

2. Енгальчев Ф.Ш., Русаков И.Г., Кавайкин А.Г., Быстров А.А. Выбор метода хирургического лечения поверхностного рака мочевого пузыря // Российский онкологический журнал. – 2006. – №1. – С. 35-37.
3. Красный С.А., Поляков С.Л., Суkenko O.Г., Ролевич А.И., Мохорт А.А. Внутрипузырная химио- и иммунотерапия поверхностного рака мочевого пузыря // Медицинские новости. – 2003. – №2. – С. 12-18.
4. Лоран О.Б., Медведев В.А., Будник Н.В. Определение критериев эффективности адьювантной иммунотерапии поверхностного рака мочевого пузыря // Урология. – 2005. – №1. – С. 3-4.
5. Мартов А.Г., Гущин Б.А., Гнатюк А.П., Ерчаков Д.В., Серебряный С.А., Карагужин С.Г. Ранняя повторная цистоскопия и биопсия в диагностике и лечении поверхностного рака мочевого пузыря // Урология. – 2004. – №3. – С. 54-58.
6. Матвеев Б.П., Фигурин К.М., Карякин О.Б. Рак мочевого пузыря. – М.: Вердана, 2001. – 243 с.
7. Старцев В. Ю., Горелов С.И., Пулин И.Л., Меркурьева Р. Д., Огава И. Результаты лечения поверхностного рака мочевого пузыря у больных из различных групп риска // Вопросы онкологии. – 2006. – Т. 52, №2 – С. 187–189.
8. Чиссов В.И. Старинский В.В. Злокачественные новообразования в России в 2000 году. – М. – 2002. – С. 22-55.
9. Юрченко А.Н., Корякин О.Б. Лечение и профилактика рецидивов поверхностного рака мочевого пузыря // Российский онкологический журнал. – 2006. – №4. – С. 50-54.
10. Brake M., Loertzer H., Horsch R., Keller H. Recurrence and progression of stage T₁, grade 3 transitional cell carcinoma of the bladder following intravesical immunotherapy with bacillus Calmette–Guerin // Urol. – 2000. – Vol.163. – P.1607-1701.
11. Cliff AM, Heatherwick B, Scoble J, Parr NJ. The effect of fasting or desmopressin before treatment on the concentration of mitomycin C during intravesical administration // BJU Int. – 2000. – Vol.86. – P.644-647.
12. Harry W. Herr, S. Machele Donat and Victor E. Reuter Management of Low Grade Papillary Bladder Tumors // The Journal of Urology. – 2007. – Vol. 178. – P. 1201-1205.
13. Iakse G., Algaba F., Malmstrom P.U., Oosterlinck W. A second-look TUR in T1 transitional cell carcinoma: Why? // Europ. Urol. – 2004. – Vol.45. – P.539-546
14. Kurth KH, Bouffloux C, Sylvester R, van der Meijden AP, Oosterlinck W, Brausi M The EORTC Genitourinary Group. Treatment of superficial bladder tumors: achievements and needs // Eur Urol. – 2000. – Vol. 37. – P. 1-9.
15. Langenstroer P., See W. The role of a second transurethral resection for high-grade bladder cancer // Curr. Urol. Rep. – 2000. – Vol.1. – P.204-207.
16. Nomata K, Noguchi M, Kanetake H, et al. Intravesical adjuvant chemotherapy for superficial transitional cell bladder carcinoma: results of a randomized trial with epirubicin comparing short-term versus long-term maintenance treatment // Cancer Chemother Pharmacol. – 2002. – Vol.50. – P. 266-270.
17. Sylvester RJ, Oosterlinck W, van der Meijden AP. A single immediate postoperative instillation of chemotherapy decreases the risk of recurrence in patients with stage Ta T1 bladder cancer: a meta-analysis of published results of randomized clinical trials // J Urol. – 2004. – Vol. 171. – P. 2186-2190.

SUMMARY.

THE TREATMENT OF A SUPERFICIAL CANCER OF URINARY BLADDER

Dumansky U.V., Kostyuk A.G., Kavka N.P.

