган қилади [9,10,34,35].

Шубҳасиз, тўлиқ кесилишни локализация қилиш реконструктив жарроҳлик усулини аниқлашда катта рол ўйнайди. Н.Н. Артемева ва бошқ. (2006) ЛХЭ дан кейин ЖТЎЙ жароҳатланган 54 беморни даволаш натижалари ҳақида хабар беради. Жароҳатланиш даражасини аниқлаш учун муаллифлар С.М. Страсберг – Ҳ. Бисмут таснифидан фойдаланадилар. Уларнинг фикрига кўра, шикастланиш даражаси қанчалик юқори бўлса, турли хил модификацияларда каркасли дренажларидан фойдаланиш тўғри бўлади [2].

Сўнгги йилларда каркас дренажидан фойдаланмасдан анастомозларга устунлик берилди, чунки жигар орқали дренажнинг узок вақт туриши ўт йўллари стриктурасининг шаклланишига олиб келади ёки ҳеч бўлмаганда уларнинг ривожланишига тўсқинлик қилмайди [6,10,11,15,26,33,46,56,61].

Ничитаило М.Е. ва бошқ. (2008) ўт йўлларининг бифуркацияси даражасида, 30 мм ва ундан ортиқ канал сегментлари орасидаги диастаз билан, шунингдек дистал умумий ўт йўлини топиб бўлмайдиган шикастланганда II-III турдаги шикастланишлар учун реконструктив операцияларни ўтказдилар. Юқори жароҳатлар ва стриктуралар бўлса А.А. Шалимов ёки Ру усули бўйича ингичка ичак билан жигар йўли чўлтоғи ўртасида, каналнинг пастки жароҳатлари бўлса ўн икки бармоқли ичак билан анастомоз ҳосил қилинади [25].

Билиодуоденоанастомозни бажариш оддий ва камроқ шикастли операция ҳисобланади. Гепатодуоденостомиянинг жиддий камчиликлари билан бири сурункали холангиогепатитнинг сақланишига ва кўпинча кўплаб жигар абсцессла-

рининг пайдо бўлишига олиб келадиган доимий дуоденобилиар рефлюксдир. Беморларнинг 30 фоизида такрорий холангит ва анастомоз стенози такрорий операцияларга сабаб бўлди [9,18,20,25].

Каналнинг проксимал сегментининг кичик диаметри ва унинг ингичка девори гепатикоеноанастомозни қўллашда катта қийинчиликлар туғдиради. С.И. Емелянов 9 бемордан 8 тасида ёмон натижаларни кузатди; муваффақиятсизликнинг сабаби, унинг фикрича, каналнинг кичик диаметри ва унинг ингичка девори бўлди. Муаллиф каналнинг тўлиқ кесилиши бўлган беморларнинг кўпчилигида икки босқичли даволанишни қўллаш керак деб ҳисоблайди: биринчи босқичда, кесилган каналнинг проксимал қисмига дренаж трубкасини жойлаштириш, иккинчисида - реконструктив операцияни бажариш. Н. Бисмут ҳам даволашнинг деярли бир хил тамойилига амал қилади [10,12,40].

Каналнинг проксимал сегментининг кичик диаметри ва шикастланишнинг юқори жойлашуви билан, Нерр-Сюинауд бўйича жигарнинг хилиар пластинкаси остида мобилизация қилингандан сўнг, чап жигар йўлини кесиб, жойни ҳосил қилиш тавсия этилади [10,15,20,26,32,46,48,49].

Ўт йўлларининг "янги" шикастланишлари билан даволаш тактикасида ҳал қилувчи омил - уни аниқлаш вақти - жарроҳлик пайтида ёки операциядан кейинги эрта даврда аниқланганлигига боғлиқ [1,4,7,9,10,11,16,29,31,48,59].

МЎЙга зарар етказиш вақтини аниқлашга қараб жарроҳлик аралашувини танлаш эътиборга олинишига В.Н. Чернишев ва бошқ. эътибор қаратдилар. Муаллифлар даволашнинг энг яхши узок муддатли натижалари операция столида ўт йўллари тўлиқ кесилган беморларда ятрогеник шикастланиши аниқлангандан сўнг дарҳол ўт йўлларини қайта тиклаш амалга оширилганда кузатдилар. Операциядан кейинги даврда аниқланганлар ўт йўлларида кесилишида реконструктив операциялар сафро перитонит ва бошқа йирингли асоратларнинг ходисаларини бартараф этгандан сўнг, имкон қадар тезроқ амалга оширилиши керак, яъни икки босқичли даволанишни қўллаш керак [32]. Н.Н.Артемева ва бошқ. (2006) ҳам худди шундай даволаш тамойилига амал қилади. Перитонит шароитида ҳар қандай реконструктив операциялар анастомозларнинг чандиқлари билан тугайди [2].

