

УДК 616.366-003.7-02:616.334|.342-007.272-036.1]-07-089
DOI 10.24144/1998-6475.2021.51.63-68

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ СИНДРОМУ БУВЕРЕ

Павук Ф.М.

ДВНЗ «Ужгородський національний університет», м. Ужгород

Резюме. *Вступ.* Одним із ускладнень білідигестивних нориць у пацієнтів із жовчнокам'яною хворобою є синдром Бувере (СБ) – гостра кишкова непрохідність, викликана обтурацією конкрементом просвіту шлунка, тонкої або товстої кишки. Частота, з якою трапляється СБ, становить близько 0,25–6%. *Мета дослідження.* Для покращення результатів лікування синдрому Бувере провести порівняльний аналіз результатів діагностики і лікування пацієнтів з цією патологією. *Матеріали та методи.* Гостру обтураційну жовчнокам'яну кишкову непрохідність діагностовано у 10 (4,7 %) хворих із 212 пацієнтів із внутрішніми біларними норицями, пролікованих у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні імені Андрія Новака за 20 років. *Результати досліджень.* Усім пацієнтам із гострою кишковою непрохідністю під час операції виконували ретельну ревізію і пальпацію усіх відділів шлунково-кишкового тракту на предмет конкрементів, що обтурають просвіт. Хірургічне лікування синдрому Бувере включало декілька етапів. Перший етап – відновлення прохідності травного тракту, для чого виконували гастродуоденотомію з видаленням конкременту або ентеротомію з видаленням конкременту і зашиванням стінки кишки в поперечному напрямку по відношенню до її осі. Другим етапом ліквідовували білідигестивну норицю. Двом пацієнтам при товстокишковій непрохідності після відновлення пасажу травного тракту в зв'язку з візуальними ознаками гострого холециститу виконали симультанну холецистектомію (третій етап) із зашиванням норицевого отвору товстої кишки.

Висновки. Гостра обтураційна жовчнокам'яна кишкова непрохідність діагностована у 4 % хворих зі спонтанними біларними норицями. Тільки пілородуоденальну непрохідність можливо діагностувати у 100% випадків при гастродуоденоскопії. Рентгененологічними показниками товстокишкової та нижньої тонкокишкової обтураційної непрохідності є відповідні їм рівні рідини в просвіті кишки. При хірургічному лікуванні жовчнокам'яної обтураційної кишкової непрохідності основними завданнями хірурга є відновлення пасажу по кишці та ліквідація спонтанної нориці для профілактики холангіту. Холецистектомія при обтураційній непрохідності виконується тільки за наявності гострого холециститу, або конкрементів у жовчному міхурі.

Ключові слова: синдром Бувере (СБ), гостра жовчнокам'яна кишкова непрохідність, спонтанні внутрішні біліарні нориці.

Diagnosis and treatment of bouvere syndrome

Pavuk F.M.

Abstract. *Introduction.* One of the complications of biliodigestive fistulas in patients with gallstone disease is Bouvere syndrome (BS) – acute intestinal obstruction caused by obstruction of the lumen of the stomach, small or large intestine. The frequency with which BS occurs is about 0.25-6%. *Aim of the study.* To improve the results of treatment of Bouvere syndrome to conduct a comparative analysis of the results of diagnosis and treatment of patients with this pathology. *Materials and methods.* Acute obstructive gallstone obstruction was diagnosed in 10 (4.7%) patients out of 212 patients with internal biliary fistulas treated at the surgical clinic of the Transcarpathian Regional Clinical Hospital named after Andriy Novak for 20 years. *Research results and their discussion.* All patients with acute intestinal obstruction during the operation underwent a thorough audit and palpation of all parts of the gastrointestinal tract for stones obstructing the lumen. Surgical treatment of Bouvere syndrome included several stages. The first stage - the restoration of patency of the digestive tract, for which performed gastroduodenotomy with removal of the calculus or enterotomy with removal of the calculus and suturing of the intestinal wall in the transverse direction relative to its axis. The second stage eliminated the biliodigestive fistula. Two patients with colonic obstruction after restoration of the gastrointestinal tract due to visual signs of acute cholecystitis underwent simultaneous cholecystectomy (third stage) with suturing of the fistula of the colon.



