



ХОЛЕЦИСТОДУОДЕНАЛЬНЫЙ СВИЩ, СОПРОВОЖДАЮЩИЙСЯ КРОВОТЕЧЕНИЕМ ИЗ ВЕРХНИХ ОТДЕЛОВ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

В.М. Мануйлов¹, А.Н. Щербюк^{1, 2}, Д.А. Царёв¹, Ю.И. Захаров³, Я.Э. Немсцверидзе^{2, 3}, А.В. Мохов¹,
Д.А. Мохов¹, Е.Ю. Набиева⁴, С.С. Карпина⁴, У.О. Гафаров^{1, 5}, А.В. Перетечиков¹, А.П. Юнкин¹

¹Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н., ул. Авиационная, д. 35, г. Пушкино, 141206, Россия

²Московский медицинский университет «Реавиз», Краснобогатырская ул., д. 2, стр. 2, Москва, 107564, Россия

³Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского, ул. Щепкина, д. 61/2, г. Москва, 129110, Россия

⁴Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский университет),

ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2, Москва, 119048, Россия

⁵Московский городской научно-практический центр борьбы с туберкулёзом, ул. Стромынка, д. 10, г. Москва, Россия, 107014

Резюме. *Введение.* Холецистоудоденальный свищ является редким осложнением желчнокаменной болезни и исключительно редко проявляется массивным кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта. В мировой литературе описано всего 15 подобных клинических случаев. *Цель исследования:* представить клинический случай билиодигестивного свища, осложнённого кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, и проанализировать особенности диагностики и лечения данной патологии. *Материалы и методы.* Описан клинический случай пациента 62 лет с желчнокаменной болезнью, осложнённой холецистоудоденальным свищом и массивным желудочно-кишечным кровотечением. Проведён анализ литературных данных с систематизацией 15 аналогичных случаев. *Результаты.* У пациента с известным анамнезом желчнокаменной болезни и билиодигестивного свища развилось массивное кровотечение из верхних отделов желудочно-кишечного тракта с развитием геморрагического шока. Эндоскопические исследования выявили фиксированный геморрагический сгусток и язву луковицы двенадцатиперстной кишки. Несмотря на проводимую консервативную терапию и эндоскопический гемостаз на 8-е сутки произошёл рецидив кровотечения, потребовавший экстренного хирургического вмешательства. Интраоперационно выявлены холецистоудоденальный и холецистотрансверзальный свищи с продолжающимся кровотечением. Выполнены резекция 2/3 желудка на выключенной по Ру петле, холецистэктомия и правосторонняя гемиколэктомия. *Заключение.* Холецистоудоденальный свищ, осложнённый кровотечением, требует хирургического лечения, поскольку значительное кровотечение из крупных артерий редко устраняется консервативным лечением или эндоскопическим гемостазом. Представленный случай является 16-м в мировой хирургической практике, что подчёркивает необходимость дальнейшего изучения данной патологии и разработки эффективных методов лечения.

Ключевые слова: Холецистоудоденальный свищ [D005764, D004386]; Желчный пузырь [D005705]; Двенадцатиперстная кишка [D004386]; Кровотечение из верхних отделов ЖКТ [D006471, D005764]; Осложнения билиарной патологии [D001650, D006505]; Желчнокаменная болезнь [D003628]; Неопластический процесс [D009369]; Клинический случай [D002363]; Экстренная хирургия [D013514, D013851]; Гастродуоденоскопия [D013903, D004386].

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов. Немсцверидзе Я.Э. является научным редактором журнала, в принятии решения о публикации работы участия не принимал.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Соответствие нормам этики. Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо.

Для цитирования: Мануйлов В.М., Щербюк А.Н., Царёв Д.А., Захаров Ю.И., Немсцверидзе Я.Э., Мохов А.В., Мохов Д.А., Набиева Е.Ю., Карпина С.С., Гафаров У.О., Перетечиков А.В., Юнкин А.П. Холецистоудоденальный свищ, сопровождающийся кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта (клинический случай). *Вестник медицинского института «РЕАВИЗ»: Реабилитация, Врач и Здоровье.* 2025;15(1):123-129. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.1.CASE.4>



CHOLECYSTODUODENAL FISTULA ACCOMPANIED BY BLEEDING FROM THE UPPER GASTROINTESTINAL TRACT (CLINICAL CASE)

Vladimir M. Manuylov¹, Aleksandr N. Shcherbyuk^{1,2}, Daniil A. Tsarev¹, Yuriy I. Zakharov³, Yakov E. Nemstsveridze^{2,3}, Andrey V. Mokhov¹, Dmitriy A. Mokhov¹, Elena Yu. Nabieva⁴, Sofiya S. Karpina⁴, Umedzhon O. Gafarov^{1,5}, Aleksandr V. Peretechikov¹, Anton P. Yunkin¹

