

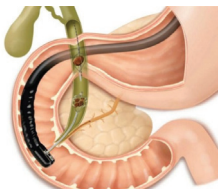
Гострий калькульозний холецистит: оновлені рекомендації

О.І. Осадчий

Редакція журналу «Український медичний часопис»

Резюме. Всесвітнє товариство екстреної хірургії (WSES) оновило керівні принципи діагностики та лікування гострого кам'яного холециститу (2020)

Ключові слова: гострий калькульозний холецистит, жовчнокам'яна хвороба, холецистектомія, лапароскопічна холецистектомія.



Гострий калькульозний (кам'яний) холецистит (ГКХ) на тлі жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) є досить поширена патологія у загальній популяції. Рання лапароскопічна холецистектомія повинна стати стандартом лікування за відповідних умов, навіть серед пацієнтів груп ризику, наприклад людей похилого віку, із серцево-судинними захворюваннями, хворобою нирок, патологією печінки або її цирозом, та тих, хто віднесений до категорії високого ризику хірургічного втручання. Саме такої думки дотримуються укладачі цих настанов (Всесвітнє товариство екстреної хірургії — WSES), оприлюднених в оновленій редакції настанов діагностики та лікування гострого кам'яного холециститу [1], перше видання [2] яких опубліковане у 2016 р.

Незважаючи на деякі відмінності між країнами щодо поширеності ЖКХ, загальна захворюваність становить 10–15% у загальній популяції. У 20–40% пацієнтів із ЖКХ розвиваються ускладнення, викликані камінням, із частотою 1–3% щороку; клінічні ознаки ГКХ є першим клінічним проявом у 10–15% пацієнтів із ЖКХ [3–5]. Хірургічне видалення жовчного міхура (холецистектомія) є найпоширенішим хірургічним втручанням у пацієнтів з ГКХ і вважається стандартом лікування у разі ЖКХ для більшості пацієнтів. Однак, беручи до уваги неоднорідність клінічних проявів, неоднозначність вибору хірургічної тактики, яка часто залежить від технічних можливостей лікувального закладу та хірургічного досвіду персоналу, а також прийняття тактики лікування пацієнтів із гострою хірургічною патологією живота — зауважимо, що хірургічна тактика може відрізнятися.

Представлений документ (Настанови) ретельно обговорено та схвалено після голосування під час Консенсусної конференції на 6-му Всесвітньому конгресі WSES, що відбувся у Неймегені (Нідерланди) у травні 2019 р.

Пропонуємо дещо скорочену версію оновлених настанов

Розділ 1. Діагностика ГКХ

1.1. Оскільки не існує жодного діагностичного прийому, який би мав виняткову клінічну силу для встановлення або виключення діагнозу ГКХ, рекомендується не покладатися на будь-яку окремо отриману клінічну або лабораторну знахідку.

1.2. Для діагностики ГКХ пропонуємо приймати до уваги сукупність даних після ретельного вивчення анамнезу захворювання, повного клінічного обстеження із залученням візуалізуючих методик та вивчення лабораторних аналізів.

Коментар. При діагностиці важливо враховувати такі ознаки (в анамнезі та при обстеженні):

- наявність лихоманки, біль у правому верхньому квадранті живота або болючість, блювання або втрата апетиту; позитивний симптом Мерфі;
- підвищений С-реактивний білок, підвищений рівень лейкоцитів;

- візуалізуючі ознаки, що свідчать про запалення жовчного міхура.

Який першочерговий метод візуалізації слід застосовувати у разі підозри діагнозу ГКХ?

1.3. Радимо виконувати ультразвукове дослідження (УЗД) черевної порожнини як базовий першочерговий метод інструментального обстеження з огляду на високу діагностичну спроможність методики, низьку собівартість, широку доступність та неінвазивність при досить високій точності діагностики ЖКХ.

Коментар. УЗД живота є надійним методом обстеження; однак не завжди достатньо може забезпечити виявлення УЗД-ознак, які б однозначно підтверджували або спростовували діагноз ГКХ.

Яка роль інших методів візуалізації (наприклад гепатобіліарне сканування (HIDA), комп'ютерна томографія (КТ) та магнітно-резонансна томографія (МРТ) органів черевної порожнини у діагностиці ГКХ?

