

СЛУЧАЙ ПУЗЫРНО-ДУОДЕНАЛЬНО-ТОЛСТОКИШЕЧНОГО СВИЩА У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ХРОНИЧЕСКИМ КАЛЬКУЛЕЗНЫМ ХОЛЕЦИСТИТОМ, ХОЛЕДОХОЛИТИАЗОМ

В. П. Страпко, В. Н. Колоцей

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь



Внутренние билиодигестивные фистулы относятся к достаточно редким и наиболее тяжелым осложнениям желчнокаменной болезни. Представлен случай пузырно-дуоденально-толстокишечного свища у пациентки, страдающей желчнокаменной болезнью, осложненной холедохолитиазом и механической желтухой. Во время оперативного вмешательства в подпеченочном пространстве определялся плотный инфильтрат, при разделении которого был диагностирован пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ. Пациент был оперирован, выполнена холецистэктомия, разобщение пузырно-дуоденального и дуоденально-толстокишечного свищей, холедохолитотомия, трансдуоденальная папиллосфинктеротомия, ушивание свищевых отверстий двенадцатиперстной и поперечно-ободочной кишок, дренирование холедоха по Вишневскому.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, холедохолитиаз, пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ

A CASE OF HOLECYSTODUODENOCOLIC FISTULA IN A PATIENT SUFFERING FROM CHOLELITHIASIS, CHRONIC CALCULUS CHOLECYSTITIS, CHOLEDOCHOLITHIASIS

V. P. Strapko, V. N. Kolotsei

Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

Internal biliodigestive fistulas are quite rare and the most severe complications of cholelithiasis. A case ofolecystoduodenocolic fistula in a patient suffering from cholelithiasis complicated by choledocholithiasis and obstructive jaundice is presented. During surgery, a dense infiltrate was detected in the subhepatic space, upon separation of which aolecystoduodenocolic fistula was diagnosed. The patient was operated on; cholecystectomy, separation of theolecystoduodenal and duodenocolic fistulas, choledocholithotomy, transduodenal papilophincterotomy, suturing of the fistula openings of the duodenum and transverse colon as well as choledochus drainage according to Vishnevsky being performed.

Keywords: cholelithiasis, choledocholithiasis,olecysto-duodenal-colonic fistula.

Автор, ответственный за переписку

Колоцей Владимир Николаевич, канд. мед. наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет, e-mail: vkolotsei@rambler.ru

Corresponding author:

Kolotsei Vladimir, PhD (Medicine), Associate Professor, e-mail: vkolotsei@rambler.ru, ORCID: 0000-0003-4064-1534

Для цитирования:

Страпко, В. П. Случай пузырно-дуоденально-толстокишечного свища у пациентки, страдающей желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, холедохолитиазом / В. П. Страпко, В. Н. Колоцей // Гепатология и гастроэнтерология. 2025. Т. 9, № 1. С. 58-62. [https://doi.org/10.25298/2616-5546-2025-9-1-](https://doi.org/10.25298/2616-5546-2025-9-1-58-62)

58-62

For citation: Strapko VP, Kolotsei VN. A case of vesical-duodenal-colonic fistula in a patient suffering with cholelithiasis, chronic calculus cholecystitis, choledocholithiasis. Hepatology and Gastroenterology. 2025;9(1):58-62. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2025-9-1-58-62>.

Введение

По данным литературы, в структуре осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) доля внутренних желчных свищей составляет 0,2–5,0 % [1]. Подавляющее большинство из них – билиодигестивные свищи. Согласно R. Amoug и H. Barker, которые отобрали в мировой литературе 672 наблюдения внутренних желчных свищей, в 88 % случаев составной частью свища являлся желчный пузырь [2]. Внутренние билиодигестивные свищи, как правило, образуются

между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой [1, 3, 4]. Патологические соустья могут возникать между желчным пузырем и желудком или поперечной ободочной кишкой [3, 5, 6]. По данным Э. И. Гальперина и соавт., холецистотрансверзальные и холецистогастральные свищи встречаются достаточно редко, не более 3,5 % каждый из вариантов. Случаи холецистоекюнальных свищей вообще считают казуистическими [1, 4]. Причиной образования такого свища является длительное многолетнее нахождение