¹Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov, 35, Aviatzionnaya str., Pushkino, 141206, Russia

²Moscow Medical University "Reaviz", 2, Krasnobogatyrskaya str., building 2, Moscow, 107564, Russia

³Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirov, 61/2, Shchepkina str., Moscow, 129110, Russia

⁴N.V. Sklifosovsky Research Institute of Emergency Medicine, 3 Bolshaya Sukharevskaya Square, Moscow, 129090, Russia

⁵Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), 8 Trubetskaya str., Bldg. 2, Moscow, 119048, Russia

⁶Moscow City Scientific and Practical Center for the Fight against Tuberculosis, 10, Stromynka str., Moscow, Russia, 107014

Abstract. *Introduction.* Cholecystoduodenal fistula is a rare complication of cholelithiasis and extremely rarely manifests as massive bleeding from the upper gastrointestinal tract. Only 15 similar clinical cases have been described in the world literature. *Objective:* To present a clinical case of a biliodigestive fistula complicated by upper gastrointestinal bleeding, and to analyze the features of diagnosis and treatment of this pathology. *Materials and methods.* A clinical case of a 62-year-old patient with cholelithiasis complicated by cholecystoduodenal fistula and massive gastrointestinal bleeding is described. An analysis of literature data with systematization of 15 similar cases was conducted. *Results.* A patient with a known history of cholelithiasis and biliodigestive fistula developed massive bleeding from the upper gastrointestinal tract with hemorrhagic shock. Endoscopic examinations revealed a fixed hemorrhagic clot and a duodenal bulb ulcer. Despite conservative therapy and endoscopic hemostasis, on the 8th day, rebleeding occurred requiring emergency surgical intervention. Intraoperatively, cholecystoduodenal and cholecystotransverse fistulas with ongoing bleeding were identified. A 2/3 gastric resection with Roux-en-Y reconstruction, cholecystectomy, and right hemicolectomy were performed. *Conclusion.* Cholecystoduodenal fistula complicated by bleeding requires surgical treatment, as significant bleeding from large arteries is rarely eliminated by conservative treatment or endoscopic hemostasis. The presented case is the 16th in world surgical practice, which emphasizes the need for further study of this pathology and the development of effective treatment methods.

Keywords: Cholecystoduodenal fistula [D005764, D004386]; Gallbladder [D005705]; Duodenum [D004386]; Upper gastrointestinal bleeding [D006471, D005764]; Biliary tract disease complications [D001650, D006505]; Cholelithiasis [D003628]; Neoplastic process [D009369]; Case report [D002363]; Emergency surgery [D013514, D013851]; Gastroduodenoscopy [D013903, D004386].

Competing interests. The authors declare that they have no conflict of interest. Nemstsveridze Ya.E. is the scientific editor of the journal; he did not participate in the decision to publish the work.

Funding. This research received no external funding.

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.

Cite as: Manuylov V.M., Shcherbyuk A.N., Tsarev D.A., Zakharov Yu.I., Nemstsveridze Ya.E., Yaremin B.I., Mokhov A.V., Mokhov D.A., Nabieva E.Yu., Karpina S.S., Gafarov U.O., Peretechikov A.V., Yunkin A.P. Cholecystoduodenal fistula accompanied by bleeding from the upper gastrointestinal tract (clinical case). *Bulletin of the Medical Institute "REAVIZ": Rehabilitation, Doctor and Health.* 2025;15(1):123-129. <https://doi.org/10.20340/vmi-rvz.2025.1.CASE.4>

Введение

Холецистодуоденальный свищ (билиодигестивный свищ) представляет собой аномальное сообщение между желчным пузырём и желудочно-кишечным трактом (ЖКТ) и является редким осложнением желчнокаменной болезни (ЖКБ). Этот тип внутреннего желчного заболевания возникает как осложнение ЖКБ более чем в 90% случаев [1]. Холецистодуоденальный свищ может протекать под маской многих заболеваний, имея стертые симптомы, а определение диагноза до операции происходит в редких случаях [2]. Особенно редко данная патология проявляется в виде клинической картины кровотечения из верхних отделов ЖКТ.

Большинство внутренних желчных свищей развиваются спонтанно, в то время как внешние свищи формируются преимущественно как ятрогенные события после хирургического вмешательства или чрескожных интервенционных процедур. Приблизительно 91-94% спонтанных внутренних желчных свищей вызваны конкрементами в желчных путях [1], вторая по распространенности причина – язвенная

болезнь. Опухоли, билиарные абсцессы и эхинококковые кисты также зарегистрированы как причины внутренних желчных свищей [3].