Conclusions. Acute obstructive gallstone intestinal obstruction was diagnosed in 4% of patients with spontaneous biliary fistulas. Only pyloroduodenal obstruction can be diagnosed in 100% of cases with gastroduodenoscopy. X-ray indicators of colonic and lower small intestinal obstruction are the corresponding fluid levels in the intestinal lumen. In the surgical treatment of gallstones obstructive intestinal obstruction, the main tasks of the surgeon are to restore the passage through the intestine and the elimination of spontaneous fistula to prevent cholangitis. Cholecystectomy for obstructive obstruction is performed only in the presence of acute cholecystitis, or stones in the gallbladder.

Key words: Bouvere syndrome (BS), acute gallstone obstruction, spontaneous internal biliary fistula.

Вступ

Біліодигестивні нориці є ускладненням жовчнокам'яної хвороби, які трапляються у 0,25–6% пацієнтів. Одним із ускладнень спонтанних внутрішніх біліарних нориць є синдром Бувере (СБ) або біліарний ілеус – гостра жовчнокам'яна кишкова непрохідність, викликана obturaцією просвіту шлунково-кишкового тракту конкрементом. СБ спостерігається менш ніж у 5% випадків ускладнень жовчнокам'яної хвороби [1, 4].

Біліарний ілеус найчастіше трапляється при нориці між жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою (60%); товстою кишкою (17%); шлунком (5%); між холедохом і дванадцятипалою кишкою (5%) [7, 8].

Жовчнокам'яна кишкова непрохідність відрізняється нетиповими клінічними проявами, буває високою та низькою, тонкокишковою та товстокишковою, часто носить інтермітуючий характер. Дані інструментальних методів дослідження зазвичай малоінформативні, що призводить до неправильної діагностики і запізненого операційного лікування. Крім того, труднощі діагностики зумовлені прихованою клінічною симптоматикою (похилий вік), відсутністю, як правило, жовчнокам'яного анамнезу, низькою ефективністю традиційних методів досліджень, недостатньою обізнаністю хірургів про клінічні прояви щодо цієї рідкісної причини кишкової непрохідності.

До теперішнього часу не вироблена єдина загальноприйнята тактика щодо алгоритму діагностики та хірургічної корекції зазначеного стану, чим можуть бути обумовлені дотепер незадовільні результати лікування [6]. Об'єм оперативних втручань при синдромі Бувере залишається предметом триваючої наукової дискусії, в плані необхідності першочерговості ліквідації біліодигестивної нориці, або холецистектомії після ліквідації явищ гострої кишкової непрохідності.

Мета дослідження

Для покращення результатів лікування синдрому Бувере провести порівняльний аналіз результатів діагностики і лікування пацієнтів із цією патологією.

Матеріали та методи

Гостру obturaційну жовчнокам'яну кишкову непрохідність діагностували у 10 (4,7 %) хворих із 212 пацієнтів із внутрішніми біліарними норицями, пролікованих у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні ім. Андрія Новака за 20 років. Пілорoduodenальну (високу) кишкову непрохідність виявлено у чотирьох пацієнтів (1,8%) з холецистогастральними норицями. У чотирьох пацієнтів (1,8%) низька тонкокишкова непрохідність викликана холецистoduodenальними норицями. У двох хворих (0,9%) товстокишкову непрохідність зумовили холецисто-товстокишкові нориці (табл. 1).

Таблиця 1

Тип біліарної нориці, клінічні форми непрохідності та використані інструментальні методи діагностики

Локалізація конкремента	Тип біліарної нориці	№ %	Клінічні ознаки	Метод діагностики
Камінь в препілоричній зоні	Холецисто-гастральна нориця	4 (1,8%)	Пілорoduodenальна (висока) непрохідність	ФГДС, Рентгенографія, УЗД
Камінь в тонкій кишці	Холецисто-дуоденальна нориця	4 (1,8%)	Низька тонкокишкова непрохідність	Рентгенографія, УЗД
Камінь в товстій кишці	Холецисто-товстокишкова нориця	2 (0,9%)	Товстокишкова непрохідність + гострий холецистит	Рентгенографія, УЗД

У чотирьох хворих “висока” пілородуоденальна непрохідність проявлялася нудотою і неприборкуваним блюванням застійним шлунковим вмістом, інтенсивними переймоподібними болями в епігастрії. В решті випадків клінічні прояви характеризувались переймоподібним болем навколо пупка, здуттям живота, затримкою відходження калу і газів. Кишкова непрохідність у цих пацієнтів була першим симптомом спонтанної внутрішньої біліарної нориці. До того в жодного з цих хворих анамнестично не було виявлено ознак жовчнокам’яної чи виразкової хвороби.