крупного конкремента в желчном пузыре. Вследствие возникающего воспалительного процесса между стенкой желчного пузыря и стенкой одного из полых органов пищеварительной трубки образуются сращения. Постепенно образуется пролежень и возникает холецистодигестивный свищ, через который конкремент мигрирует в желудочно-кишечный тракт. В ряде случаев миграция конкремента может даже приводить к развитию обтурационной желчнокаменной кишечной непроходимости [4, 6]. Авторы полагают, что желчнокаменная обтурационная тонкокишечная непроходимость составляет 0,73 % от всех оперированных с острой кишечной непроходимостью и 1,12 % при ее обтурационной форме [7]. В большинстве случаев после пассажа конкремента через желудочно-кишечный тракт воспалительный процесс затухает, а образованный свищ клинически ничем себя не проявляет.

В нашем наблюдении был выявлен пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ. При анализе литературы не найдены упоминания о такой патологии, в связи с чем представляем клинический случай.

Описание клинического случая

Пациент П., 65 лет, пенсионерка, была доставлена в приемный покой УЗ «ГКБ СМП г. Гродно» бригадой скорой помощи 12.12.2023 в 15.10 с жалобами на желтушность кожных покровов и склер. Заболела 10.12.2023, когда отметила появление мочи темного цвета, желтушность кожных покровов. В анамнезе: ЖКБ, атеросклероз, сахарный диабет. Оперативных вмешательств ранее не было. При объективном обследовании: состояние средней тяжести, сознание ясное. Кожные покровы желтушные. Телосложение правильное. В легких везикулярное дыхание, ЧД – 16 уд/мин. Тоны сердца приглушены. Пульс – 100 уд/мин, ритм правильный. АД – 130/80 мм рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен глубокой пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Мочеиспускание свободное, безболезненное. При пальцевом исследовании прямой кишки патологических изменений не выявлено. Стул не нарушен.

Выполнено ультразвуковое исследование (УЗИ) брюшной полости и почек. Печень: визуализируется фрагментарно, КВР правой доли – 162 мм, эхогенность повышена. Эхоструктура печени однородная на видимых участках. Сосудистый рисунок обычный. Воротная вена – 8 мм. Холедох – 6,5 мм. Внутривенечные желчные протоки расширены. Желчный пузырь не визуализируется. Поджелудочная железа: контур ровный, четкий. Размеры не увеличены: головка – 25 мм, тело – 11 мм, хвост – 23 мм. Эхогенность повышена. Эхоструктура однородная. Вирсун-

гов проток не расширен. Брюшной отдел аорты – 15 мм, с пристеночными атеросклеротическими бляшками, визуализация затруднена из-за загазованности кишечника. Селезенка визуализируется фрагментарно. Эхогенность в норме. Эхоструктура однородная на видимых участках. Почки: равновеликие, паренхима – 16 мм, контуры волнистые четкие. Эхогенность паренхимы незначительно повышена. Эхоструктура паренхимы неоднородная за счет рубцово-склеротических изменений. ЧЛС уплотнена, не расширена. Конкременты: нет. Область надпочечников без видимой патологии. В брюшной полости свободная жидкость не визуализируется на момент осмотра.

От выполнения ФГДС пациент отказался.

В общем анализе крови: эритроциты – $4,7 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 142 г/л, гематокрит – 41,2 %, тромбоциты – $241 \times 10^9/л$, лейкоциты – $7,9 \times 10^9/л$, формула (эозинофилы – 3 %, палочкоядерные нейтрофилы – 4 %, сегментоядерные нейтрофилы – 46 %, лимфоциты – 40 %, моноциты – 7 %). В биохимическом анализе крови: мочевины – 8,8 ммоль/л, креатинин – 111,4 мкмоль/л, С-реактивный белок – 20 мг/л, билирубин общий – 135,9 мкмоль/л, билирубин прямой – 35 мкмоль/л, глюкоза – 10,6 ммоль/л, щелочная фосфатаза – 777 Ед/л, аспаратаминотрансфераза – 206 Ед/л, аланинаминотрансфераза – 450 Ед/л, амилаза – 26 Ед/л, натрий – 134,3 ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л, хлориды – 91,6 ммоль/л.