В настоящее время преобладают две тактики в лечении пациентов со свищами билиарного тракта: рентгенэндоскопические (назобилиарное дренирование, стентирование, литэкстракция) и хирургические [4]. Холецистодуоденальный свищ является редким осложнением ЖКБ, при аутопсии его частота составляет 0,1-0,5%, частота среди случаев холецистэктомии – 1,2-5% [5]. Данная патология встречается чаще всего у женщин в возрасте около 60 лет [5, 6].

Наиболее распространённым типом холецистодуоденального свища является холецистодуоденальный тип, за которым следуют холецистотолстокишечный и холецистогастральный свищи [1]. Патогенез холецистодуоденального свища не полностью изучен, но известно, что это состояние возникает как позднее осложнение ЖКБ и также известно как синдром Мириizzi типа V [7]. Патофизиология такого явления объясняется механическим воздействием

желчного камня, вызывающим эрозию стенки желчного пузыря и общего желчного протока, что в конечном итоге приводит к образованию холецистобилиарного свища [8, 9]. Повторные обострения ЖКБ также могут создавать свищевой ход с другими отделами ЖКТ, такими как двенадцатиперстная кишка (ДПК), желудок и толстая кишка [10, 11].

В целом, специфические симптомы или признаки, указывающие на внутренний желчный свищ, отсутствуют. Клинические проявления часто неотличимы от симптомов других заболеваний и могут включать боли в животе, холангит с лихорадкой и/или желтухой, желчнокаменную непроходимость, тошноту, рвоту, диарею, а также острый или хронический/рецидивирующий панкреатит [1].

Холецистодуоденальный свищ крайне редко вызывает желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК). Инвазия пузырной артерии в область язвы двенадцатиперстной кишки или эрозия той же артерии желчным камнем могут вызвать массивное кровотечение [5]. Сообщения о холецистодуоденальном свище как причине массивного кровотечения из верхних отделов ЖКТ в медицинской литературе единичны. тща-

тельный анализ литературы выявил только 15 сообщений о подобных случаях, опубликованных на английском языке (табл. 1) [3-6, 12-19]. Среди зарегистрированных случаев мужчины были в несколько раз чаще пострадавшими, чем женщины, и две трети пациентов были старше 60 лет. Желчнокаменная болезнь являлась наиболее распространённой причиной, язвенная болезнь была этиологическим фактором только в двух случаях.

Результаты эндоскопических исследований в указанных случаях были переменными и констатировали наличие язвы, свищевого отверстия или кровотечения неизвестного происхождения. В двух случаях предполагалось субэпителиальное поражение [6, 15]. В четырёх случаях предпринималась попытка эндоскопического гемостаза, однако во всех случаях в последующем потребовалось хирургическое вмешательство [3, 5, 12, 18]. У всех 13 пациентов, перенёвших операцию, результаты были благоприятными. Консервативное лечение проводилось двум пациентам, один из которых скончался. При вскрытии было установлено, что источником кровотечения являлась пузырная артерия через холецистодуоденальный свищ [19, 20].

Таблица 1. Описанные клинические случаи кровотечения из верхних отделов желудочно-кишечного тракта вследствие билиодигестивного свища
Table 1. Reported clinical cases of upper gastrointestinal bleeding due to biliodigestive fistula

Источники/Авторы	Пол/возраст	Этиология	Эндоскопическое исследование	Тактика лечения	Клиническое течение
1. Корри и др. [13]	Ж/81	ЖКБ	Не выполнено	Операция	Благоприятный исход
2. Автор не указан	Ж/81	ЖКБ	Не выполнено	Операция	Благоприятный исход
3. Шенкен и др. [19]	М/97	ЖКБ	Не выполнено	Консервативное лечение	Летальный исход
4. Хельмквист и др. [15]	М/54	ЖКБ	Язвенный дефект	Операция	Благоприятный исход
5. Автор не указан	Ж/86	ЖКБ	Язвенный дефект	Операция	Благоприятный исход
6. Автор не указан	Ж/53	ЖКБ	Субэпителиальное повреждение	Операция	Благоприятный исход
7. Кочхар и др. [16]	М/24	ЯБ	Не информативное исследование (ДПК)	Операция	Благоприятный исход
8. Ли и др. [5]	М/60	ЖКБ	Язвенный дефект	Эндоскопический гемостаз, операция	Благоприятный исход
9. Чанку и т.д. [12]	М/50	ЖКБ	Язвенный дефект	Эндоскопический гемостаз, ангиография и эмболизация, операция	Благоприятный исход
10. Косуки и т.д. [17]	Ж/66	ЖКБ	Не информативное исследование (лизированный сгусток)	Операция	Благоприятный исход
11. Мохаммед и др. [18]	Ж/44	ЖКБ	Свищевое отверстие	Эндоскопический гемостаз, операция	Исход не указан
12. Фефеман и др. [14]	М/86	ЖКБ	Язва и свищевое отверстие	Операция	Благоприятный исход
13. Кохли и др. [6]	М/82	ЖКБ	Субэпителиальное повреждение	Консервативный	Благоприятный исход
14. Вадиилоо и др. [3]	М/70	ЯБ	Язвенный дефект	Эндоскопический гемостаз, операция	Благоприятный исход
15. Джин Мён Пак и др. [20]	М/88	ЖКБ	Свищевое отверстие	Операция	Благоприятный исход
16. Щербюк А.Н. и др.	М/62	ЖКБ. Холецистодуоденальный свищ	Не информативное исследование	Операция	Исход не указан

