

Информация для цитирования:

Подолужный В.И., Пельц В.А., Радионов И.А., Павленко В.В., Старцев А.Б. ПУЗЫРНО-ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ФИСТУЛЫ И ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ // Медицина в Кузбассе. 2021. №2. С. 44-46.

Подолужный В.И., Пельц В.А., Радионов И.А., Павленко В.В., Старцев А.Б.

Кемеровский государственный медицинский университет,
Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М.А. Подгорбунского,
г. Кемерово, Россия

ПУЗЫРНО-ДУОДЕНАЛЬНЫЕ ФИСТУЛЫ И ОБТУРАЦИОННАЯ ТОНКОКИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ ПРИ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

Цель – оценка частоты формирования пролежней и пузырно-дуоденальных фистул при холецистолитиазе, а также частоты развития и эффективности базовых диагностических исследований желчнокаменной обтурационной тонкокишечной непроходимости.

Материалы и методы. За последние 10 лет нами было проанализировано 5055 холецистэктомий в хирургическом отделении № 2 ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского. И за период с 1997 по 2021 гг. проанализировано хирургическое лечение 1102 больных с острой механической кишечной непроходимостью в хирургическом отделении № 1 ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского г. Кемерово.

Результаты. На 5055 холецистэктомий встретили 10 (0,19 %) случаев билиодигестивных фистул, в том числе 4 (0,08 %) пузырно-дуоденальных и 6 (0,12 %) пузырно-толстокишечных свищей. Холецистэктомию успешно сочетали с ушиванием кишки. На 1102 больных, urgently оперированных с механической кишечной непроходимостью, желчнокаменный илеус выявлен у 5 человек (0,45 %). Убедительными показаниями к оперативному лечению были рвота и паретическое расширение начальных отделов тонкой кишки с задержкой продвижения бариевой взвеси при её контрастировании. Ограничивались у пожилых больных энтеротомией и литоэкстракцией.

Заключение. В 0,08 % случаев при длительном холецистолитиазе формируются пузырно-дуоденальные фистулы. Обтурационная желчнокаменная тонкокишечная непроходимость встречается у 0,45 % оперированных с механической кишечной непроходимостью. Диагностические трудности при использовании лучевых методов обследования не возникают.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь; острая кишечная непроходимость; билиодигестивные свищи; пузырнодуоденальная фистула; хирургическое лечение; лучевая диагностика

Podoluzhny V.I., Pelts V.A., Radionov I.A., Pavlenko V.V., Startsev A.B.

Kemerovo State Medical University,
Podgorbunsky Regional Clinical Emergency Hospital, Kemerovo, Russia

VESICO-DUODENAL FISTULAS AND OBSTRUCTIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION IN CHOLELITHIASIS

Aim – Evaluation of the incidence of pressure ulcers and vesicoduodenal fistulas in cholecystolithiasis, as well as the incidence and effectiveness of basic diagnostic studies of gallstone obstructive small bowel obstruction.

Materials and methods. Over the past 10 years, we have analyzed 5055 cholecystectomies in the surgical department N 2 of the Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky. And for the period from 1997 to 2021 analyzed the surgical treatment of 1102 patients with acute mechanical intestinal obstruction in the surgical department N 1 of the Kuzbass Clinical Hospital of Emergency Medical Care named after M.A. Podgorbunsky.

Results. At 5055 cholecystectomies, 10 (0.19 %) cases of biliodigestive fistulas were encountered, including 4 (0.08 %) vesico-duodenal and 6 (0.12 %) vesico-colonic fistulas. Cholecystectomy was combined with bowel suturing. In 1102 patients urgently operated on with mechanical intestinal obstruction, gallstone ileus was detected in 5 patients (0.45 %). Convincing indications for surgical treatment were vomiting and expansion of the initial sections of the small intestine when it was contrasted with a delay in the advance of barium suspension. They were limited in elderly patients to enterotomy and lithoextraction.

