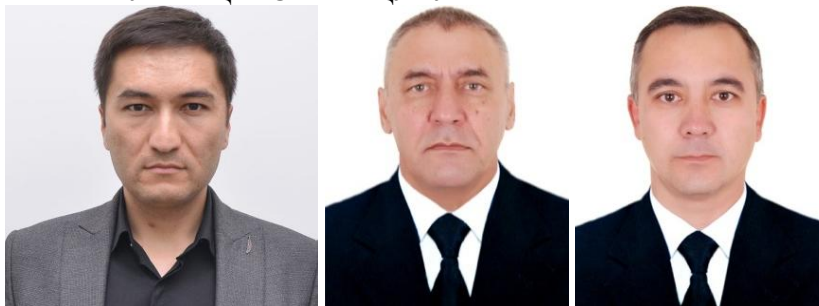


## ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗ БИЛАН ОҒРИГАН БЕМОРЛАРДА АНЪАНАВИЙ ИККИ БОСҚИЧЛИ ВА МОДИФИКАЦИЯ ҚИЛИНГАН БИР БОСҚИЧЛИ РАНДЕВУ УСУЛИНИНГ ЯҚИН НАТИЖАЛАРИ ҚИЁСИЙ ТАҲЛИЛИ



Мухиддинов Бобур Хуроз ўғли, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Аскарлов Пулат Азадович Самарқанд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарқанд ш.

## СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОГО ДВУХЭТАПНОГО И МОДИФИЦИРОВАННОГО ОДНОЭТАПНОГО РАНДЕВУ МЕТОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Мухиддинов Бобур Хуроз угли, Курбаниязов Зафар Бабажанович, Аскарлов Пулат Азадович Самарқандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарқанд

## COMPARATIVE ANALYSIS OF SHORT-TERM RESULTS OF THE TRADITIONAL TWO-STAGE AND MODIFIED ONE-STAGE RENDEZVOUS METHOD IN PATIENTS WITH CHOLECYSTOCHOLEDOCHOLITHIASIS

Mukhiddinov Bobur Khuroz ugli, Kurbaniyazov Zafar Babajanovich, Askarov Pulat Azadovich Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [shahlo.rus1@gmail.com](mailto:shahlo.rus1@gmail.com)

**Резюме.** Мақолада холецистохоледохолитиаз билан оғриган беморларда анъанавий икки босқичли ва модификация қилинган бир босқичли рандеву усули, операциядан кейинги асоратлар ва уларнинг хавфини камайтириши, операция давомийлигини қисқартириши ва умумий самарадорликни ошириши натижаларининг қиёсий таҳлили ўтказилган.

**Калит сўзлар:** холецистохоледохолитиаз, холецистэктомия, эндоскопик папиллосфинктеротомия, гибрид операция.

**Abstract.** The article presents a comparative analysis of the traditional two-stage and modified one-stage rendezvous technique in patients with cholecystocholecholeolithiasis, including postoperative complications, risk reduction, shortening of operation duration, and overall efficiency improvement.

**Keywords:** cholecystocholecholeolithiasis, cholecystectomy, endoscopic papillosphincterotomy, hybrid surgery.

**Долзарблиги.** Холецистохоледохолитиаз - ўт пуфагида ва умумий ўт йўлида тошларнинг бир вақтнинг ўзида мавжудлиги билан тавсифланган ўт тош касаллигининг (УТК) шакли [1,5,9].

Умумий ўт йўлидаги тошлар симптоматик ўт тош касаллиги билан оғриган беморларнинг 2,8-19% да учрайди, аммо паст частотали — ўткир холециститли беморларда — 5-15% ҳолларда учрайди [3,7,15].

Симптоматик ўт йўллари тошлари бўлган тахминан 50% беморларда тошни олиб ташламасдан кузатув вақтида такрорий эпигастрал оғриқлар ёки асоратлар ривожланади. Холангиолитиазнинг оғир асоратлари панкреатит, холангит ёки механик сариклик синдроми ривожланувчи ўт йўлларидаги обструкцияси ҳисобланади. Умумий ўт йўлида тошлар топилгандан сўнг, асоратларни ривожланишига йўл қўймаслик учун уларни олиб ташлаш лозим [2,10].