Клинический случай

Пациент М., 62 года, поступил в приёмный покой ГБУЗ МО «Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В. Н.» и был госпитализирован в хирургическое отделение с жалобами на общую слабость, головокружение, рвоту с примесью крови. Ухудшение состояния отмечал в течение суток, был доставлен бригадой скорой медицинской помощи с предварительным диагнозом: ЖКК из верхних отделов.

Анамнез заболевания. Пациент страдает ЖКБ, в анамнезе диагностирован билиодигестивный свищ. Постоянно принимает назначенные препараты, аллергические реакции на лекарственные средства отрицает.

Объективный статус при поступлении. Состояние средней степени тяжести. Кожные покровы бледные. Дыхание в лёгких проводится, частота дыхательных движений (ЧДД) – 17 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 90 в минуту, артериальное давление (АД) 80/40 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не увеличен, не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стула не было.

Местный статус. Перианальная область – расчёсов, мацерации кожи не выявлено. Наружные геморроидальные узлы не увеличены. Крестцово-копчиковая область без изменений. При пальцевом исследовании прямой кишки тонус сфинктера сохранён. Внутренние геморроидальные узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Ампула прямой кишки пустая.

Предварительный диагноз: желудочно-кишечное кровотечение. ЖКБ. Холецистодуоденальный свищ.

Диагностические мероприятия и лечение:

1. Выполнена экстренная эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС). Заключение: Фиксированный геморрагический сгусток луковицы двенадцатиперстной кишки, состоявшееся кровотечение Forrest 2В. Аксиальная хиатальная грыжа.

2. Пациенту проводилась комплексная консервативная терапия.

3. На вторые сутки с подозрением на рецидив кровотечения из язвы луковицы ДПК (падение уровня гемоглобина до 68 г/л, бледность кожных покровов, холодный липкий пот, АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 72-88 уд. в мин.) была повторно выполнена экстренная ЭГДС. Заключение: Язва луковицы ДПК. Состоявшееся ЖКК Forrest 2В. Аксиальная хиатальная грыжа. Признаки анемии. Проведен эндоскопический гемостаз.

4. Клинико-эндоскопических признаков рецидива язвенного кровотечения после гемостаза не выявлено.

5. В отделении была продолжена комплексная консервативная терапия, включая трансфузию компонентов крови.

6. На контрольной ЭГДС: Язва луковицы ДПК. Состоявшееся ЖКК Forrest 2С. Аксиальная хиатальная грыжа. Признаки анемии.

Хронологическая последовательность событий:

- День 1. Госпитализация, первичная ЭГДС, начало консервативной терапии.
- День 2. Подозрение на рецидив кровотечения, повторная ЭГДС с эндоскопическим гемостазом.
- Дни 3-7. Продолжение консервативной терапии, трансфузия компонентов крови, контрольная ЭГДС.
- День 8. Резкое ухудшение состояния, рецидив кровотечения, экстренное хирургическое вмешательство.

На 8-е сутки стационарного лечения состояние пациента резко ухудшилось: появилась рвота кофейной гущей со сгустками алого цвета, обильная мелена. С диагнозом рецидив язвенного кровотечения из луковицы ДПК пациент был экстренно оперирован по жизненным показаниям.

Интраоперационные находки:

- паравезикальный инфильтрат (рис. 1);
- холецистодуоденальный свищ;
- холецисто-трансверзальный свищ;
- продолжающееся кровотечение из холецистодуоденального свища.