Э.И. Галперин ва А.Ю. Чевочкин (2009) ўт йўлларининг реконструктив жарроҳлиги бўйича тажрибага эга бўлган жарроҳнинг мавжудлигини ўт йўллари жароҳатларини даволашда асосий ижобий омил деб ҳисоблайди. Перитонит ва сафро тўпланиши фониде жигар бифуркация ва бўлак йўлларининг шикастланиши билан, тор канал ва ингичка девор билан операцияни муваффақиятли бажариши мумкин [10].

L. Stuart ва L.V. Way ўт йўлини жароҳатлаган жарроҳ томонидан операцияни давом эттирган беморларнинг атиги 17 фоизида аралашувнинг муваффақияти ҳақида хабар беради. G. Nuzzo ва бошқ. холецистэктомия пайтида жигар йўли жароҳатланган ва жарроҳ томонидан операция давом эттирилган 27 нафар бемор тўғрисидаги маълумотларни келтириб, улардан 26 нафарининг натижаси ёмон бўлган, қайта операция талаб қилинган [10,63].

Шундай қилиб, ҳатто МҶЙнинг энгил жароҳатлари кеч ташхис қўйилган бўлса ҳам, ҳаёт учун хавф туғдириши ва операциядан кейинги даврда оғир асоратларга олиб келиши мумкин: тарқалган ёки чегараланган перитонит, жигар ости абсцесларнинг шаклланиши, ташқи ўт йўллари оқмалари, травмадан кейинги чандикли стриктуралар. Ўт йўллари оғир шикастланишида уни даволаш жуда қийин бўлиб, эрта ва узоқ муддатли натижаларни яхши деб ҳисоблаш мумкин эмас. Реконструктив жарроҳликдан кейинги ўлим 8-17% ни ташкил қилади [6,17].

Жарроҳликнинг ушбу энг мураккаб соҳасида эришилган маълум ютуқларга қарамай, ҳатто энг тажрибали жарроҳларда ҳам қониқарсиз натижалар ўртача 10% ҳолларда қайд этилади [11,19,42,46].

Бугунги кунда муҳокама қилинадиган асосий мавзулар қуйидагилардир: операция вақтида ёки операциядан кейинги даврда МҶЙнинг шикастланишини аниқлашга қараб жарроҳлик усулини танлаш, ўт йўллари оқмалари реконструкция қилишнинг оптимал усулини танлаш, анастомознинг каркасли дренажга қўрсатмалар ва унинг давомийлиги, билиодигестив анастомозлар стенози ривожланишининг хавф омиллари, ушбу тоифадаги беморларни даволашда эндоскопик усулларнинг ўрни.

Мазкур ҳолатлар ушбу муаммога қарашлар тизимини янада такомил-лаштириш зарурлигидан далолат беради.

#### Адабиётлар:

1. Артемьева Н.Н. Повреждения желчных протоков во время операции и способы их исправления // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т. 1. (Приложение). С. 269.
2. Артемьева Н.Н., Коханенко Н.Ю. Лечение ятрогенных повреждений желчных протоков при лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, №2. С.49-56.
3. Бебезов Х.С., Осмонов Т.А., Бебезов Б.Х., Раимкулов А.Э., Ермеков Т.А. Результаты чрезкожных чраспеченочных эндобилиарных вмешательств в хирургии желчных путей. // *Анналы хи-*