У двох хворих ознаки товстокишкової непрохідності поєднувались із симптомами вперше виявленого гострого холецистити.

Результати досліджень

При рентгенографії черевної порожнини для пілородуоденальної непрохідності характерна наявність рівня рідини в шлунку. При

низькій тонкокишкової непрохідності виявляли чаші Клойбера (висота > ширина), тонкокишкові арки з поперечною складчастістю (складки Керкрінга), горизонтальні рівні рідини. При товстокишкової – чаші Клойбера (висота < ширина). У одної хворої з інтермітуючою клінікою низької тонкокишкової непрохідності для визначення рівня обтурації виконали рентгенконтрастну рентгеноскопію черевної порожнини з використанням водної суспензії барію сульфата – виявлено контрастування загальної жовчної протоки (рис. 1 АБ).

При проведенні ультрасонографічного обстеження виявляли зворотно-поступальні рухи хімусу; потовщення стінки тонкої кишки і збільшення висоти Керкрінгових складок; збільшення відстані між Керкрінговими складками; гіперпневматоз і дилатацію привідного відділу кишечника; аеробілію – у 70% пацієнтів; білідигестивну норицю – у 50% пацієнтів (рис. 2 АБ).

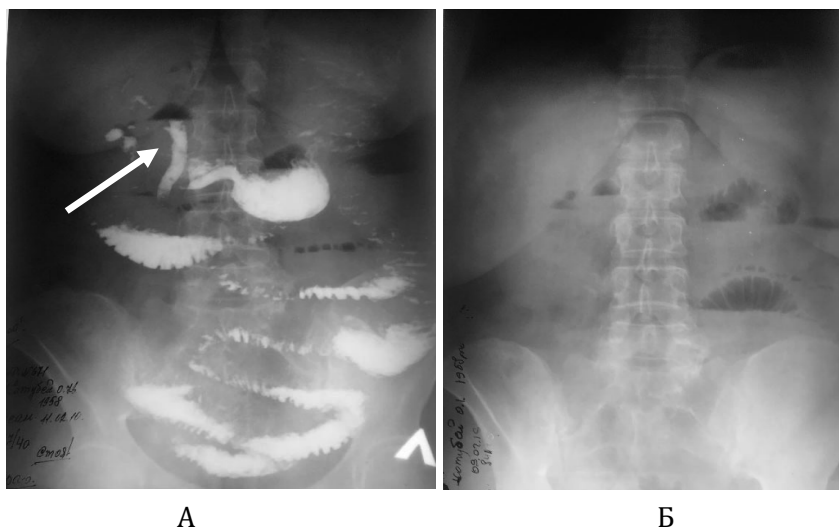


Рис. 1. А, Б. А – на рентгенконтрастній рентгеноскопії пацієнтки М. візуалізовано закидування контрасту в загальну жовчну протоку (вказано стрілкою); Б – на оглядовій рентгенографії візуалізовано різні рівні рідини.