1.4. Пропонуємо використовувати додаткові методи візуалізації для діагностики ГКХ у окремих пацієнтів залежно від місцевих уподобань та технічної спроможності. Гепатобіліарне сканування характеризується високою чутливістю та специфічністю у діагностиці ГКХ порівняно з іншими візуалізуючими методами діагностики. Діагностична точність КТ низька. Натомість МРТ зіставна за точністю із результатами УЗД органів черевної порожнини.

Коментар. Застосування у клінічній практиці гепатобіліарного сканування має певні обмеження за рахунок високої вартості діагностики і тривалого часу обстеження.

Розділ 2. Супутні камені загальної жовчної протоки: які діагностичні інструменти використовувати у разі підозри холедохолітіазу та кращого їх виявлення?

Холедохолітіаз спостерігається у 10–20% випадків при ЖКХ, що супроводжує ГКХ [6, 7]. У зв'язку з відносно низьким рівнем захворюваності на ЖКХ серед пацієнтів із ГКХ необхідно проводити ретельне їх обстеження, аби не пропустити осіб із високою ймовірністю супутньої ЖКХ. Необхідно також пам'ятати про доволі рідкісну патологію, що може імітувати ЖКХ, — синдром Міріцці, який виявляють у менше ніж 1% цих пацієнтів [8]. Ретельне передопераційне обстеження може бути корисним у цій ситуації. Однак у більшості випадків це з'ясується інтраопераційно [9].

Чи достатньо підвищення показників печінкових трансаміназ або білірубіну для діагностики холедохолітіазу у пацієнтів із ГКХ?

2.1. Не рекомендуємо трактувати підвищений рівень печінкових трансаміназ або білірубіну як провідний маркер для ідентифікації ЖКХ у пацієнтів із ГКХ. Натомість варто виконати низку додаткових обстежень

Історично так склалося, що визначення концентрації печінкових трансаміназ відігравало важливу роль у діагностиці ЖКХ. Однак у більшості опублікованих в аналіз не були залучені хворі із супутнім ГКХ або ті, які мали «німі» камені жовчного міхура. Таким чином, печінкові проби при нормальних значеннях

мають негативне прогностичне значення у 97% випадків, тоді як їх позитивне прогностичне значення при будь-якому незначному підвищенні асоційовані з 15% розвитку холедохолітіазу [10]. Саме тому підвищений рівень печінкових трансаміназ є поганим інструментом для прогнозування холедохолітіазу навіть у пацієнтів без ГХХ [11, 12].

Які особливості візуалізації хворих із холедохолітіазом при розвитку клініки ГХХ?

2.2. Ми радимо розглянути питання візуалізації каменів у загальній жовчній протоці із застосуванням методики трансабдомінального УЗД як найбільш ефективного способу їх виявлення при ГХХ у хворих групи ризику.

УЗД черевної порожнини є найкращим методом візуалізації для діагностики пацієнтів із ГХХ. Одночасно можна візуалізувати та досліджувати загальну жовчну протоку. За результатами метаналізу, виконаного K. Gurusamy та співавторами [13], доведена досить висока діагностична цінність УЗД при ГХХ із чутливістю 0,73 (95% довірчий інтервал (ДІ) 0,44–0,90) та специфічністю 0,91 (95% ДІ 0,84–0,95).

2.3. Збільшений діаметр загальної жовчної протоки (порівняно із фізіологічними розмірами), може бути розцінено як непряму ознаку холедохолітіазу. Однак це недостатньо надійний показник холедохолітіазу у пацієнтів із ГХХ, що потребує додаткового обстеження.

У ретроспективному дослідженні J.A. Boys та співавторів [14] доведено, що середній діаметр загальної жовчної протоки, визначений при трансабдомінальному УЗД у пацієнтів із ГХХ з/без холедохолітіазу становить 5,8–7,1 мм ($p=0,004$). А його діаметр >10 мм асоціювався із супутнім холедохолітіазом у 39% пацієнтів, тоді як діаметр $<9,9$ мм пов'язаний із 14% випадків. Автори дійшли висновку, що діаметр загальної жовчної протоки сам по собі не є достатньою ознакою виявлення пацієнтів із наявним значним ризиком розвитку холедохолітіазу.

Які лабораторні та інструментальні обстеження варто провести для оцінки ризику розвитку ЖХХ у пацієнтів із ГХХ?

