

Рощін Г.Г.¹, Тутченко М.І.², Іскра Н.І.¹, Рудик Д.В.²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

Окремі діагностичні та лікувальні аспекти синдрому Бувере

Резюме. Актуальність. Проведено аналіз діагностики та лікування хворих зі спайковою хворобою. У 7 зі 188 оперованих пацієнтів спостерігався синдром Бувере, що був діагностований до оперативного втручання лише в одному випадку. **Метою** дослідження було визначення можливості проведення міні-інвазивних лапароскопічних і лапароскопічно асистованих втручань у хворих із гострою кишковою непрохідністю (ГКН) на тлі жовчнокам'яного ілеусу. **Матеріали та методи.** Було обстежено 188 хворих (чоловіки та жінки віком від 49 до 89 років), госпіталізованих в ургентному порядку з кишковою непрохідністю, які перебували на лікуванні в стаціонарі хірургічного відділення № 1 Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги впродовж 2006–2016 рр. Результати проведеного лікування показали, що в ургентній ситуації, якою, безумовно, є наявність ГКН, що обумовлена виходом конкременту в просвіт кишки, обсяг оперативного втручання має бути мінімальним і спрямованим на ліквідацію кишкової непрохідності — видалення конкременту шляхом ентеротомії. **Висновки.** Аналіз діагностичних аспектів показав, що хворим із ГКН доцільно включити до протоколу обстеження проведення ультразвукового дослідження з метою виявлення змін у жовчному міхурі, оцінки характеру його вмісту та ознак ГКН.

Ключові слова: синдром Бувере; гостра кишкова непрохідність; спайкова непрохідність; лапароскопія

Вступ

Жовчнокам'яний ілеус вважається рідкісною причиною гострої кишкової непрохідності (ГКН), що становить від 1 до 4 % від усіх випадків механічної кишкової обструкції, і він виникає тоді, коли жовчні конкременти проходять крізь сформовану холецистодуоденальну або холедоходуоденальну норицю в гастроінтестинальний тракт, викликаючи кишкову обструкцію [1, 2, 4, 6, 10]. Синдром Бувере частіше спостерігається в жінок похилого віку з наявністю супутньої патології [3]. Діагностика цієї патології досить складна, і в 50 % випадків діагноз встановлюється інтраопераційно [4, 8], а летальність сягає 30 % [7].

Хірургічне лікування залишається основним методом, адже дозволяє ліквідувати гостру кишкову непрохідність та в деяких випадках і саму норицю. На сьогодні існує три можливі варіанти оперативного втручання, що передбачають: ентеролітоекстракцію без втручання на жовчовивідних шляхах; ентеролітотомію з одномоментною холецистекто-

мією та корекцією нориці; ентеролітотомію з відтермінованим втручанням на жовчних шляхах. Доцільність одномоментного втручання в цієї категорії хворих є дискусійною, адже виникнення рецидиву жовчнокам'яної хвороби (ЖКХ) не перевищує 5–9 % випадків, а клінічні прояви, що вимагають повторного оперативного втручання, з'являються тільки в 10 % хворих, що перенесли ентеролітотомію [9]. У хворих, які перенесли тільки ентеролітотомію, спостерігається спонтанне закриття нориці в 50 % випадків [5].

Мета дослідження: визначити можливість проведення міні-інвазивних лапароскопічних та лапароскопічно асистованих втручань у хворих із ГКН на тлі жовчнокам'яного ілеусу.

Матеріали та методи

Результати базуються на даних комплексного спостереження, проведеного на базі Київської міської клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КМКЛ ШМД), та архівних даних протягом 2006–2016 рр.

Для реалізації мети нами було обстежено 188 хворих (чоловіки та жінки віком від 49 до 89 років), госпіталізованих в ургентному порядку з кишковою непрохідністю, які перебували на лікуванні в стаціонарі хірургічного відділення № 1 КМКЛ ШМД.

Клінічне обстеження хворого складалось із загальних та спеціальних досліджень. Нами проводилися ретельний збір анамнезу захворювання, об'єктивне обстеження пацієнта (щоденна оцінка загального стану, скарг, даних перкусії та аускультатії легенів та серця, пальпація органів черевної порожнини). У всіх хворих виконували лабораторні дослідження крові, сечі та калу, проведено оглядову рентгенографію та ультразвукову діагностику органів черевної порожнини.

З даних анамнезу, тривалість патологічного процесу в черевній порожнині до 1 доби мали 76 хворих. Вдруге лікувались із приводу спайкової хвороби 98 хворих. У 80 % хворих мала місце висока кишкова непрохідність. ЖКХ діагностовано в 54 хворих.