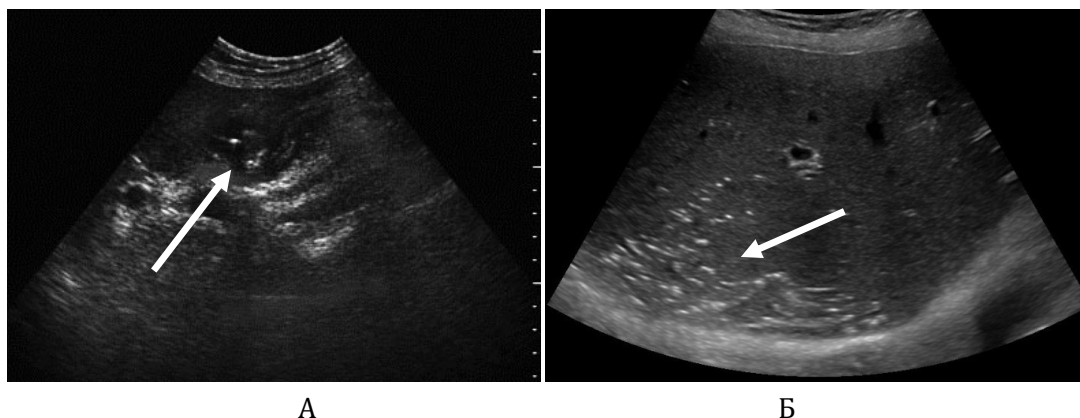


Рис. 2. Ультрасонографія пацієнтки М. А – адгезія жовчного міхура до дванадцятипалої кишки, в місці адгезії візуалізується стоншення стінок жовчного міхура та дванадцятипалої кишки, часткові дефекти (вказано стрілкою); Б – аеробілія.



Фіброгастродуоденоскопію виконували тільки у випадку високої пілородуоденальної непрохідності. До едоскопічних ознак синдрому Бувере включали: візуалізацію конкременту або отвору норицевого ходу, наявність застійних харчових мас, жовчі.

Усім пацієнтам із гострою кишковою непрохідністю під час операції виконували ретельну ревізію і пальпацію усіх відділів шлунково-кишкового тракту на предмет конкрементів, що обтурують просвіт. Хірургічне лікування синдрому Бувере включало декілька етапів.

Перший етап – відновлення прохідності травного тракту:

1) гастродуоденотомія з видаленням конкременту;

2) ентеротомія з видаленням конкременту і зашиванням стінки кишки в поперечному напрямку по відношенню до її осі (рис. 3 АБ).

У двох випадках виконали сигмостомію з видаленням конкременту.

Другим етапом ліквідовували білідигестивну норицю. Так при пілородуоденальній локалізації виконували висічення норицевого ходу і закриття дефекту стінки шлунка або дванадцятипалої кишки по типу пілоропластики за Джадом.

При низькій тонкокишкової непрохідності, у зв'язку з тим, що жовчний міхур був деформованим, зморщеним, то норицю ліквідовували шляхом її перев'язування та пересічення. Холецистектомію в цій групі пацієнтів не виконували.

У двох пацієнтів із товстокишковою непрохідністю після відновлення прохідності кишки у зв'язку з візуальними ознаками гострого холециститу виконали симультанну холецистектомію із зашиванням норицевого отвору товстої кишки.



А

Б

Рис. 3. А, Б. А – гастродуоденотомія. Б – ентеротомія з видаленням конкременту.

У всіх випадках хворим виконано два етапи оперативних втручань, тобто одночасно ліквідовували і кишкову непрохідність і білідигестивну норицю. У двох хворих із холецисто-товстокишковими норицями і клінікою гострого холециститу виконувався і третій етап – холецистектомія.

У післяопераційному періоді померла одна пацієнтка із синдромом Бувере та явищами низької тонкокишкової непрохідності. Хворій була виконана ентеротомія над защемленим конкрементом, у зоні обтурації тонкої кишки на рівні 60 см від ілеоцекального кута. Через три доби хвора оперована повторно з приводу неспроможності швів ентеротомного розрізу. Виконана резекція відділу тонкої кишки з анастомозом бік у бік. На фоні прогресуючої серцево-легеневої недостатності на 7 добу констатовано смерть.

Тому, на наш погляд, ентеротомію слід виконувати високо (20–30 см нижче зв'язки Трейца) пересуваючи конкремент із місця защемлення у більш «високі» відділи до порожньої кишки.

За даними деяких авторів під час рентгенологічного дослідження пацієнтів із СБ виявляється тріада або тетрада Ріглера, що дозволяє встановити факт наявності білідигестивних нориць. Тріада Ріглера включає в себе: ознаки повної або часткової непрохідності шлунково-кишкового тракту, наявність повітря або контрастної речовини в жовчному міхурі і / або жовчних протоках, і знаходження жовчних каменів в нетиповому місці. Додатковим симптомом, при тетраді Ріглера, є підтверджене рентгенологічним дослідженням у динаміці переміщення жовчних конкрементів [5, 8].

При ультразвуковому дослідженні (УЗД) запідозрити наявність внутрішніх жовчних нориць можливо при відсутності візуалізації або зменшеному в розмірах, неправильній формі жовчному міхурі, атиповому розташуванні жовчних конкрементів, аеробілії.

