

© CC 0 В. К. Корытцев, С. С. Скупченко, А. М. Краснослободцев, 2021
 УДК 616.366-003.7-06 : 616.342-007.271-036.11
 DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-5-96-98

ОСТРАЯ ДУОДЕНАЛЬНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ – РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ

В. К. Корытцев¹, С. С. Скупченко², А. М. Краснослободцев^{1, 2*}

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Самара, Россия

² Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Самарской области «Самарская городская клиническая больница № 1 имени Н. И. Пирогова», г. Самара, Россия

Поступила в редакцию 27.05.2021 г.; принята к печати 01.12.2021 г.

Описывается редкое осложнение желчнокаменной болезни – пузырnodуоденальная фистула. Данное осложнение сопровождается выходом крупного конкремента в просвет двенадцатиперстной кишки. В последующем миграция конкремента приводит к развитию тонкокишечной обтурационной непроходимости. В приводимом клиническом наблюдении представлена ранняя диагностика и успешное лечение возрастного пациента с тяжелой сопутствующей патологией до развития клиники тонкокишечной непроходимости.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, пузырnodуоденальная фистула, инородное тело

Для цитирования: Корытцев В. К., Скупченко С. С., Краснослободцев А. М. Острая дуоденальная непроходимость – редкое осложнение желчнокаменной болезни. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2021;180(5):96–98. DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-5-96-98.

* **Автор для связи:** Андрей Михайлович Краснослободцев, Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова, 443096, Россия, г. Самара, ул. Полевая, д. 80. E-mail: andreyred163@mail.ru.

ACUTE DUODENAL OBSTRUCTION IS A RARE COMPLICATION OF GALLSTONE DISEASE

Vladimir K. Koryttsev¹, Sergey S. Skupchenko², Andrey M. Krasnoslobodtsev^{1, 2*}

¹ Samara State Medical University, Samara, Russia

² Samara City Clinical Hospital № 1 named after N. I. Pirogov, Samara, Russia

Received 27.05.2021; accepted 01.12.2021

The article describes a rare complication of gallstone disease – vesicoduodenal fistula. This complication is accompanied by the release of a large concrement into the lumen of the duodenum. Subsequently, the migration of the concrement leads to the development of small bowel obstruction. The present clinical observation presents the early diagnosis and successful treatment of an elderly patient with severe concomitant pathology before the development of the clinic of small bowel obstruction.

Keywords: gallstone disease, vesicoduodenal fistula, foreign body

For citation: Koryttsev V. K., Skupchenko S. S., Krasnoslobodtsev A. M. Acute duodenal obstruction is a rare complication of gallstone disease. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2021;180(5):96–98. (In Russ.). DOI: 10.24884/0042-4625-2021-180-5-96-98.

* **Corresponding author:** Andrey M. Krasnoslobodtsev, Samara City Clinical Hospital № 1 named after N. I. Pirogov, 80, Polevaia str., Samara, 443096, Russia. E-mail: andreyred163@mail.ru.

Введение. В настоящее время желчнокаменная болезнь (ЖКБ) встречается у 10 % населения, и отмечается тенденция к увеличению числа таких пациентов [1]. При этом заболевании камни чаще располагаются в просвете желчного пузыря.

Одним из осложнений желчнокаменной болезни является выход конкрементов из просвета желчного пузыря. Чаще происходит выход камней во внепеченочные желчные протоки с развитием синдрома механической желтухи. Более редким



Рис. 1. Конкремент в просвете двенадцатиперстной кишки
Fig. 1. Concrement in the lumen of the duodenum

является выход крупного конкремента из желчного пузыря в просвет двенадцатиперстной кишки за счет формирования пузырнододенальной фистулы [2]. В последующем у таких пациентов развивается обтурационная тонкокишечная непроходимость [3]. Приводим клиническое наблюдение, в котором представлена тактика диагностики и лечения данного осложнения желчнокаменной болезни.