2.4. Для того щоб оцінити ризик виникнення холедохолітіазу, пропонуємо проводити печінкові проби за такими біохімічними показниками — АлАТ, АсАТ, концентрація білірубину, гамма-глутамілтранспептидаза, лужна фосфатаза — та проводити трансабдомінальне УЗД у всіх пацієнтів із ГХХ.

Американське товариство шлунково-кишкової ендоскопічної хірургії та Американське товариство шлунково-кишкових ендоскопічних спеціалістів запропонували стратифікацію холедохолітіазу [15] поділяти на три класи ризику:

- низький ризик $<10\%$;
- помірний ризик — $10\text{--}50\%$;
- високий ризик $>50\%$;

Запропонована класифікація має чітку клінічну упередженість:

- низький ризик холедохолітіазу — пацієнти не потребують подальших досліджень перед оперативним втручанням;
- помірний ризик холедохолітіазу — слід провести додаткове обстеження шляхом ендоскопічної УЗД-EUS, магнітно-резонансної холангіопанкреатографії (MRCP), або передбачити таку можливість інтраопераційно: лапароскопічна УЗД-LUS або інтраопераційна холангіографія (ІОС), з метою відбору пацієнтів, які потребують видалення каменів;
- високий ризик холедохолітіазу — пацієнти мають пройти передопераційну діагностичну та терапевтичну ендоскопічну ретроградну холангіо-панкреатографію (ЕРХПГ).

Який найкращий підхід для стратифікації ризику виникнення холедохолітіазу у пацієнтів із ГХХ?

2.5. Пропонуємо стратифікувати ризик холедохолітіазу за модифікованою стратегією, створеною з урахуванням рекомендацій, розроблених Американським товариством шлунково-кишкової ендоскопічної хірургії та Американського товариства ендоскопістів шлунково-кишкового тракту*.

Запропонована стратегія визначення ризику холедохолітіазу у пацієнтів із симптоматикою ЖХХ на основі клінічних провісників/предикторів*.

Сила провісника з позиції ймовірного розвитку холедохолітіазу за клінічними ознаками

Дуже сильна. Камінь у загальній жовчній протоці визначений при трансабдомінальному УЗД. Клініка висхідного холангіту. Білірубін >4 мг/дл.

Сильна. Розширений холедох >6 мм при УЗД обстеженні (жовчний міхур не видалений!). Рівень білірубину в межах $1,8\text{--}4$ мг/дл.

Помірна. Підвищення біохімічних показників печінкових проб незалежно від рівня білірубину. Вік >55 років. Клініка біліарного панкреатиту.

Ступінь ймовірності розвитку холедохолітіазу з урахуванням клінічної сили провісника

Високий ступінь розвитку холедохолітіазу. Наявність будь-якого дуже сильного провісника.

Високий ступінь розвитку холедохолітіазу. Наявність двох показників сильних провісників.

Низька ймовірність розвитку холедохолітіазу. Відсутні клінічні провісники розвитку холедохолітіазу.

Таким чином, у модифікованому варіанті стратифікації ризику холедохолітіазу передбачається врахування сили провісників на рівні дуже сильна, сильна і помірна.

Високий ризик. Пацієнти з ознаками холедохолітіазу (провісники дуже високої та високої сили), підтвердженого результатами трансабдомінального УЗД, повинні розглядатися як група високого ризику, яким необхідно виконати ЕРХПГ як діагностичну чи терапевтичну процедуру;

Помірний ризик. Пацієнтів із загальним вмістом білірубину в сироватці крові >4 мг/дл або збільшеним діаметром загальної жовчної протоки при УЗД та супутнім рівнем білірубину $1,8\text{--}4$ мг/дл слід розглядати як осіб помірного ризику, які потребують додаткового обстеження: УЗД-EUS, MRCP, УЗД-LUS або ІОС, аби уникнути ускладнень, пов'язаних із ЕРХПГ.

Які дії є виправданими у пацієнтів із ГХХ та з помірним ризиком розвитку холедохолітіазу?

2.6. Рекомендуємо пацієнтам із помірним ризиком розвитку холедохолітіазу виконати додатково одне з таких передопераційних обстежень: комп'ютерна магніторезонансна холангіопанкреатографія, ендоскопічне ультразвукове дослідження (EUS), інтраопераційна холангіографія (ІОС) або LUS — залежно від прийнятих місцевих рекомендацій та технічних можливостей.