The resume. In article data about a new way of treatment of a superficial cancer of a bladder are cited. Introduction of antineoplastic preparations in a "dry" bladder with the subsequent deenergizing access of urine in a bladder is offered. Term of a finding of a preparation in a cavity of a bladder makes 2 hours, if necessary it can be changed. Application of a way for 10 patients with a superficial cancer of a bladder has shown prospect of its use for treatment of the given pathology.

Key words: a superficial cancer of a bladder, intravesicular chemotherapy

УДК: 616.34-007.271-022.38

ВИПАДОК СИНДРОМУ БУВЕРЕ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО ВІДДІЛЕННЯ.

Книгиницький В.Ф., Недбала В.В., Коцар С.М., Ганкоці К.К., Дяк В.М.

Хірургічне відділення військового госпіталю, м. Мукачево

РЕЗЮМЕ: описано випадок успішного лікування пацієнтки віком 67 років із синдромом Бувере у вигляді високої тонкокишкової непрохідності, причиною якої були жовчні конкременти тонкої кишки. Перебіг хвороби та труднощі діагностики на тлі жовчно-кам'яної хвороби не сприяли встановленню етіологічного діагнозу до операції, оскільки в клінічній картині здебільшого переважав псевдонеопластичний синдром. Інтраопераційне виявлення двох конкрементів тонкої кишки, один з яких великих розмірів, дозволило успішно виконати перший етап оперативного лікування. Післяопераційний перебіг не мав ознак важкості. Лікувальна тактика привела до покращення стану хворої.

Ключові слова: синдром Бувере, конкременти тонкого кишківника, кишкова непрохідність

Вступ. Кишківник, зазвичай, містить дрібні конкременти або більш щільні частини в складі хілусу невеликих розмірів, які в більшості випадків мають схильність до самостійного безсимптомного відходження. Відомо чимало випадків, коли

причиною кишкової непрохідності (КН) служать конкременти тонкого та товстого відділів кишківника. Проте кожен випадок має свої особливості, а клінічний перебіг найчастіше виявляється закономірно атипичним [1, 2]. Висока обтураційна кишко-

ва непрохідність, зумовлена рухом жовчних конкрементів по нориці між жовчним міхуром та 12-палою кишкою (ДПК), відома як синдром Бувере. Уперше цей вид непрохідності описаний Monpod у 1827 році, перша успішна операція була виконана Anderson Smith у 1887 році [5]. У літературі описано менше трьохсот випадків синдрому Бувере. Зважаючи на надзвичайну рідкість цієї патології та високу летальність при її хірургічному лікуванні (8-30% [5]), спостереження синдрому Бувере повинні доповідатися, оскільки є пізнавальними та, нерідко, повчальними у частині подолання діагностичних труднощів та лікувально-діагностичних помилок [2, 3, 4, 5].

Мета роботи: вивчити особливості перебігу та труднощі діагностики на прикладі хворої із синдромом Бувере, оцінити результати першого етапу хірургічного лікування.

Матеріали та методи. У дослідження включено історію хвороби хворої з синдромом Бувере у вигляді високої тонкокишкової непрохідності, причиною якої були жовчні конкременти тонкої кишки на тлі наявних у хворої супутніх захворювань. Матеріал подається у вигляді клінічного спостереження.

Доопераційне обстеження включало клінічний огляд у динаміці, лабораторне обстеження, УЗД обстеження органів черевної порожнини, рентгенологічні обстеження (оглядова рентгенографія, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини). В статті описано хід операції, особливості післяопераційного ведення та терапії.

Наведено віддалений результат лікування через 3 місяці. Оцінювалися стан хворої, "ступінь" нормалізації функцій травної системи, лабораторні дані, результати додаткових обстежень.

Результати дослідження та їх обговорення.

Хвора К., 67 років, історія хвороби № 2936, поступила у хірургічне відділення в зв'язку із самозверненням 25.07.06 у 18⁰⁰ у відносно задовільному стані зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, блювоту жовчу при вживанні їжі, на періодичні болі в правому підребер'ї, епігастральній ділянці, на втрату 6-7 кг ваги тіла впродовж 20-22 днів.

