

**ДВА ВИПАДКИ СИНДРОМУ БУВЕРЕ В УМОВАХ ХІРУРГІЧНОГО
ВІДДІЛЕННЯ ГОСПІТАЛЮ**

В.В. Недбала, С.М. Коцар

Гарнізонний військовий госпіталь, Мукачево

Резюме. *Описуються два випадки успішного лікування літніх пацієнток з синдромом Бувере у вигляді високої тонкокишкової непрохідності, спричиненої жовчними конкрементами. Перебіг хвороби та труднощі діагностики на тлі жовчно-кам'яної хвороби не сприяли встановленню етіологічного діагнозу до операції, оскільки в клінічній картині здебільшого превалював псевдонеопластичний синдром. Інтраопераційне виявлення жовчних конкрементів дозволило успішно виконати оперативне втручання. Післяопераційний перебіг пройшов без ускладнень. Лікувальна тактика привела до покращення стану обох хворих, а згодом і одужання.*

Ключові слова: *синдром Бувере, конкременти шлунку і 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 служать конкременти тонкого та товстого відділів кишківника. Проте, кожен випадок має свої особливості, а клінічний перебіг найчастіше виявляється закономірно атиповим [3, 4]. Висока obturaційна кишкова непрохідність, зумовлена рухом жовчних конкрементів через спонтанну норицю 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 [9]. Описання як синдром Бувере датується 1896 роком [13, 14, 15]. У літературі описано менше трьохсот випадків синдрому Бувере. Зважаючи на надзвичайну рідкість цієї патології та високу летальність при її хірургічному лікуванні (8-30% [9]), спостереження синдрому Бувере повинні доповідатися, оскільки є пізнавальними та, нерідко, повчальними у частині подолання діагностичних труднощів та лікувально-діагностичних помилок [1, 5, 7-11, 13].

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

Матеріал та методи. Матеріалом були історії хвороби двох літніх хворих з синдромом Бувере, по яким був проведений ретроспективний аналіз симптоматики, результатів обстеження, інтраопераційних даних та результатів лікування на тлі наявних у хворих супутніх захворювань. Матеріал подається у вигляді клінічного спостереження.

Доопераційне обстеження включало клінічний огляд в динаміці, лабораторне обстеження, УЗД обстеження органів черевної порожнини, рентгенологічні обстеження (оглядова рентгенографія, комп'ютерна томографія органів черевної порожнини з контрастним підсиленням). Приводяться хід операції, особливості післяопераційного ведення.

Приведено віддалені результати лікування через 8 років та через 3 місяці. Оцінювалися загальний стан хворої, "ступінь" нормалізації функцій травної системи, лабораторні дані, результати додаткових обстежень.

Результати дослідження та їх обговорення. Перший випадок. Хвора К., 67 років, історія хвороби № 2936, поступила у хірургічне відділення в зв'язку із самозверненням 25.07.06 у 18⁵⁰ у відносно задовільному стані зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, блювоту жовцю при вживанні їжі, на періодичні болі в правому підребер'ї, епігастральній ділянці, на втрату 6-7 кг ваги тіла на протязі 20-22 днів.

Захворіла 04.07.06, коли з'явився больовий синдром у верхніх відділах живота, 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. Показники артеріального тиску були стабілізовані, кардіалгічний синдром регресував. Проте, біль у череві продовжував турбувати хвору, а з 22.07.06 приєдналася блювота жовцю після їжі. 21.07.06 була зафіксована алергічна реакція на внутрішньовенне введення 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 дванадцятипалої кишки.” У виписному епікрізі вказується на ультразвукові ознаки деструктивного холецистити, 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 ясна. Шкірні покриви бліді, вологі, теплі. 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.

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 нашаруванням. 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. Встановлено постійний назогастральний зонд. Відмито шлунок до чистих промивних вод.