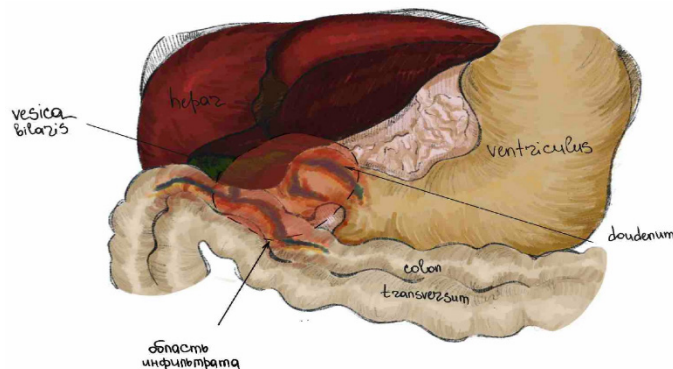


Рисунок 1. Расположение паравезикулярного инфильтрата
Figure 1. Location of the paravesicular infiltrate

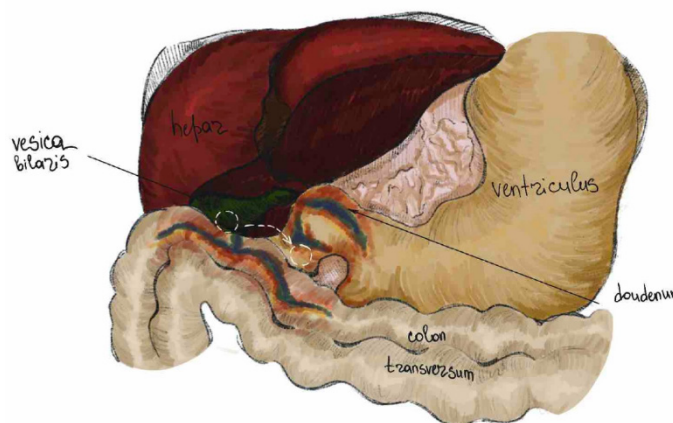


Рисунок 2. Траектория миграция конкремента
Figure 2. Trajectory of gallstone migration