Хворіє з 04.07.06, коли з'явився вищеописаний больовий синдром, значно порушився апетит. Хвора самостійно приймала спазмолітики з нетривалим полегшенням. 20.07.06 приєдналися болі в ділянці серця, розвинувся гіпертонічний криз, з приводу якого хвора була госпіталізована в районну лікарню за місцем проживання в кардіологічне відділення. Хворій проводилося лікування гіпотензивними та симптоматичними засобами. Показники артеріального тиску були стабілізовані, кардіалгічний синдром регресував. Проте біль у череві періодично турбував хвору, а з 22.07.06 приєдналася блювота жовчу після їжі. 21.07.06 була зафіксована алергічна реакція на внутрішньовенне вве-

дення пірацетаму. Хвора стала наполягати на виписці з метою госпіталізації в інший стаціонар. Виписана з кардіологічного відділення 25.07.06. Діагноз при виписці: „Гіпертонічна хвороба. Гіпертонічний криз (20.07.06). ІХС. Стенокардія напруги ФК II. Атеросклеротичний кардіосклероз. СН I ст. Супутній: Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит. Вторинний хронічний холангіогепатит. Підозра на новоутворення 12-палої кишки.” У виписному епікрізі вказується на ультразвукові ознаки деструктивного холециститу, вторинного хронічного холангіогепатиту. Лабораторні дані, приведені у виписному епікрізі, не мали значних відхилень від норми.

Об'єктивний статус на момент поступлення у хірургічне відділення(18:50 25.07.06): Загальний стан задовільний. Свідомість чітка, адекватна, орієнтована. Шкірні покриви бліді, вологі, теплі. Лімфатична система без особливостей. Дихання – везикулярне, хрипів нема. Частота дихальних рухів (ЧДР)- 18 на хвилину. Пульс ритмічний 78 ударів на хвилину. Артеріальний тиск (АТ)- 120/75 мм рт. ст. Язик вологий. Живіт не піддутий, м'який, незначно болючий в епігастральній ділянці, правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Перистальтика вислуховується. Гази відходять. Симптом Пастернацького негативний. Сечовипускання самостійне, вільне. Менопауза. Огляд гінеколога (25.07.06) – гінекологічно здорова.

Діагноз при госпіталізації: Жовчнокам'яна хвороба, хронічний калькульозний холецистит, загострення.

Призначено спазмолітики, антибактеріальну терапію, інфузійно-детоксикаційну терапію на час дообстеження хворої.

20:00 25.07.06 Скарги: на загальну слабкість, запаморочення. Об'єктивно: Загальний стан задовільний. Шкірні покриви бліді. Язик – сухуватий. Дихання – везикулярне, хрипів нема. Пульс ритмічний, 88 ударів на хвилину. АТ- 90/60 мм рт. ст. Живіт не здутий, симетричний, м'який, помірно болючий в епігастральній ділянці, правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини негативні. Перистальтика вислуховується. Сечовипускання самостійне.

09:00 26.07.06 Скарги: на загальну слабкість, періодичний біль у правому підребер'ї, епігастрії. Загальний стан ближче до задовільного. Шкірні покриви бліді. Язик – вологий, вкритий білим на шаруванням. Дихання – везикулярне, хрипів нема. Тони серця ритмічні. Пульс 82 удари на хвилину. АТ- 120/80 мм рт. ст. Живіт не здутий, симетричний, м'який, незначно болючий в епігастральній ділянці, правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини негативні. Перистальтика вислуховується. Сечовипускання самостійне.

Дані обстежень:

