



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EiSSN 2181-2187

8 (70) 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
Б.З. АБДУСАМАТОВ
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. ИЛЪЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
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)

8 (70)

2024

август

www.bsmi.uz

<https://newdaymedicine.com> E:

ndmuz@mail.ru

Тел: +99890 8061882

УДК 616.366-003.7+ 616.366-089.87+ 616.367-089.85

**ОТБОР ПАЦИЕНТОВ НА ОДНОЭТАПНОЕ ЛАПАРОЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ
ЛЕЧЕНИЕ НА ОСНОВЕ КОМПЛЕКСНОЙ ОЦЕНКЕ ТЯЖЕСТИ СОСТОЯНИЯ
БОЛЬНЫХ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ, ОСЛОЖНЕННОГО
МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ**

¹Рафиков Б.Р. <https://orcid.org/0009-0008-2892-7218>

²Аскарлов П.А. <https://orcid.org/0000-0003-4542-1442>

¹Дворянкин Д.В. <https://orcid.org/0009-0007-0819-9498>

¹Кочетков А.В. <https://orcid.org/0000-0002-5636-6787>

¹ Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А.М. Никифорова» МЧС России, Санкт-Петербург, Россия, 197345, Санкт-Петербург, ул. Оптиков, д.54. Тел: +7 812 339-39-39. E-mail: medicine@nrcerm.ru

² Самаркандский государственный медицинский университет, Узбекистан. г. Самарканд, ул. А. Тимура, 18. Тел: +998 (93) 334-05-13. E-mail: pulic76@mail.ru

✓ **Резюме**

Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией, папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЭРХГПЛ) или с лапароскопической холедохолитотомией (ЛХЭ+ЛХЛТ) являются самыми распространенными одноэтапными комбинированными хирургическими методами лечения холецистохоледохолитиаза (ХХЛ). Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных до 2018 года (контрольная группа) и с 2018 года (основная), с использованием шкал ASA-PS, Charlson Comorbidity Index (CCI), а также классификацией тяжести механической желтухи (Э.И. Гальперин от 2012г., далее индекс Гальперина) для комплексной оценки тяжести состояния больных. Общая продолжительность пребывания в стационаре в основной группе уменьшилась, у больных перенесших ЛХЭ+ЭРХГПЛ на $4,0 \pm 1,0$ койко-дней, у больных перенесших ЛХЭ+ЛХЛТ на $3,5 \pm 1,2$ койко-дней. Общее количество тромбозомболических осложнений в основной группе составило 4,1%, что меньше по сравнению с контрольной группой (16,6%). Инсульт и инфаркт миокарда перенесли больные с контрольной группы по 1 случаю, что составило 5,5% и 5,5% соответственно. В контрольной группе пневмония отмечена у 2 (11,1%) больных, в основной группе у 1 (4,1%) больного. Летальность в контрольной группе составила 5,5%, в основной группе летальных исходов не отмечено.

Ключевые слова: Холедохолитиаз, механическая желтуха; лапароскопическая холецистэктомия, лапароскопическая холедохолитотомия, индекс Гальперина, Charlson Comorbidity Index (CCI).

**MEXANIK SARIQLIK BILAN MURAKKABLAHSHGAN XOLETSISTOXO-
LEDOXOLITIAZ BILAN OG'RIGAN BEMORLARNING AHVOLI OG'IRLIGINI
KOMPLEKS BAHOLASH ASOSIDA BIR BOSQICHLI LAPAROSKOPIK DAVOLASH
UCHUN BEMORLARNI TANLASH**

¹Rafikov B.R. <https://orcid.org/0009-0008-2892-7218>

²Askarov P.A. <https://orcid.org/0000-0003-4542-1442>

¹Dvoryankin D.V. <https://orcid.org/0009-0007-0819-9498>

¹Kochetkov A.V. <https://orcid.org/0000-0002-5636-6787>

¹Federal davlat byudjet muassasasi V. A. M. Nikiforova " Rossiya FVV, Sankt-Peterburg, Rossiya, 197345, Sankt-Peterburg, Optikov ko'chasi, 54-uy. Tel: +7 812 339-39-39. E-mail: medicine@nrcerm.ru

²Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston. Samarqand shahri, A. Temur ko'chasi, 18. Tel: +998 (93) 334-05-13. E-mail: pulic76@mail.ru