Холецистохоледохолитиаз билан оғриган беморларни даволашнинг асосий мақсади ўт йўлларидаги тўлиқ санация қилиш ва ўт пуфагини минимал миқдордаги жарроҳлик аралашувлар билан, операция-

дан кейинги асоратлар хавфи энг паст бўлган ҳолда олиб ташлашдир [2,4,11].

Холедохолитиазни даволашда юқори муваффақият даражасига қарамай, қорин бўшлиғидаги асосий операциядан кейин операциядан кейинги асоратлар ва юқори ўлим даражаси сақланиб қолди. Бу муқобил даволаш усуллари ишлаб чиқишни, хусусан, эндоскопик папиллосфинктеротомия билан эндоскопик ретроград холангиопанкреатографияни жорий этиш ва ривожлантиришни талаб қилди, бу аста-секин ўт йўллари тошларини даволаш учун олтин стандартга айланди [3,8,13].

Ҳозирги вақтда лапароскопик холецистэктомия ўт тош касаллиги билан оғриган беморлар учун устувор танлов усули ҳисобланади. ЛХЭ нинг минимал инвазив усул сифатида кенг жорий этилиши холедохолитиазни даволаш стратегиясини ўзгартиришни ва кўп ҳолларда умумий ўт йўлидан конкрементларни олиб ташлашни транспапилляр аралашувлар билан холедохолитогэкстракцияни амалга оширишни талаб қилди. Ўт пуфагидаги ва умумий ўт йўлидаги тошларининг

комбинациясида икки этапли ва бир этапли даволаш тактикаси қўлланилади [6,9,12].

Ўт пуфаги ва умумий ўт йўлида тошлар мавжуд бўлган беморларни бир вақтнинг ўзида даволаш икки босқичли тактикага жозибали альтернатив ҳисобланади. Бу ёндашув иқтисодий жиҳатдан мақбул бўлиб, стационарда даволаниш муддатини қисқартиради, бир беморда жарроҳлик аралашувлари сонини камайтиради, ЭПСТ билан боғлиқ асоратлар хавфини пасайтиради ва гепатикохоledохни санация қилишда юқори самарадорликни таъминлайди [3,14].

Юқорида баён этилган муаммолар ушбу тадқиқотни ўтказишга асос бўлди.

**Тадқиқот мақсади:** Холецистохоledохолитиаз билан огриган беморларда анъанавий икки босқичли ва модификация қилинган бир босқичли рандеву усулининг яқин натижаларининг қиёсий таҳлили.

**Материал ва усуллар:** Тадқиқот Самарқанд Давлат тиббиёт университетининг 1-сонли хирургик касалликлари, трансплантология ва урология кафедраси ҳамда СамДТУ кўп тармоқли клиникасининг жарроҳлик бўлими базасида ўтказилди. Тадқиқот ретроспектив ва когорта асосланган бўлиб, 2017 йилдан 2023 йилгача бўлган давр мобайнида клиникада ўтказилган операциялар таҳлил қилинди. Унда ўт тош касаллиги ва ўртача хавфли хоledохолитиаз комбинациясига эга бўлган ҳамда турли хил усулларда ЭПСТ амалиёти бажарилган беморлар камраб олинди.

2017 йил 1 январдан 2023 йил 31 декабргача СамДТУ кўп тармоқли клиникасининг жарроҳлик бўлимига ўт тош касаллиги ташхиси билан 2044 нафар бемор ётқизилган. Шошилиш тиббий кўрсатмаларга кўра 185 беморга, режали равишда эса 1859 беморга даволаш чоралари кўрилган. Умумий жарроҳлик амалиётлари ўтказилган беморлар сони 93,9% (1921 нафар) ни ташкил этган. УТК ёки унинг асоратлари

билан боғлиқ ҳолда беморларга турли хил жарроҳлик аралашувлари амалга оширилган.