Результати обстежень: Загальний аналіз крові: (26.07.06) НЬ 114 г/л; L 9,4 x10⁹/л (метамієлоцити 2 п2 с67 л14 м5); ШОЕ 56 мм/г; тромбоцити 240 x10⁹/л; тривалість кровотечі 1 хвилини 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%; фібріноген 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, ділятація лівого передсердя. Фіброезофагогастроуденоскопія (ФЕГДС): стравохід вільно прохідний, у шлунку з його об'єму займає вміст жовтого кольору із запахом калу, який під час обстеження вільно виливається назовні (26.07.06). Доступна для огляду слизова шлунку подразнена. Воротар широкий, цибулина ДПК прохідна, пройти в позацибулінний відділ ДПК 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. Гепатохоledох - 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 головкою підшлункової залози, воротами печінки та жовчним міхуром виявлено округлий утвір з чіткими контурами (+75 Од Н) розмірами 5.5x4.6x5.0 см («вірогідно ДПК обмурована і не має виходу контрасту та вмісту»). Печінка, підшлункова залоза, нирки - інволютивні зміни.

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 хворої обтураційної кишкової непрохідності (вірогідне новоутворення). Прийнято рішення про оперативне втручання після підготовки хворої. 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: “Верхньосередина лапаротомія, видалення каменів тонкої кишки, санація, дренування черевної порожнини.”

Хід операції: “Виконана верхньосередина лапаротомія. Ревізія: сальник, шлунок не змінені. Шийка жовчного міхура запаяна, стінки потовщені, рихло спаяні з ложем, пальпуються дрібні конкременти у просвіті. ДПК “захоплена” у інфільтрат з жовчевим міхуром, не роздута, в просвіті додаткових утворів не пальпується. 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 повздовжньому напрямку дистальніше великого конкремента. Конкременти обережно видалені через рану тонкої кишки. Рана тонкої кишки зашита дворядним швом. Враховуючи наявність інфільтрату між жовчевим міхуром та ДПК, середньоважкий стан хворої з причини помірного виснаження, 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 щільної 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 токої кишки хворої К.

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

Неускладнений післяопераційний перебіг. Дренажі видалені послідовно на 2-3^т 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. Задовільного харчування. Післяопераційні рубці міцні, спроможні, не болючі. Працездатна. Загальний аналіз крові (30.10.06): НЬ 134 г/л; L 6,4 x10⁹/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.

У плановому порядку прооперована через 4,5 місяців – виконана холецистектомія: з помірними технічними труднощами видалено жовчний міхур із склерозованою стінкою з множинними дрібними конкрементами до 4,5мм в діаметрі. При ревізії стінки ДПК - нориці з стінкою жовчного міхура не виявлено. Післяопераційний перебіг гладкий з виходом в одужання.

Огляд через 1, 2, 3, 5, 8 років. Порушень травлення не виявлялося, Післяопераційні рубці спроможні. Працездатна. Показники клінічних аналізів в нормі. УЗД контролі – ОЧП в межах вікової норми.

Другий випадок. Хвора Л., 80 років, історія хвороби № 1097, поступила у хірургічне відділення 04.05.16 у 17⁰⁵ у задовільному стані зі скаргами на

загальну слабкість, нудоту, блювоту їжею, на болі в правому підребер'ї, епігастральній ділянці.

