



**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

**1 (75) 2025**

**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. ИЛЬЯСОВ  
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. РУЗИБОВЕВ  
С.А.ГАФФОРОВ  
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)  
Ж.Б. САТТАРОВ  
Б.Б. САФОВЕВ (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)  
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)  
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 (75)**

**2025**

*январь*

[www.bsmi.uz](http://www.bsmi.uz)

<https://newdaymedicine.com> E:

[ndmuz@mail.ru](mailto:ndmuz@mail.ru)

Тел: +99890 8061882

Received: 20.12.2024, Accepted: 03.01.2025, Published: 10.01.2025

УДК 616-001.4:616.33/.34-002.44-02-084-0820:11

## РЕЗУЛЬТАТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ОДНО- И ДВУХЭТАПНОЙ МАЛОИНВАЗИВНОЙ КОРРЕКЦИИ ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗА

Асадов Тимур Шавкатович <https://orcid.org/0009-0001-2202-7744>  
Даминов Фируз Асатуллаевич <https://orcid.org/0000-0003-4358-4678>  
Аскарлов Пулат Азадович <https://orcid.org/0009-0001-8387-5126>  
Акбаров Миришавкат Миралимович <https://orcid.org/0009-0002-8213-8971>

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г.  
Самарканд ул. Амира Темура, 18 Тел: +99818 66 2330841 E-mail: sammi@sammi.uz

### ✓ Резюме

В статье приведен сравнительный анализ результатов двух комбинированных методов (ЛХЭ+ЭРХПГ и ЛХЭ+ЛХЛТ) лечения больных холецистохоледохолитиазом. Пациенты, перенесшие лапароскопическую холецистэктомию и лапароскопическую холедохолитотомию нуждаются в более коротком пребывании в стационаре и послеоперационный период сопровождается относительно меньшим количеством осложнений. При возможности одноэтапного лечения холецистохоледохолитиаза комбинированный подход лапароскопическая холецистэктомия и лапароскопическая холедохолитотомия может рассматриваться как приоритетный метод.

Ключевые слова: холецистохоледохолитиаз, лапароскопическая холецистэктомия (ЛХЭ), лапароскопическая холедохолитотомия (ЛХЛТ), эндоскопическая папилосфинктеротомия (ЭПСТ), комбинированная операция.

## ХОЛЕСИСТО-ХОЛЕДОХОЛИТИАЗНИ ДАВОЛАШДА БИР ВА ИККИ БОСҚИЧЛИ КАМИНВАЗИВ УСУЛНИ ҚО'ЛЛАШ НАТИЖАЛАРИ

Asadov Timur Shavkatovich <https://orcid.org/0009-0001-2202-7744>  
Daminov Feruz Asatullayevich <https://orcid.org/0000-0003-4358-4678>  
Askarov Pulat Azadovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5126>  
Akbarov Mirshavkat Miralimovich <https://orcid.org/0009-0002-8213-8971>

Samarqand davlat tibbiyot universiteti, O'zbekiston Respublikasi, Samarqand sh.  
Amir Temur ko'chasi, 18, Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)

### ✓ Rezyume

Maqolada xoletsisto-xoledoxolitiaz bilan og'rigan bemorlarni davolashning ikkita kombinatsiyalangan usuli (LXE+ERXPG va LXE+LXLT) natijalarining qiyosiy tahlili keltirilgan. Laparoskopik xoletsistektomiya va laparoskopik xoledoxolitotomiyadan o'tgan bemorlar kasalxonada qisqaroq qolishni talab qiladi va operatsiyadan keyingi davr nisbatan kamroq asoratlar bilan birga keladi. Agar xoletsistoxoledoxolitiazni bir bosqichli davolash mumkin bo'lsa, laparoskopik xoletsistektomiya va laparoskopik xoledoxolitotomiyaning kombinatsiyalangan yondashuvi ustuvor usul sifatida qaralishi mumkin.

Kalit so'zlar: xoletsistoxoledoxolitiaz, laparoskopik xoletsistektomiya (LXE), laparoskopik xoledoxolitotomiya (LXLT), endoskopik papillosfinkterotomiya (EPST), kombinatsiyalangan operatsiyalar.