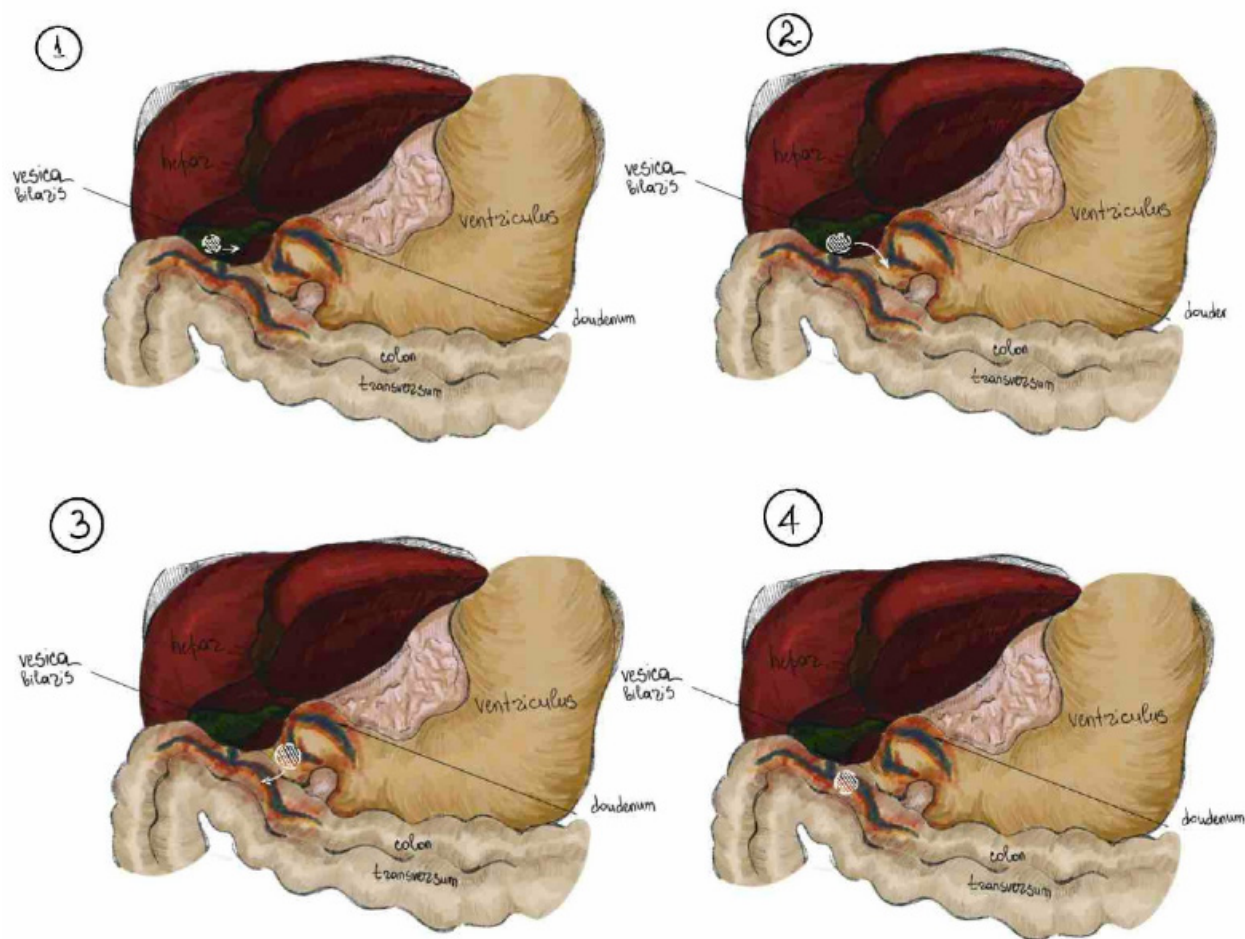


Рисунок 3. Поэтапное изображение миграции конкремента
Figure 3. Step-by-step illustration of gallstone migration

Объем хирургического вмешательства:

- резекция 2/3 желудка на выключенной по Ру петле;
- холецистэктомия;
- правосторонняя гемиколэктомия;
- санация и дренирование брюшной полости.

Послеоперационный период. В послеоперационном периоде проводилась гемостатическая, инфузионная, гастропротективная, антибактериальная, спазмолитическая терапия, трансфузия компонентов крови. Пациент выписан на 17-е сутки после операции в удовлетворительном состоянии.

Заключение

Холецистодуоденальный свищ, осложнённый желудочно-кишечным кровотечением, в большинстве случаев требует хирургического лечения, поскольку значительное кровотечение из крупных артерий редко устраняется консервативным лечением или эндоскопическим гемостазом [3]. Представленный нами клинический случай является 16-м документированным случаем в мировой хирургической практике.

Особенностью данного наблюдения является редкое сочетание двух свищей (холецистодуоденального и холецистотрансверзального), что потребовало выполнения комбинированного хирургического вмешательства.

Для улучшения диагностики данной патологии необходимо учитывать следующие клинические и инструментальные признаки:

1. Наличие в анамнезе длительно текущей ЖКБ.
2. Атрофически измененный желчный пузырь, спаянный с соседними органами при УЗИ и КТ.
3. Наличие пневмобилии.
4. Рецидивирующее кровотечение из верхних отделов ЖКТ при неэффективности эндоскопического гемостаза.

Данная проблема требует дальнейшего изучения и разработки эффективных методов диагностики и лечения.

Информированное согласие

Пациент дал письменное информированное согласие на публикацию данного клинического случая и сопутствующих изображений.

Литература [References]

