



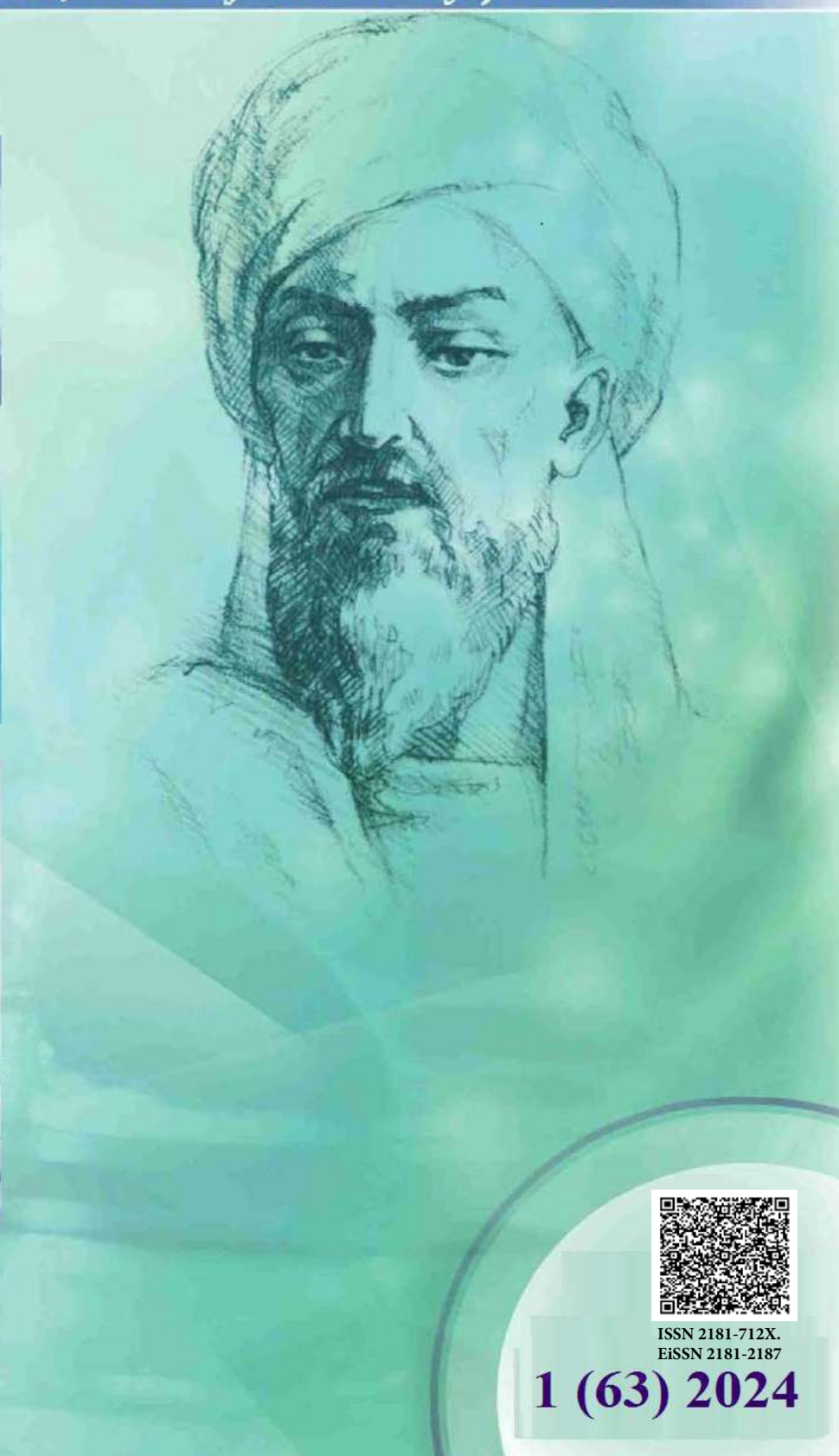
New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIOVIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

1 (63) 2024

Сопредседатели редакционной коллегии:

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:

М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛотова
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Д.А. ХАСАНОВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ЩЕГОЛОВ (Россия)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV (Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ NEW DAY IN MEDICINE

*Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал*

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

1 (63)