✓ **Rezyume**

Laparoskopik xoletsistektomiya (LHE) endoskopik retro-gradusli xolangiopankreatografiya, papillosfinkterotomiya va litoekstraksiya (LHE+ERCHGPL) yoki Laparoskopik xoledoxolitotomiya (LHE+LCHLT) bilan birgalikda xoletsistoxoledoxolitiaz(XXL) uchun keng tarqalgan bir bosqichli kombinatsiyalangan jarrohlik muolajalardir. Bemorlarni davolash natijalarining retrospektiv tahlili 2018 yilgacha (nazorat guruhi) va 2018 yildan (asosiy), ASA-PS, Charlson Comorbidity Index (CCI) o'lchovlaridan foydalangan holda, shuningdek, me-xonik sariqlikning og'irligini tasniflash (E. I.). 2012 yildagi halperin, bundan keyin Galperin indeksi) bemorlarning ahvoli og'irligini har tomonlama baholash uchun. Asosiy guruhda kasalxonada qolishning umumiy davomiyligi LHE+ERXGPL bilan og'rigan bemorlarda $4,0 \pm 1,0$ yotoq-kunga, LHE+LXLT bilan og'rigan bemorlarda $3,5 \pm 1,2$ yotoq-kunga kamaydi. Asosiy guruhdagi trom-boembolik asoratlarning umumiy soni 4,1% ni tashkil etdi, bu nazorat guruhiga nisbatan kamroq (16,6%). Qon tomirlari va miokard infarkti nazorat guruhidagi bemorlar tomonidan 1 ta holatda o'tkazildi, bu mos ravishda 5,5% va 5,5% ni tashkil etdi. Nazorat guruhida pnevmoniya 2 (11,1%) bemorda, asosiy guruhda 1 (4,1%) bemorda qayd etilgan. Nazorat guruhidagi o'lim darajasi 5,5% ni tashkil etdi, asosiy o'lim guruhida esa yo'q.

Kalit so'zlar: xoledoxolitiaz, mexanik sariqlik; Laparoskopik xoletsistektomiya, Laparoskopik xoledoxolitotomiya, Galperin indeksi, Charlson Comorbidity Index (CCI).

**SELECTION OF PATIENTS FOR ONE-STAGE LAPAROSCOPIC TREATMENT
BASED ON A COMPREHENSIVE ASSESSMENT OF THE SEVERITY OF THE
CONDITION OF PATIENTS WITH CHOLECYSTOCHOLIDOCHOLITHIASIS
COMPLICATED BY MECHANICAL JAUNDICE**

¹Rafikov B.R. <https://orcid.org/0009-0008-2892-7218>

²Askarov P.A. <https://orcid.org/0000-0003-4542-1442>

¹Dvoryankin D.V. <https://orcid.org/0009-0007-0819-9498>

¹Kochetkov A.V. <https://orcid.org/0000-0002-5636-6787>

¹ Federal State Budgetary Institution "All-Russian Center for Emergency and Radiation Medicine named after A.M. Nikiforov" Ministry of Emergency Situations of Russia, St. Petersburg, Russia, 197345, St. Petersburg, Optikov str., 54. Tel: +7 812 339-39-39. E-mail: medicine@nrcerm.ru

² Samarkand State Medical University, Uzbekistan. Samarkand, A. Timura str., 18. Tel: +998 (93) 334-05-13. E-mail: pulic76@mail.ru

✓ **Resume**

Laparoscopic cholecystectomy (LCE) in combination with endoscopic retrograde cholangiopancreatography, papillosphincterotomy and lithoextraction (LCE+ERCP) or laparoscopic choledocholithotomy (LCE+LHLT) are the most common single-stage combined surgical methods for the treatment of cholecystocholedocholithiasis (XXL). A retrospective analysis of the results of treatment of patients up to 2018 (control group) and from 2018 (main group), using the ASA-PS, Charlson Comorbidity Index (CCI) scales), as well as the classification of the severity of chronic jaundice (E.I. Halperin from 2012, hereinafter the Halperin index) for a comprehensive assessment of the severity of the condition of patients. The total length of hospital stay in the main group decreased, in patients who underwent LHE+ERCP by 4.0 ± 1.0 bed days, in patients who underwent LHE+LHLT by 3.5 ± 1.2 bed days. The total number of thromboembolic complications in the main group was 4.1%, which is less than in the control group (16.6%). Stroke and myocardial infarction were suffered by patients from the control group in 1 case, which amounted to 5.5% and 5.5%, respectively. In the control group, pneumonia was noted in 2 (11.1%) patients, in the main group in 1 (4.1%) patient. The mortality rate in the control group was 5.5%, and there were no deaths in the main group.

