

УДК 616.366-003.7:616:366-007.252

СИНДРОМ БУБЕРЕ

Герич Д.І., Герич І.Д., Ващук Вс.В.

Турківська центральна районна лікарня, Львівська область,

Львівський державний медичний університет ім. Данила Галицького

Ключові слова: синдром Бубере, калькульозний холецистит, холецистогастральна нориця.

Синдром Бубере, описаний у 1896 р., — це гостра обтурація пілородуоденального відділу травного каналу жовчним конкрементом, який попередньо мігрував у шлунок через спонтанну холецистогастральну норицю [8, 9].

За даними літератури, синдром Бубере назагал трактують як казуїстику [6, 9, 11]. Наводимо власне спостереження.

Хвора Б., 69 років, госпіталізована до хірургічного відділення 30.04.91 з скаргами на інтенсивний біль в надчеревній та правій підреберній ділянках, нудоту, багаторазове блювання жовчю, яке виникало через 12-15 хв після їди або введення рідини, загальну слабкість, схуднення на 6 кг протягом 1 міс. Вважала себе хворою протягом 30 днів, коли вперше з'явилось періодичне блювання неперетравленою їжею. Протягом 12 днів по медичну допомогу не зверталася. З 13-ї доби від початку захворювання стан пацієнтки погіршився: з'явився колуючий біль в надчеревній та правій підреберній ділянках, що ірадіював у праву лопатку, надключичну ділянку, безперервне блювання, наростали загальна слабкість і виснаження. До 4-го тижня біль став інтенсивнішим, постійним, з приводу чого хвора госпіталізована.

За даними анамнезу, продовж 10 років хвора періодично відзначала біль у правому підребер'ї, пов'язаний з погіршеннями в дієті, проте по медичну допомогу не зверталася. Оперована з приводу фіброміоми матки 15 років тому.

Стан хворої тяжкий. Свідомість збережена, динамічна, виснажена, тургор шкіри різко знижений. Шкіра та слизові оболонки бліді, акроціаноз. АТ 16,0/9,3 кПа (120/70 мм рт.ст.) Пульс 96 за/хв, ритмічний, задовільного наповнення та напруження. Під час аускультатії тони серця приглушені, ритмічні. В легенях везикулярне дихання, послаблене в нижніх відділах. Язик сухий, вкритий сіро-коричневими нашаруваннями. Живіт правильної форми, симетричний, помірно здутий, при пальпації болючий у правій підреберній та надчеревній ділянках, де визначається помірне напруження м'язів і позитивний симптом Щоткіна-Блумберга. У правому підребер'ї пальпується бо-

лючий, щільний, неправильної форми, нерухомий інфільтрат розмірами 6 x 5 см. Перистальтика кишечнику послаблена, гази відходять. Під час оглядової рентгеноскопії черевної порожнини чаші Клойбера і вільний газ не виявлені. Аналіз крові: ер. — $3,4 \times 10^{12}$ в 1 л; л. — $12,9 \times 10^9$ л/л, п. 0,08 с. 0,83, лімф. — 0,09; білірубін 15,53 мкмол/л, загальний білок 58 г/л, глюкоза — 5,2 ммоль/л, хлориди 98,5 ммоль/л, калій 3,15 ммоль/л, сечовина 29,4 ммоль/л, залишковий азот 62 ммоль/л, протромбінний індекс 82 %, АЛАТ 2,28 мкмоль/год.л, АсАТ — 1,68 мкмоль/ (год.л), амілаза 16 од. Загальний аналіз сечі без патологічних змін.

Припушена наявність перфорууючої пухлини шлунка, ускладненої перитонітом. Проте хвора категорично відмовилася від операції. Проведена інтенсивна консервативна терапія (інфузійна, протизапальна, антибактеріальна), яка виявилася неефективною. Стан хворої прогресивно погіршувався, на 2-гу добу після госпіталізації вона погодилася на операцію.

02.05.91 під ендотрахеальним наркозом здійснена операція. Верхня середина лапаротомія. У правому підребер'ї та правому бічному каналі містилося до 100 мл мутного серозного випоту з плівками фібрину. Жовчний міхур у щільному інфільтраті, сформованому сальником, поперечною ободковою кишкою та пілоричним відділом шлунка. Шлунок збільшений, стінка гіпертрофована. В просвіті шлунка пальпується щільне вільно рухоме стороннє тіло розміром з куряче яйце. Інфільтрат розділений гострим шляхом між фіксованим пасмом сальника і жовчним міхуром — розкриті два біляміхурові абсцеси, в яких містилося 2 і 5 мл білого гною без запаху. Виділений жовчий міхур невеликих розмірів, гангренозно-змінений в ділянці дна, склерозований в ділянці кишені Гартмана, де відзначається її щільне зрощення з пілоричним відділом шлунка (рис. 1). Виконана холецистектомія "на відкритому міхурі", під час якої виявлена і пересічена холецистопілорична нориця діаметром 2,5 см. Через норицевий отвір виконано гастротомію, з просвіту шлунка видалений жовчний камінь розмірами 9,5 x 5 см. Зважаючи на наявність ди-

