

Міхурово-дигестивні фістули при жовчнокам'яній хворобі з супутнім панкреатитом

В. І. Подолужний¹, В. О. Пельц², І. О. Радіонов¹, А. Б. Старцев², В. В. Павленко¹

¹Кемеровський державний медичний університет, Кемерово, Росія

²Кузбаська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги ім. М. О. Подгорбунського, Кемерово, Росія

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, міхурово-кишкові свищі, хронічний панкреатит, гостра кишкова непрохідність, хірургічне лікування, променева діагностика

Вступ

Жовчнокам'яна хвороба (ЖКХ) — одна з поширених хвороб у розвинених країнах. Вона трапляється у 10–18% дорослого населення цих держав і провокує розвиток панкреатиту [1, 2]. У Росії 10,5% жінок працездатного віку страждають на ЖКХ [3]. Одними із ускладнень ЖКХ, що рідко зустрічаються, є білідигестивні фістули [4] і біліарна гостра кишкова непрохідність [4, 11, 12]. Повідомляється про 21 біліарний ілеус за 25 років [9]. Автори вважають, що жовчнокам'яна обтураційна тонкокишкова непрохідність становить 0,73% від усіх оперованих з гострою кишковою непрохідністю і 1,12% при її обтураційній формі [7]. Є навіть опис лазерної літотрипсії каменя в жовчному міхурі через міхурово-дуоденальну фістулу [13]. У Кузбасі відзначено динаміку зростання пролікованих хворих з найбільш частим ускладненням ЖКХ — гострим холециститом після 1993 р. на 12,4% до 2016 р. [8].

Матеріали та методи

Проведено аналіз інтраопераційного виявлення білідигестивних фістул у 5055 хворих із холецистолітазом (509 страждали на хронічний панкреатит, 116 — на цукровий діабет) за 2011–2020 рр. у хірургічному відділенні № 2 ДАУ ККЛ СМП. Аналізували число діагностованих і оперованих з жовчнокам'яною тонкокишковою непрохідністю з 1997 по 2020 р. у хірургічному відділенні № 1 ДАУ ККЛ СМП ім. М. О. Подгорбунського.

Результати та обговорення

За останні 10 років на 5055 холецистектомій ми зустріли в 10 випадках (0,19%) білідигестивні фістули, що формуються і сформовані, на тлі ЖКХ. У 4 (0,08%) випадках — міхурово-дуоденальні і в 6 (0,12%) — міхурово-товстокишкові. Білідигестивні свищі до операції не виявлялись, вони були операційними знахідками. В анамнезі у 3 пацієнтів відзначається багаторічне лікування з приводу хронічного панкреатиту, один хворий страждав на цукровий діабет. При

плановому втручанні операції благополучно завершували холецистектомією й ушиванням кишки.

З 1997 по 2020 р. на 1086 хворих, оперованих ургентно з приводу механічної кишкової непрохідності, було 4 пацієнти (0,37%) з жовчнокам'яною обтураційною тонкокишковою непрохідністю. Середній вік хворих становив 76,5±6,4 року. У 3 випадках була обтурація тонкої кишки і в одному — на межі тонкої і клубової. У всіх випадках діагностики допомогла наявність у хворих блювання і виявлення як при ультразвуковому дослідженні, так і на оглядовому знімку розширених початкових відділів тонкої кишки з проявами парезу. Переконливими показаннями до оперативного лікування була затримка просування барієвої суспензії по кишці (3 пацієнти). ЖКХ і аерохолія до лапаротомії не встановлені. В одному випадку виявлено надходження контрасту з дванадцятипалої кишки в жовчний міхур. Один пацієнт отримував багаторічне лікування з приводу хронічного панкреатиту.