Які дії є виправданими у пацієнтів із ГХХ та з високим ризиком розвитку холедохолітіазу?

2.7. Рекомендуємо пацієнтам із високим ризиком розвитку холедохолітіазу виконати передопераційні ЕРХПГ, ІОС або LUS, залежно від місцевих рекомендацій та технічних можливостей

ЕРХПГ виконується як діагностична чи терапевтична процедура. Однак варто пам'ятати, що втручання асоційоване із потенційним розвитком тяжких ускладнень: гострий панкреатит, холангіт, шлунково-кишкова кровотеча, перфорація дванадцятипалої кишки та алергічні реакції на рентгеноконтрастні речовини. Ускладнення виникають у $1\text{--}2\%$ пацієнтів, їх частота підвищується до 10% за необхідності виконання папілосфінктеротомії.

Яке лікування холедохолітіазу є доцільним у пацієнтів із ГХХ?

2.8. Рекомендуємо видаляти каміні з загальної жовчної протоки до операції, інтраопераційно чи у післяопераційний період відповідно до прийнятих місцевих рекомендацій із можливим двоетапним втручанням.

Усунення супутнього холедохоліазу, можливе як двоетапне лікування:

а)

- передопераційна ЕРХПГ зі сфінктеротомією;
- інтраопераційна ЕРХПГ зі сфінктеротомією;
- ревізії загальної жовчної протоки під час лапароскопічної холецистектомії чи відкритого хірургічного втручання (у разі конверсії лапароскопії);

б)

- післяопераційна ЕРХПГ зі сфінктеротомією.

Систематичний огляд, в якому оцінювали ефективність та безпеку виконання втручань для видалення каменів із жовчних проток при супутньому холедохолітізі не виявили відмінностей у тактичних підходах. Не підтверджено також різниці в показниках захворюваності, смертності та ефективності [16].

Тому ці два підходи лікування хворих із супутнім холедохолітіазом можуть розглядатися як рівнозначні.

Необхідно також зазначити, що передопераційна та інтраопераційна ЕРХПГ зі сфінктеротомією є рівноцінними методиками щодо безпеки та ефективності, однак інтраопераційна методика знижує ризик розвитку гострого панкреатиту [17].

Розділ 3. Хірургічне лікування гострого калькульозного холециститу (ГКХ)

Яка найкраща перша лінія лікування для пацієнтів із ГКХ?

Коли слід уникати лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів із ГКХ?

3.1. Рекомендуємо лапароскопічну холецистектомію як першу лінію лікування для пацієнтів із ГКХ.

Коментар. Низький рівень ускладнень та короткий термін перебування в лікарні — головні переваги малоінвазивного втручання, яким є лапароскопічна холецистектомія.

3.2. Рекомендуємо уникати лапароскопічної холецистектомії у разі септичного шоку чи абсолютних протипоказань до анестезії.

Лапароскопічна холецистектомія зазвичай вважається стандартною методикою видалення каменів жовчного міхура. Втручання супроводжується мінімальною кількістю ускладнень порівняно із традиційним/відкритим хірургічним втручанням.

Чи безпечна та здійсненна лапароскопічна холецистектомія для пацієнтів із ГКХ із наявним цирозом печінки, віком >80 років або вагітних?

3.3. Пропонуємо проводити лапароскопічну холецистектомію пацієнтам із цирозом печінки А–В класу (за ознаками Чайлда — П'ю), пацієнтам похилого віку (зокрема > 80 років) та у вагітних.

Які хірургічні стратегії слід застосовувати у разі складної анатомічної будови ділянки втручання під час холецистектомії при ГКХ?

3.4. Рекомендуємо проводити лапароскопічну або відкриту субтотальну холецистектомію (як операції вибору) в ситуаціях зі складною анатомічною будовою ділянки втручання, де наявні значні проблеми ідентифікації анатомічних структур із високим ризиком ятрогенних пошкоджень.

Коментар. Субтотальна холецистектомія може стати у нагоді в анатомічно складній ситуації при виконанні холецистектомії; методика супроводжується зіставною частотою ускладнень та якістю втручання, яка зазвичай повідомляється для тотальної холецистектомії у стандартних неускладнених випадках.