Осмотрена терапевтом, выставлен диагноз: атеросклеротическая болезнь сердца. Атеросклероз аорты. Атеросклероз КА. АГ I Риск 4. Инсулиннезависимый сахарный диабет, 2-й тип.

Пациент госпитализирован в хирургическое отделение с диагнозом: ЖКБ. Холелитиаз. Холедохолитиаз? Механическая желтуха.

В связи с особенностями данных УЗИ (отсутствие визуализации желчного пузыря, расширенные внутривенечные протоки при нормальном холедохе), 16.12.2023 выполнена рентгеновская компьютерная томография (КТ) брюшной полости и полости малого таза. Протокол исследования: базальные отделы легких без видимых узелковых и инфильтративных изменений. Плевральные полости свободные. Печень с четкими наружными контурами однородной структуры, обычной плотности. Внутривенечные протоки не расширены. Желчный пузырь обычных размеров, в просвете однородное жидкостное содержимое, стенка не утолщена. В головке поджелудочной железы в области холедоха дифференцируется кольцевидный гиперденсивный участок сечением 12 x 17 мм. Поджелудочная железа, селезенка, надпочечники, почки без видимых плотностных и метрических изменений. Мочевой пузырь наполнен, стенка ровная, в просвете однородное жидкостное содержимое. Матка обычных размеров и положе-

ния. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Свободной жидкости в брюшной полости и полости малого таза не визуализируется. Брюшной отдел аорты на уровне бифуркации диаметром 18 мм. Видимых костных деструктивных изменений на момент исследования не выявлено. Дегенеративно-дистрофические изменения костей скелета на уровне исследования. Заключение: КТ-картина на момент исследования характерна для холедохолитиаза.

Пациенту было назначено консервативное лечение: инфузионная терапия до 1500 мл, папаверин 2,0 в/м 2 раза в сутки, ранитидин 2,0 в/м 2 раза в сутки, омепразол 20 мг по 1 капсуле 1 раз в сутки, цефтриаксон 1,0 в/м 2 раза в сутки, метформин 500 мг 2 раза в сутки, аспикард 75 мг 1 раз в сутки, лизиноприл 5 мг 2 раза в сутки.

В связи с тем, что выполненные ранее УЗИ и РКТ не позволили доказать возможное наличие холедохолитиаза, 14.12.2023 года была выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) брюшной полости и забрюшинного пространства. Протокол исследования: размеры печени не увеличены, дополнительные тканевые и жидкостные образования в ее структуре не определяются. Расширены: внутripеченочные желчные протоки, долевыe (левый – до 10 мм сечением, правый – до 7 мм сечением), общий печеночный проток (до 17 мм), общий желчный проток (до 19 мм). В просвете холедоха определяется гипоинтенсивный компонент размерами приблизительно 15×45 мм (вероятно, конкременты). Содержимое левого долевого желчного протока на фоне его расширения до 10 мм неоднородно, с наличием мелких гипоинтенсивных включений (конкременты?). Желчный пузырь размером 37 x 16 мм. В просвете конкременты – 2–8 мм сечением. Толщина стенки – 2 мм (рис. 1, 2). Поджелудочная железа с неровными контурами, структура ее неоднородная, размеры железы без особенностей. Головка поджелудочной железы – 27 мм, тело – 12 мм, хвост – 14 мм. Вирсунгов проток не расширен. Парапанкреатическая клетчатка без особенностей. Желудок обычной формы и положения. Контурь почек ровные, четкие. Размеры почек в пределах нормы, паренхима сохранена по толщине. Медиальная ножка левого надпочечника утолщена до 8 мм (гипертрофия?/аденома?). Размеры селезенки в пределах нормы, структура ее однородная, без видимых дополнительных образований. Брюшной отдел аорты – до 22 мм. Нижняя полая вена без участков эктазии и зон патологического сигнала характерного для тромбоза. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Лимфоузлы у ворот печени увеличены сечением (около 13 мм). Заключение: МР-признаки холецистолитиаза, холедохолитиаза. Аденома? левого надпочечника.