Залежно від виду оперативного лікування усіх хворих було поділено на три групи: до 1-ї (контрольної) групи увійшли 168 хворих, оперованих із середньо-серединного доступу; до 2-ї — 14, у яких

оперативне втручання проводилось лапароскопічно; до 3-ї — 16, яким здійснювали лапароскопічно асистоване оперативне втручання.

Результати та обговорення

Проведення оперативного лікування в 168 хворих із середньо-серединного доступу було обумовлено технічними особливостями, наявністю спайкової хвороби, що вже лікувалась оперативно, та соматичною патологією, яка відмічалась у пацієнтів. У 5 із 14 хворих, оперованих лапароскопічно, та у 2 із 16 пацієнтів, оперованих лапароскопічно асистовано, мав місце синдром Бувере.

Так, зі 188 хворих синдром Бувере був установлений у 7 пацієнтів. Усі хворі були жіночої статі віком від 56 до 89 років. Вони мали діагностовану ЖКХ понад 10 років. Дві пацієнтки жодного разу не лікувались із приводу больового синдрому, зумовленого даною патологією. Діагноз «синдром Бувере» доопераційно встановлено тільки в одного хворого. У 5 пацієнтів діагностовано гострий панкреатит, в одного — ГКН і ще в одного — абдомінальний ішемічний синдром.

При оглядовій рентгенографії органів черевної порожнини в усіх хворих були виявлені чаші Клойбера. При проведенні ультразвукової діагностики