- рургической гепатологии, 2006, том 11, № 4. С. 50-53.
4. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н. и др. Интраоперационные повреждения желчевыводящих протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2000. Т.5. №2. С.96
5. Бебуришвили А.Г., Зюбина Е.Н., Акинчиц А.Н., Веденин Ю.И. Наружное желчеистечение при различных способах холецистэктомии: диагностика и лечение. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009, том 14, № 3. С. 18-21.
6. Бебуришвили А.Г. Зюбина Е.Н. Строганова Е.П. Качество жизни у больных после повторных операций на желчных протоках. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10. № 2. С. 49-50.
7. Вишневецкий В.А., Кубышкин В.А., Ионкин Д.А., Вуколов А.В. Особенности хирургической тактики при повреждениях желчных протоков во время лапароскопической холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2003. Т. 8. №2. С. 85-86.
8. Гальперин Э.И., Кузовлев Н.Ф., Чевокин А.Ю. Лечение повреждений внепеченочных желчных протоков, полученных при лапароскопической холецистэктомии. // *Хирургия*. 2001, №1. С. 51-53
9. Гальперин Э.И. Что должен делать хирург при повреждении желчных протоков. // *50 лекций по хирургии*. 2003. С. 422-436.
10. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. Факторы, определяющие выбор операции при «свежих» повреждениях магистральных желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2009, том 14, № 1. С. 49-56.
11. Гальперин Э.И., Чевокин А.Ю. «Свежие» повреждения желчных протоков. *Хирургия* 10, 2010. С. 4-10.
12. Емельянов С.Л., Патенков Д.Н., Мамалыгина Л.А. и др. Хирургическое лечение интраоперационных повреждений внепеченочных желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10, № 3. С. 55-61.
13. Журавлев В.Н., Абрамов О.Е., Иванова Е.В. Ультразвуковая диагностика рубцовых стриктур гепатикохоледохы. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т.1 (приложение). С.284-285.
14. Зюбина Е.Н. Хирургическое лечение доброкачественной непроходимости желчных протоков: диссертация ... доктора медицинских наук. Волгоград, 2008.
15. Курбаниязов З.Б. и др. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // *Вестник науки и образования*. – 2020. №13-3(91). С.70-74.
16. Кузовлев Н.Ф. Рубцовая стриктура печеночных протоков (стриктура 0). Прецизионный желчно-кишечный анастомоз без каркасного дре-