2024

январь

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.361-089.819.1- 07

ЯНГИ УЛЬТРАНОЗИК ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИЯНИНГ ХОЛЕЛИТИАЗЛАРДАГИ РОЛИ

Ш.Ш. Пирматов <https://orcid.org/0009-0000-2988-7248>

О.З. Янгибаев Email: YangibaevO@mail.ru

З. Янгибаев Email: ZYangiboev@mail.ru

Тошкент тиббиёт академияси Урганч филиали Ўзбекистон, Хоразм вилояти, Урганч шаҳри,
Ал-Хоразмий кўчаси 28-уй Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Резюме

Холелитиаз бутун дунёда жуда кенг тарқалган касаллик бўлишига ҳам қарамасдан, уни даволашларда ҳали ҳам баъзи камчиликлар учраб туради. Хаттоки, бугунда бутун дунёда ўта мукамал деб тан олинган АТХ туфайли бажарилган ЛХЭК дан кейинги “ПХЭС” каби асоратлар, то 51% гача, такрорий ёки қолдиқ ХДЛ эса то 15-20% гача учрашлари кузатилади.

Мақолада ушбу асоратларни камайтиришга қаратилган фибролангиоскопиянинг роли келтирилган. Бунда ўт йўлларидаги қолдиқ тошларни ва ЎИБИ КСС аниқлашда муҳим рол ўйнаши таъкидланган.

Бундан ташқари, ХДЛ ларда, фиброхоледохоскопия деярли ҳар доим турли кўринишдаги холангитларни, кўпинча катарал (46% гача), йирингли (24% беморларда), ҳамда холангитнинг ярали-некротик шакллари (22%), баъзан тўрсимон холестерозларни (8%), шунингдек жигар ўт йўллари полипларини ўсмаларини аниқлашда ҳам муҳим ўрин тутади.

Шунинг учун фиброхлангиоскопия натижасида ХДЛ, ЎИБИ, КСС, холангит ва ҳ.ларнинг таъхиси якунига етказилади. Булар эса қолдиқ холедохолитиаз, айниқса ЎИБИ, КСС ва холангит ва бошқалар каби асоратлар сонини камайтиришга, ҳамда ХЛТ дардига чалинган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради.

Калит сўзлар: - холелитиаз, резидуал холедохолитиаз, Фатер сўргичи стенози, холангит, фиброхолангиоскопия.

THE ROLE OF NEW ULTRANOSIC FIBROCHOLANGIOSCOPY IN CHOLELITHIASES

Sh.Sh. Pirmatov <https://orcid.org/0009-0000-2988-7248>

O.Z. Yangibaev Email: YangibaevO@mail.ru

Z. Yangibaev Email: ZYangiboev@mail.ru

Tashkent Medical Academy Urganch branch Uzbekistan, Khorezm region, Urganch city, Al-Khorazmi street 28 Tel: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfiltma.uz

✓ Resume

Although cholelithiasis does not even look at the fact that it is a very common disease all over the world, there are still some shortcomings in its treatment. It is even observed that complications such as postcholecystectomy- syndrom ("PCHECS), after cholecystectomy performed for uncomplicated calculios cholessystites, which today is recognized as extremely perfect all over the world, occur up to 51%, while recurrent or residual choledocholithiasis occurs up to 15-20%. The article presents the role of fibrocholangioscopy aimed at reducing these complications. It plays an important role in determining residual stones in bile ducts and the stenosis Vaters papilla.

In addition, in choledocholithiasis, fibrocholedoxoscopy almost always plays an important role in the identification of cholangitis of various manifestations, most often catarrhal (up to 46%), purulent (24% of patients), as well as ulcerative-necrotic forms of cholangitis (22%), sometimes reticulated cholesteroses (8%), as well as tumors of liver biliary polyps.

Therefore, as a result of fibrolangoscopy, choledocholithiasis, the stenosis Vater's papilla, cholangitis, etc. Is completed. These help reduce the number of complications such as residual choledocholithiasis, especially the stenosis Vater's papilla and cholangitis, among others, and improve the results of the treatment of patients with XLT pain Summary.

Key words: - cholelithiasis, residual choledocholithiasis, Vater's pusher stenosis, cholangitis, fibrocholangioscopy.