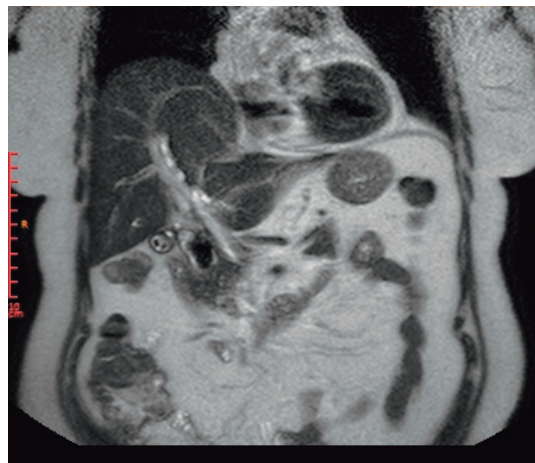


Рисунок 1 – Конкременты в просвете сморщенного желчного пузыря

Figure 1 – Stones in the lumen of a shrunken gallbladder

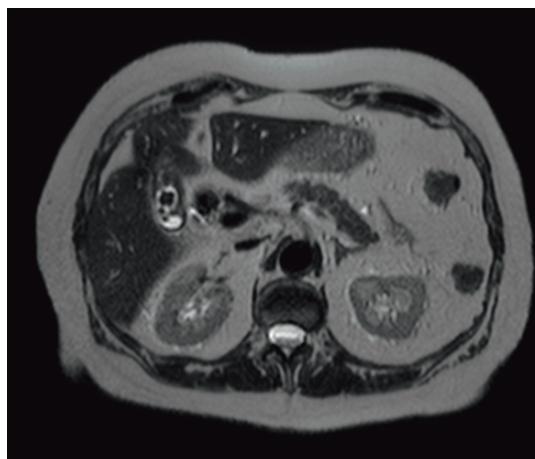


Рисунок 2 – Конкременты в желчном пузыре и общем желчном протоке

Figure 2 – Gallstones in the gallbladder and common bile duct

Таким образом, после необходимого дообследования с применением компьютерных методов визуализации был установлен клинический диагноз: ЖКБ. Холедохолитиаз. Механическая желтуха. Пациенту предложено оперативное вмешательство.

18.12.2023 оперативное вмешательство было выполнено. Ход операции: под эндотрахеальным наркозом после двукратной обработки операционного поля йодискином произведена верхне-срединная лапаротомия. В подпеченочном пространстве определяется плотный инфильтрат, в состав которого входят предполагаемый желчный пузырь, двенадцатиперстная кишка и печеночный угол поперечно-ободочной кишки. При разъединении данного инфильтрата вскрылся пузырно-дуоденальный свищ. Желчный пузырь сморщен, представлен в виде тяжа, размерами 4 x 0,5 см, произведено его удаление от шейки с перевязкой пузырной артерии и протока. Диаметр холедоха около 15 мм. Произведена супрадуоденальная холедохотомия.

Выделилась замазкообразная желчь с гноем. Взят посев. Из холедоха извлечено множество разновеликих камней. При дальнейшей мобилизации двенадцатиперстной кишки установлено, что имеется свищ между двенадцатиперстной кишкой и печеночным углом толстой кишки, разъединен. Края свищей иссечены. Двухрядный шов дефекта поперечно-ободочной кишки. При ревизии зонд диаметром 3 мм не проходит из холедоха в двенадцатиперстную кишку. Учитывая явления холангита и рубцово-воспалительные изменения двенадцатиперстной кишки, от наложения ХДА решено воздержаться. Большой дуоденальный сосочек выведен через имеющееся свищевое отверстие в двенадцатиперстной кишке, произведена папиллосфинктеротомия, после чего зонд диаметром 8 мм свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. Свищевое отверстие в двенадцатиперстной кишке ушито двухрядным швом. Дренаж подпеченочного пространства. Холедох дренирован по Вишневскому. Послойный шов раны. Йод. Асептическая повязка. Кровопотеря составила 100 мл.

