

КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

УДК 616.366–003.7–06:616.342/348–007.253–005.1

СИНДРОМ БУВЕРЕ, ОСЛОЖНЕННИЙ ДУОДЕНАЛЬНО–ОБОДОЧНЫМ СВИЩЕМ И РЕЦИДИВНЫМ КРОВОТЕЧЕНИЕМ

В. Д. Шейко, А. В. Лигоненко, Д. А. Величко, С. И. Панасенко, А. Г. Оганезян, Д. Н. Иващенко

Украинская медицинская стоматологическая академия, г. Полтава

BOUVERET'S SYNDROME, COMPLICATED BY DUODENOCOLONIC FISTULA AND RECURRENT HEMORRHAGE

V. D. Sheyko, A. V. Ligonenko, D. A. Velichko, S. I. Panasenko, A. G. Oganezyan, D. N. Ivashchenko

Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava

Синдром Бувере (СБ) – редкое осложнение, составляющее в структуре осложнений желчнокаменной болезни (ЖКБ) 0,01 – 0,03%. СБ возникает у пациентов пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями, характерные клинические проявления отсутствуют. Несвоевременная диагностика при нетипичном течении является основной причиной неблагоприятного исхода. Приводим клиническое наблюдение.

Пациент К., 67 лет, госпитализирован в неотложном порядке с жалобами на выраженную слабость, частый (до 9 раз) жидкий черный стул с кровью, умеренно выраженную боль в правых отделах живота.

В течение 2 нед беспокоила боль в животе, по поводу чего обращался в поликлинику по месту жительства, проведено обследование. УЗИ органов брюшной полости: желчный пузырь – визуализируется только передняя стенка, в полости – сплошная эхотень, заполняющая пузырь (конкремент); диаметр общего желчного протока (ОЖП) 5 – 7 мм; поджелудочная железа лоцируется фрагментарно. Заключение: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит; хронический панкреатит. ГДФС: желудок растянут, натощак в нем содержится мутный секрет и непереваренная пища; ампула двенадцатиперстной кишки (ДПК) обтурирована желчным камнем. Заключение: СБ – обтурация ДПК желчным камнем. Больной консультирован хирургом, рекомендована госпитализация в хирургический стационар, от которой больной отказался, мотивируя желанием уточнить диагноз в Областной больнице. По данным ГДФС, огромный желудок, зайти в ДПК не удалось. Рекомендовано: рентгеноскопия органов пищеварительного канала, компьютерная томография (КТ) брюшной полости. Рентгеноскопия: пищевод свободно проходим, желудок атоничен, растянут, натощак в нем содержится жидкость. Ампула ДПК не выполняется контрастным веществом, тонкая кишка не визуализируется; контрастное вещество из желудка поступает в поперечную ободочную кишку; в правых отделах – дефект заполнения. При осмотре через 24 ч: контрастного вещества в желудке нет, в тонкой кишке – следы. Заключение: желудочно–толстокишечный свищ. КТ с контрастным усилением (ультравист). Желчный пузырь деформирован, стенка местами не прослеживается, выра-

женная перивезикальная инфильтрация, локально выпот в области дна; по медиальному краю рентгеноконтрастный конкремент тесно прилежит к антральной части желудка, по задне–латеральному краю – к толстой кишке. Заключение: хронический калькулезный холецистит, перихолецистит с формированием конгломерата, включающего стенку желудка и толстую кишку, вероятно, желудочно–толстокишечный свищ.

В 2013 г. возникло острое нарушение кровообращения головного мозга (ОНКГМ), отмечены остаточные явления – гемипарез слева. ЖКБ с невыраженными клиническими проявлениями в течение 8 лет. Терапия по поводу гипертонической болезни, мерцательной тахикардии.

При госпитализации больной в состоянии средней тяжести, бледный, ожирение II степени (индекс массы тела 40 кг/м²), гемодинамически стабильный – умеренная тахикардия, частота сокращений сердца (ЧСС) 90 в 1 мин., АД 17,3/9,3 кПа (130/70 мм рт. ст.), обычно АД 22,7 – 24,0/13,3 кПа (170 – 180/100 мм рт. ст.). При ректальном исследовании кал темно–малиновой окраски, слизистая оболочка без особенностей, тонус наружного сфинктера заднего прохода снижен.