РОЛЬ НОВОЙ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ФИБРОХОЛАНГИОСКОПИИ ПРИ ХОЛЕЛИТИАЗЕ

Ш.Ш. Пирматов <https://orcid.org/0009-0000-2988-7248>

О.З. Янгибаев Email: YangibaevO@mail.ru

З. Янгибаев Email: ZYangibojev@mail.ru

Ташкентская медицинская академия Ургенчский филиал Узбекистан, Хорезмская область, город Ургенч, улица Аль-Хоразми, 28 Тел: +998 (62) 224-84-84 E-mail: info@urgfilitma.uz

✓ Резюме

Несмотря на то, что желчнокаменная болезнь является весьма распространенным заболеванием во всем мире, в ее лечении все же имеются некоторые недостатки. Даже сегодня осложнения типа «ПХЭС» после выполнения ЛХЭК по поводу АТХ, общепризнанной как отличная, наблюдаются до 51%, а рецидивные или резидуальные ХДЛ – до 15-20%.

В статье представлена роль фибролангоскопии, направленная на снижение этих осложнений. При этом подчеркивалось, что важную роль играют остаточные камни в желчных протоках – холедохолитиаз и ОКЖП ЖКБ.

Кроме того, при ХДЛ при фиброхоледохоскопии почти всегда выявляют холангиты различных форм, чаще всего катаральную (до 46%), гнойную (у 24% больных) и язвенно-некротическую формы холангита (22%), иногда ретикулярный холестероз (8%), а также печеночные. Также играет важную роль в диагностике полипов желчных протоков.

Таким образом, в результате фиброхолангоскопии ставится диагноз ЛПВП, ОКЖП, КСС, холангита и т.д. А это способствует уменьшению количества таких осложнений, как резидуальный холедохолитиаз, особенно ОКЖП, ЖКБ и холангит и др., и улучшению результатов лечения больных, страдающих болями при ХЛТ.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, резидуальный холедохолитиаз, фатеров стеноз, холангит, фиброхолангоскопия.

Долзарблғи

Бутун дунёда жуда кенг тарқалган ўт тоши касаллигининг (ЎТК) – холелитиазнинг (ХЛТ) энг кўп учрайдиган турлари бўлмиш тошли холецистит (ТХ) ва унинг асосий асоратлари хисобланмиш холедохолитиаз (ХДЛ) ва ўн икки бармоқ ичак (ЎИБИ) катта сўрғичининг (КТ) яхши сифатли стенозлари (ЯСС) бутун дунёда лапароскопик холецистэктомия (ЛХЭК), лапароскопик холедохолитотомия (ЛХДЛТ), эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ), лапароскопик холедоходуоденоанастомозлар (ЛХДА) ва ҳ.л.р. туфайли самарали даволанишлари қайд қилинади.

Аммо, уларнинг натижалари, айниқса операциялардан кейинги узоқ даврлардагилари ҳали ҳам қатор асоратлардан холи эмаслиги аён бўлмоқда. Ҳаттоки, асоратланмаган ТХ (АТХ) туфайли бажарилган ва бутун дунёда энг мукамал хисобланиб келинаётган ҳаттоки, “олтин стандарт” даражасигача кўтарилган ЛХЭК дан кейинги асоратлардан, фақат постхолецистэктомик синдромлар то 51%гача, рецидив ёки резидуал ХДЛТ ва ЎИБИ, КТ, ЯСС эса то 15-20% гача қайд қилинмоқда [2,4,6,9,10,12,13]. Демак, бу касалликларнинг таъхисида ҳам ва даволашларида ҳам камчиликлар мавжудлигидан дарак беради.

Тадқиқот мақсади: ЎТК га чалинган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга қаратилган.

Илмий ишнинг вазифалари. ЎТКнинг энг кўп учрайдиган турларининг (ТХ, ХДЛ, ЎИБИ, КС, ЯСС) ташхисига аниқлик киритишда янги яратилган энг сўнгги ультранозик фиброхолангиоскопнинг ўрнини аниқлашдан иборатдир.

Материал ва усуллар

Ўтган деярли 50 йил мобайнида, биз, ХЛТ ва унинг асосий асоратлари ҳисобланмиш ХДЛ ва ЎИБИ, КТ нинг ЯСС дардига чалинган беморларни даволашларда кенг қўлланилиб келинаётган операцияларнинг (ЛХЭК, ЛХДЛТ, ЭПСТ, ТДПСТ, ТДПСР ва ҳ.лар) салбий натижаларини ўрганиш учун, бу операцияларни бажариш жараёнида бошқа интероперацион диагностик усуллари билан бир қаторда (ультратовуш, интраоперацион холангиография, зондлаш, баллонлипапиллография ва ҳ.лар.), ишлатилган холедохоскопия - холангиоскопияни қўллаш ва уларнинг бундай тоифа беморларни ташхислашдаги ва даволашлардаги натижалари ташкил қилади.