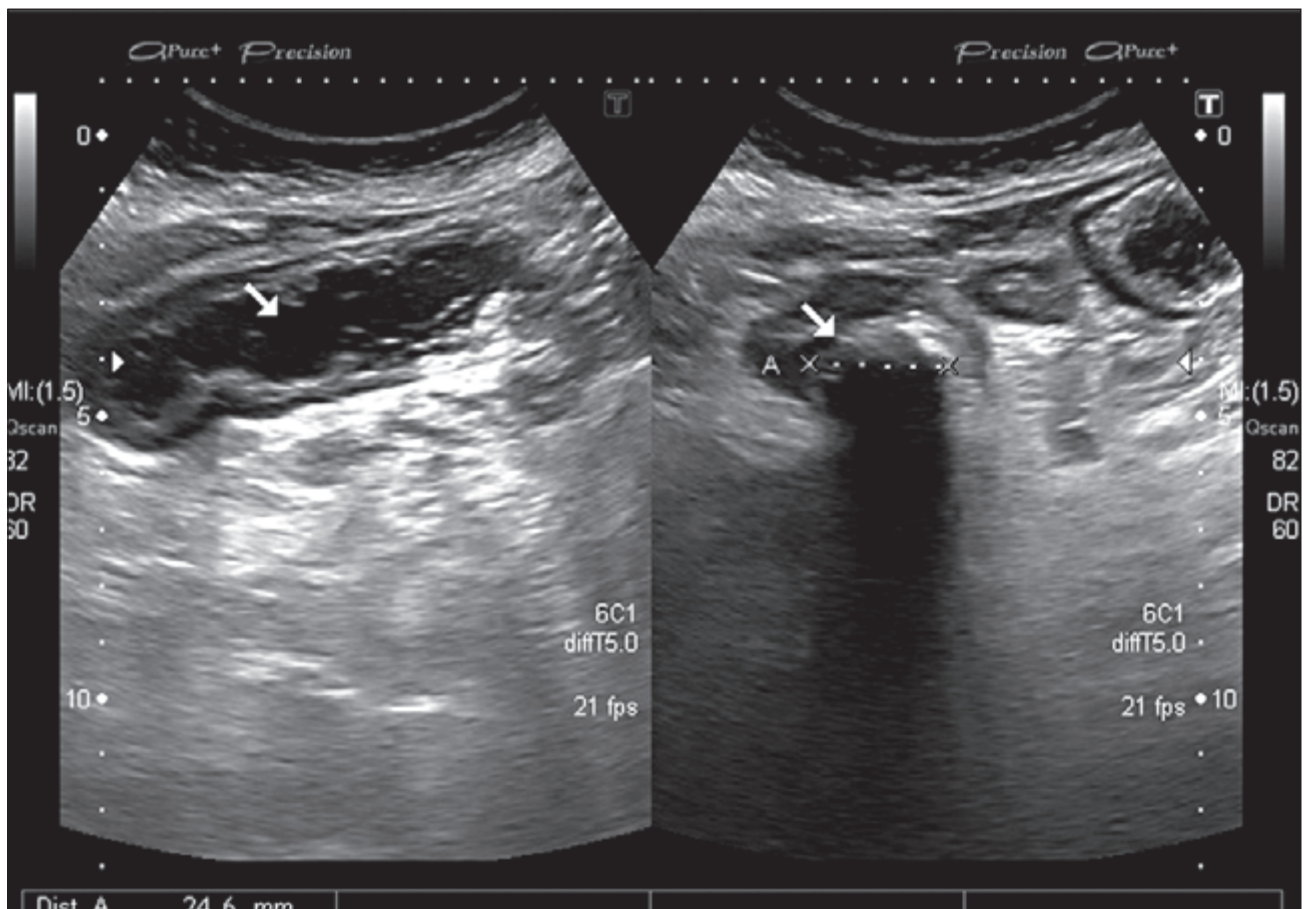


Рисунок 1. Ехограма структури з акустичною тінню (конкремент) у просвіті тонкої кишки. Над перепонуою візуалізується дилатована тонка кишка

ознаки кишкової непрохідності було виявлено в усіх хворих, що проявлялось дилатацією петель тонкого кишечника з наявністю патологічної маятникоподібної перистальтики, потовщенням кишкової стінки та складок Керкринга, наявністю вільної рідини в черевній порожнині. В одному випадку візуалізація конкременту в просвіті кишки дала можливість встановити етіологічний чинник захворювання (рис. 1).

У 5 (71,4 %) із 7 хворих після безуспішної консервативної терапії для з'ясування діагнозу виконувалась лапароскопія. Після з'ясування причини ГКН та визначення локалізації перепони лапароскопія переходила в лікувальний етап, що передбачав лапароскопічне або лапароскопічно асистоване оперативне втручання, спрямоване на ліквідацію кишкової непрохідності. Так, лапароскопічна корекція ГКН проведена в 3 хворих і полягала в перетисканні кишки на 5–7 см вище місця обтурації, ентеротомії, видаленні конкременту, зашиванні ентеротомного дефекту та санації черевної порожнини. При вираженому ентеростазі та дилатації тонкої кишки до 4–5 см, що було виявлено у 2 випадках, виконана лапароскопічно асистована корекція. Проведення зонду за зв'язку Трейца дозволило виконати аспірацію вмісту тонкої кишки з подальшими ентеротомією, літоекстракцією та ентерорафією. Ще у 2 випадках після діагностичної лапароскопії було виконано конверсію: в одному випадку у зв'язку з наявністю деструктивних змін жовчного міхура та необхідності проведення холецистектомії з ліквідацією нориці, а в іншому — у зв'язку з вираженою дилатацією всього тонкого кишечника, що унеможливило адекватну візуалізацію та, відповідно, ревізію черевної порожнини. Ще 2 хворим (81 та 89 років), які мали протипоказання до лапароскопічного втручання внаслідок серцевої недостатності (низька фракція серцевого викиду), проведено оперативне втручання під епідуральною анестезією лапаротомним доступом. Обсяг оперативного втручання передбачав ентеротомію, літоекстракцію з накладанням швів на ентеротомний розріз.

У 6 із вищезазначених випадків розширення оперативного втручання з метою ліквідації білідигестивної нориці та проведення холецистектомії ми не виконували, оскільки випадків наявності деструктивного холециститу, перфорації кишки конкрементом та наявності холангіту не було.

Висновки

1. У літніх хворих жіночої статі з ЖКХ та наявністю абдомінального болю, нудотою та блюванням має бути передбачена вірогідність жовчнокам'яного ілеусу.

2. У діагностично-лікувальний алгоритм хворим із ГКН доцільно включити проведення ультразвукового дослідження з метою виявлення змін у жовчно-

му міхурі, оцінити характер його вмісту та ознаки гострої кишкової непрохідності.

3. Лапароскопія в діагностиці синдрому Бувере дозволяє встановити правильний діагноз у 71,4 % випадків.

4. Лапароскопічна та лапароскопічно асистована корекція гострої обтураційної непрохідності, зумовленої жовчним конкрементом, є ефективним методом лікування цієї категорії пацієнтів.

5. В ургентній ситуації, якою, безумовно, є наявність ГКН, обумовленої виходом конкременту в просвіт кишки, обсяг оперативного втручання має бути мінімальним і спрямованим на ліквідацію кишкової непрохідності — видалення конкременту шляхом ентеротомії.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів при підготовці даної статті.