## RESULTS OF THE USE OF ONE- AND TWO-STAGE MINIMALLY INVASIVE CORRECTION OF CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITHIASIS

Asadov Timur Shavkatovich <https://orcid.org/0009-0001-2202-7744>  
Daminov Feruz Asatullayevich <https://orcid.org/0000-0003-4358-4678>  
Askarov Pulat Azadovich <https://orcid.org/0009-0001-8387-5126>  
Akbarov Mirshavkat Miralimovich <https://orcid.org/0009-0002-8213-8971>

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand st. Amir Temur, 18  
Tel: +99818 66 2330841 E-mail: [sammi@sammi.uz](mailto:sammi@sammi.uz)



✓ *Resume*

*The article presents a comparative analysis of the results of two combined methods (LCE + ERCP and LCE + LCLT) for treating patients with cholecystocholedocholithiasis. Patients who underwent laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic choledocholithotomy require a shorter hospital stay and the postoperative period is accompanied by a relatively smaller number of complications. If one-stage treatment of cholecystocholedocholithiasis is possible, the combined approach of laparoscopic cholecystectomy and laparoscopic choledocholithotomy can be considered as a priority method.*

*Key words: cholecystocholedocholithiasis, laparoscopic cholecystectomy (LCE), laparoscopic choledocholithotomy (LCLT), endoscopic papillosphincterotomy (EPST), combined operations.*

#### Актуальность

Холецистохоледохолитиаз - форма желчнокаменной болезни, характеризующаяся одновременным наличием конкрементов в желчном пузыре и внепеченочных желчных протоках, варьирующая в клинических проявлениях от бессимптомного течения до тяжелых, порой жизнеугрожающих осложнений.

Холедохолитиаз может иметь место у 5-20 % больных в момент возникновения показаний к плановой холецистэктомии [1].

Во время открытой холецистэктомии диагноз холедохолитиаза может быть подтвержден с помощью интраоперационно выполненных холангиографии и/или УЗИ, а последующая холедохолитотомия позволяет санировать общий желчный проток [2]. С появлением и развитием миниинвазивных технологий произошел очевидный отказ от интраоперационной диагностики. В лечении осложненных форм желчнокаменной болезни нашли применение миниинвазивные методы, позволяющие добиться хорошего результата при минимальной травме. Получил развитие двухэтапный подход к лечению холецистохолангио-литиаза: до- или послеоперационная ЭРХПГ и, при необходимости, ЭПСТ [3-7].

Были разработаны сложные алгоритмы дооперационной диагностики холедохолитиаза, основанные на статистическом анализе информативных клинических и биохимических маркеров и ультразвуковой диагностике желчной гипертензии [8-10].

Возникающие при ЭПСТ осложнения - острый панкреатит, кровотечения из БСДК, перфорации двенадцатиперстной кишки - основная причина летальных исходов. Число этих осложнений не так велико [8-14]. Однако невозможность предупредить риск их возникновения заставляет искать методики лечения, позволяющие избежать фатальных осложнений.

С развитием неинвазивного и высокоинформативного дооперационного обследования -МР-холангиографии и эндосонографии диагноз холедохолитиаза и отбор больных для двухэтапного лечения значительно упростились [11].

Сравнительный анализ результатов лечения в зависимости от избранной тактики [19, 20], проведенный на основе двух метаанализов, показал, что летальность после выполненных операций составила 1,7 % при двухэтапном алгоритме и 0,9 % при одноэтапном. В группе ЭПСТ+ЛХЭ отмечено 0,9 % летальных исходов, а при одноэтапном подходе - 0,5 %. Летальность в группе больных, перенесших лапароскопическую холецистэктомию и холедохолитотомию, составила 0,4 %, а после ЭПСТ+ЛХЭ - 2,3 %. Общее число осложнений при одно- и двухэтапном алгоритме лечения было примерно одинаковым, небольшое снижение отмечено при сочетании ЭПСТ и лапароскопической холецистэктомии (13,6 %).

Совершенствование техники миниинвазивного оперативного вмешательства сделало холедохолитотомию и литоэкстракцию одновременно с холецистэктомией методом выбора. Сохранение автономности желчных протоков считается еще одним аргументом в пользу такого подхода.