Conclusion. In 0.08 % of cases, with long-term cholecystolithiasis, vesico-duodenal fistulas are formed. Obstructive gallstone small bowel obstruction occurs in 0.45 % of those operated on with mechanical intestinal obstruction. Diagnostic difficulties when using radiation methods of examination do not arise.

Key words: gallstone disease; acute intestinal obstruction; biliodigestive fistulas; surgical treatment; radiation diagnostics

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) — одна из распространенных болезней в развитых странах. Она встречается у 10-18 % взрослого населения этих стран [1, 2]. В России 10,5 % женщин трудоспособного возраста страдают ЖКБ [3]. Одними из редко

встречающихся осложнений ЖКБ являются билиодигестивные фистулы [4] и острые билиарные кишечные непроходимости [5-7]. Сообщается о 21 билиарном илеусе за 25 лет [8]. Авторы полагают, что желчнокаменная обтурационная тонкокишечная не-

проходимость составляет 0,73 % от всех оперированных с ОКН и 1,12 % при ϵ обтурационной форме [9]. Имеется даже описание лазерной литотрипсии камня в желчном пузыре через пузырно-дуоденальную фистулу [10]. В Кузбассе отмечена динамика роста пролеченных больных с наиболее частым осложнением ЖКБ острым холециститом после 1993 года на 12,4 % к 2016 году [11].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведен анализ интраоперационных выявлений билиодигестивных фистул у 5050 больных с холециститом за 2011–2020 гг. в хирургическом отделении № 2 ГАУЗ ККБ СМП. Анализировано число диагностированных и оперированных с желчнокаменной тонококишечной непроходимостью с 1997 по 2021 г. в хирургическом отделении № 1 ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского. В исследовании использованы методы описательной статистики: объем выборки (n), выборочное среднее (M), стандартное отклонение (m).

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

За последние 10 лет на 5055 холецистэктомий мы встретили в 10 случаях (0,19 %) формирующиеся и сформированные билиодигестивные фистулы на фоне ЖКБ. В 4 случаях (0,08 %) пузырно-дуоденальные и в 6 (0,12 %) — пузырно-толстокишечные. Билиодигестивные свищи до операции не выявлялись, они были операционными находками. Больные длительно лечились консервативно по поводу хронического калькулезного холецистита. Длительность проявлений хронического холецистита все пациенты называли приблизительно. Трое оперированных отметили, что от терапевтов убедительных рекомендаций об оперативном лечении в ближайшее время при обнаружении конкрементов не получали. При плановом вмешательстве операции благополучно завершали у всех холецистэктомией и ушиванием кишки.

С 1997 по 2021 годы на 1102 больных, оперированных urgently по поводу механической кишечной непроходимости, было пятеро пациентов (0,45 %) с желчнокаменной обтурационной тонкокишечной непроходимостью. Средний возраст больных 79,5 ± 7,1 лет, женщин четыре и один восьмидесятичетырехлетний мужчина. В трех случаях была обтура-

ция тощей кишки, в одном случае — на границе тощей и подвздошной, в одном — в одном метре от слепой кишки. Выявить сроки камненосительства не удалось, пациенты не знали о холециститиазе, манифестирующие симптомы холецистита отсутствовали. Во всех случаях диагностике помогло присутствие у больных рвоты и выявление, как на УЗИ, так и на обзорном снимке, расширенных начальных отделов тонкой кишки с проявлениями переза. Убедительными показаниями к оперативному лечению была задержка продвижения бариевой взвеси по кишке (3 пациента). Желчнокаменная болезнь и аэрохолия до лапаротомии не выявлены. В одном случае обнаружено поступление контраста из 12-перстной кишки в желчный пузырь.

Предоперационный период колебался от 4 до 7 часов. После поперечной энтеротомии дистальнее конкрементов последние были извлечены, тонкая кишка ушита. В подпеченочном пространстве выявлялся инфильтрат, холецистэктомия у пожилых ургентных больных не выполнялась, летальных исходов не было.