фузного серозно-фібринозного перитоніту, тяжкість стану хворої та травматичність попереднього етапу операції (холецистектомії), втручання завершено висіченням нориці шлунка, зашиванням дефекту стінки шлунка за допомогою дворядного вузлового шва з оментизацією лінії швів пасмом сальника, санацією черевної порожнини, дренажуванням підпечінкового заглиблення, правого бічного каналу і малого таза гумовими трубками, виведеними через контрапертури в правому підреб'ї та правій пахвинній ділянці. Через всі шари черевної стінки накладені вузлові шви.

Макропрепарат: жовчний міхур розмірами 8 x 4 x 1,5 см, циліндричної форми, гангренозно-змінений в ділянці тіла і дна, стінка стоншена, до 1,2 см в ділянці кишені Гартмана, де відзначаються склеротичні зміни, у просвіті поодинокий змішаний конкремент овальної форми діаметром 0,9 см, залишки неперетравленої їжі (крупки). Видалений з просвіту шлунка камінь змішаного складу, яйцеподібної форми, розмірами 9 x 5 см, масою 58 г (рис. 2).

Перебіг післяопераційного періоду тяжкий. На 3-тю добу у хворої раптово виник біль по всьому животу, клінічні ознаки перитоніту. Припущена неспроможність швів шлунка. 05.05.91 виконана релапаротомія. В черевній порожнині виявлено до 300 мл серозного випоту з вмістом шлунка. Стінка шлунка в ділянці гастрорафії набрякла, інфільтрована, вкрита фібрином; у верхньому куті рани шлунка — неспроможність двох крайніх швів. Здійснена гастростомія через існуючий дефект стінки за Ньюменом. Черевна порожнина промита розчином хлоргексидину, дренажена з чотирьох точок гумовими трубками за стандартною методикою. Лапаростомія.

Після операції проводили інтенсивну інфузійну, антибактеріальну, протизапальну терапію, ко-

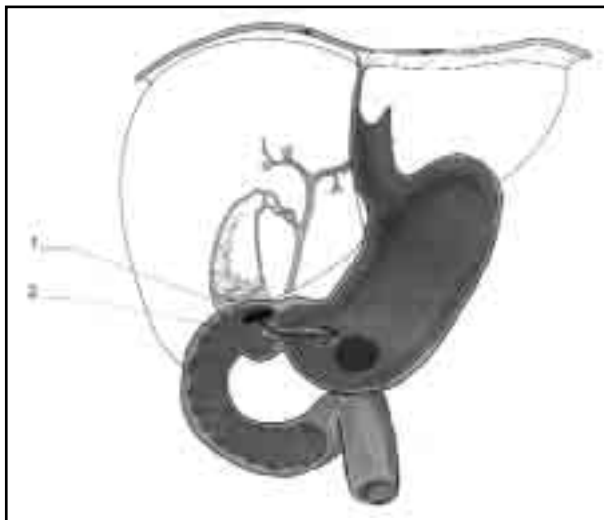


Рис. 1. Синдром Бувере. 1- жовчний конкремент; 2- холецистогастральна нориця.

рекцію розладів водно-електролітного балансу, постійну аспірацію вмісту шлунка з використанням назогастрального зонда, симптоматичне лікування. Виникло нагноєння операційної рани. На 26-ту добу після операції в задовільному стані пацієнтка виписана з стаціонару.

Оглянута через 1, 3, 5 і 10 років: скарг немає, стан задовільний.

Синдром Бувере виявляють у 0,2 — 3 % хворих з внутрішньою жовчною норицею [1, 2, 4, 6, 9]. Невисока частота захворювання, поєднання клінічних ознак холелітіазу та гострої пілородуоденальної непрохідності, необхідність виконання симульганного оперативного втручання на біліарній системі та травному каналі в умовах грубих морфоанатомічних змін гепатопанкреодуоденальної зони зумовлюють труднощі діагностичного та оперативного-тактичного плану при лікуванні таких хворих [4, 9].

Захворювання характеризується болем у верхній половині живота, нудотою, частими приступами блювання (в окремих хворих у блювотних масах містяться жовчні конкременти), дегідратацією, що виникають на фоні тривалого холедохолітіазу з частими епізодами жовчної кольки [4 — 6, 7, 9, 10].

У більшості спостережень доопераційна діагностика синдрому Бувере неможлива, патогномічні ознаки (відомості про холелітіаз в анамнезі, аеробілія, наявність внутрішньої холецистогастральної нориці та клінічні ознаки гострої пілородуоденальної непрохідності) відзначають лише у 0,3 — 1,2 % хворих. Як правило, захворювання виявляється тільки під час операції [1, 2, 9 — 11].