Шундай қилиб, текширилатган беморлар гуруҳи 107 нафар хоledохолитиаз билан огриган беморларни ташкил қилди.

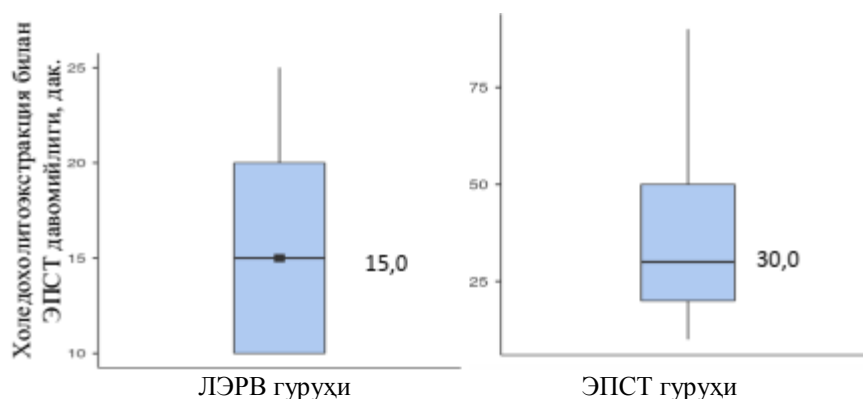
Биринчи гуруҳни 55 та – лапароскопик хоledохолитомия ва Rendezvous техникасида эндоскопик папиллосфинктеротомия хоledохолитоекстракция гибридна операцияси бажарилган беморлар (ЛЭРВ гуруҳи) ташкил қилди.

Иккинчи гуруҳга эндоскопик папиллосфинктеротомия билан хоledохолитоекстракция бажарилган 52 нафар беморлар киритилди (ЭПСТ гуруҳи).

Асосий хусусиятларидан: ёши, жинси, кушимча касалликлар, конда яллигланган синдроми, амилаза ва мочевино микдори, ПТИ, гепатикохоledох диаметри, конкрементлар ҳажми буйича иккала гуруҳ статистик жиҳатдан бир бирига мос. Аниқланган фарқлар: госпитализация тартиби, ут халта яллигланган огирлиги, кон зардобиди билирубин микдори ЭПСТга асосланган операциядан кейинги асоратлар ривожланишини даволаш ва уларнинг кечиш огирлигини баҳолашга халал бермайди.

**Натижалар ва муҳокама. Операция даврини такқослаш.** Операция кечиш даврини такқослаш ЛЭРВ ва ЭПСТ гуруҳларида эндоскопик папиллосфинктеротомия хоledохолитоекстракция билан давомийлиги, транспапилляр босқич билан боғлиқ операция ичи асоратларига асосланиб утқазилди.

**Транспапилляр босқич давомийлиги.** ЛЭРВ гуруҳида хоledохолитоекстракция билан сфинктеротомия ва икки этапли техникада хоledохолитоекстракция операциядан кейинги ЭПСТнинг давомийлигини такқослаш натижалари 1-расмда келтирилган.



Расм 1. Хоledохолитоекстракция билан ЭПСТ давомийлиги, дак. (ЛЭРВ, n = 55 ва ЭПСТ, n = 52)

Жадвал 1. Беморларда операциядан кейинги панкреатит ривожланиш хавфи факторлари

Хавф факторлари	ЛЭРВ гуруҳи, n (%)	ЭПСТ гуруҳи, n (%)
Аниқланган хавф факторлари (definite) (факторлардан бирининг булиши талаб этилади)		
– аёл жинси	38 (68,6)	34 (64,5)
– анамнезида панкреатит булиши	8 (14,2)	13 (25,8)
Эхтимолий (likely) хавф факторлари (камида иккита фактор булиши керак)		
– эрта еш ва кенгаймаган ут йуллари	6 (11,4)	8 (16,1)
– кенгаймаган ут йуллари ва билирубин микдорининг нормаллиги	14 (25,7)	13 (25,8)
– кенгаймаган ут йуллари ва анамнезида сурункали панкреатит йуклиги	22 (40,0)	27(51,6)