Коли можлива конверсія лапароскопічної холецистектомії у відкрите хірургічне втручання при ГКХ?

3.5. Рекомендуємо перехід із лапароскопічної на відкриту холецистектомію у разі значного запального процесу в ділянці втручання, за наявності спайкового процесу у черевній порожнині, гострої кровотечі у ділянці трикутника Кало або підозри на пошкодження жовчної протоки.

Розділ 4. Період для виконання холецистектомії у пацієнтів із ГКХ

Який оптимальний час для проведення лапароскопічної холецистектомії у пацієнтів із ГКХ?

4.1. За наявності повноцінного хірургічного обстеження та підтвердженого діагнозу рекомендуємо проводити ранню лапароскопічну холецистектомію впродовж 7 днів з моменту госпіталізації до лікарні або протягом 10 днів з часу появи симптомів.

4.2. Рекомендуємо виконати відтерміновану лапароскопічну холецистектомію через 6 тиж з моменту першого клінічного нападу ГКХ, у разі якщо раннє хірургічне втручання протягом 7 днів

з часу госпіталізації та 10 днів з моменту появи симптомів технічно неможливо провести.

Розділ 5. Стратифікація ризику при ГКХ

Як можна оцінити прогноз та хірургічний ризик для пацієнтів із ГКХ?

5.1. Не можемо запропонувати використання будь-якої прогностичної шкали для стратифікації ризику у пацієнтів із ГКХ.

Розділ 6. Альтернативне лікування пацієнтів із ГКХ, яким неможливе виконання хірургічного втручання: спостереження та методи дренування жовчного міхура

Коли слід розглядати неоперативне лікування для пацієнтів із ГКХ?

6.1. Пропонуємо розглянути неоперативну тактику лікування із застосуванням антибіотиків та ретельним наглядом тих пацієнтів, які відмовляються від операції, або не підходить для хірургічного втручання.

6.2. Також пропонуємо розглянути альтернативні варіанти лікування для пацієнтів, у яких неважко проведено оперативне втручання навіть у разі, коли вони погоджуються на повторне хірургічне втручання, а також для тих, які не можуть бути прооперовані (наприклад високий ризик втручання).

Яке лікування ГКХ є терапією вибору у пацієнтів із високим ризиком?

6.3. Невідкладна лапароскопічна холецистектомія є операцією вибору. Вона більш виправдана, ніж черезшкірне транспечінкове дренування жовчного міхура у пацієнтів високого ризику. Лапароскопічна холецистектомія має розглядатися як першочергове втручання для пацієнтів групи високого ризику!

Яка роль дренування жовчного міхура у пацієнтів із ГКХ, яким не показане хірургічне втручання?

6.4. Рекомендуємо проводити дренування жовчного міхура у пацієнтів із ГКХ, яким неможливе хірургічне втручання, оскільки це дозволяє запобігти розвитку септичних ускладнень за їх наявності.

Чи слід пропонувати відстрочену холецистектомію пацієнтам із ГКХ після зниження періопераційного ризику?

6.5. Пропонується відстрочена лапароскопічна холецистектомія після зниження періопераційного ризику для запобігання повторним госпіталізаціям або ускладненням, пов'язаним із ЖКХ.

Чи можна вважати ендоскопічний дренаж жовчного міхура альтернативою черезшкірного транспечінкового дренування жовчного міхура у пацієнтів із ГКХ, яким не показане оперативне лікування?

6.6. У пацієнтів із ГКХ, в яких неможливе хірургічне втручання, ендоскопічний транспапілярний дренаж жовчного міхура (ETGBD) або трансмуральний дренаж жовчного міхура під контролем ендоскопічного ультразвуку слід розглядати як безпечну та ефективну альтернативу черезпечінковому дренуванню, якщо процедура проводиться кваліфікованими ендоскопістами високоспеціалізованих центрів.

6.7. Якщо проводиться ендоскопічне транспапілярне дренування жовчного міхура, слід розглянути можливість застосування назогастрального способу дренування жовчного міхура (ENGBD), а також ендоскопічного стентування жовчного міхура (EGBS) за потреби, з огляду на рішення ендоскопіста.