Клиническое наблюдение. Пациентка Ч., 78 лет, поступала в срочном порядке 06.08.2020 г. в Самарскую городскую клиническую больницу № 1 им. Н. И. Пирогова с жалобами на дискомфорт в эпигастриальной области, слабость, ощущение учащенных сердцебиений и перебоев в работе сердца, рвоту застойным содержимым. Больной себя считала с 04.08.2020 г., когда впервые появились указанные жалобы. Обратилась в поликлинику по месту жительства 06.08.2020 г., была направлена на лечение в стационар. Общее состояние средней тяжести. В легких везикулярное дыхание. Частота дыхательных движений – 17 в 1 минуту. Сердечные тоны глухие, ритм неправильный. Частота сердечных сокращений (ЧСС) – 128 в минуту. Пульс – 122 в минуту. Артериальное давление (АД) = 120/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Лабораторные показатели от 06.08.2020 г.: гемоглобин – 85 г/л, эритроциты – $2,73 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $16,8 \cdot 10^9$ /л, тромбоциты – $1272 \cdot 10^9$ /л, билирубин – 6,3 мкмоль/л, мочевины – 23,6 ммоль/л, креатинин – 167,2 мкмоль/л, белок – 76,1 г/л, глюкоза – 8,8 ммоль/л. На электрокардиограмме – фибрилляция предсердий, органической патологии нет. Был выставлен диагноз: «Ишемическая болезнь сердца». Фибрилляция предсердий, пароксизмальная форма с тахисистолией желудочков. Пароксизм от 04.08.2020 г., не купирован. Хроническое миелопролиферативное заболевание. Хроническая гипохромная анемия тяжелой степени. Больная была госпитализирована в кардиологическое отделение.

После купирования фибрилляции предсердий для исключения у больной желудочно-кишечного кровотечения 09.08.2020 г. в связи с анемией была выполнена фиброгастроскопия, при которой определено инородное тело, заполняющее весь просвет луковицы двенадцатиперстной кишки, дефект слизистой по верхней стенке луковицы двенадцатиперстной кишки (рис. 1).

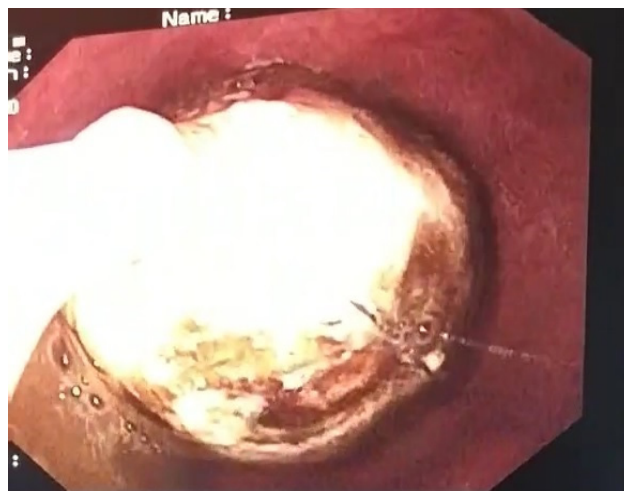


Рис. 2. Конкремент петлей Дормиа извлечен в просвет желудка
Fig. 2. Concrement is extracted with a Dormia loop into the lumen of the stomach

Попытки удаления инородного тела оказались безуспешными. Больной выставлен диагноз: «ЖКБ. Пузырнододенальный свищ. Инородное тело двенадцатиперстной кишки». Для дальнейшего лечения больная переведена в хирургическое отделение. Общее состояние было с положительной динамикой. Жалоб на боли в животе, тошноту и рвоту пациентка не предъявляла. Сердечные тоны приглушены, ритм правильный. ЧСС – 84 в минуту, дефицита пульса нет. АКД = 130/80 мм рт. ст. Язык влажный. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации. Перистальтические шумы выслушиваются. Газы отходят. Диурез достаточный.

11.08.2020 г. больной под общим обезболиванием повторно выполнена попытка эндоскопического удаления конкремента. Конкремент захвачен петлей Дормиа, извлечен в просвет желудка (рис. 2). Осуществлена попытка извлечения конкремента через просвет пищевода, но конкремент из-за своих размеров не проходил через глоточное сужение пищевода. Из-за риска травмы пищевода попытки прекращены, и конкремент низведен обратно в просвет желудка. Попытки раздробления конкремента на части в просвете желудка также оказались безуспешными.