Список літератури

1. Artioli G. Gallstone ileus: literature review / Artioli G., Muri M., Praticò F.E. et al. // *Acta Biomed.* — 2016. — № 3. — P. 40-44.
2. Brezean I. Gallstone ileus: analysis of eight cases and review of the literature / Brezean I., Aldoescu S., Catrina E. et al. // *Chirurgia (Bucur).* — 2010. — № 105(3). — P. 355-359.
3. Bonam Ramiet et al. Bouveret's Syndrome with severe Esophagitis and a Purulent Fistula // *ACG Case Rep J.* — 2014. — № 1. — P. 158-160.
4. Černá M. Coincidence of colonic lymphoma and gallstone ileus — case report / Černá M., Opatrný V., Nosek J. et al. // *Rozhl. Chir.* — 2016. — № 95(9). — P. 377-382.
5. Clavien P.A. et al. Gallstone ileus // *Br. J. Surg.* — 1990. — № 77. — P. 737-742.
6. Englert Z.P. Bouveret syndrome: gallstone ileus of the duodenum / Englert Z.P., Love K., Marilley M.D. et al. // *Surg. Laparosc. Endosc. Percutan. Tech.* — 2012. — № 22(5). — P. 301-303.
7. Nickel F. et al. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of the literature and development of surgical treatment strategy // *BMS Surg.* — 2013. — № 13. — P. 7.
8. Nuco-Guzman Carlos M. et al. Gallstone Ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction // *World J. Gastrointest. Surg.* — 2010. — № 2(5). — P. 172-176.
9. Ripposes T. et al. Gallstone Ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound // *Abdomen Imaging.* — 2001. — № 26. — P. 401-405.
10. Sahsamani G. Bowel obstruction and perforation due to a large gallstone. A case report / Sahsamani G., Maltezos K., Dimas P. et al. // *Int. J. Surg. Case Rep.* — 2016. — № 26. — P. 193-196.

Отримано 02.10.2017 ■

Рошин Г.Г.¹, Тутченко М.И.², Искра Н.И.¹, Рудик Д.В.²

¹Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, г. Киев, Украина

²Национальный медицинский университет имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина

Отдельные диагностические и лечебные аспекты синдрома Бувере

Резюме. Актуальность. Проведен анализ диагностики и лечения больных со спаечной болезнью. У 7 из 188 прооперированных пациентов наблюдался синдром Бувере, который был диагностирован до оперативного вмешательства только в одном случае. **Целью** исследования было определение возможности проведения мини-инвазивных лапароскопических и лапароскопически ассистированных вмешательств у больных с острой кишечной непроходимостью (ОКН) на фоне желчнокаменного илеуса. **Материалы и методы.** Было обследовано 188 больных (мужчины и женщины в возрасте от 49 до 89 лет), госпитализированных в ургентном порядке с кишечной непроходимостью, которые находились на лечении в стационаре хирургического отделения № 1 Киевской городской клинической больницы

скорой медицинской помощи на протяжении 2006–2016 гг. Результаты проведенного лечения показали, что в ургентной ситуации, которой, безусловно, является ОКН, обусловленная выходом конкремента в просвет кишки, объем оперативного вмешательства должен быть минимальным и направленным на лечение и ликвидацию кишечной непроходимости — удаление конкремента путем энтеротомии. **Выводы.** Анализ диагностических аспектов показал, что больным с ОКН целесообразно включить в протокол обследования проведение ультразвукового исследования с целью выявления изменений в желчном пузыре, оценки характера его содержимого и признаков ОКН.

Ключевые слова: синдром Бувере; острая кишечная непроходимость; спаечная непроходимость; лапароскопия

G.G. Roschyn¹, M.I. Tutchenko², N.I. Iskra¹, D.V. Rudyk²

¹Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv, Ukraine

²Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

Some diagnostic and therapeutic aspects of Bouveret syndrome

Abstract. Background. The analysis of the diagnosis and treatment of patients with adhesive disease is carried out. Seven out of 188 operated patients had Bouveret syndrome which was diagnosed before the surgery only in one case. The purpose was to determine the possibility of minimally invasive laparoscopic and laparoscopic-assisted interventions in patients with acute intestinal obstruction (AIO) on the background of gallstone ileus. **Materials and methods.** 188 patients (men and women aged 49 to 89 years) were urgently hospitalized with intestinal obstruction and were treated at the in-patient surgical department N 1 of the Kyiv Municipal Clinical Emergency Hospital during 2006–2016. **Re-**

sults. Treatment outcomes showed that in an urgent situation, which is definitely the presence of AIO, due to the release of concrete in the lumen of the gut, the volume of surgical intervention should be minimal and aimed at eliminating intestinal obstruction — removal of stone by enterotomy. **Conclusions.** The analysis of diagnostic aspects has shown that it is expedient to include patients with AIO in the protocol for conducting ultrasound examination in order to detect changes in the gallbladder, to assess the nature of its contents and signs of AIO.

Keywords: Bouveret syndrome; acute intestinal obstruction; adhesive obstruction; laparoscopy