Key words: Choledocholithiasis, mechanical jaundice; laparoscopic cholecystectomy, laparoscopic choledocholithotomy, Halperin index, Charlson Comorbidity Index (CCI).

Актуальность

Распространённость желчнокаменной болезни (ЖКБ) составляет 8–20% среди взрослого населения, достигая 45–50% у женщин старше 80 лет [1,6]. Среди больных, страдающих ЖКБ, холедохолитиаз встречается в 10–33% в зависимости от возраста больных [3,7] и является причиной развития таких тяжелых осложнений, как механическая желтуха, холангит, острый и хронический панкреатит, стеноз большого сосочка двенадцатиперстной кишки (БСДК), билиарный цирроз печени. Лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ) в сочетании с эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографией, папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией (ЛХЭ+ЭРХГПЛ) или с лапароскопической холедохолитотомией (ЛХЭ+ЛХЛТ) являются самыми распространенными одноэтапными комбинированными хирургическими методами лечения холецистохоледохолитиаза (ХХЛ) [5,8,11]. При этом, комплексная оценка состояния больных перед одноэтапным комбинированным хирургическим лечением остается актуальной темой.

Цель исследования: Улучшение результатов одноэтапного комбинированного хирургического лечения больных с холецистохоледохолитиазом, осложненного механической желтухой, при комплексной оценке тяжести состояния больных.

Материал и методы

С сентября 2013 г. по октябрь 2023 г. в клинике №2 ФГБУ ВЦЭРМ имени А.М. Никиторова МЧС России по поводу ХХЛ, осложненного механической желтухой (МЖ) были пролечены 68 больных, из них 42 больных получили одноэтапное комбинированное хирургическое лечение. Под комбинированным одноэтапным хирургическим лечением мы подразумевали выполнение лапароскопической холецистэктомии (ЛХЭ) и эндоскопической или лапароскопической литоэкстракции за одно анестезиологическое пособие. Распределение по полу среди больных было следующим: мужчин – 14, женщин – 28. Средний возраст больных $60,28 \pm 12,52$ года (колеблется от 32 до 91 года). ЛХЭ+ЭРХГПЛ выполнены у 32 больных, ЛХЭ+ЛХЛТ перенесли 10 больных. До 2018 года ЛХЭ+ЭРХГПЛ выполнены у 14 больных и ЛХЭ+ЛХЛТ перенесли 4 пациента. Решение о целесообразности одноэтапного комбинированного хирургического лечения до 2018 года принималось консилиумом врачей, состоящий из хирурга, эндоскописта, анестезиолога и терапевта, учитывались мнение специалистов, шкала ASA и технические возможности на текущий момент. С 2018 года мы начали пользоваться критериями, описанными в «Tokyo Guidelines 2018» (The ASA Physical Status Classification System (ASA-PS), Charlson Comorbidity Index (CCI)), а также классификацией тяжести механической желтухи (Э.И. Гальперин от 2012г., далее индекс Гальперина). В соответствии с приведенными выше критериями, больные с МЖ были разделены на 3 группы в зависимости от тяжести основного и сопутствующих заболеваний: группы положительного, сомнительного и отрицательного прогноза. Одноэтапное комбинированное лечение применялось только в группе с положительным и сомнительным прогнозом. Сомнительный прогноз предполагал пристальный контроль в дооперационном, интраоперационном периоде и возможный отказ от одноэтапного лечения при малейших сложностях на первом этапе. Все пациенты с отрицательным прогнозом перенесли двухэтапный метод лечения. Проведен ретроспективный анализ результатов лечения больных до 2018 года (контрольная группа) и с 2018 года (основная). Между двумя группами сравнивались такие показатели, как общее время пребывания в клинике, время послеоперационного пребывания в клинике, частота осложнений. Осложнения разделены на две группы: Соматические (тромбоэмболические осложнения, инсульт, инфаркт миокарда, пневмония) и непосредственно хирургические (гиперамилаземия, кровотечение, потребовавшее конверсию или гемотрансфузию, перфорация полого органа, повреждение желчных протоков, острый панкреатит, нагноение послеоперационной раны, холангит, желчный свищ). Хирургическая тактика и послеоперационное ведение больных проходили согласно актуальным клиническим рекомендациям российского общества хирургов.