Таким образом, если при установленном диагнозе «хронический калькулезный холецистит, холедохолитиаз» показания к миниинвазивной холецистэктомии не вызывают сомнений, то алгоритм санации желчных протоков и восстановления адекватного оттока желчи остается поводом для дискуссии, что особенно важно в свете подготовки национальных клинических рекомендаций.

**Цель исследования:** Сравнение результатов двух видов комбинированных методов лечения ХХЛ: ЛХЭ+ЭРХПГ и ЛХЭ+ЛХЛТ.

### Материал и методы

С сентября 2013 г. по октябрь 2023 г. в многопрофильной клинике СамГМУ по поводу ХХЛ были пролечены 114 пациентов, получившие одноэтапное комбинированное лечение. Распределение по полу среди пациентов было след: мужчин – 44, женщин – 70. Средний возраст пациентов  $59,43 \pm 12,51$  года (колеблется от 32 до 91 года).

В нашей клинике хирургическое отделение оборудовано лапароскопическим комплексом Stryker 1488 HD (США), рентген навигационным оборудованием «С-дуга GE Healthcare» (США) и эндоскопическим комплексом «Olympus TJF-150» (Япония). В качестве холангиоскопа используется видеодуоденоскоп с рабочим каналом 4,2 мм или бронхоскоп

Техника выполнения ЛХЭ + ЭРХПГ: выполняется ЛХЭ и далее бригадой эндоскопистов с использованием вышеуказанного эндоскопического комплекса выполняется ЭРХПГ с эндоскопической папиллосфинктеротомией и литоэкстракцией, под контролем цифрового рентгеновского аппарата. Очередность выбиралась от наличия острого холецистита, механической желтухи или острого панкреатита и решение принималось консилиумом врачей (анестезиолог, хирург, эндоскопист) (рисунок 1).

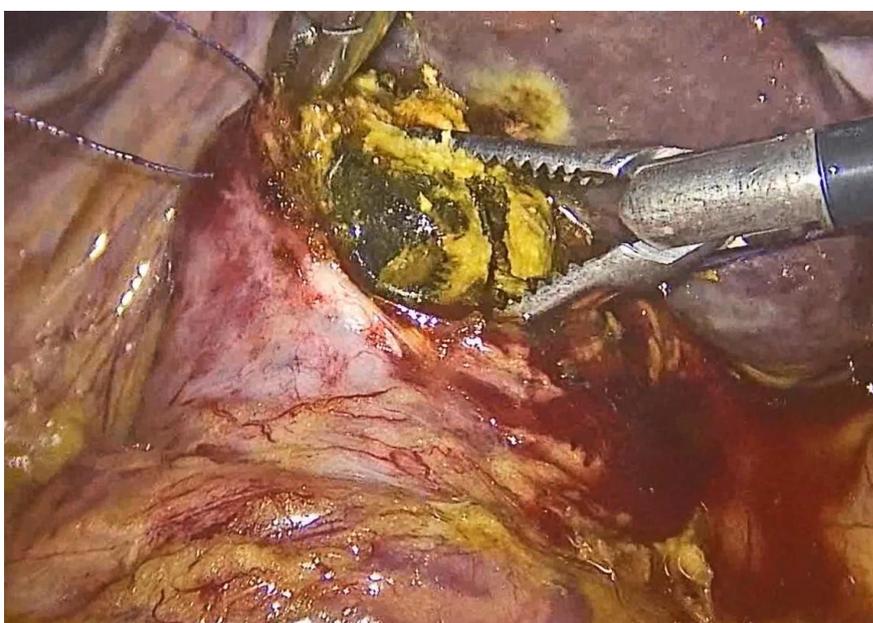


Рисунок 1. ЭРХПГ после ЛХЭ.

Техника выполнения ЛХЭ + ЛХЛТ: Выполняется ЛХЭ с дренированием холедоха через пузырный проток и интраоперационная холангиография с помощью рентген навигационного оборудования С-дуги, если диаметр пузырного протока более 4мм, литоэкстракция из холедоха выполняется через пузырный проток холангиоскопом. При нерасширенном пузырном протоке, выполняется лапароскопическая холедохотомия, после чего камень удаляется, также, холангиоскопом (рисунок 2) или лапароскопически (рисунок 3) .