Передопераційний період коливався від 4 до 7 годин. Після поперечної ентєротомії дистальніше від конкрементів останні були вилучені, тонка кишка ушита. У підпечінковому просторі виявлявся інфільтрат, холецистектомія у літніх ургентних хворих не виконувалася, летальних випадків не було. Наші дані підтверджують публікації багатьох авторів про міхурово-дуоденальні свищі, що рідко трапляються, і одиничні випадки біліарного ілеусу [4, 10–12]. Ми згодні з публікаціями, які стверджують, що основне місце у виявленні цих ускладнень ЖКХ належить променевим методам діагностики [6]. Також підтримуємо думку авторів про необхідність обмежитися ентєролітотомією у тяжких літніх хворих на тлі біліарного ілеусу, відмовившись від роз'єднання свищів і холецистектомії [5].

Висновки

1. Міхурово-дуоденальні фістули виявляються у 0,08%, міхурово-товстокишкові — у 0,12% хворих із хронічним калькульозним холециститом.

2. Третина хворих з міхурово-дигестивними свищами лікувалися з приводу хронічного панкреатиту.

3. Жовчнокам'яна обтураційна тонкокишкова непрохідність на тлі міхурово-дуоденальних фістул трапляється в 0,37% при гострій механічній кишковій непрохідності, що потребує хірургічного лікування.

4. Основне місце в виявленні біліарного ілеусу і визначенні показань до хірургічного лікування належить променевим методам дослідження, включаючи контрастну ентографію.

Література:

1. Вахрушев Я. М. Желчнокамённая болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика. *Архивъ внутренней медицины*. 2016. Т. 6, № 3 (29). С. 30–36.
2. Галимова Х. И., Минахметова Р. С., Ахьямова Ч. Р. Желчнокамённая болезнь. Хронический калькулёзный холецистит. *Столица науки*. 2020. № 4 (21). С. 62–68.
3. Григорьева И. Н., Рагино Ю. И., Шахтштейнер Е. В., Рябиков А. Н., Верёвкин Е. Г., Воевода М. И. Желчнокамённая болезнь: результаты собственных 20-летних исследований (часть 1: эпидемиология, липиды крови и желчи, полиморфизм апополипротеина Е). *Дневник Казанской школы*. 2016. № 2 (12). С. 18–23.
4. Давыдкин В. И., Карпушкина П. И., Пигачёв А. В. Обтурационная тонкокишечная непроходимость как редкое осложнение желчнокамённой болезни. *Вестник хирургии им. И. И. Грекова*. 2019. Т. 178, № 6. С. 59–62.
5. Давидов М. И., Никонова О. Е. Опыт диагностики и лечения желчнокамённой кишечной непроходимости. *Медицинский альманах*. 2015. № 3 (38). С. 230–233.
6. Коровин А. Я., Трифанов Н. А., Базлов С. Б., Туркин Д. В. Билиарный илеус. *Современные проблемы науки и образования*. 2019. № 2. С. 155.
7. Мамчич В. И., Бондаренко Н. Д., Чайка М. А. Новое в проблеме желчнокамённой кишечной непроходимости. *Анналы хирургической гепатологии*. 2020. Т. 25, № 1. С. 62–68.
8. Подолужный В. И., Радионов И. А., Шабалина О. В. Острая абдоминальная хирургическая патология. Кемерово: ООО «Фирма ПОЛИГРАФ», 2019. 128 с.
9. Субботин В. М., Бусырев Ю. Б., Давидов М. И., Никонова О. Е. Билиарный илеус. *Вестник хирургической гастроэнтерологии*. 2015. № 3–4. С. 19–22.
10. Jaguś D., Karthik A., Tan Z. Y., Mlosek R. K., Białek E. Gallbladder-duodenal fistula detected by ultrasound — a case report. *Journal of Ultrasonography*. 2020. Vol. 20, No 82. P. 214–217.
11. Nguyen B. H., Le Quan A. T., Hai P. M., Quang Hung V., Thai T. T. Duodenal obstruction due to giant gallstone: a case report. *International Medical Case Reports Journal*. 2020. Vol. 13. P. 651–656.
12. 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. Vol. 6, No 4. P. 89–91.
13. Wu L. J., Yang D. Q., Chen J. Cholecystoduodenal fistula with gastric outlet obstruction. *Acta Gastro-Enterologica Belgica*. 2020. Vol. 83, No 12. P. 660–663.