- Inal M, Oguz M, Aksungur E, Soyupak S, Börüban S, Akgül E. Biliary-enteric fistulas: report of five cases and review of the literature. *Eur Radiol.* 1999;9:1145-1151.
- Crespi M, Montecamozzo G, Foschi D. Diagnosis and Treatment of Biliary Fistulas in the Laparoscopic Era. *Gastroenterol Res Pract.* 2016;2016:6293538.
- Vadioloo DK, Loo GH, Leow VM, Subramaniam M. Massive upper gastrointestinal bleeding: a rare complication of cholecystoduodenal fistula. *BMJ Case Rep.* 2019;12.
- Воробей А.В., Орловский Ю.Н., Вижинис Е.И., Шулейко А.Ч. Хирургическое лечение билиобилиарных и билиодигестивных свищей. *Анналы хирургической гепатологии.* 2016;21(3):92-100. Vorobey A.V., Orlovsky Yu.N., Vizhinis E.I., Shuleyko A.Ch. Surgical Treatment of Biliobiliary and Biliodigestive Fistulas. *Annaly khirurgicheskoy gepatologii = Annals of HPB Surgery.* 2016;21(3):92-100. (In Russ.) <https://doi.org/10.16931/1995-5464.2016392-100>
- Lee SB, Ryu KH, Ryu JK, Kim HJ, Lee JK, Jeong HS, Bae JS. Acute acalculous cholecystitis associated with cholecystoduodenal fistula and duodenal bleeding. A case report. *Korean J Intern Med.* 2003;18:109-114.
- Kohli DR, Anis M, Shah T. Cholecystoenteric Fistula Masquerading as a Bleeding Subepithelial Mass. *ACG Case Rep J.* 2017;4:e125.
- Beltran MA, Csendes A, Cruces KS. The relationship of Mirizzi syndrome and cholecystoenteric fistula: validation of a modified classification. *World J Surg.* 2008;32:2237-2243.
- Csendes A, Diaz JC, Burdiles P, Maluenda F, Nava O. Mirizzi syndrome and cholecystobiliary fistula: a unifying classification. *Br J Surg.* 1989;76:1139-1143.
- Raiford TS. Intestinal obstruction due to gallstones. (Gallstone ileus). *Ann Surg.* 1961;153:830-838.
- Glenn F, Reed C, Grafe WR. Biliary enteric fistula. *Surg Gynecol Obstet.* 1981;153:527-531.
- Beltran MA, Csendes A. Mirizzi syndrome and gallstone ileus: an unusual presentation of gallstone disease. *J Gastrointest Surg.* 2005;9:686-689.
- Changku J, Shaohua S, Zhicheng Z, Shusen Z. Upper gastric tract bleeding due to cholecystoduodenal fistula: a case report. *Hepatogastroenterology.* 2005;52:1372-1374.
- Corry RJ, Mundth ED, Bartlett MK. Massive upper-gastrointestinal tract hemorrhage. A complication of cholecystoduodenal fistula. *Arch Surg.* 1968;97:531-532.
- Feferman Y, Bard V, Aviran N, Stein M, Kashtan H, Sadot E. An Unusual Presentation of Cholecystoduodenal Fistula: Massive Upper Gastrointestinal Bleeding. *J Gastrointest Dig Syst.* 2015;5:314.
- Hjelmqvist B, Borgström A, Zederfeldt B. Major gastrointestinal haemorrhage as a complication of cholecystoduodenal fistula in gallstone disease. Report of three cases. *Ann Chir Gynaecol.* 1985;74:6-8.
- Kochhar R, Krishna PR, Gupta NM, Mehta SK. Massive gastrointestinal bleeding due to cholecystoduodenal fistula. Case report. *Acta Chir Scand.* 1988;154:471-472.
- Kosugi S, Tani T, Kurosaki I, Hatakeyama K. Gallstone ileus with cholecystoduodenal fistula presenting massive upper gastrointestinal hemorrhage. *J Gastroenterol Hepatol.* 2006;21:624-625.
- Mohammed N, Godfrey EM, Subramanian V. Cholecysto-duodenal fistula as the source of upper gastrointestinal bleeding. *Endoscopy.* 2013;45 Suppl 2 UCTN:E250-E251.
- Schenken JR, Adamson JR. Fatal gastrointestinal tract hemorrhage: a complication of ulcerative cholecystitis, cholelithiasis, and cholecystoduodenal fistula. *Am J Clin Pathol.* 1970;53:423-424.
- Park JM, Kang CD, Kim JH, Lee SH, Nam SJ, Park SC, Lee SJ, Lee S. Cholecystoduodenal fistula presenting with upper gastrointestinal bleeding: A case report. *World J Clin Cases.* 2021;9(2):410-415.

Авторская справка

Мануйлов Владимир Михайлович

Д-р мед. наук, профессор, Заслуженный врач Российской Федерации, главный врач Пушкинской клинической больницы им. проф. Розанова В.П. ORCID 0000-0002-0854-8922; pushkino_rb@mail.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Щербюк Александр Николаевич

Д-р мед. наук, профессор, заведующий научно-клинического отдела, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.П., профессор кафедры хирургических болезней, Московский медицинский университет «Реавиз».

ORCID 0000-0003-2616-2940; ANS1949@Rambler.ru

Вклад автора: разработка концепции исследования, постановка задач исследования.

Царёв Даниил Александрович

Врач-колопроктолог, хирург, стационар № 2, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.

ORCID 0009-0000-3464-3328; tsaryov@kkmx.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Захаров Юрий Иванович

Канд. мед. наук, врач-хирург, старший научный сотрудник отделения абдоминальной хирургии, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского.

ORCID 0000-0002-2546-2362; zakharov-69@yandex.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Author's reference

Vladimir M. Manuylov

Dr. Sci. (Med.), Professor, Honored Doctor of the Russian Federation, Chief Physician of the Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.P. Rozanov.

ORCID 0000-0002-0854-8922; pushkino_rb@mail.ru

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient clinic.

Aleksandr N. Shcherbyuk

Dr. Sci. (Med.), Professor, Head of the Scientific and Clinical Department, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.P. Rozanov, Professor of the Department of Surgical Diseases, Moscow Medical University "Reaviz".

ORCID 0000-0003-2616-2940; ANS1949@Rambler.ru

Author's contribution: development of the research concept, formulation of research objectives.