У діагностиці синдрому Бувере і кишкової непрохідності жовчнокам'яного генезу патогномонічним УЗД симптомом є "зникнення" тіні жовчного конкремента з ділянки проекції жовчного міхура і виявлення його в інших ділянках черевної порожнини на фоні ознак непрохідності. Наявність акустичної тіні в черевній порожнині, що діагностується на фоні ілеусу дозволяє віддиференціювати жовчний конкремент від пухлини [5]. Однак УЗД не є основним методом верифікації цієї патології [2].

Найбільш ефективним методом діагностики холецисто-пілородуоденальних нориць при СБ на сьогодні є фіброгастродуоденоскопія. Вже під час гастродуоденоскопії, можна побачити отвір норицевого ходу або конкремент, що викликав синдром Бувере, але лише в тій ситуації, якщо це висока тонкокишкова непрохідність і стан хворого не є протипоказом до проведення даної діагностичної маніпуляції. Ефективність діагностики синдрому Бувере (високої «пілородуоденальної непрохідності») з допомогою ФГДС складає 100%. До непрямих ендоскопічних ознаках, які трапляються при цій патології, відносяться: наявність застійних харчових мас, набряк слизової і гострі виразки в зоні норицевого ходу.

При лікуванні жовчнокам'яного ілеусу, або синдрому Бувере постає питання про об'єм оперативного втручання. Чи достатньо ліквідувати непрохідність і цим закінчити операцію, чи потрібно одразу ліквідувати і біліодигестивну норицю, яка призвела до потрапляння конкременту в просвіт шлунково-кишкового тракту, яка в свою чергу є джерелом холангіту?

Прихильники першої точки зору вважають, що при гострій жовчнокам'яній пілородуоденальній непрохідності операцію необхідно обмежити тільки виконанням ентеротомією з літоекстракцією. Ця думка ґрунтується на тому, що загальний стан хворих із жовчнокам'яної непрохідністю не потребує розширення об'єму втручання і ліквідацію нориці можна відтермінувати [6, 8].

Прихильники більш радикального втручання в обсязі одночасної ентеротомії та літоекстракції, поділу холецисто-пілородуоденальної нориці і холецистектомії, з дрениванням жовчних проток вважають, що така операція дозволяє не лише усунути явища непрохідності в зоні воротаря і дванадцятипалої кишки, а й позбавити хворого від холангіту й інфікування внутрішньопечінкових жовчних проток [5].

Їхня думка ґрунтується на тому, що приблизно у 5–10% хворих після ентеротомії з літоекстракцією можливі повторні явища жовчнокам'яної непрохідності й у 10–12% пацієнтів рецидивують явища гострого холециститу і холангіту [3].

За даними авторів у деяких випадках жовчні камені вільно евакуюються кишечником, проте камені великого розміру, як правило, обтурають просвіт кишки. Водночас клінічні симптоми порушення пасажу зі шлунка і дванадцятипалої кишки нарастають поступово, що можна пояснити не одномоментною міграцією каменю з жовчного міхура в просвіт кишечника [8].

При виконанні як одно-, так і двоетапної операції при видаленні конкремента слід проводити ретельну інтраопераційну пальпацію всіх відділів кишкової трубки на предмет інших конкрементів у кишці.

Висновки

1. Гостра обтураційна жовчнокам'яна кишкова непрохідність діагностована у 4 % хворих зі спонтанними біліарними норицями.
2. Тільки пілородуоденальну непрохідність можливо діагностувати у 100% випадків при гастродуоденоскопії.
3. Рентгенологічними показниками товстокишкової та нижньої тонкокишкової обтураційної непрохідності є відповідні їм рівні рідини в просвіті кишки.
4. При хірургічному лікуванні жовчнокам'яної обтураційної непрохідності основним завданням хірурга є відновлення пасажу по кишці та ліквідація спонтанної нориці для профілактики холангіту.
5. Холецистектомія при обструкційній непрохідності виконується тільки при наявності гострого холециститу, або конкрементів у жовчному міхурі.