- нажа. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т.1. С. 108-114
17. Курбонов К.М., Даминова Н.М. Диагностика и тактика лечения послеоперационного желчного перитонита // *Хирургия*. 2007. №8. С. 38-42.
18. Лабия А.И., Багмет Н.Н., Ратникова Н.П., Скипенко О.Г. Результаты хирургического лечения доброкачественных стриктур внепеченочных желчных протоков. // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*, 2007. С. 26-29.
19. Майстренко Н.А., Стукалов В.В., Шейко С.Б. Новые технологии в реконструктивной хирургии «свежих» повреждений желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10. № 2. С. 59.
20. Малярчук В.И., Пауткин Ю.Ф. Современный шовный материал и прецизионная техника шва в хирургии доброкачественных заболеваний внепеченочных желчных протоков. // М, Изд-во РУДН, 2000. С.201.
21. Мизуров Н.А., Дербенев А.Г., Ворончихин В.В. Ошибки и осложнения при операциях на желчевыводящих путях. // В помощь практическому врачу. 2010.
22. Назыров Ф.Г., Акбаров М.М., Икрамов А.И., Омонов О.А. Хирургическая тактика при опухолях проксимальных желчных протоков // *Вестник Национального медико-хирургического Центра им. Н.И. Пирогова*. 2010. т.5, №2. С.33-37.
23. Назыров Ф.Г., Газиев Р.Р. Оптимизация тактики реконструктивных операций при «высоких» рубцовых стриктурах желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10. № 2. С. 60-61.
24. Нечай А.И., Новиков К.В. Ятрогенные повреждения желчных протоков при холецистэктомии и резекции желудка. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, №4. С.95-100.
25. Ничитайло М.Е., Скумс А.В. Хирургическое лечение повреждений и стриктур желчных протоков после холецистэктомии. // *Альманах Института хирургии имени А.В. Вишневского*. Т3, №3, 2008. С. 71-76.
26. Прудков М.И., Титов К.В., Шушанов А.П. Хирургическое лечение больных с рубцовыми стриктурами общего печеночного протока. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2007, том 12, № 2. С. 69-74.
27. Рахманов К.Э., Давлатов С.С. Диагностика и лечение синдрома Мириizzi // *Вопросы науки и образования*. – 2020. №13(97). – с.131-135.
28. Ревякин В.И., Василенко Ю.В. и др., Методы повышения разрешающей способности РПХГ при синдроме внепеченочного холестаза. // *Анналы хирургической гепатологии*. 1996. Т.1. (приложение). С. 106-107.
29. Таджибаев Ш.А., Номанбеков А.У. Лапароскопическая холецистэктомия – конверсия. Проблема выбора доступа. // *Эндоскопическая хирургия*, 4, 2008. С. 15-17.
30. Тимербулатов М.В., Хафизов Т.Н., Сендерович Е.И. Хирургическая коррекция ранних послеоперационных осложнений лапароскопической холецистэктомии. // *Эндоскопическая хирургия*, 2010. №1. С. 25-27.
31. Славин Л.Е., Федоров И.В. Осложнения лапароскопической холецистэктомии. // *Эндоскопическая хирургия*. М., 2003. С.183-209.
32. Уроков Ш.Т. и др. Клинико-диагностические аспекты механической желтухи, сочетающейся с хроническими диффузными заболеваниями печени (обзор литературы) // *Достижения науки и образования*. – 2018. - №12(34). – с. 56-61.
33. Чевокин А. Ю. Хирургическое лечение повреждений желчных протоков при холецистэктомии. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2003, том 8, №1, С.80-87.
34. Чернышев В.Н., Романов В.Е., Сухоруков В.В. Лечение повреждений и рубцовых стриктур внепеченочных желчных протоков. // *Хирургия*. 2004. №11. С. 41-49.
35. Шалимов А.А., Копчак В.М., Сердюк В.П., Хомяк И.В., Дронов А.И. Рубцовые стриктуры желчных протоков: наш опыт хирургического лечения. // *Анналы хирургической гепатологии*. 2002. №1. С. 85-89.
36. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Будзинский С.А., Федоров Е.Д., Матросов А.Л., Мильников А.Г. Эндоскопическая коррекция рубцовых стриктур желчных протоков. // *Анналы хирургической гепатологии*, 2006, том 11, № 2. С. 57-64.
37. Шаповальянц С.Г., Орлов С.Ю., Мильников А.Г. и др. Эндоскопические возможности в лечении «свежих» повреждений желчных протоков // *Анналы хирургической гепатологии*. 2005. Т. 10, № 3. С. 50-54.
38. Aduna M. Bile duct leaks after laparoscopic cholecystectomy: value of contrast-enhanced MRCP // *J. Radiol*. 2007. V. 100. N 2. P. 61-69.
39. Ahrend S.A., Pin HA. Surgical Therapy of Iatrogenic Lesions of Biliary Tract // *World J. Surg*. 2001. V. 25. P. 1360-1365.
40. Archer S.B. Brown D.W., Smith CD. et al. Bile Duct Injury During Laparoscopic Cholecystectomy. Results of a National Survey // *Ann. Surg*. 2001. V. 234. N 4. P. 549-559.
41. Bergman J.J.G.H.M., van den Brink G.R., Rauws E.A.J, et al. Treatment of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy // *Gut*. 1996. V. 38. P. 141-147.
42. Bismuth H., Majno P.E. Biliary strictures: classification based on the principles of surgical treatment // *World J. Surg*. 2001. V. 25. N 10. P. 1241-1244.
43. Christoforidis E. A single center experience in minimally invasive treatment of postcholecystectomy