Хворіє протягом 15 днів, пов'язує з дотриманням посту. З 28.04.16 по 04.05.16 лікувалася стаціонарно в терапевтичному відділенні ЦРЛ за місцем проживання. «Д» облік у онколога з приводу раку жовчного міхура, у гастроентеролога з приводу виразкової хвороби ДПК. При поступленні в ЦРЛ- свідомість ясна, шкірні покриви бліді, ЧДР 20 в хвилину, пульс 85 ударів в хвилину, ритмічний, АТ 150/80 мм рт. ст.. Язик сухуватий, обкладений. Живіт м'який, піддутий, різко болючий у епігастральній ділянці, правому та лівому підреберрі. Рентгенографія ОГК 28.04.16 – пневмосклероз, хронічний бронхіт. ФЕГДС (29.04.16) стравохід прохідний, кардія прохідна. Слизова гіперемована в н/3 стравоходу. Шлунок роздутий на 500 мл жовчно-шлунковим вмістом, слизова гіперемована, набрякла. Гіперперистальтика, переважно ретроградна. Пілорус прохідний, відкритий, цибулина ДПК прохідна, слизова гіперемована, набрякла з рештками їжі. Постбульбарний відділ не оглядався. Заключення: рефлекс-гастрит CLA-O, застійна гастропатія. УЗД (04.05.16) Печінка +1,5 см, контур чіткий, підвищена ехогенність паренхіми без вогнищевих змін. Жовчний міхур у вигляді ехо-щільної полоски 78x14мм, що дає суцільну ехо-тінь. Холедох не візуалізується, підшлункова залоза продивляється фрагментарно, селезінка не збільшена, шлунок переповнений. У ділянці нижнього полюсу правої нирки кістозне утворення до 55 мм в діаметрі, миска 14x16мм справа, мікроліти, зліва миска нирки не розширена, мікроліти. Вільної рідини в черевній порожнині та малій мисці не виявлено. Отримала консервативне лікування, виписана з діагнозом загострення хронічного калькульозного холециститу для оперативного лікування. У порядку самозвернення оглянута хірургом військового госпіталю, госпіталізована у хірургічне відділення. Лабораторні дані у виписному епікрізі не приведені.

Об'єктивний статус на момент поступлення у хірургічне відділення (17:05 04.05.16): Загальний стан задовільний. Свідомість ясна. Шкірні покриви чисті, вологі, теплі. Дихання - везикулярне, хрипів нема. Частота дихальних рухів (ЧДР)- 18 на хвилину. Пульс ритмічний 86 ударів на хвилину. Артеріальний тиск (АТ)- 140/80 мм рт. ст.. Язик вологий. Живіт піддутий, симетричний, бере участь у диханні, м'який, незначно болючий в епігастральній ділянці, правому підребер'ї. Симптоми подразнення очеревини не визначаються. Жовчевий міхур не палькується. Перистальтика вислуховується. Гази відходять. Симптом Пастернацького- негативний. Сечовипускання самостійне, вільне. Менопауза. Огляд гінеколога (29.04.16) - гінекологічно здорова. Амбула прямої кишки містить залишки калу.

Діагноз при госпіталізації: Гострий панкреатит?

ФЕГДС (17:00-18:00 04.05.16) – заключення - екзодуоденальна деформація ДПК з явищами повної непрохідності ДПК та гострим розширенням шлунку

(2 літри каламутної рідини). УЗД ОЧП (04.05.16) печінка – контрури чіткі. Жовчні ходи з ущільненими стінками, жовчевий міхур – гіперехогенна смужка, що дає щільну тінь; холедох 6 мм, підшлункова залоза візуалізується фрагментарно; в нижньому пролюсі правої нирки – кістозний утвір 53мм, миска лівої нирки 31x27мм, чашки зліва 9-10мм – гідронефроз зліва.

Назогастральний зонд, консервативна терапія на час дообстеження хворої.

Результати обстеження: Загальний аналіз крові: (04.05.16) НЬ 138 г/л; L $6,5 \times 10^9$ /л (e14 p2 c38 l36 m10); ШОЕ 18 мм/г. Загальний аналіз сечі (05.05.16): солом'яно-жовтого кольору; мутна; кисла; білок - сліди; цукор – нема; L3-5; еритроцити свіжі нема; епітелій 6-7 в полі зору, урати +++++. Біохімічний аналіз крові (04.05.16): білірубін загальний 10,7; прямий 0; АлТ 0,2; АсТ 0,6 мМ/л; цукор 3,4; сечовина 9,0; креатинин 0,099 мМ/л, альфа-амілаза 37,2 г/ч л. Коагулограма (04.05.16): протромбіновий індекс 75%; фібріноген загальний 4,0 г/л. Діастаза сечі (05.05.16) 512 Од. Група крові - А (II) Rh (+) позитивна. ЕКГ (04.05.16): ритм синусовий нерегулярний – 83 на хвилину, суправентрикулярні екстрасистоли. Ретгенографія ОЧП (05.05.16) – вільного газу, рівнів рідини не виявлено; Виконано комп'ютерну томографію органів черевної порожнини (05.05.16)- заключення: «КТ ознаки Тг головки підшлункової залози (цистаденокарцинома?), Тг жовчевого міхура(?), атрезія тіла та хвоста панкреас, гастропатія, аерохолія, множинні кісти обох нирок. Асцит?»