ЛІТЕРАТУРА

1. Hernández Garcés H.R. Bouveret Syndrome. First case diagnosed in Santa Maria del Socorro, Ica, Peru / H. Hernández Garcés, Y. Andrain Sierra, J. del Rio-Mendoza et al. // *Revista de Gastroenterología del Peru: Organo Oficial de la Sociedad de Gastroenterología del Peru*. 2014. №34(1). P. 69–72.
2. Arya S.V. A rare presentation of gastric outlet obstruction (GOO). The Bouveret's syndrome / S. Guha, M. Kuppuswamy, J. G. Chaggar et al. // *Annals of Medicine and Surgery*. 2015. № 4. P. 67–71.
3. Sharma D., Carcinoma gall bladder with Bouveret's syndrome: A rare cause of gastric outlet obstruction / D. Sharma, A. Jakhetia, L. Agarwal, et al. // *The Indian Journal of Surgery*. 2010. № 72 (4). P. 350–351.
4. Алиджанов Ф.Б. Хирургическое лечение больных с синдромом Бувере / Ф.Б. Алиджанов, С.О. Тилемисов, А.Б. Курбонов, Р.О. Тилемисов // *Вестник экстренной медицины*. 2018. №3. С. 60–62.
5. Бебуришвили А.Г. Диагностика и лечение синдрома Бувере (обзор литературы) / А.Г. Бебуришвили, С.И. Панин, А.В. Пузикова // *Вестник ВолГМУ*. 2019. №3(71). С. 9–3.
6. Белобородов В.А. Желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость / В.А. Белобородов, Е.А. Кельчевская, Е.Г. Дертышников, И.И. Гилева // *Сибирский медицинский журнал (Иркутск)*. 2015. №135(4). С. 92–95.
7. Файзиев З.Ш. Редкий случай хирургического лечения пациентки с синдромом Bouveret / З.Ш. Файзиев, Т.Г. Гульмурадов, Е.Л. Калмыков и др. // *Новости хирургии*. 2016. №5. С. 508–512.
8. Дейкало І.М. Синдром Бувере / І.М. Дейкало, Д.В. Осадчук, О.І. Карел та ін. // *Клінічна хірургія*. 2017. №12. С. 78–79.

REFERENCES

1. Hernández Garcés H. G., del Rio-Mendoza, J. R., & Moutary I. (2014). Bouveret Syndrome. First case diagnosed in Santa Maria del Socorro, Ica, Peru. *Revista de Gastroenterología del Peru: Organo Oficial de la Sociedad de Gastroenterología del Peru*, 34(1), 69–72.
2. Arya S. V., Guha S., Kuppuswamy M., Chaggar J. G., Ralte L., Chejera R., & Sharma A. (2015). A rare presentation of gastric outlet obstruction (GOO)–The Bouveret's syndrome. *Annals of Medicine and Surgery*, 4(1), 67–71.
3. Sharma D., Jakhetia A., Agarwal L., Baruah D., Rohtagi A., & Kumar A. (2010). Carcinoma gall bladder with Bouveret's syndrome: A rare cause of gastric outlet obstruction. *Indian Journal of Surgery*, 72(4), 350–351.
4. Alidzhanov F. B., Tilemisov S. O., Kurbonov A. B., & Tilemisov R. O. (2018). Hirurgicheskoe lechenie bol'nyh s sindromom Buvere. *Vestnik jekstrennoj mediciny*, (3). [in Russian]
5. Beburishvili A. G., Panin S. I., & Puzikova A. V. (2019). Diagnostika i lechenie sindroma Buvere (obzor literatury). *Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*, (3 (71)). [in Russian]
6. Beloborodov V. A., Kel'chevskaja E. A., Dertyshnikov E. G., & Gileva I. I. (2015). Zhelchnokamennaja obturacinnaja kischechnaja neprohodimost'. *Sibirskij medicinskij zhurnal* (Irkutsk), 135(4). [in Russian]
7. Fajziev Z. Sh., Gul'muradov T. G., Kalmykov E. L., Fajziev H. Z., & Muhamadieva H. S. (2016). Redkij sluchaj hirurgicheskogo lechenija pacientki s sindromom Bouveret. *Novosti hirurgii*, 24(5). [in Russian]
8. Dejkalov I. M., Osadchuk D. V., Karel O. I., Maxnicz'kyj A. V., & Nazarko L. R. (2017). Cy`ndrom Buvere. *Klinichna xirurgiya*, (12), 78–79. [in Ukrainian]

Отримано 12.02.2021 р.