**Жадвал 2.** Гуруҳларда жарроҳликдан кейинги ЭПСТ билан боғлиқ асоратлар тез-тезлиги ва ривожланиш хавфини солиштириш

Жарроҳликдан кейинги асорат тури	Асоратлар тез-тезлиги				p	ОШ; 95% ДИ
	ЛЭРВ		ЭПСТ			
	Абс.	%	Абс.	%		
Ўткир холангит	0	0	0	0	-	-
Ўткир холецистит	0	0	2	3,2	0,215	-
Ретродуоденал перфорация	0	0	0	0	-	-
Қон кетиши	1	1,8	2	3,2	1,000	1,14; 0,07-19,1
Ўткир панкреатит	2	3,6	8	16,1	0,044*	8,35; 0,94-74,1
Жами асоратлар	3	5,4	12	22,5	0,017*	6,98; 1,4-35,7

Изоҳ: \* кўрсаткичлар орасидаги фарқлар статистик жиҳатдан аҳамиятли ( $p < 0,05$ )

**Жадвал 3.** Реанимация ва интенсив терапия бўлимига етказилган беморлар курсаткичларининг киёсий таҳлили

Кўрсаткич	ЛЭРВ гуруҳи (n = 55)	ЭПСТ гуруҳи (n = 52)	p
ОРИТга госпитализация қилинган беморлар сони, n (%)	10 (18,2)	2 (3,6)	0,109
ОРИТда госпитализация давомийлиги, Ме (IQR), сутка	1,0 (1,0; 1,0)	1,0 (1,0; 1,0)	0,683
SOFA индекс, Ме (IQR), балл	3,0 (1,25; 4,0)	3,0 (3,0; 3,0)	1,000
APACHE II индекс, Ме (IQR), балл	9,0 (8,0; 12,25)	11,0 (8,5; 11,0)	0,614

**Жадвал 4.** ЛЭРВ ва ЭПСТ гуруҳларида билиар тракт санацияси сони

Транспапилляр санациялар сони	Ҳолатлар сони, n (%)		P
	ЛЭРВ, n= 55	ЭПСТ, n= 52	
Бир босқичда	47 (85,7)	35 (67,7)	0,035*
Икки босқичда	6 (11,4)	12 (22,6)	
Уч босқичда	2 (2,9)	3 (6,5)	
Санация бажарилмади	0	2 (3,8)	

ЛЭРВ гуруҳида холедохолитозэкстракция билан ЭПСТнинг уртача давомийлиги 15,0 (IQR 10,0; 20,0) дакика. ЭПСТ гуруҳида эса уртача давомийлик 30,0 дакикани (IQR 20,0; 45,0) ташкил этди. Шундай қилиб, ЛЭРВ гуруҳида транспапилляр босқични амалга ошири 2 баробар кам вақтни олиб статистик жиҳатдан аҳамиятли;  $p < 0,001$ .

**Интраоперацион асоратлар.** Эндоскопик ретроград папиллосфинктеротомия билан боғлиқ интраоперацион асоратлар (қон кетиш, саватчанинг тош билан интраоперацион тикилиб қолиши, ретродуоденал перфорация), иккала гуруҳда ҳам кузатилмади.

**Операциядан кейинги давр.** ЛЭРВ ва ЭПСТ гуруҳларидаги беморларнинг операциядан кейинги даври кечиши транспапилляр этап билан боғлиқ операциядан кейинги асоратлар оғирлиги, интенсив терапия бўлимида етиш давомийлиги, ут йуллари санацияси муваффақиятлиги, госпитализация давомийлиги бўйича таққосланди.