УДК 616.34-007.253:616.366-003.7-06:616.37-002

doi: 10.33149/vkr.2021.03.03

UA Міхурово-дигестивні фістули при жовчнокам'яній хворобі з супутнім панкреатитом

В. І. Подолужний¹, В. О. Пельц², І. О. Радіонов¹, А. Б. Старцев², В. В. Павленко¹

¹Кемеровський державний медичний університет, Кемерово, Росія

²Кузбаська клінічна лікарня швидкої медичної допомоги ім. М. О. Подгорбунського, Кемерово, Росія

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, міхурово-кишкові свищі, хронічний панкреатит, гостра кишкова непрохідність, хірургічне лікування, променева діагностика

Мета — оцінка частоти формування пролежнів і міхурово-дигестивних фістул при холецистолітазі, супутньому хронічному панкреатиті, а також частоти розвитку і ефективності базових діагностичних досліджень жовчнокам'яної обтураційної тонкокишкової непрохідності у цих хворих.

Матеріали і методи. За останні 10 років нами було проаналізовано 5055 холецистектомій у хірургічному

відділенні № 2 Кузбаської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги ім. М. О. Подгорбунського. Анамнестично у цій групі з приводу хронічного панкреатиту лікувалися 509 осіб, у 116 був цукровий діабет. За період з 1997 по 2020 рр. проведено аналіз хірургічного лікування 1086 хворих з гострою механічною кишковою непрохідністю у хірургічному відділенні № 1, жовчнокам'яний ілеус був у 4 оперованих.

Результати. На 5055 холецистектомій зустріли 10 (0,19%) випадків білідигестивних фістул, зокрема 4 (0,08%) міхурово-дуоденальних і 6 (0,12%) міхурово-товстокишкових свищів. У 3 випадках хворі лікувалися з приводу хронічного панкреатиту, один пацієнт страждав на цукровий діабет. Холецистектомію успішно поєднували з ушиванням кишки. На 1086 хворих, ургентно оперованих з механічною кишковою непрохідністю, жовчнокам'яний ілеус виявлено у 4 осіб (0,37%). Переконливими показаннями до оперативного лікування були блювання і паретичне розширення початкових відділів тонкої кишки з затримкою просування бар'євої суспензії при її контрастуванні. Обмежувалися у літніх хворих ентоеротомією і літоекстракцією.

Висновок. У 0,08% випадків при тривалому холецистолітазі формуються міхурово-дуоденальні фістули, у 0,12% хірурги під час холецистектомії стикаються з міхурово-товстокишковими свищами. У 30% ці хворі

отримували лікування з приводу хронічного панкреатиту. Обтураційна жовчнокам'яна тонкокишкова непрохідність трапляється у 0,37% оперованих з механічною кишковою непрохідністю. Діагностичні труднощі при використанні променевого методу обстеження не виникають.

УДК 616.34-007.253:616.366-003.7-06:616.37-002

doi: 10.33149/vkr.2021.03.03

RU Пузырно-дигестивные фистулы при желчнокаменной болезни с сопутствующим панкреатитом

В. И. Подолужный¹, В. А. Пельц², И. А. Радионов¹, А. Б. Старцев², В. В. Павленко¹

¹Кемеровский государственный медицинский университет, Кемерово, Россия

²Кузбасская клиническая больница скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского, Кемерово, Россия

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, пузырно-кишечные свищи, хронический панкреатит, острая кишечная непроходимость, хирургическое лечение, лучевая диагностика

Цель — оценка частоты формирования пролежней и пузырно-дигестивных фистул при холецистолитиазе, сопутствующем хроническом панкреатите, а также частоты развития и эффективности базовых диагностических исследований желчнокаменной обтурационной тонкокишечной непроходимости у этих больных.