- bile leak, complicated with bilomaformation//J. Surg. Res. 2007. V. 141. N 2. P. 171.
- 44.Cieslicki J, Drews M, Marciniak R, et. al. Reconstructive surgery of bile ducts from personal material Wiad Lek. 1997;50 Suppl 1 Pt 2:323P.5
- 45.Davidoff F.F., Papas T.N., Murray A.E. et al. Mechanisms of major biliary injury during laparoscopic cholecystectomy //Ann. Surg. 1992. V. 215. P. 196-202.
- 46.Gazzaniga G.M., Filauro M., Mori L. Surgical treatment of iatrogenic lesion // Wrld J. Surg. 2001. V. 25. N 10. P. 1254-1259.
- 47.Hashimoto N, Ohyanagi H. Hepatobiliary scintigraphy after biliary reconstruction - a comparative study on Roux-Y and ESCD. Hepatogastroenterology. 2000 Sep-Oct;47(35):P.1210
- 48.Hosch SB, Zornig C, Izbicki JR, et. al. Surgical correction of bile duct injuries after laparoscopic cholecystectomy Zentralbl Chir. 1996; 121(4):290-3.
- 49.Hossain MA, Hamamoto I, Wakabayashi H, et. al. Long-term follow up of heterotopic liver allograft survival with or without hepatic arterial reconstruction. Transplant Proc. 2000 Nov; 32(7):254-7.
- 50.Mac-Fayden B.V.Jr., Vecchio R., Ricardo A.E., Mathis C.R. Bile injury after laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. 1998. V. 12. P. 351.
- 51.Martin R.F., Rossi R.L. Bile duct injuries.Spectrum, mechanisms of injury and their prevention. Surg Clin North Am 1994. 74\4: P. 65-75, 781-803
- 52.Mirza D.F., Narsimhan K.L., Ferraz Neto B.H. et. al. Bile duct injury following laparoscopic cholecystectomy: referral pattern and management. Br. J. Surg. 1997 Jun; 84.(6):786-90.
- 53.Moossa A.R., Mayer A.B., Stabile B. Iatrogenic injury to the bile duct. Who, how, where? // Arch. Surg. 1990. V. 125. P. 28-130.
- 54.Paczvnski A., Koziarski T., Stanowski E., Krupa J. Extrahepatic bile duct injury during laparoscopic cholecystectomy - own material. Med Sci Monit. 2002 Jun; 8(6):CR4 P.38-40.
- 55.Parlak E. Treatment of biliary leakages after cholecystectomy and importance of stricture development in the main bile duct injury//Turk. J. Gastroenterol. 2005. V. 16. N 1. P. 21.
- 56.Piecuch J., Witkowski K. Biliary tract complications following 52 consecutive orthotopic liver transplants. Ann Transplant. 2001; 6(1):36-8.
- 57.Quirt S.F. Biliary complications related to laparoscopic cholecysectomies: radiologic diagnosis and management // Surg. Laparosc. Endosc. 2002. V. 2. P. 279-286.
- 58.Raakow R., Schmidt S., Knoop M., Neuhaus P. Surgical interventional endoscopic treatment concept of bile duct lesions after laparoscopic cholecystectomy. Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd. 1998; 115:1541-3.
- 59.Robinson T.N. Management of bile duct injury associated with laparoscopic cholecystectomy // Surg. Endosc. 2001. V. 15. P.1381-1385.
- 60.Schiano Di Visconte m. Analisis of patogenetic mechanisms of common bile duct iatrogenic lesion during laparoscopic cholecystectomy//Minerva Chir. 2002. V. 57. № 5. P. 663-667.
- 61.Schlitt H.J., Meier P.N., Nashan B. et. al Reconstructive surgery for ischemic-type lesions at the bile duct bifurcation after liver transplantation. Ann Surg. 1999 Jan; 229 (1):137-45.
- 62.Slater K., Strong R.W., Wall P.R., Lynch S.V. Iatrogenic bile duct injury: the scourge of laparoscopic cholecystectomy. ANZ J Surg.2002 Feb; 72(2):83-8.
- 63.Stewart L., Way L.W. Bile duct injuries during laparoscopic cholecystectomy//Arch. Surg. 1995. V. 130. P. 1123-1129.
- 64.Strasberg S.M., Herd M., Soper N.J. An analysis of the problem of biliary injury during laparoscopic cholecystectomy // J. Am Coll. Surg. 1995. V. 180. NN 1-2. P. 101-125.

**ПОВРЕЖДЕНИЯ МАГИСТРАЛЬНЫХ ЖЕЛЧНЫХ ПРОТОКОВ: ЧАСТОТА И ИХ ПРИЧИНЫ, ФАКТОРЫ РИСКА, КЛАССИФИКАЦИЯ, ДИАГНОСТИКА И ХИРУРГИЧЕСКАЯ ТАКТИКА**

*Курбаниязов З.Б., Мардонов Б.А.*

**Резюме.** В статье обсуждаются данные литературы последнего десятилетия, посвященные аспектам хирургической тактики при интраоперационных повреждениях желчных протоков. Отмечено, что основными причинами неудач в лечении повреждений желчных протоков являются несвоевременность диагностики и выполнение реконструктивных операций неадекватных по объему хирургами, не имеющими должного опыта в билиарной хирургии. Отсутствует единство в выборе метода операции при повреждениях желчных протоков диагностированных интраоперационно или ближайшем послеоперационном периоде.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, холецистэктомия, повреждение желчных протоков.