**Рисунок 2. Интраоперационная холангиоскопия, холедохолитотомия**



**Рисунок 3. Лапароскопическая холедохолитотомия**

В зависимости от избранного комбинированного метода хирургического лечения больные были разделены на 2 группы. ЭРХПГ+ ЛХЭ была выполнена 88 пациентам, из них 57 пациентов включены в исследование. Исключены пациенты со стенозом желчных протоков, с циррозом печени и с подозрением на злокачественное новообразование желчевыводящих путей. Все 26 пациентов перенесшие ЛХЭ+ЛХЛТ составили вторую группу. Период наблюдения составил до 5 лет, включая курацию по телефону. Между двумя группами сравнивались показатели эффективности литоэкстракции, продолжительности операции, 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 пациентов проходили согласно актуальным клиническим рекомендациям. Статистический анализ проводили в программе StatTech v. 4.3.2 (разработчик - ООО "Статтех", РФ).

### Результат и обсуждения

В группе ЛХЭ + ЭРХПГ эффективность литоэкстракции составила 96,5%, тогда как в группе ЛХЭ + ЛХЛТ 100%. Средняя продолжительность операции в группе ЛХЭ + ЛХЛТ составило 134,4±22,4 и 162,7±20,3 в группе ЛХЭ + ЭРХПГ (таблица №1).

В представленной ниже таблице приведены результаты исследования, где при сравнении продолжительности операции, общего времени пребывания в стационара, продолжительности пребывания в стационаре посла операции в зависимости от метода операции, имеются статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$ ,  $p < 0,001$  соответственно) (используемые методы: *U-критерий Манна-Уитни*, *U-критерий Манна-Уитни*, *U-критерий Манна-Уитни*). При сравнении послеоперационных осложнений между результатами двух групп статистически значимых различий не выявили.

**Таблица 1. Сравнение основных исследуемых показателей двух групп**

Группы	ЛХЭ + ЭРХПГ n=57	ЛХЭ + ЛХЛТ n=26	p
Эффективность литоэкстракции	У 56 пациентов (96,5%)	У всех пациентов (100%)	1,000
Среднее время продолжительности операции	162,7±20,3 мин	134,4±22,4 мин	< 0,001*
Среднее общее время пребывания в стационаре	16,8±4,0 койко-дней	13,7±2,7 койко-дней	< 0,001*
Продолжительность пребывания в стационаре после операции	7,9±3,0 койко-дней	8,3±2,9 койко-дней	< 0,001*

**Таблица 2. Сравнение послеоперационных осложнений в исследуемых группах**

Группы	ЛХЭ + ЭРХПГ (n= 57)	ЛХЭ + ЛХЛТ (n= 26)	p
<b>Соматические</b>			
ТЭЛА	1	0	1,000
Инсульт	0	0	-
Инфаркт миокарда	0	0	-
Пневмония	1	1	0,531
Летальность	0	0	-
<b>Хирургические</b>			
Рецидив холедохолитиаза	4 (7%)	1 (3,8%)	1,000
Гиперамилаземия	8 (14%)	2 (7.7 %)	0,494
Холангит	3 (5.2%)	1 (3.8%)	1,000
Острый панкреатит	6 (10,5%)	1(3.8%)	0,425
Нагноение послеоперационной раны	0	1(3.8%)	0,313
Кровотечение (потребовавшее гемотрансфузию или конверсию доступа)	2 (3.5%) после ЭПСТ	1(3.8%)	1,000

**Обсуждение:** Пациенты, перенесшие ЛХЭ + ЛХЛТ нуждаются в более коротком пребывании в стационаре. Общая продолжительность пребывания в стационаре и продолжительность пребывания в стационаре после операции в группе ЛХЭ + ЛХЛТ составило 16,8±4,0 и 8,3±2,9 койко-дней соответственно, в второй группе 13,7±2,7 и 7,9±3,0 койко-дней соответственно. Наблюдалась, также, разница в продолжительности пребывания в стационаре после операции между группами, тогда как по остальным показателям в группе ЛХЭ + ЛХЛТ результаты оказались лучше.