Наши данные подтверждают публикации многих авторов о редко встречающихся пузырно-дуоденальных свищах и единичных случаях билеарного илеуса [4–7]. Мы согласны с публикациями, утверждающими, что основное место в выявлении этих осложнений ЖКБ принадлежит лучевым методам диагностики [12]. Мы поддерживаем мнение авторов о необходимости ограничиться энтеролитотомией у тяжелых возрастных больных на фоне билиарного илеуса, отказавшись от разобщения свищей и холецистэктомии [13].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Пузырно-дуоденальные фистулы выявляются в 0,08 % случаев у больных с хроническим калькулезным холециститом и, как правило, обнаруживаются во время операции.

2. Желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость на фоне пузырно-дуоденальных фистул встречается в 0,45 % случаев при острой механической кишечной непроходимости, требующей хирургического лечения.

3. Основное место в выявлении билиарного илеуса и определении показаний к хирургическому лечению принадлежит лучевым методам исследования, включая контрастную энтерографию.

ЛИТЕРАТУРА

- Galimova KhI, Minakhmetova RS, Akhkyamova ChR. Gallstone disease. Chronic calculous cholecystitis. *The capital of science*. 2020; 4(21): 62–68. Russian (Галимова Х.И., Минахметова Р.С., Ахьямова Ч.Р. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулёзный холецистит // Столица науки. 2020. № 4(21). С. 62–68.)
- Vakhrushev YaM, Khokhlacheva N.A. Gallstone disease: epidemiology, risk factors, clinical features, prevention. *Archives of Internal Medicine*. 2016; 3(29): 30–35. Russian (Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архивь внутренней медицины. 2016. Т. 6, № 3(29). С. 30–35.) DOI: 10.20514/2226-6704-2016-6-3-30-35
- Grigorieva IN, Ragino Yul, Shakhtshneider EV, Ryabikov AN, Verevkin EG, Voevoda MI. Gallstone disease: the results of our own 20-year research (part 1: epidemiology, blood and bile lipids, apolipoprotein E polymorphism). *Diary of the Kazan*