Загальний аналіз крові: (26.07.06) НЬ 114 г/л; L $9,4 \times 10^9$ /л (метамієлоцити 2 п2 с67 л14 м5); ШОЕ 56 мм/г; тромбоцити 240×10^9 /л; тривалість кровотечі 1 хвилина 45 секунд; час згортання 4 хвилини 45 секунд. Загальний аналіз сечі (26.07.06): солом'яно-жовтого кольору; прозора; кисла; білок – 0,066 г/л; цукор – нема; L7-10; еритроцити свіжі 1-2; епітелій 6-7 в полі зору. Біохімічний аналіз крові (26.07.06): білірубін загальний 28,2; прямий 0; АлТ 0,2; АсТ 0,2; цукор 4,2; сечовина 25,0; креатинин 0,23 мМ/л. Коагулограма (26.07.06): протромбіновий індекс 75%; фібрिनотенор загальний 4,5 г/л. Діастаза сечі (26.07.06) 128 ОД. Група крові – А (II) Rh (+) позитивна. ЕКГ (25.07.06): синусова тахікардія – 120 на хвилину, суправентрикулярні екстрасистоли (у подальшому ЕКГ – без негативної динаміки). Ехокардіоскопія (25.07.06): частота серцевих скорочень (ЧСС) 97-143 на хвилину. Знижені скоротливі можливості міокарда лівого шлуночка, ділятка лівого передсердя. Фіброгастродуоденоскопія (26.07.06): стравохід вільно прохідний, у шлунку $\frac{3}{4}$ його об'єму займає вміст жовтого кольору із запахом калу, який під час обстеження вільно виливається назовні. Доступна для огляду слизова шлунка подразнена. Воротар широкий, цибулина 12пк прохідна, пройти в позацибулинний відділ 12пк неможливо з причини наявності у ньому кишкового вмісту. УЗД (25.07.06): печінка – розміри не збільшені, структура однорідна звичайної щільності. У жовчному міхурі множинні конкременти до 4.5 мм в діаметрі, стінка потовщена. Гепатохоледох – 2 мм. Підшлункова залоза – підвищеної щільності, контури рівні. Нирки – без патологічних змін. ФОГК (26.07.06) – без патології. Виконано комп'ютерну томографію органів черевної порожнини (26.07.06): у проміжку між головою підшлункової залози, воротами печінки та жовчним міхуром виявлено округлий утвір з чіткими контурами (+75 Од Н) розмірами 5.5x4.6x5.0 см (вірогідно 12пк обмурована і не має виходу контрасту та вмісту). Печінка, підшлункова залоза, нирки – чіткі інволютивні зміни.

18:00 26.07.06 Скарги на запаморочення, нудоту, блювоту. Загальний стан ближче до задовільного. Шкірні покриви – бліді. Язик незначно підсушений з білим нашаруванням. Тони серця звучні. Пульс 78 на хвилину. АТ – 120/80 мм рт. ст. Дихання везикулярне, хрипів нема. Живіт не збільшений, м'який, помірно болючий в епігастральній ділянці, правому підребер'ї. Перистальтика вислуховується. Встановлено постійний назогастральний зонд. Відміто шлунок до чистих промивних вод.

09:00 27.07.06. Скарги на нудоту, загальну слабкість. Загальний стан без негативної динаміки.

По зонду застійний вміст з кишковим запахом. Шкірні покриви бліді. Язик незначно підсушений. Тони серця ритмічні, приглушені. Пульс 88 за хвилину. АТ – 120/60 мм рт. ст. Дихання везикулярне. Хрипів нема. Живіт піддутий у верхніх відділах, болючий в епігастральній ділянці та правому підребер'ї. Перистальтика вислуховується. Діурез достатній.

Оглядова рентгенографія органів черевної порожнини (27.07.06): вільного газу, рівнів рідини в черевній порожнині не виявлено.

Враховуючи клінічні та дані додаткових обстежень зроблено остаточний висновок про наявність у хворой обтураційної кишкової непрохідності (вірогідне новоутворення). Прийнято рішення про оперативне втручання після підготовки хворой. Передопераційний діагноз: "Гостра обтураційна тонкокишкова непрохідність. Жовчнокам'яна хвороба. Хронічний калькульозний холецистит, нестійка ремісія."

З 14:45 до 16:25 28.07.06 виконано операцію: "Верхньосерединна лапаротомія, видалення каменів тонкої кишки, санація, дренивання черевної порожнини."

Хід операції: "Виконана верхньосерединна лапаротомія. Ревізія: сальник, шлунок не змінені. Шийка жовчного міхура запаяна, стінки потовщені, рихло спаяні з ложем, пальнуються дрібні конкременти у просвіті. ДПК "захоплена" у інфільтрат з жовчним міхуром, не роздута, в просвіті додаткових утворів не пальнується. Тонка кишка за зв'язкою Трейца значно роздута кишковим вмістом. При ревізії в дистальному напрямку на відстані 60 см від зв'язки Трейца виявлено конкремент в просвіті кишки розмірами близько 6x4,5x2 см, а на відстані 5 см дистальніше – другий конкремент 3x2,5x2,5 см. Серозно-фібринозний перитоніт верхнього відділу черевної порожнини. Стінка тонкої кишки розсічена у повздожньому напрямку дистальніше великого конкремента. Конкременти обережно видалені через рану тонкої кишки. Рана тонкої кишки зашита дворядним швом. Враховуючи наявність інфільтрату між жовчним міхуром та ДПК, середньоважкий стан хворой, відсутність ознак жовчного перитоніту, виконання холецистектомії вирішено відтермінувати. Проведено санацію черевної порожнини. Черевна порожнина дренована дренажами в правій здухвинній ділянці. Пошаровий шов лапаротомної рани."