Консервативне лікування протягом 05-06.05.16 – без покращення.

Враховуючи клінічні та дані додаткових обстежень зроблено висновок про наявність у хворої obturacіyноy кишковоy непрохiдностi (вiрогiдне новоутворення). Прийнято рiшення про оперативне втручання пiсля передоперацiйноy пiдготовки. Передоперацiйний дiагноз: “Гостра obturacіyна тонкокишкова непрохiднiсть. Новоутворення (Тг) головки пiдшлунковоy залози.”

З 10:35 до 13:30 07.05.16 виконано операцiю: “Верхньосерединна лапаротомiя, холецистектомiя, висiчення жовчевоy норицi пiлоричного вiддiлу шлунку, ушивання рани шлунку двохранним швом, санацiя та дренажування черевноy порожнини.” Хiд операцiї:”Виконана верхньосерединна лапаротомiя. Ревiзiя: випоту в черевнiй порожнинi немає; жовчевий мiхур в щiльному iнфiльтратi за участю сальника, поперечноy ободовоy кишки та пiлоричного вiддiлу шлунка. Шлунок збiльшений, стiнка гiпертрофована. У пiлоричному вiддiлі палькується щiльне нерухоме стороннє тiло розмiрами до 6-6,5см. Iнфiльтрат роздiлений гострим шляхом. Мiж фiксованим пасмом сальника та жовчевим мiхуром розкрито два бiлямiхурових абсцеси з гнiйним вiстом без запаху. Холецистотомiя, холецистектомiя, пiд час якоy iдентифiковано

жовчево-пілоричну норицю в діаметрі 2,4х3,2 см. Пілоротомія через отвір нориці. З просвіту шлунку видалено два конкременти розмірами 6,5х4,3х2,2 см і 3,5х2,5х2,2 см. Завершальне висічення нориці в межах прилеглої частини стінки шлунка. Двохрядний шов рани шлунка з оментизацією. Контроль зондів: один у шлунку, другий в запілоричному відділі. Санація та дренивання черевної порожнини в правому підребер'ї.”

Макропрепарати: жовчевий міхур 5,5х2,8 см, стінки склерозовані з деструктивно зміненими ділянками, фрагменти рубцевої тканини нориці; два конкременти щільної структури, тверді, розмірами 6,5х4,3х2,2 см та 3,5х2,5х2,2 см.

Гістологічне дослідження: фіброз, рубцева тканина, хронічне запалення, вогнища деструкції.

Зображення конкрементів подається на фотографіях 3 та 4:



Фото3. Конкременти шлунку хворої Л.



Фото4. Конкременти шлунку хворої Л.

Неускладнений післяопераційний перебіг. Годування хворої розпочато з 4^{го} дня через ентеральний зонд. Зонди видалені на 5^й день, дренажі видалені на 4^й день. Загоєння післяопераційної рани первинним стягненням. Шви зняті на 8^й день. Стійке покращення. Призначено пероральний прийом пангролу, дієта №5.

Огляд через 3 місяці. Скарг на органи травної системи немає. Апетит хороший. Випорожнення регулярне. Задовільної вгодованості. Післяопераційні рубці спроможні, не болючі. Лабораторні показники в межах норми. УЗД контроль – ОЧП в межах вікової норми, кіста правої нирки 52мм, двобічна пієлоектазія. Ускладнень хвороби та проведеного лікування не виявлено.