Яка роль ендоскопічного трансмурального дренажу жовчного міхура під контролем ультразвуку (EUS-GBD) у пацієнтів із ГКХ, яким не показане хірургічне втручання?

6.8. У разі якщо виникає необхідність ендоскопічного розміщення саморозширювального стента в жовчному міхурі, це краще виконати шляхом назогастральної ендоскопії при відповідній кваліфікації ендоскопіста.

6.9. Якщо ендоскопічне дренування жовчного міхура під контролем ультразвуку виконують із застосуванням металевих стентів, рекомендуємо їх видалення впродовж 4 тиж, щоб уникнути ускладнень.

Список використаної літератури

1. Pisano M., Allievi N., Gurusamy K. et al. (2020) 2020 World Society of Emergency Surgery updated guidelines for the diagnosis and treatment of acute calculus cholecystitis. *World J. Emerg. Surg.*, 15: 61 (<https://doi.org/10.1186/s13017-020-00336-x>).
2. Ansaloni L., Pisano M., Coccolini F. et al. (2016) 2016 WSES guidelines on acute calculous cholecystitis. *World J. Emerg. Surg.*, 11(1): 1–23.
3. Kimura Y., Takada T., Strasberg S.M. et al. (2013) TG13 current terminology, etiology, and epidemiology of acute cholangitis and cholecystitis. *J. Hepatobiliary Pancreat. Sci.*, 20(1): 8–23.
4. Stinton L.M., Myers R.P., Shaffer E.A. (2010) Epidemiology of gallstones. *Gastroenterol. Clin. N. Am.*, 39(2): 157–169.
5. Shaffer E.A. (2005) Epidemiology and risk factors for gallstone disease: Has the paradigm changed in the 21st century? *Curr. Gastroenterol. Rep.*, 7(2): 132–140.
6. Peng W.K., Sheikh Z., Paterson-Brown S. et al. (2005) Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in acute calculous cholecystitis. *Br. J. Surg.*, 92(10): 1241–1247.
7. Ko C.W., Lee S.P. (2002) Epidemiology and natural history of common bile duct stones and prediction of disease. *Gastrointest. Endosc.*, 56(Suppl. 6): S165–S169.
8. Erben Y., Benavente-Chenhalls L.A., Donohue J.M. et al. (2011). Diagnosis and treatment of Mirizzi syndrome: 23-year Mayo Clinic experience. *J. Am. Coll Surg.*, 213(1): 114–119 discussion 120–1.
9. Safioleas M., Stamatakis M., Revenas C. et al. (2006) An alternative surgical approach to a difficult case of Mirizzi syndrome: a case report and review of the literature. *World J. Gastroenterol.*, 12(34): 5579–5581.
10. Yang M.-H., Chen T.-H., Wang S.-E. et al. (2008) Biochemical predictors for absence of common bile duct stones in patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *Surg. Endosc.*, 22(7): 1620–1624.
11. Peng W.K., Sheikh Z., Paterson-Brown S. et al. (2005) Role of liver function tests in predicting common bile duct stones in acute calculous cholecystitis. *Br. J. Surg.*, 92(10): 1241–1247.
12. Onken J.E., Brazer S.R., Eisen G.M. et al. (1996) Predicting the presence of choledocholithiasis in patients with symptomatic cholelithiasis. *Am. J. Gastroenterol.*, 91(4): 762–767.
13. Gurusamy K., Giljaca V., Takwoingi Y. et al. (2015) Ultrasound versus liver function tests for diagnosis of common bile duct stones. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2: CD011548.
14. Boys J.A., Doorly M.G., Zehetner J. et al. (2020) Can ultrasound common bile duct diameter predict common bile duct stones in the setting of acute cholecystitis? *Am. J. Surg.*, 207(3): 432–435.
15. Maple J.T., Ben-Menachem T., Anderson M.A. et al. (2010) The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc.*, 71(1): 1–9.
16. Dasari B.V.M., Tan C.J., Gurusamy K.S. et al. (2013) Surgical versus endoscopic treatment of bile duct stones. *Cochrane Database Syst Rev.*, (9): CD003327.
17. Wang B., Guo Z., Liu Z. (2013) Preoperative versus intraoperative endoscopic sphincterotomy in patients with gallbladder and suspected common bile duct stones: system review and meta-analysis. *Surg. Endosc.*, 27(7): 2454–2465.