Шундай мақсадда ХЛТ ва унинг асосий асоратлари ҳисобланмиш ХДЛТ ва ЎИБИ, КТ нинг ЯСС дардига чалинган 432 беморларда диаметри 4 - 5 мм мм бўлган металл (14 ҳолатда) ва фиброхоледохоскоплар (деярли барча ҳолатларда) ва ниҳоят 2022 йилдан бошлаб янги яратилган диаметри 2,6 мм бўлган ультранозик фиброхоледохоскоплар қўлланилди.

Барча беморлар операциядан олдин ва кейин (шу жумладан, операция пайтида ҳам) замонавий ташхислаш усуллари (клиник ва лаборатория, УТТ, КТ, РПХГ, МРТ холангиографияси ва бошқалар) ёрдамида текширилган.

Натижа ва таҳлиллар

ХЛТ ва унинг асосий асоратлари ҳисобланмиш, ХДЛ ва ЎИБИ, КС, ЯСС асосан ЛХЭК (холециститазларда то 90 - 98%, гача), ХДЛ ва ЎИБИ, КС, ЯСС лари асосан ЛХДЛТ ва ЭПСТ усуллари билан, агарда бирон бир сабабга кўра уларни амалга ошириш имконияти бўлмаганда ёки уларнинг натижалари салбий бўлган ҳолатларда, жарроҳлар (то 10 - 25% гача ҳолатларда) ушбу операцияларнинг очик усуллардаги турларини, яъни, трансдуоденал папиллосфинктеротомия (ТДПСТ), трансдуоденал папиллосфинтеропластика (ТДПСТ), холедоходуоденоанастомоз (ХДА) ёки уларнинг айримларининг биргаликдаги вариантларини (масалан, ТДПСТ + ХДА, ТДПСР + ХДА ва ҳ.лар) қўллашга мажбур бўлишадилар, айниқса шошилишч - жарроҳликларда.

Бирок, уларнинг натижалари (улар хоҳ очик, хоҳ эндоскопик - лапароскопик усулларда бажарилишларидан қатъий назар) ҳали ҳам қатор камчиликлардан холи эмаслиги кузатилади. Айниқса, узоқ муддатли даврларда учрайдиган рецидив ёки резидуал ХДЛЗ ва ЎИБИ, КС, ЯССлари то - 10 - 25% гача, шунингдек “постхолецистэктомик синдромлар” (айнан, асоратланмаган холециститаз туфайли бажарилган ЛХЭКдан кейин ҳам) 51% гача ва ундан кўпроқ қайд қилинади [1,3,7,8,14].

Демак, бу касалликларни даволашлардаги салбий натижаларнинг асосий қисмини рецидив ёки резидуал ХДЛ ва ЎИБИ, КС, ЯСС шунингдек “постхолецистэктомик синдромлар” ташкил қилар экан, демак улар бирламчи даволанишлар - операциялар пайтида (айниқса, ХДЛ, ЎИБИ, КС, ЯСС ва ҳ.лар) ёки аниқланмайди (уларнинг резидуал - қолдиқ табиатини ҳисобга оладиган бўлсак) ёки улар аниқланганда ҳам, уларни даволашда етарлича жарроҳлик чоралар қўлланилмайди (уларнинг рецидив – қайталаниш табиатини ҳисобга оладиган бўлсак). Демак, бу касалликларни бирламчи даволанишлар - операциялар жараёнида, ташхис тўлиқ меъёрига етказилмайди.

Бу касалликларнинг (ТХ, ХДЛ ва ЎИБИ, КТ, ЯСС ва ҳ.лари) ташхисини аниқлашда бугунгача маълум бўлган барча текширувлар (Клиника лаборатор, УТТ, рентген, КТ, МРТ холангиография, РПХГ ва ҳ.лар) ичида энг объектив ва энг зарур усули сўзсиз фиброхолангиоскопия ҳисобланади.

Аммо, негадир бу усул аксарият жарроҳларнинг илмий-амалий фаолиятларида кенг ишлатилаётганликлари ҳақида маълумотлар деярли учрамайди, айниқса республикамызда – вилоятларимизда.