В группе ЛХЭ+ ЛХЛТ, послеоперационный период сопровождается относительно меньшим количеством осложнений, при этом результаты оказались статистически не значимыми. Например,

существенных различий по частоте соматических осложнений в двух группах не наблюдалось. «Хирургические» послеоперационные осложнения в основном включали гиперамилазэмию, кровотечение из большого дуоденального сосочка (БДС), острый панкреатит, холангит, нагноение послеоперационной раны, рецидив холедохолитиаза. Частота рецидивов холедохолитиаза составила 7% (4) в группе ЛХЭ+ЭРХПГ и 3,8% (1) в группе ЛХЭ+ЛХЛТ. Гиперамилазэмия и острый панкреатит наблюдался чаще в группе ЛХЭ+ЭРХПГ 8 (14%) и 6 (10,5%) соответственно, в группе ЛХЭ+ЛХЛТ острый панкреатит развился лишь у одного пациента (1(3,8%). Кровотечение, потребовавшее гемотрансфузию наблюдалось у 2 пациентов при выполнении эндоскопической папиллосфинктеротомии, 1 пациенту из этой группы выполнена лапаротомия, дуоденотомия для остановки кровотечения. Одному пациенту из группы ЛХЭ + ЛХЛТ проведена гемотрансфузия ввиду интраоперационного кровотечения, конверсия доступа не потребовалась.

### Выводы

Таким образом, комбинированное хирургическое лечение ЛХЭ + ЛХЛТ является эффективным и безопасным в лечении ХХЛ наряду с ЛХЭ + ЭРХПГ.

При возможности одноэтапного лечения ХХЛ комбинированный подход ЛХЭ + ЛХЛТ может рассматриваться как приоритетный метод.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Гальперин Э.И. Руководство по хирургии желчных путей: 2 е изд. Под редакцией Гальперина Э.И., Ветшева П.С. М: Видар М; 2009; 568 с.
2. Мухиддинов Бобур Хуроз угли, and Аскараров Пулат Азадович. 2024. “Совершенствование Миниинвазивных Гибридных Оперативных Вмешательств При Осложнённых Формах Желчнокаменной Болезни”. *Research Journal of Trauma and Disability Studies* 2024;3(3):312-21. <https://journals.academiczone.net/index.php/rjtds/article/view/2411>.
3. Одноэтапное минимально инвазивное хирургическое лечение больных холецистохоледохолитиазом: автореф. дис. док. мед. наук: 14.01.17 / Е.Н. Деговцев. - Новосибирск, 2010; 33 с.
4. Королев М.П. Миниинвазивное лечение под комбинированным визуальным контролем холедохолитиаза в нестандартных ситуациях /М.П. Королев, Л.Е. Федотов, Р.Г. Аванесян, Б.Л. Федотов //Альманах института им. А.В. Вишневского. Тезисы XII съезда хирургов России г. Ростов-на-Дону. 2015;2:517-518.
5. Тотиков В.З. К вопросу о выборе хирургической тактики при холедохолитиазе, осложненном механической желтухой /Д.В. Тобоев, З.В. Тотиков, В. Медоев //Альманах института им. А.В. Вишневского. Тезисы XII съезда хирургов России г. Ростов-на-Дону. 2015;2:425-426.
6. Черкасов М.Ф. Лапароскопическая троакарная фиброхоледохоскопия в хирургическом лечении и диагностике холецистохоледохолитиаза, осложненного механической желтухой / М.Ф. Черкасов, С.И. Возлюбленный, Д.Е. Возлюбленный //Альманах института им. А.В. Вишневского. Тезисы XII съезда хирургов России г. Ростов-на-Дону. 2015;2:693-694.
7. Шаповальянц С.Г., Ардасенов Т.Б., Паньков А.Г. и соавт. Сложный холедохолитиаз результат запоздалого хирургического лечения желчнокаменной болезни //Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2013;4:8-14.
8. Sun W, Li J, Fang J, Duan Q, He A, Lin C. Comparison of Efficacy of ERCP+LC and LC+LCBDE on Cholecysto-Choledocholithiasis and Analysis of Risk Factors for Recurrence of Choledocholithiasis. //Altern Ther Health Med. 2023 Nov 10:AT9280. Epub ahead of print. PMID: 37944977.
9. Strasberg S.M. Clinical practice. Acute calculous cholecystitis. //N Engl J Med 2008;358:2804-2811.
10. 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.
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 2022;67:1116-1127.
12. 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.

Поступила 20.12.2024