Результат и обсуждения

Средний балл CCI среди больных, вошедших в исследование – 3,9. CCI максимальный – 10. Распределение больных соответственное индексу Гальперина: группа А – 36 больных, группа

В – 4 больных, группа С – 2 больных. Для одноэтапного комбинированного хирургического лечения были отобраны больные с ССИ ≥ 6 и/или ASA-PS ≥ 3 , и больные, относящиеся по индексу Гальперина в группы А и В (группы положительного и сомнительного прогноза). Общая продолжительность пребывания в стационаре и продолжительность пребывания в стационаре после операции в основной группе уменьшилась: У больных, перенесших ЛХЭ+ЭРХГПЛ на $4,0 \pm 1,0$ и $1,5 \pm 0,2$ койко-дней соответственно; У больных перенесших ЛХЭ+ЛХЛТ $3,5 \pm 1,2$ и $2,4 \pm 0,3$. Общее количество тромбоэмболических осложнений в основной группе составило 4,1%, уменьшилось по сравнению с контрольной группой 16,6%. Инсульт и инфаркт миокарда перенесли больные с контрольной группы по 1 случаю, что составило 5,5% и 5,5% соответственно. Пневмонией страдали 2 (11,1%) больных из контрольной группы, в основной группе 1 (4,1%) больной перенес пневмонию. Летальность до 2018 года составила 5,5%, в основной группе летальных исходов не было.

Таблица 1. Сравнительная таблица по основным показателям и послеоперационным осложнениям

Группы	До 2018г (n=18)		С 2018г (n=24)	
	ЛХЭ+ЭРХГП Л (n=14)	ЛХЭ+ЛХЛТ (n=4)	ЛХЭ+ЭРХГП Л (n=18)	ЛХЭ+ЛХЛ Т (n=6)
Среднее общее время пребывания в стационаре	$16,8 \pm 2,8$ койко-дней	$15,7 \pm 3,2$ койко-дней	$12,8 \pm 3,8$ койко-дней	$12,2 \pm 2,6$ койко-дней
Продолжительность пребывания в стационаре после операции	$9,9 \pm 3,0$ койко-дней	$10,7 \pm 3,2$ койко-дней	$8,4 \pm 3,8$ койко-дней	$8,3 \pm 2,9$ койко-дней
Интраоперационные и послеоперационные осложнения				
Соматические				
ТЭЛА	2 (14,2%)	1(25%)	0	1(16,6%)
Инсульт	0	1(25%)	0	0
Инфаркт миокарда	1 (7,1%)	0	0	0
Пневмония	2 (14,2%)	0	1 (5,5%)	0
Летальность	0	1(25%)	0	0
Хирургические				
Гиперамилаземия	5 (35, 7%)	0	3 (16, 6%)	0
Холангит	1 (7,1%)	1(25%)	1(5,5%)	1(16,6%)
Острый панкреатит	3(21, 4%)	0	2 (11,1%)	0
Нагноение послеоперационной раны	1 (7,1%)	1(25%)	1 (5,5%)	0
Кровотечение (потребовавшее гемотрансфузию или конверсию доступа)	3(21, 4%)	0	3 (16, 6%)	0

Послеоперационные осложнения в основном включали гиперамилаземию, кровотечение из большого дуоденального сосочка(БДС), острый панкреатит, холангит, нагноение послеоперационной раны. Гиперамилаземия и острый панкреатит наблюдались только у пациентов, перенесших ЛХЭ + ЭРХГПЛ. В контрольной группе гиперамилаземия и острый панкреатит наблюдались в 5 (27,7%) и 3 (16,6%) случаях соответственно, в основной группе их количество уменьшилось до 3(12,5%) и 2(8,3%) случаев, соответственно. Холангитом страдали по 2 больных в каждой группе, что в контрольной группе составило 11,1%, в основной 8,3%. Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузию наблюдалось у 3 больных из контрольной группы при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии(ЭПСТ), одному из которых выполнена лапаротомия, дуоденотомия и остановка кровотечения. В основной группе также у 3 (16, 6%) пациентов, при ЭПСТ наблюдалось кровотечение, потребовавшее гемотрансфузию, конверсии доступа не потребовалось (таблица 1).