Материалы и методы. За последние 10 лет нами было проанализировано 5055 холецистэктомий в хирургическом отделении № 2 Кузбасской клинической больницы скорой медицинской помощи им. М. А. Подгорбунского. Анамнестически в этой группе по поводу хронического панкреатита лечились 509 человек, у 116 был сахарный диабет. За период с 1997 по 2020 гг. проведен анализ хирургического лечения 1086 больных с острой механической кишечной непроходимостью в хирургическом отделении № 1, желчнокаменный илеус был у 4 оперированных.

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. В 3 случаях больные лечились по поводу хронического панкреатита, один пациент страдал сахарным диабетом. Холецистэктомию успешно сочетали с ушиванием кишки. На 1086 больных, urgently оперированных с механической кишечной непроходимостью, желчнокаменный илеус выявлен у 4 человек (0,37%). 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, в 0,12% хирурги во время холецистэктомии сталкиваются с пузырно-толстокишечными свищами.

В 30% эти больные получали лечение по поводу хронического панкреатита. Обтурационная желчнокаменная тонкокишечная непроходимость встречается у 0,37% оперированных с механической кишечной непроходимостью. Диагностические трудности при использовании лучевых методов обследования не возникают.

EN Vesicular-digestive fistulas in cholelithiasis with concomitant pancreatitis

V. I. Podoluzhny¹, V. A. Pelts², I. A. Radionov¹, A. B. Star-tsev², V. V. Pavlenko¹

¹Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

²Kuzbass Clinical Emergency Hospital n. a. M. A. Podgorbunsky, Kemerovo, Russia

Key words: gallstone disease, gallbladder fistula, chronic pancreatitis, acute intestinal obstruction, surgical treatment, radiation diagnostics

Aim — evaluation of the incidence of pressure ulcers and vesicular-digestive fistulas in cholecystolithiasis, concomitant chronic pancreatitis, as well as the incidence and effectiveness of basic diagnostic studies of gallstone small bowel obstruction in these patients.

Materials and methods. Over the past 10 years, we have analyzed 5055 cholecystectomies in the surgical department No 2 of the Kuzbass Clinical Emergency Hospital n. a. M. A. Podgorbunsky. In terms of anamnesis, 509 people in this group were treated for chronic pancreatitis, 116 had diabetes mellitus. We have analyzed the surgical treatment of 1086 patients with acute mechanical intestinal obstruction in the surgical department No 1 from 1997 to 2020, gallstone ileus was in 4 operated.

Results. At 5055 cholecystectomies, 10 (0.19%) cases of biliodigestive fistulas were found, including 4 (0.08%) vesicular-duodenal and 6 (0.12%) vesicular-colonic fistulas. In 3 cases, patients underwent long-term treatment for chronic pancreatitis, one patient suffered from diabetes mellitus. Cholecystectomy was successfully combined with bowel suturing. Among 1086 patients, urgently operated on with mechanical intestinal obstruction, gallstone ileus was detected in 4 patients (0.37%). Convincing indications for surgical treatment were vomiting and parietic expansion of the initial sections of the small intestine with a delay in the advancement of barium suspension during its contrasting. Enterotomy and lithoextraction were performed in elderly patients.

Conclusion. Vesicular-duodenal fistulas are formed in 0.08% of cases upon long-term cholecystolithiasis, surgeons detect vesicular-colonic fistulas in 0.12% during cholecystectomy. 30% of these patients received treatment for chronic pancreatitis. Cholelithiasis small bowel obstruction occurs in 0.37% of those operated on with mechanical intestinal obstruction. Diagnostic difficulties do not arise upon using radiation methods of examination.