Консилиумом врачей было принято решение о выполнении открытой операции. Доступ – верхнесрединная лапаротомия. В правом подреберье – инфильтрат, состоящий из печени, желчного пузыря и двенадцатиперстной кишки. Объем операции решено ограничить удалением инородного тела из желудка. Гастротомия, конкремент извлечен, ушивание гастротомического отверстия. Швы на рану послойно. Послеоперационный период протекал без особенностей. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана под наблюдение хирурга и терапевта по месту жительства.

Заключение. Таким образом, при ранней диагностике данного осложнения желчнокаменной болезни даже после безуспешной попытки эндоскопического удаления конкремента стало возможным у возрастной пациентки с тяжелой сопутствующей патологией в плановом порядке извлечение инородного тела из просвета желудочно-кишечного тракта. При несвоевременной диагностике осложнения миграции конкремента привела бы к развитию тонкокишечной непроходимости, что усложнило бы клиническую ситуацию и увеличило хирургические риски.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахрушев Я. М., Хохлачева Н. А. Желчнокаменная болезнь : эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Архив внутренней медицины. 2016. № 3(29). С. 30–35. Doi: 10.20514/2226-6704-2016-6-3-30-35.
2. Подолужный В. И. Осложнения желчнокаменной болезни // Фундамент. и клин. мед. 2017. Т. 2, № 1. С. 102–114.
3. Желчнокаменная кишечная непроходимость (с комментариями) / З. М. Деметрашвили, Г. А. Асатиани, Г. Ш. Немсадзе, Г. З. Кенчадзе // Хирургия : Журн. им. Н. И. Пирогова. 2012. № 3. С. 65–68.

REFERENCES

1. Vakhrushev Ya. M., Khokhlacheva N. A. Cholelithiasis: epidemiology, risk factors, clinical features, prevention // Archives of Internal Medicine. 2016;(3(29)):30–35. (In Russ.). Doi: 10.20514/2226-6704-2016-6-3-30-35.
2. Podoluzhny V. I. Complications of gallstone disease // Fundamental and clinical medicine. 2017;2(1):102–114. (In Russ.).
3. Demetrasvili Z. M., Asatiani G. A., Nemsadze G. Sh., Kenchadze G. Z. Gallstone intestinal obstruction (with comments) // Surgery named after N. I. Pirogova. 2012;(3):65–68. (In Russ.).

Информация об авторах:

Корытцев Владимир Константинович, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры факультетской хирургии, Самарский государственный медицинский университет (г. Самара, Россия), ORCID: 0000-0002-4324-3892; **Скупченко Сергей Сергеевич**, зав. эндоскопическим отделением, Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова (г. Самара, Россия), ORCID: 0000-0001-6668-7544; **Краснослободцев Андрей Михайлович**, врач-хирург хирургического отделения № 6, Самарская городская клиническая больница № 1 им. Н. И. Пирогова (г. Самара, Россия), внешний соискатель кафедры факультетской хирургии, Самарский государственный медицинский университет (г. Самара, Россия), ORCID: 0000-0002-6350-5423.

Information about authors:

Koryttsev Vladimir K., Dr. of Sci. (Med.), Associate Professor, Professor of the Department of Faculty Surgery, Samara State Medical University (Samara, Russia), ORCID: 0000-0002-4324-3892; **Skupchenko Sergey S.**, Head of the Endoscopy Department, Samara City Clinical Hospital № 1 named after N. I. Pirogov (Samara, Russia), ORCID: 0000-0001-6668-7544; **Krasnoslobodtsev Andrey M.**, Surgeon of Surgical Department № 6, Samara City Clinical Hospital № 1 named after N. I. Pirogov (Samara, Russia), External Postgraduate Student of the Department of Faculty Surgery, Samara State Medical University (Samara, Russia), ORCID: 0000-0002-6350-5423.