Патоморфологическое исследование препаратов: желчный пузырь – хронический холецистит; толстая кишка – стенка толстой кишки с полнокровием сосудов, фиброзом и хроническим воспалением; тонкая кишка – стенка тонкой кишки с неспецифической грануляционной тканью, выраженным фиброзом, в котором определяется выраженное воспаление.

Послеоперационный период протекал благополучно, без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты на 10 сутки после операции, пациент выписан домой 30.12.2023 с заключительным диагнозом: ЖКБ. Хронический калькулезный холецистит. Холедолитиаз. Стеноз БДС. Холангит. Пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ. Механическая желтуха.

Рекомендована явка в хирургическое отделение для удаления дренажа Вишневского 29.01.2024.

29.01.2024 пациент П. госпитализирован в хирургическое отделение УЗ «ГКБ СМП г. Гродно»

для удаления дренажа холедоха. В условиях перевязочного кабинета дренажная трубка удалена. Отделяемого нет. Йод. Асептическая повязка. Выписана домой.

Обсуждение

Пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ был выявлен только во время оперативного вмешательства. В связи с наличием этого свища дооперационная диагностика была весьма непростой. Так как желчный пузырь дренировался через пузырно-дуоденальный свищ в двенадцатиперстную кишку, он был представлен в виде тяжа, и его визуализация при помощи лучевых методов исследования была затруднена. Только выполнение МРТ позволило объективно выявить сморщенный небольших размеров желчный пузырь с конкрементами, расширенный холедох и подтвердить наличие холедохолитиаза. Природа возникновения пузырно-дуоденально-толстокишечного свища, по всей видимости, связана с перенесенным ранее деструктивным холециститом, который разрешился самоизлечением через формирование данного свища. Если бы у пациента не возник холедохолитиаз, осложнившийся механической желтухой и холангитом, что потребовало выполнения оперативного вмешательства, то пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ и дальше протекал бы бессимптомно. Во время оперативного вмешательства возникли показания для разобщения выявленных свищей.

Выводы

Таким образом, пузырно-дуоденально-толстокишечный свищ является редчайшей патологией, одним из осложнений желчнокаменной болезни, выявить которую при дооперационном обследовании не представилось возможным. Основной профилактикой предотвращения такой патологии будет своевременное выявление пациентов, страдающих желчнокаменной болезнью, с проведением плановой хирургической санации.

References

- Galperina Jel, Vetsheva PS, editors. Rukovodstvo po hirurgii zhelchnykh putej. 2th ed. Moskva: Vidar-M; 2009. 559 p. edn: QLTIDH. (Russian).
- Bondarenko AV, Pavlov KI. Unikalnoe oslozhenie zhelchnokamennoj bolezni [Unique complication of cholelithiasis]. *Hirurgija Ukrainy* [Surgery of Ukraine]. 2014;2(50):125-128. edn: SEKLXN. (Russian).
- Tskhaj VF, Brazhnikova NA, Merzlikin NV, Slesarenko MV. Vnutrennie zhelchnye svishhi kak oslozhenie zhelchnokamennoj bolezni [Internal biliary fistulas as a complication of cholelithiasis]. *Vestnik hirurgii im. I.I. Grekova* [Grekovs Bulletin of Surgery]. 2012;171(6):43-48. edn: PFPOIR. (Russian).
- Kuznetsov AG, Kolotsei VN, Strapko VP. Zhelchnokamennaja kishhechnaja neprohodimost: zakonomernosti i osobennosti kliniki i lechenija [Gallstone ileus: laws and peculiarities of clinical presentation and treatment]. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta* [Journal of the Grodno State Medical University]. 2017;15(5):589-596. doi: 10.25298/2221-8785-2017-15-5-589-596. edn: YKYYPT. (Russian).
- Galimov OV, Khanov VO, Nagaev FR, Sayfullin RR, Minigalin DM, Vagizova GI. Klinicheskie sluchai zhelchnokamennoj tonkokishechnoj neprohodimosti [Clinical Cases of Gallstone Ileus]. *Kreativnaja hirurgija i onkologija* [Creative surgery and oncology]. 2021;11(1):51-57. doi: 10.24060/2076-3093-2021-11-1-51-57. edn: QPKCCR. (Russian).
- Podoluzhny VI, Pelts VA, Radionov IA, Pavlenko VV, Startsev AB. Puzyrno-duodenalnye fistuly i obturatsionnaja tonkokishechnaja neprohodimost' pri zhelchnokamennoj bolezni [Vesico-duodenal fistulas and obstructive