Особливість наведеного спостереження в тому, що синдром Бувере виник на фоні гострого гангренозного калькульозного холециститу, ускладненого перивезикальними абсцесами та дифузним перитонітом. Ці обставини зумовили необхідність відмови від виконання радикального хірургічного втручання на шлунку (резекції) і застосування вимушених альтернативних підходів до лікування хворої.



Рис. 2. Видалений з шлунка жовчний конкремент.

Вирішення питань діагностики та оперативно-тактичної програми при синдромі Бувере складне і повинне розв'язуватися найдосвідченішими спеціалістами.

Отже, синдром Бувере — рідкісне ускладнення жовчнокам'яної хвороби, яке проявляється ознаками гострої обструкції пілородуоденального відділу

жовчним конкрементом і характеризується наявністю холецистогастральної норичи. Низька частота доопераційної діагностики синдрому Бувере та симультантний характер оперативного втручання вимагають залучення до лікувального процесу найдосвідченіших хірургів.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Бельский А.В., Ермолаев В.В., Захарова Н.Г., Мышкин К.И. Внутренние желчные свищи при желчекаменной болезни // Хирургия. — 1978. — № 5. — С. 30 — 32.
2. Матвійчук Б.О., Биляк С.С. Синдром Бувере // Клін. хірургія. — 1993. — № 6. — С. 69.
3. Наружные и внутренние свищи. Под ред. Э.Н.Ванцяна // . — М.: Медицина, 1990. — С. 76 — 132.
4. Цыбырнэ К.А., Попов С.Д., Чалганов А. И. Желчные свищи. — Кишинев: Штиинца, 1983. — С. 120 — 142.
5. Baudet-Bourgarel A., Boruchowicz A., Gambiez L., Paris C. Syndrome de Bouvere revele par une hematemesse // Gastroenterol. Clin. Biol. — 1996. — V. 20, N 1. — P. 112 — 113.
6. Bilo M., Dzupa K. Akutny uzaver pyloru zlcovym kamenom // Rozhl. Chir. — 1989. — V. 68, N 4. — P. C. 258 — 260.

7. Eliasson K., Wickbom G., Loogna P., Sabzwari N. Bouverets syndrome. Ovanlig orsak till gallstensileus // Lakartidningen. — 1993. — V. 90, N3. — P. 159 — 161.

8. Hurlimann R., Enzler M., Binswanger R.O., Meyenberger C. Das Bouveret-Syndrome — eine seltene Gallensteinkomplikation // Z. Gastroenterol. — 1995. — V. 33, N 8. — S. 445 — 448.

9. De Santis G., Pancotti G. Sindrome di Boveret. Presentazione del un caso // Minerva. Chir. — 1988. — V. 43, N 17. — P. 1403 — 1405.

10. Sonak R., Tusek D., Rusche H.H., Mackrodt H.G. Das Bouveret-Syndrome — eine seltene Form der Magenausgangsstenose // Zbe. Chir. — 1995. — Bd. 120, N 1. — S. 75 — 78.

11. Vidal O., Seco J.L., Alvarez A. et al. Sindrome de Bouveret: cinco casos // Revista Esp. Enferme. Dig. — 1994. — Vol. 86, N5. — P. 839 — 844.

СИНДРОМ БУВЕРЕ

Герич И.Д., Ващук Вс. В.

Синдром Бувере — острая обструкция пилородуоденального отдела пищеварительного канала желчным камнем, мигрировавшим в желудок через спонтанный холецистогастральный свищ. Дооперационная диагностика синдрома Бувере практически невозможна.

Интерес приведенного наблюдения заключается в том, что синдром Бувере возник на фоне острого гангренозного калькулезного холецистита, осложненного перивезикальными абсцессами и диффузным перитонитом. Вопросы диагностики и оперативно-тактической программы при синдроме Бувере нередко сопряжены со значительными трудностями и должны решаться наиболее опытными специалистами.

BOUVERET'S SYNDROME

Gerych I. D., Vashuk Vs. V.

Bouveret's syndrome includes acute obstruction of pyloroduodenal part of digestive tract, caused by biliary calculus which migrated to the stomach via spontaneous cholecystogastric fistula. Preoperative diagnosis of Bouveret's syndrome impossible.

This case is very interesting because Bouveret's syndrome occurred against the background of acute gangrenous calculous cholecystitis complicated by perivesical abscesses and diffuse peritonitis. This became the reason for refusal from radical surgical intervention on the stomach (stomach resection) and application of compulsory alternative approach to the treatment of this pathology. Problems of diagnosis and operative-tactical program in case of Bouveret's syndrome are often combined with considerable difficulties and must be resolved by most experienced specialists.