У порядку обговорення відзначимо, що доопераційні методи рентгенологічної діагностики у обох хворих не виявили конкрементів у черевній порожнині (комп'ютерна томографія також). Ендоскопічні дослідження також не виявляли етіологію кишкової непрохідності.

Висновки

1. Жовчні конкременти шлунку, ДПК, тонкої кишки - рідка причина кишкової непрохідності (синдрому Бувере). Доопераційне обстеження часто не виявляє істинну причину непрохідності.

2. Використання сучасних методів обстеження не позбавляє лікаря від труднощів та відповідальності під час прийняття рішення. Діагностична операція не рідко залишається остаточним та найбільш інформативним методом дослідження. Ретельні діагностичні пошуки до операції не гарантують від помилок у складних випадках.

3. Застосування під час операції методичної ретельної ревізії органів черевної порожнини дозволяє вибрати правильну оперативну тактику, уникнути тактичних помилок. Вважаємо доцільним, як і більшість авторів [4, 6, 8, 9], що зупинитись тільки на усуненні безпосередньої причини непрохідності травного каналу без ревізії усього кишківника – шлях до рецидивів непрохідності з причини невиявлення додаткових конкрементів кишківника.

4. Ретельна хірургічна техніка при виконанні оперативних втручань, надійність шва шлунку та ДПК, адекватність дренивання – запорука хороших результатів та одужання хворих при синдромі Бувере. Виконання холецистектомії - обов'язкова вимога при хірургічному лікуванні цих пацієнтів. До лікування таких хворих повинні залучатися самі досвідчені лікарі.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бельский А.В., Ермолаев В.В., Захарова Н.Г., Мышкин К.Й. Внутренние желчные свищи при желчекаменной болезни // Хирургия.- 1978.- №5.-С.-30-32.

2. Цыбырнэ К.А., Попов С.Д., Чалганов А.И. Желчные свищи.- Кишинев: Штиинца, 1983.-С.120-142.

3. Апоян В.Т., Геворкян Л.А. Фитобезоары как причина острой тонкокишечной непроходимости // Хирургия.-1988.- N12.- С.68-70.

4. Волобуев Н.Н., Сегалов В.М., Тихонов К.С. Осложненные безоары желудка и кишечника // Клиническая хирургия.- 1989.-N3.- С.69.

5. Наружные и внутренние свищи. Под ред. Э.Н. Ванцяна //.- М.: Медицина, 1990.- С. 76-132.

6. Шевченко С.И., Сыкал А.С., Муравей Ж.В. Фитобезоары как причина острой непроходимости пищевода // Клиническая хирургия.- 1990.- N10.- С.54-55.

7. Матвийчук Б.О., Биляк С.С. Синдром Бувере // Клінічна хірургія.- 1993.-№6.- С.69.
8. Юлдашев Х.Ю., Насташенко И.Л., Слободяник В.П. Желчнокаменная непроходимость тонкого кишечника //Клінічна хірургія.-1998.- №8.- С. 51-53.
9. Русин В.І., Переста Ю.Ю., Русин А.В., Шніцер Р.І. Гострий холецистит.- Ужгород, - 2001. 248с.
10. Герич Д.І., Герич І.Д., Ващук Вс.В. Синдром Бувере // СУЧАСНІ ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ. -2002.-№3.- С. 62-64.
11. Книгиницький В.Ф., Недбала В.В., Коцар С.М., Ганкоці К.К., Дяк В.М. Випадок синдрому Бувере в умовах хірургічного відділення. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія МЕДИЦИНА.- 2008.- Випуск 33.- С.181-184.
12. Bilo M., Dzupa K. Akutny uzaver pyloru zlcovym kamenom // Rozhl. Chir.-1989.- V.68, N4.-P.С.258-260.
13. Hurlimann R., Enzler M., Binswanger R.O., Meyenberger C. Das Bouveret-Syndrome – eine seltene Gallensteinkom- plikation // Z. Gastroenterol.-1995.-V33, N8.-S.445-448.
14. De Santis G., Pancotti G. Sindrome di Boveret. Presentazione del un caso // Minerva. Chir.-1988.-V.43, N17.-P.1403-1405.
15. Vidal O., Seco J.L., Alvarez A. et el. Sindrome de Bouveret: cinco casos / / revista Esp. Enferme. Dig.-1994.-Vol. 86, N5.-P.839-844