**Операциядан кейинги ЭПСТ-ассоцирланган асоратлар борлиги ва оғирлиги.** Операциядан кейинги панкреатит ривожланиш хавф фактори 2 гуруҳга булинади:

1. Транспапилляр аралашув техникаси билан боғлиқ (кийин канюляция, утказгичнинг бир марта булса ҳам панкреатик протокга тушиши, контрастнинг панкреатик протокга инъекцияси, предрассечение, панкреатик сфинктеротомия, Одди сфинктерининг балонли дилатацияси, холедохнинг кийин санацияси).

2. Бемор ҳолати билан боғлиқ(жинси, ёши, преморбид фон ва бошқалар)(10-таблица).

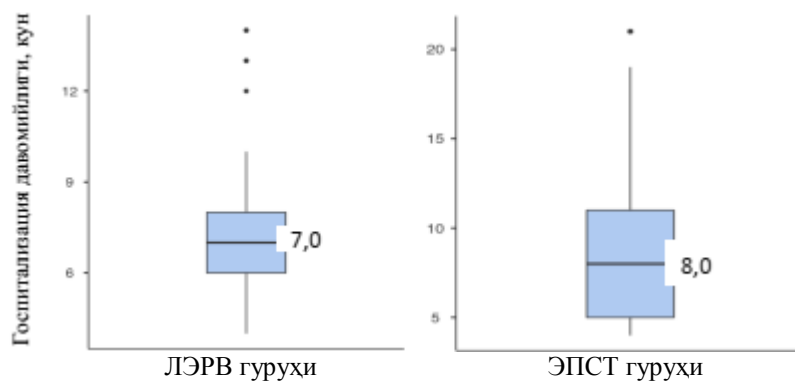
Барча 55 нафар бемордан ҳеч қайсисида транспапилляр аралашув билан боғлиқ асоратлар кузатил-

мади. Постманипуляцион панкреатит ривожланиш хавфи куп ҳолатларда 12 бармоқ ичак катта сургичига ретроград тасир утказиш билан боғлиқ, Rendezvous техникаси ердамида ЭПСТ бажарилганда бу хавф кузатилмайди.

1 жадвалда операциядан кейинги панкреатит ривожланиш хавфи беморга боғлиқ факторлари курсатиб утилган.

Асосий гуруҳдаги 55 бемордан 46 тасида (82,9%) жарроҳликдан кейинги панкреатит ривожланишига олиб келувчи муайян хавф омиллари аниқланган. ЛЭРВ гуруҳига 38 аёл ва шунингдек, ўтмишда ўткир панкреатит кечирган 17 бемор киритилган. Иккита эҳтимолий хавф омили 42 беморда (77,1%) қайд этилган. Хусусан, 6 нафар беморда (11,4%) ёшлиги ва кенгаймаган ўт йўллариининг мавжудлиги, 14 нафар беморда (25,7%) кенгаймаган билиар йўллар ва нормал билирубин даражаси, 22 нафар беморда (40,0%) эса кенгаймаган билиар йўллар ҳамда анамнезда сурункали панкреатитнинг йўқлиги аниқланган.

52 та назорат гуруҳидаги бемордан 47 тасида (90,3%) жарроҳликдан кейинги панкреатит ривожланиши учун муайян хавф омиллари аниқланди. ЭПСТ гуруҳига 34 аёл киритилди. 13 эркак беморнинг анамнезида олдин панкреатит билан касалланганлик ҳолатлари қайд этилган. Бундан ташқари, 48 (93,5%) беморда икки эҳтимолий хавф омиллари биргаликда кузатилди: 8 (16,1%) беморда ёшлик ва кенгаймаган ўт йўллари, 13 (25,8%) беморда кенгаймаган бильяр йўллари ва нормал билирубин даражаси, 27 (51,6%) беморда эса кенгаймаган жигар йўллари ва анамнезда сурункали панкреатит мавжуд эмаслиги аниқланди.



Расм 2. Стационарда ётиш давомийлиги

ЭПСТ билан боғлиқ жаррохликдан кейинги асоратлар тез-тезлиги таҳлили ESGE 2020 йил классификация номенклатурасига мувофиқ ўтказилди [85]. Натижалар 2-жадвалда келтирилган.