Выводы

Отбор пациентов на одноэтапное комбинированное хирургическое лечение, основанное на комплексной оценке тяжести состояния больных с использованием шкал ASA-PS, CCI и индекса Гальперина приводит к уменьшению летальности и рисков интраоперационных и послеоперационных осложнений, за счет чего улучшаются результаты лечения.

Необходимы дальнейшие исследования с использованием многофакторных статистических методов для создания единой шкалы прогнозирования безопасности одноэтапного комбинированного хирургического лечения.

Распределение больных на группы с положительным, сомнительным и отрицательным прогнозом позволяет определить возможность одноэтапного комбинированного хирургического лечения ХХЛ осложненная МЖ. Пациентам с отрицательным прогнозом показана только двухэтапная тактика.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Тотиков В.З. К вопросу о лечении больных с холедохолитиазом и калькулёзным холециститом /В.З. Тотиков, Д.В. Тобоев, З.В. Тотиков //Альманах института им. А.В. Вишневского. 2016;1: 197-198. Тезисы XIX Съезда Общества эндоскопических хирургов России г. Москва.
2. Федоров А.В., Кригер А.Г., Кочетков А.В., Колыгин А.В. Одномоментные операции. Терминология. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2011;(7):72-76. Fedorov AV, Kriger AG, Kochatkov AV, Kolygin AV. To the terminology of simultaneous operations. Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zhurnal im. N.I. Pirogova. 2011;(7):72-76.
3. Шаповальянц С.Г. Холедохолитиаз, холангит, абсцессы печени. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство / С.Г. Шаповальянц. - ГЭОТАР-М, 2016; С. 536-542.
4. Buxbaum J. Modern management of common bile duct stones. //Gastrointest Endosc Clin N Am. 2013;23:251-275.
5. Cai J. S. Advances of recurrent risk factors and management of choledocholithiasis / J. S. Cai, S. Qiang, Y. Bao-Bing //Scand J Gastroenterol. 2017;52(1):34-43.
6. Di Mauro D. Rendezvous technique for cholecystocholedochal lithiasis in octogenarians: is it as effective as in younger patients, or should endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy be preferred? /D. Di Mauro, R. Faraci, L. Mariani, E. Cudazzo, R. Costi //J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2014;24:13-21.
7. Guan G. Comparing a single-staged laparoscopic cholecystectomy with common bile duct exploration versus a two-staged endoscopic sphincterotomy followed by laparoscopic cholecystectomy /G. Guan, C. Sun, Y. Ren, Z. Zhao, S. Ning //Surgery. 2018;164(5):1030-1034.
8. Pavlidis ET, Pavlidis TE. Current management of concomitant cholelithiasis and common bile duct stones. //World J Gastrointest Surg. 2023 Feb 27;15(2):169-176. doi: 10.4240/wjgs.v15.i2.169. PMID: 36896310; PMCID: PMC9988640.
9. Tzovaras G. Laparoendoscopic rendezvous versus preoperative ERCP and laparoscopic cholecystectomy for the management of cholecysto- choledocholithiasis: interim analysis of a controlled randomized trial / G. Tzovaras/ Baloyiannis I., E. Zachari, D. Symeonidis, D. Zacharoulis, A. Kapsoritakis, G. Paroutoglou, S. Potamianos //Ann Surg. 2012;255:435-439.
10. Vakayil V. Single-stage management of choledocholithiasis: intraoperative ERCP versus laparoscopic common bile duct exploration / V. Vakayil, S. T. Klinker, M. L. Sulciner, R. Mallick, G. Trikudanathan, S. K. Amateau, H. T. Davido, M. Freeman, J. V. Harmon //Surg Endosc. 2020;34(10):4616-4625.
11. Vaccari S., Minghetti M., Lauro A. et al. Destiny for Rendezvous: Is Cholecysto/Choledocholithiasis Better Treated with Dual- or Single-Step Procedures?. //Dig Dis Sci 67, 1116–1127 (2022)
12. Wang P. One-step percutaneous transhepatic cholangioscopic lithotripsy in patients with choledocholithiasis. / P. Wang, H. Tao, C. Liu, X. Zhou, B. Sun, C. Zhu, K. Li, Z. Fang //Clin Res Hepatol Gastroenterol. 2021;45(2):101-477.

Поступила 20.07.2024