Анализ крови: эр. $4,4 \times 10^{12}$ в 1 л, Нб 127 г/л, л. $14,8 \times 10^9$ в 1 л, общий билирубин 22 мкмоль/л, остальные показатели – без патологических изменений.

В неотложном порядке проведена ГДФС, в желудке до 0,5 л содержимого типа «кофейной гущи», ампула ДПК осмотрена при максимальном введении эндоскопа, виден конкремент диаметром более 3 см, обтурирующий кишку, свежей крови нет. Заключение: СБ, осложненный кровотечением, источник не выявлен, в момент осмотра кровотечения нет.

Диагноз при госпитализации: кишечное кровотечение неясного генеза; ЖКБ, СБ, желудочно–толстокишечный свищ; ишемическая болезнь сердца, диффузный кардиосклероз, гипертоническая болезнь III стадии, риск очень высокий, мерцательная аритмия, тахиформа, остаточные явления ОНКГМ.

Больному назначено: восполнение объема циркулирующей крови (30 мл/кг), прокагулянтная терапия (транексамовая кислота), ингибитор протонной помпы (пантопразол). Состояние улуч-

шилось, признаков продолжающегося кровотечения нет. Однако на следующий день у больного был трехкратный жидкий стул – мелена, с темно-вишневая кровь, выраженная слабость, холодный пот. ЧС 100 в 1 мин, АД 16,0/9,3 кПа (120/70 мм рт. ст.), частота дыхания 20 в 1 мин. Анализ крови: эр. $3,0 \times 10^{12}$ в 1 л, Нв 93 г/л, л. $13,2 \times 10^9$ в 1 л. На основании заключения консилиума врачей установлены показания к выполнению немедленной операции по жизненным показаниям: рецидив профузного желудочно-кишечного кровотечения, СБ, желудочно-толстокишечный свищ.

Произведена верхняя срединная лапаротомия. Под печенью обнаружен стекловидный инфильтрат, представленный конгломератом из желудка, большого сальника, ДПК и ободочной кишки; в просвете тонкой и толстой кишки – кровь, другие патологические изменения не выявлены. Первично мобилизована ободочная кишка, в стенке которой обнаружен округлый дефект диаметром до 2,5 см, с хрящевидными краями, по-типу кратера, открытого наружу, из просвета поступает мелена; дефект зашит. Поэтапно отделен желчный пузырь, у которого отсутствует передне-латеральная стенка, дно и медиальная стенка сохранены, книзу от гепатодуоденальной связки обнаружен карман Гартманна с конкрементом в его полости диаметром до 2 см. Источник кровотечения – пузырьная артерия, кровоточащая по краю пузырnodуоденального свища, артерия выделена и лигирована. Произведена ати-

пичная, фрагментарная холецистэктомия. Через дефект передне-верхней поверхности пилородуоденальной зоны извлечен желчный конкремент, округлый, яйцеподобной формы, размерами 6 x 4 см. ОЖП не расширен, конкрементов не содержит, желчь поступает в кишку. Осуществлена поперечная пилородуоденопластика, просвет кишки в зоне пластики диаметром до 5 см. Произведен туалет зоны операции, рана зашита.

Диагноз после операции: ЖКБ, хронический калькулезный холецистит, холецистодуоденально-ободочный свищ с миграцией конкремента и обтурацией ДПК (СБ), осложненный рецидивным профузным желудочно-кишечным кровотечением.

Течение послеоперационного периода без осложнений. На 12-е сутки пациент выписан. Осмотрен через 3 мес, жалоб нет, диету не соблюдает. Физическая активность ограничена остаточными явлениями ОНКГМ.

СБ – редкое осложнение ЖКБ с нетипичными клиническими проявлениями и потенциально высоким риском неблагоприятного исхода вследствие его поздней диагностики. Представленное клиническое наблюдение демонстрирует нетипичное течение заболевания, неоднозначность данных обследования и потенциальную возможность неадекватных тактических решений в условиях рецидивирующего кишечного кровотечения у пациента пожилого возраста с тяжелыми заболеваниями.