Шу тариқа, ўтказилган таҳлил натижасида гуруҳлар ўртасида операциядан кейинги асоратлар тез-тез учраши бўйича статистик аҳамиятли фарқлар аниқланди: умумий асоратлар сони учун  $p = 0,017$  ва операциядан кейинги ЭПСТ-боғлиқ панкреатит учун  $p = 0,044$ . Операциядан олдин ЭПСТ ўтказиш операциядан кейинги асоратлар ривожланиш хавфини 6,98 баробарга оширади (95% ДИ: 1,4–35,7) ва операциядан кейинги панкреатит ривожланиш хавфини 8,35 баробарга кўтаради (95% ДИ: 0,94–74,1). Ушбу маълумотлар лапароскопик рандеву усулининг хавфсизлиги ва унинг стандарт эндоскопик папиллосфинктеротомияга нисбатан афзалликларини тасдиқлайди.

**Реанимация ва интенсив терапия бўлимига госпитализация қилиш частотаси ва бўлиш давомийлиги.** Реанимация ва интенсив терапия бўлимида (ОРИТ) жаррохлик аралашувидан сўнг ЛЭРВ гуруҳидаги 10 нафар (18,2%) ва ЭПСТ гуруҳидаги 2 нафар (3,6%) бемор кузатилган;  $p = 0,109$ . Реанимация бўлимида ўртача бўлиш давомийлиги ҳар икки гуруҳда ҳам 1,0 (IQR 1,0; 1,0) кунни ташкил этган;  $p = 0,683$ .

ОРИТга ётқизилган беморларда SOFA индексининг ўртача кўрсаткичи ЛЭРВ гуруҳида 3,0 балл (IQR 1,25; 4,0), ЭПСТ гуруҳида эса 3,0 балл (IQR 3,0; 3,0) ни ташкил этган;  $p = 1,000$ . Ҳар иккала кўрсаткич ҳам кўп органли етишмовчиликнинг паст даражада эканлигини кўрсатади.

APACHE II шкаласи бўйича беморлар ҳолатининг оғирлик даражаси ҳам нисбатан паст баҳоларни кўрсатган: ЛЭРВ гуруҳида 9,00 (IQR 8,00; 12,25) ва ЭПСТ гуруҳида 11,0 (IQR 11,0; 11,0);  $p = 0,614$ , бу эса нокулай натижанинг паст эҳтимоллигини кўрсатади. Багафсил маълумотлар 19-жадвалда келтирилган.

3-жадвалда келтирилган маълумотларга кўра, ЛЭРВ гуруҳидаги беморларнинг ОРИТга ётқизиши назорат гуруҳидаги беморларга нисбатан юқори эмас эди. Шунингдек, беморларнинг бўлиш давомийлиги ва уларнинг SOFA ва APACHE II шкалалари бўйича баҳоланган ҳолати тадқиқот гуруҳлари ўртасида сезиларли фарқларсиз кузатилган.

**Ут йуллари санациясининг муваффақиятлилиги.** Эндоскопик папиллотомия ҳар икки гуруҳ беморларига бажарилди, бу босқичда

транспапилляр аралашув муваффақиятсизликлари кузатилмади.

Бир босқичли ўтказилган ўт йўллари санитария қилиш самарадорлиги асосий гуруҳда статистик жиҳатдан юқори бўлиб, 85,7% (47 бемор) ни ташкил қилди, ЭПСТ гуруҳида эса бу кўрсаткич 67,7% (35 бемор) бўлди ( $p = 0,035$ ).

ЛЭРВ гуруҳидаги 8 (14,3%) ва ЭПСТ гуруҳидаги 15 (29,1%) беморда дастлабки транспапилляр аралашув давомида тўлиқ санитария амалга оширилмади. ЛЭРВ ва ЭПСТ гуруҳларида ўтказилган билиар тракт санитариясининг сони 20-жадвалда келтирилган.