Биз, ўт йўлларидаги деярли барча асосий операцияларда (ЛХЭК, ХДЛТ, ПСТ, ПСП, ХДА ва бошқалар) мунтазам равишда (1976 йилдан бери) холедохоскопияни ҳар бир холедохотомияда (1224 марта) қўллаб келмоқдамиз. 1995 йилдан бошлаб эса ҳаттоки ЛХЭК пайтида ҳам, агар ўт

копи ўт йўли диаметри аввалги эндоскопларни (диаметри 4,5-5 мм бўлган холодохоскопларни) киритиш учун етарли бўлган тақдирларда ҳам қўлланилган.

Одатда, холодохоскопияни аввалдан маълум бўлган тошлар (ХДЛ ларда) олиб ташлаганидан кейин, яъни, цистикохоledoхо - ёки холодохолитотомиядан кейин амалга оширилади. Бундай ҳолатларда, деярли ҳамиша бир нечта қолдиқ тошлар, кўп сонли микролитиазлар ҳам аниқланади, улар кўпинча (микролитлар), ЎИБИ, КС ампуласида, ва баъзан жигар ички ўт йўлларида кўзга ташланади - топилади. Агарда, трансдуоденал ПСТ ёки ПСП қилинган ҳолатларда ҳамиша назорат холодохоскопияни кенгайтирилган ЎИБИ, КС (ПСТёки ПСП дан кейин) орқали ретроград йўналишда ҳам амалга оширилади.

Холодохолитиазларда ва ЎИБИ, КС, ЯЯСС ларида холодохоскопия пайтида деярли ҳар доим холангит белгилари аниқланади, бунда кўпинча катарал (46% гача), йирингли (24% беморларда) ҳамда унинг ярали-некротик шакллари (22%), баъзан тўрсимон холестерозлар (8%), шунингдек, яна иккита ҳолатда, ўнг жигарнинг ўнг бўлаги йўлида ўсма (холелитиаз фонида) ва яна 18 нафар беморда ЎИБИ КС полиплари аниқланган.

Булардан ташқари, холодохолитиазларда 76% гача ЎИБИ КС стенози белгилари ҳам аниқ кўзга ташланади. Бунда КС сфинктери механизми ҳаракатининг йўқлиги - яъни, КС каналининг ритмик “очирилиши ва ёпирилиши”, холодохоскопнинг КС орқали дуоденумга ўтмаслиги ва ҳ.лар).

Сўнгги йилларда диаметри 2,6 мм бўлган холодохоскопларнинг ишлаб чиқарилиши ва улардан фойдаланиш, бугунда уни деярли ҳамиша ЛХЭК пайтида ўт копи қолдиғи орқали қўллаш имконияти пайдо бўлиб, булар туфайли “постхолецистэктомик синдроми”, такрорий ва қолдиқ холодохолитиаз, ЎИБИ, КС стенози ва холангит каби асоратларнинг сонининг кескин камайишига шароитлар яратилмоқда. Чунки, “асоратланмаган” ТХ туфайли бажарилаётган ХЭК лар пайтида, ўт копида, ўт копи йўли диаметридан кичик тошлар топилганда худди шундай ўлчамдаги тошлар холодохоскопияда кўпинча ЎИБИ, КС нинг ампуласида, ва баъзан жигар ички ўт йўлларида ҳам топилади.

Шунинг учун, агар ўт пуфагида бундай кичик микролитлар борлиги гумон қилинганда ёки аниқланса, ЛХЭК пайтида биз биринчи навбатда 1 – клипсни ўт пуфаги ўт йўлининг максимал ўт копига яқин жойига қўйиб кейин клип остида микроцистикотомия (дуктотомия) қиламиз ва диаметри 2,6 мм лик тошларни – микролитиазларни ҳамда ЎИБИ КС стенози бор йўқлигини аниқлик киритамиз, яъни, эндоскопнинг ЎИБИ КС ўтмаслиги, ундаги яллиғланиш белгилари, полип мавжудлиги в ҳ.лар КС стенози мавжудлигининг объектив белгисидир.

Қатъиян таъкидлаш керакки, бугунгача маълум бўлган объектив диагностик текширув усуллари (Клиника лаборатор, УТТ, рентген, КТ, МРТ холангиография, РПХГ ва ҳ.лар) туфайли, асоратланмаган ТХ сабабли 146 нафар бемордаги ЛХЭК пайтидаги фиброхолангиоскопияда, 11 беморда холелитиаз ва 4 беморда ЎИБИ КС стенози аниқланиб, бу тошлар олиниб, стеноз ҳам бартараф қилинган.