- School*. 2016; 2(12): 18-23. Russian (Григорьева И.Н., Рагино Ю.И., Шахтштейдер Е.В., Рябиков А.Н., Верёвкин Е.Г., Воевода М.И. Желчнокаменная болезнь: результаты собственных 20-летних исследований (часть 1: эпидемиология, липиды крови и желчи, полиморфизм аполипопротеина E) //Дневник Казанской школы. 2016. № 2(12). С. 18-23.)
4. Jaguś D, Karthik A, Tan ZY, Mlosek RK, Biatek E, Gallbladder-duodenal fistula detected by ultrasound – a case report. *Journal of Ultrasonography*. 2020; 20(82): e214-e217. DOI: 10.15557/jou.2020.0036
 5. Davydkin VI, Karpushkina PI, Pigachev AV. Obstructive small bowel obstruction as a rare complication of gallstone disease. *Bulletin of surgery II Grekov*. 2019; 178(6): 59-62. Russian (Давыдкин В.И., Карпушкина П.И., Пигачёв А.В. Обтурационная тонкокишечная непроходимость как редкое осложнение желчнокаменной болезни //Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2019. Т. 178, № 6. С. 59-62.) DOI: 10.24884/0042-4625-2019-178-6-59-62
 6. Wali L, Husain F, Ali S, Humphries S, Turner L, Johnson-Smith T, Gough-Palmer A. Gallstone ileus with an enterovaginal fistula: a rare complication of pelvic radiotherapy. *BJR Case Reports*. 2020; 6(4): 20200060. DOI: 10.1259/bjrcr.20200060
 7. Nguyen BH, Le Quan AT, Hai PM, Quang Hung V, Thai TT. Duodenal Obstruction Due to Giant Gallstone: A Case Report. *International Medical Case Reports Journal*. 2020; 13: 651-656. DOI: 10.2147/imcrj.s278058
 8. Subbotin VM, Busyrev YuB, Davidov MI, Nikonova OE. Biliary ileus. *Bulletin of Surgical Gastroenterology*. 2015; (3-4): 19-22. Russian (Субботин В.М., Бусырев Ю.Б., Давидов М.И., Никонова О.Е. Билярный илеус //Вестник хирургической гастроэнтерологии. 2015. № 3-4. С. 19-22.)
 9. Mamchich VI, Bondarenko ND, Chaika MA. New in the problem of gallstone intestinal obstruction. *Annals of Surgical Hepatology*. 2020; 25(1): 62-68. Russian (Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А. Новое в проблеме желчнокаменной кишечной непроходимости //Анналы хирургической гепатологии. 2020. Т. 25, № 1. С. 62-68.) DOI: 10.16931/1995-5464.2020162-68
 10. Wu LJ, Yang DQ, Chen J. Cholecystoduodenal fistula with gastric outlet obstruction. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*. 2020; 5(12): 660-663. DOI: 10.1016/j.vgie. 2020. 08.004
 11. Podoluzhny VI, Radionov IA, Shabalina OV. Acute abdominal surgical pathology: Monograph. Kemerovo: Polygraph, 2019. 128 p. Russian (Подолужный В.И., Радионов И.А., Шабалина О.В. Острая абдоминальная хирургическая патология: Монография. Кемерово: Полиграф, 2019. 128 с.)
 12. Korovin AYa, Trifanov NA, Bazlov SB, Turkin DV. Biliary ileus. *Modern problems of science and education*. 2019; (2): 155. Russian (Коровин А.Я., Трифанов Н.А., Базлов С.Б., Туркин Д.В. Билярный илеус //Современные проблемы науки и образования. 2019. № 2. С. 155.)
 13. Davidov MI, Nikonova OE. Experience in the diagnosis and treatment of gallstone intestinal obstruction. *Medical Almanac*. 2015; 3(38): 230-233. Russian (Давидов М.И., Никонова О.Е. Опыт диагностики и лечения желчнокаменной кишечной непроходимости //Медицинский альманах. 2015. № 3(38). С. 230-233.)

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Сведения об авторах:

ПОДОЛУЖНЫЙ Валерий Иванович, доктор мед. наук, профессор, зав. кафедрой госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

ORCID: 0000-0002-0559-8537

ПЕЛЬЦ Владислав Александрович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 2, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

ORCID: 0000-0001-8230-6676

РАДИОНОВ Игорь Александрович, доктор мед. наук, профессор кафедры госпитальной хирургии, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

ORCID: 0000-002-9221-588X

ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, доктор мед. наук, профессор, профессор кафедры госпитальной хирургии, ФГОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия.

ORCID: 0000-0001-9757-0314

СТАРЦЕВ Андрей Борисович, канд. мед. наук, зав. хирургическим отделением № 1, ГАУЗ ККБ СМП им. М.А. Подгорбунского, г. Кемерово, Россия.

ORCID: 0000-0001-9774-2163

Information about authors:

PODOLUZHNY Valery Ivanovich, doctor of medical sciences, professor, head of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

ORCID: 0000-0002-0559-8537

PELTIS Vladislav Aleksandrovich, candidate of medical sciences, head of surgical department N 2, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

ORCID: 0000-0001-8230-6676

RADIONOV Igor Aleksandrovich, doctor of medical sciences, professor of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

ORCID: 0000-002-9221-588X

PAVLENKO Vladimir Vyacheslavovich, doctor of medical sciences, professor, professor of the department of hospital surgery, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia.

ORCID: 0000-0001-9757-0314

STARTSEV Andrey Borisovich, candidate of medical sciences, head of the surgical department N 1, Kuzbass Clinical Emergency Hospital named after M.A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia.

ORCID: 0000-0001-9774-2163

Корреспонденцию адресовать: ПАВЛЕНКО Владимир Вячеславович, 650056, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д.22 а, ФГОУ ВО КемГМУ Минздрава России.

Тел: 8 (3842) 73-48-56, E-mail: pavlenkov@list.ru