Daniil A. Tsarev

Proctologist, surgeon, hospital #2, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov.

ORCID 0009-0000-3464-3328; tsaryov@kkmx.ru

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient clinic.

Yuriy I. Zakharov

Cand. Sci. (Med.), surgeon, senior researcher, abdominal surgery department, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky.

ORCID 0000-0002-2546-2362; zakharov-69@yandex.ru

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient clinic.

Немсцверидзе Яков Элгуджович

Специалист научно-инновационного отдела, Московский медицинский университет «Реавиз»; врач-стоматолог, врач-клинический ординатор кафедры ортопедической стоматологии, Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского.

ORCID 0000-0002-8784-7655; 9187751@gmail.com

Вклад автора: работа с источниками, анализ и обобщение полученных данных.

Мохов Андрей Витальевич

Канд. мед. наук, заведующий хирургическим отделением, стационар № 2, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.

ORCID 0000-0002-0506-5677; mkhvand@mail.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Мохов Дмитрий Андреевич

Врач-хирург, стационар № 2, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.

ORCID 0000-0002-8320-8813; Mokhovdmitriy@yandex.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Набиева Елена Юрьевна

Студентка 4 курса лечебного дела, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет).

ORCID 0009-0007-2886-1047; lena.nabieva.03@bk.ru

Вклад автора: работа с источниками, анализ и обобщение полученных данных.

Карпина София Сергеевна

Студентка 2 курса лечебного дела, Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова (Сеченовский Университет)

ORCID 0009-0003-2138-0225; skarpina93@gmail.com

Вклад автора: работа с источниками, анализ и обобщение полученных данных.

Гафаров Умеджон Олимджонович

Канд. мед. наук, врач-хирург, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.; МНПЦ борьбы с туберкулезом.

ORCID 0000-0003-0445-4053; umed_78@mail.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Перетечиков Александр Владимирович

Канд. мед. наук, заместитель главного врача по хирургии, врач-хирург, стационар №2, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.

ORCID 0009-0003-9446-9204; pushkinomobsurg@mail.com

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Юнкин Антон Петрович

Заведующий патологоанатомическим отделением, врач патологоанатом, стационар № 2, Пушкинская клиническая больница им. проф. Розанова В.Н.

ORCID 0009-0004-2061-367X; yunkin.tony@yandex.ru

Вклад автора: организация проведения исследований в стационаре и поликлинике.

Yakov E. Nemstsveridze

Specialist of the Research and Innovation Department, Moscow Medical University "Reaviz"; dentist, resident physician of the Department of Orthopedic Dentistry, Moscow Regional Research Clinical Institute named after M.F. Vladimirovsky.

ORCID 0000-0002-8784-7655; 9187751@gmail.com

Author's contribution: work with sources, analysis and generalization of the obtained data.

Andrey V. Mokhov

Cand. Sci. (Med.), Head of the Surgical Department, Hospital No. 2, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov.

ORCID 0000-0002-0506-5677; mkhvand@mail.ru

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient department.

Dmitriy A. Mokhov

Surgeon, Hospital No. 2, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov.

ORCID 0000-0002-8320-8813; Mokhovdmitriy@yandex.ru

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient department.

Elena Yu. Nabieva

4th year student of General Medicine, First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov (Sechenov University).

ORCID 0009-0007-2886-1047; lena.nabieva.03@bk.ru

Author's contribution: work with sources, analysis and generalization of the obtained data.

Sofiya S. Karpina

2nd year student of General Medicine, First Moscow State Medical University named after I. M. Sechenov (Sechenov University).

ORCID 0009-0003-2138-0225; skarpina93@gmail.com

Author's contribution: work with sources, analysis and generalization of the obtained data.

Umedzhon O. Gafarov

Cand. Sci. (Med.), Surgeon, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov; Moscow City Scientific and Practical Center for the Fight against Tuberculosis.

ORCID 0000-0003-0445-4053; umed_78@mail.ru

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient clinic.

Aleksandr V. Peretechikov

Cand. Sci. (Med.), Deputy Chief Physician for Surgery, Surgeon, Hospital No. 2, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov.

ORCID 0009-0003-9446-9204; pushkinomobsurg@mail.com

Author's contribution: organization of research in the hospital and outpatient clinic.

Anton P. Yunkin

Head of the Pathological Anatomy Department, Pathologist, Hospital No. 2, Pushkin Clinical Hospital named after prof. V.N. Rozanov.

ORCID 0009-0004-2061-367X; yunkin.tony@yandex.ru

Author's contribution: organization of research in a hospital and outpatient clinic.