Макропрепарати: два конкременти цільної структури, тверді, розмірами 6,1x4,5x2,2 см та 3,2x2,5x2,5 см.

Зображення конкрементів подається на фотографіях 1 та 2:



Фото1. Конкременти тонкої кишки хворої К.



Фото2. Конкременти тонкої кишки хворої К.

Колір та структура конкрементів дозволяють припускати про їх походження з жовчовидільних шляхів та про міграцію через норицю у ДПК з подальшим рухом вздовж тонкої кишки.

Неускладнений післяопераційний перебіг. Дренажі видалені послідовно на 2-3^{тго} доби. Загоєння післяопераційної рани первинним стягненням. Годування хворої розпочато з 4^{го} дня. Шви зняті на 7-8^й день. Стійке покращення. Призначено пероральний прийом панкреатину після їжі на 2 місяці.

Огляд через 3 місяці. Скарг на органи травної системи немає. Апетит хороший. Випорожнення регулярне. Задовільне харчування. Післяопераційні рубці міцні, спроможні, не болючі. Працездатна. Загальний аналіз крові (30.10.06): НЬ 134 г/л; L 6,4 $\times 10^9$ /л; ШОЕ 11 мм/г. Загальний аналіз сечі (30.10.06): солом'яно-жовтого кольору; прозора; кисла; білок – нема; цукор – нема; L 2-3 у полі зору; еритроцитів свіжих та вилужених – нема; епітелій 2-4 в полі зору. Біохімічний аналіз крові (30.10.06): білірубін загальний 18,1; прямий 0; АлТ 0,4; АсТ 0,2; цукор 4,7; сечовина 6,7; креатинин 0,11 мм/л. Діастаза сечі (05.02.07) 64 ОД. Ускладнень проведеного лікування не виявлено. Для завершення лікування хвора направлена в Обласну клінічну лікарню.

ЛІТЕРАТУРА

1. Апоян В.Т., Геворкян Л.А. Фитобезоары как причина острой тонкокишечной непроходимости // Хирургия. – 1988. – №12. – С.68-70.
2. Волобуев Н.Н., Сегалов В.М., Тихонов К.С. Осложненные безоары желудка и кишечника // Клиническая хирургия. – 1989. – №3. – С.69.
3. Шевченко С.И., Сыкал А.С., Муравей Ж.В. Фитобезоары как причина острой непроходимости пищевода // Клиническая хирургия. – 1990. – №10. – С.54-55.
4. Юлдашев Х.Ю., Насташенко И.Л., Слободяник В.П. Желчнокаменная непроходимость тонкого кишечника //Клінічна хірургія. – 1998. – №8. – С. 51-53.
5. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Шніцер Р.І. Гострий холецистит. – Ужгород, 2001. – 248с.

SUMMARY

CASE OF THE BUVERE'S SYNDROME, CAUSED BY NONOPAQUE GALLSTONES

Kniginik sky V.F., Nedbala V.V., Kotsar S.M., Gankotsi K.K., Dyak V.M.

The successful result of the first stage of treatment of 67 years old woman with the acute high intestinal obstruction, caused by nonopaque gallstones was described. Atypical clinical course and diagnostics complexity against a cholelithiasis background hadn't forward complete correct diagnosis establishment up to surgery. Clinical course in this case before surgery beared a strong resemblance to tumorous intestinal obstruction. Perioperative detection of two enteroliths, one of them fair-sized, permits to carry out adequate surgery. Cholecystectomy performing was delayed. Uncomplicated postsurgical course have taken place. Control examination after 3 month finded out amelioration.

Key words: Buvre's syndrome, intestinal obstruction, nonopaque gallstones