- small bowel obstruction in cholelithiasis]. *Medicina v Kuzbasse* [Medicine in Kuzbass]. 2021;20(2):44-46. doi: 10.24411/2687-0053-2021-10020. edn: RNUCSO. (Russian).
7. Mamchich VI, Bondarenko ND, Chaika MA. Novoe v probleme zhelchnokamennoj kishhechnoj neprohodimosti [New in

the problem gallstone bowel obstruction]. *Annaly hirurgicheskoy gepatologii* [Annals of HPB Surgery]. 2020;25(1):62-68. doi: 10.16931/1995-5464.2020162-68. edn: OKRNFL. (Russian).

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проведено без спонсорской поддержки.

Соответствие принципам этики. Пациент подписал информированное согласие на публикацию своих данных.

Сведения об авторах:

Страпко Виктор Павлович, канд. мед. наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет, e-mail: strapkosvetlana@mail.ru

Колоцей Владимир Николаевич, канд. мед. наук, доцент, Гродненский государственный медицинский университет, e-mail: vkolotsei@rambler.ru, ORCID: 0000-0003-4064-1534

Conflict of interest. The authors declare no conflict of interest.

Financing. The study was performed without external funding.

Conformity with the principles of ethics. The patient gave written informed consent to the publication of his data.

Information about authors:

Strapko Viktor, PhD (Medicine), Associate Professor, e-mail: strapkosvetlana@mail.ru

Kolotsei Vladimir, PhD (Medicine), Associate Professor, e-mail: vkolotsei@rambler.ru, ORCID: 0000-0003-4064-1534

Поступила: 21.03.2025

Принята к печати: 30.04.2025

Received: 21.03.2025

Accepted: 30.04.2025



Ардатская, М. Д. Пробиотики, пребиотики и метабиотики в клинической практике : руководство для врачей / М. Д. Ардатская. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. – 264 с.

В руководстве освещены современные воззрения на микробиоценоз кишечника и других биотопов макроорганизма. Показана роль микробиоты в поддержании здоровья и развитии заболеваний кишечника и других систем макроорганизма. Представлены современные методы оценки ее состояния, а также возможностей и издержек диагностических пособий. Рассмотрена эволюция средств для коррекции нарушений микробиоценоза.

Основное место в руководстве уделено средствам коррекции микробиологических нарушений: пробиотикам, пребиотикам, метабиотикам. Даны определения, изложены требования, предъявляемые к этим группам препаратов, приведены их современные классификации, механизмы действия и актуальные рекомендации по использованию. Отдельная глава посвящена клинической эффективности препаратов, модулирующих кишечный микробиоценоз, с позиций доказательной медицины при различных заболеваниях.

Издание предназначено для врачей любых специальностей, интересующихся вопросами микробиоценоза кишечника, в частности терапевтов, гастроэнтерологов, колопроктологов, эндокринологов, врачей общей практики и студентов медицинских вузов, ординаторов, аспирантов.