Шу тариқа, ЛЭРВ усулининг ЭПСТ билан солиштирилганда самарадорлигида статистик жиҳатдан аҳамиятли фарқ аниқланди ( $p = 0,035$ ).

**Стационарда етиш давомийлиги.** Беморларнинг стационарда қолиш давомийлиги лапароскопик рандеву гуруҳида 4 кундан 14 кунгача, ЭПСТ гуруҳида эса 4 кундан 21 кунгача ўзгарган. Асосий гуруҳда ўртача госпитализация давомийлиги 7,0 кунни (IQR 6,0; 8,0) ташкил этган, назорат гуруҳида эса 8,0 кун (IQR 5,0; 11,0),  $p = 0,100$ . 2-расмда ҳар иккала гуруҳ беморларининг госпитализация муддатларининг қисий динамикаси кўрсатилган.

29 нафар ЛЭРВ гуруҳидаги беморлар (87,9%) ва 20 нафар ЭПСТ гуруҳидаги беморлар (69,0%) жаррохлик амалиётидан сўнг асоратларсиз тикландилар ва улар қоникарли ҳолатда хирург ва гастроэнтеролог кузатуви остида яшаш жойи бўйича даволаниш учун чиқарилди. Ушбу беморларда шифохонада ўртача қолиш муддати асосий гуруҳда 6,0 кун (IQR 5,0; 8,0), назорат гуруҳида эса 7,5 кун (IQR 5,0; 9,25) ни ташкил этди.

ЛЭРВ гуруҳидаги 4 нафар беморда (12,1%) жаррохлик асоратларининг пайдо бўлиши шифохонада қолиш муддатининг сезиларли даражада ошишига олиб келди – 13,0 кун (IQR 11,5; 14,0),  $p = 0,003$ . ЭПСТ гуруҳида эса 9 нафар беморда (31,0%) асоратлар ривожланди, аммо бу ҳолат шифохонада қолиш муддати-га статистик жиҳатдан сезиларли таъсир кўрсатмади – ўртача даволаниш муддати 10,0 кун (IQR 7,0; 16,0) ни ташкил этди,  $p = 0,274$ .

**Хулоса.** Холецистохоледохолитиазни даволашда лапароскопик рандеву (ЛЭРВ) усули стандарт эндоскопик папиллосфинктеротомия (ЭПСТ) билан солиштирилганда бир қатор устунликларга эга. Тадқиқот натижаларига кўра, ЛЭРВ усули транспапилляр босқични амалга оширишда икки баробар кам вақт талаб қилади ва операциядан кейинги асоратлар ри-

вожланиш хавфини сезиларли даражада камайтиради. Шунингдек, ЛЭРВ усули ЭПСТ билан боғлиқ операциядан кейинги панкреатит ривожланиш хавфини камайтиришда самарали экани тасдиқланди.

Тадқиқот натижалари шуни кўрсатадики, ЛЭРВ усули операциядан кейинги асоратлар хавфини камайтириш, операция давомийлигини қисқартириш ва умумий самарадорликни ошириш нуктайи назаридан хавфсиз ва мақбул усул ҳисобланади. Бу ёндашув иқтисодий жиҳатдан мақбул бўлиб, стационарда даволаниш муддатини қисқартиради ва жарроҳлик аралашувлар сонини камайтиради.

Тадқиқот натижалари ЛЭРВ усулини холецистохоледохолитиаз билан оғриган беморларни даволашда афзал усул сифатида тавсия қилиш имконини беради.