Хулоса

Шунинг учун фиброхолангиоскопия натижасида ХДЛ (айниқса микрохоledoхолитиаз), ЎИБИ, холелитиазлар билан бир вақтда юзага келадиган холангитлар (шу жумладан, ўт йўллари ўсмалари) ташхисининг аниқлигини кескин ошириши кузатилган.

Бу эса такрорий ва қолдиқ ХДЛ, ЎИБИ, КСС холангит ва ҳ.лар каби асоратлар сонини камайитиришга ёрдам беради.

Шунинг учун фиброхолангоскопия натижасида ХДЛ, ЎИБИ КСС, холангит ва ҳ.ларнинг ташхиси якунига етказилади. Булар эса қолдиқ холодохолитиаз, айнақса ЎИБИ, КСС ва холангит ва бошқалар каби асоратлар сонини камайитиришга, ҳамда ХЛТ дардига чалинган беморларни даволаш натижаларини яхшилашга ёрдам беради.

АДАБИЁТЛАР РЎЙХАТИ:

1. Альперович Б.И. Хирургия печени и желчных путей. —Томск, 1997.
2. Захаров Д.В., Уханов А.П., Большаков С.В., Жилин С.А., Леонов А.Л., Амбарцумян В.М. Лапароскопические вмешательства на общем желчном протоке у больных холецистохоledoхолитиазом и холангитом // Эндоскопическая хирургия. 2019;25(2):12-16.

3. Казаков Н.М., Тимерпулатов М.В. Сендероич Е.И. и др. Важность фиброхоледохоскопии в лечении холедохолитиаза, осложненного синдромом механической желтухи, // Медицинский вестник Башкортостана 2018;13(6):78.
4. Кит О.И., Колесников Е.Н., Мезенцев С.С., Снежко А.В. Антеградные операции желчеотведения при механической желтухе // Анналы хирургической гепатологии. 2017;22(2):89-93.
5. Кошевский П.П., Алексеев С.А., Бовтюк Н.Я., Гинюк В.А., Попков О.В., Алексеев Д.С. Применение интраоперационной холедохоскопии в лечении холедохолитиаза // Хирургия Беларуси на современном этапе: Матер. ХВИ съезда хирургов Республики Беларусь и Респ. науч.-практ. конф.: в 2 ч.- Гродно, 2018;67-69.
6. Левченко Н.В., Хрячков В.В., Шавалиев Р.Р., Кислицин Д.П. Лечение малоинвазивным способом доброкачественного стеноза большого дуоденального сосочка // ХМАО – Югры «Няганская». 118 Медицинский совет. 2018;14:118-123.
7. Лейшнер У. Практическое руководство по заболеваниям желчных путей. / М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001;264.
8. Луговой А.Л., Данилов С.А., Глебова А.В. и др. Возможности эндовидеохирургии в одномоментном и двухэтапном лечении холецистохоледохолитиаза // Медицина: теория и практика. 2018;3(1):58-59.
9. Павелец К.В., Ушкац А.К., Гацко Д.В. Фиброхоледохоскопия в диагностике и лечении сложных форм холедохолитиаза // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2019;1:43-46.
10. Averbukh L.D., Miller D., Birk J.W., Tadros M. The utility of single operator cholangioscope to diagnose and treat radiographically negative biliary stones. A case and review / J.Dig., Dis. 2019;20:262-266.
11. Bekkali N.L.H., Raijman I., Sturgess R., et al. Efficacy and safety of digital single operator cholangioscope for difficult biliary stones/ Brewer Gutierrez., al., // Clin Gastroenterol. Hepatol 2018;16:918-926.
12. EL Nakeeb A, Askar W, El Hanafy E et al.. Long term outcomes of choledochoduodenostomy for common bile duct stones in the era of laparoscopy and endoscopy. // Hepatogastroenterology 2015;6-10.
13. Lee T., Teng TZI., Shelat V.G. Choledochoscopy // World j. Gastrointest Endoscop 2021 Dec 16;12:571-592.
14. Shirah B.H., Shirah H.A., Zafar S.H. et al. Clinical patterns of postcholecystectomy syndrome // Ann Hepatobiliary Pancreat surg. 2018;22:52-57.
15. Yangibaev O.Z., Zaribbayev U.R., Yangibaev Z., Muhammad Arsalan Ali Sajid. A study to describe some current problems in the treatment of cholelithiasis // Global journal for research analysis (Gjra). Original research paper. - India, 2023;12(09):112-115.

Қабул қилинган сана 20.12.2023