Резюме. *Описываются два случая успешного лечения пожилых пациенток с синдромом Бувере в виде высокой тонкокишечной непроходимости, вызванной жёлчными конкрементами. Особенности клинического течения, трудности диагностики на фоне жёлчнокаменной болезни не способствовали установлению этиологического диагноза до операции, поскольку в клинической картине и в результатах исследований превалировал псевдонеопластичный синдром. Интраоперационное выявление жёлчных конкрементов позволило успешно выполнить оперативное вмешательство. Послеоперационное течение проходило без осложнений. Лечебная тактика привела к улучшению у обеих больных, а вскоре и к их выздоровлению.*

Ключевые слова: *синдром Бувере, жёлчные конкременты тонкой кишки, кишечная непроходимость.*

Summary. *The successful result of surgical treatment of 67 and 80 years old female patients 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 to complete*

correct diagnosis establishment up to surgery. Clinical course in this case before surgery beared a strong resemblance to tumorous intestinal obstruction. Intraoperative detection of two gastro and enterolithes, one of them fair-sized, permits to carry out adequate surgery. Cholecystectomy performing was delayed in the first case and conducted later after 4.5 months. Uncomplicated postsurgical course have taken place. Control examination after 3 month and later finded out amelioration.

Key words: *Buvere's syndrome, intestinal obstruction, nonopaque gallstones.*

УДК 616-001

**ЛЕГКІ ТА ПОМІРНІ КОГНІТИВНІ ПОРУШЕННЯ У ПОРАНЕНИХ АТО:
АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ, ПРОФІЛАКТИКИ Й
ЛІКУВАННЯ НА ЕТАПАХ МЕДИЧНОЇ ЕВАКУАЦІЇ
О.В. Пастушенко, О.В. Тхоревський, О.І. Жовтоношко
Українська військово-медична академія**

Резюме. *У статті представлені дані проведеного дослідження 30 пацієнтів з вогнепальним пошкодженням, яким на етапах медичної евакуації та спеціалізованого лікування проведена рання діагностика та комбіноване лікування когнітивних розладів. Когнітивні порушення (КП) являють собою мультидисциплінарну проблему, у розв'язок якої залучені не тільки неврологи й психіатри, але й реаніматологи та хірурги, що стабілізують вітальні функції на етапах медичної евакуації. У цьому зв'язку саме лікар першого контакту стає основною фігурою у виявленні у поранених КП і проведення заходів щодо її профілактики. Показана ефективність та безпечність проведеного лікування.*

Ключові слова: *етапи медичної евакуації, легкі та помірні когнітивні порушення, діагностика, лікування, ноотропна комбінована терапія.*

Актуальність. Когнітивні функції – КФ (лат. cognitio – пізнання) – вищі мозкові функції: пам'ять, увага, психомоторна координація, мова, гнозис, праксис, рахунок, мислення, орієнтація, планування й контроль вищої психічної діяльності. За допомогою КФ здійснюється процес раціонального пізнання миру й забезпечується цілеспрямована взаємодія з ним: сприйняття, обробка й аналіз інформації; її запам'ятовування й зберігання; обмін інформацією, побудова й здійснення програми дій. Відповідно, під когнітивними порушеннями (КП) розуміється зниження пам'яті, розумової працездатності й інших КП у порівнянні з вихідним рівнем (індивідуальною нормою) [1].