#### Адабиётлар:

1. Аскарлов П. А., Хайитов Л. М. Эффективность интраоперационной фиброхоледохоскопии при лечении больных с холедохолитиазом // *Journal of Experimental Studies*. – 2023. – Т. 1 (7). – С. 15-21. – Доступно по ссылке: <https://imfaktor.com/index.php/joes/article/view/442> (дата обращения: 29.07.2023).
2. Мухиддинов Б. Х., Курбаниязов З. Б., Аскарлов П. А. Современные подходы к хирургическому лечению холецистохоледохолитиаза // *Биология ва тиббиёт муаммолари*. – 2022. – Т. 6 (150). – С. 459-465.
3. Курбаниязов З. Б., Аскарлов П. А. Анализ результатов хирургического лечения больных с повреждениями магистральных желчных протоков // *Здобутки клінічної і експериментальної медицини*. – 2018. – № 1. – С. 94-100.
4. Курбаниязов З. Б. и др. Эффективность использования миниинвазивных методов хирургического лечения больных с острым деструктивным холециститом // *Академический журнал Западной Сибири*. – 2013. – Т. 9. – № 4. – С. 56-57.
5. Курбаниязов З. Б., Арзиев И. А., Аскарлов П. А. Совершенствование хирургической тактики в коррекции желчеистечений после холецистэктомии с использованием миниинвазивных технологий // *Вестник науки и образования*. – 2020. – № 13-3 (91). – С. 70-74.
6. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Дифференцированный подход в лечении миниинвазивных вмешательств при остром панкреатите алиментарного генеза // *Журнал гуманитарных и естественных наук*. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 272-279.
7. Ризаев Э.А., Курбаниязов З.Б., Абдурахманов Д.Ш. Аспекты хирургического лечения острого билиарного панкреатита // *Журнал гуманитарных и естественных наук*. – 2024. – №. 16 [1]. – С. 280-284.
8. Ризаев Э.А. и др. Дифференцированный хирургический подход к лечению острого панкреатита на основе визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости: анализ исходов // *Scientific approach to the modern education system*. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 138-139.
9. Ризаев Э. А. и др. Применение визуальной оценки патологических изменений в брюшной полости для

выбора хирургической стратегии при остром панкреатите: анализ эффективности и летальности // *Scientific approach to the modern education system*. – 2024. – Т. 3. – №. 29. – С. 140-141.

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

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

12. Сотниченко Б. А., Макаров В. И., Савинцева Н. В. Эндовидеохирургическое лечение больных осложненными формами острого холецистита // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2007. – Т. 12. – № 2. – С. 75-78.

13. Теремов С. А., Мухин А. С. Опыт хирургического лечения больных с осложненными формами желчнокаменной болезни // *Вестник экспериментальной и клинической хирургии*. – 2013. – Т. 6. – № 3. – С. 399-404.

14. Ходжиматов Г. М. и др. Сравнительная оценка хирургических методов лечения больных острым калькулезным холециститом, осложненным механической желтухой // *Лимфология: от фундаментальных исследований к медицинским технологиям*. – 2016. – С. 250-252.

15. Yokoe M., Hata J., Takada T. et al. Tokyo Guidelines 2018: diagnostic criteria and severity grading of acute cholecystitis (with videos) // *J Hepatobiliary Pancreat Sci*. – 2018. – Vol. 25 (1). – P. 41-54. – DOI: 10.1002/jhbp.515.

16. Akbarov M. M. et al. Transplantology: a requirement of the time or the next evolutionary step of high-tech surgery? // *Journal of Education and Scientific Medicine*. – 2022. – № 1. – С.15-23.

#### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ БЛИЖАЙШИХ РЕЗУЛЬТАТОВ ТРАДИЦИОННОГО ДВУХЭТАПНОГО И МОДИФИЦИРОВАННОГО ОДНОЭТАПНОГО РАНДЕВУ МЕТОДА У ПАЦИЕНТОВ С ХОЛЕЦИСТОХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

Мухиддинов Б.Х., Курбаниязов З.Б., Аскарлов П.А.

**Резюме.** В статье проведён сравнительный анализ традиционного двухэтапного и модифицированного одноэтапного рандеву-метода у пациентов с холецистохоледохолитиазом, включая послеоперационные осложнения, снижение их риска, сокращение длительности операции и повышение общей эффективности.

**Ключевые слова:** холецистохоледохолитиаз, холецистэктомия, эндоскопическая папиллосфинктеротомия, гибридная операция.