

СИНДРОМ БУВЭРЭ - РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ КАЛЬКУЛЕЗНОГО ХОЛЕЦИСТИТА

Львовский государственный медицинский университет, Украина

Синдром Бувэрэ, описанный в 1896 году, включает острую закупорку пилоро-дуоденальной части пищеварительного тракта желчным камнем, мигрировавшим в желудок через спонтанный холецисто-гастральный свищ. Дооперационная диагностика синдрома Бувэрэ в большинстве случаев практически невозможна, поскольку патогномоническая тетрада верификационных признаков имеет место только у 0,3-1,2% больных. Вследствие этого, данное заболевание обычно является неожиданной для хирургов интраоперационной находкой. Приводим собственное наблюдение. Описания подобных наблюдений в литературе носят казуистический характер. Интерес приведенного наблюдения заключается в том, что синдром Бувэрэ возник на фоне острого калькулезного гангренозного холецистита, осложненного перивезикальными абсцессами, диффузным перитонитом.

Синдром Бувэрэ, описанный в 1896 году, включает острую закупорку пилоро-дуоденальной части пищеварительного тракта желчным камнем, мигрировавшим в желудок через спонтанный холецисто-гастральный свищ /8, 9/. Клинически заболевание проявляется болями в верхнем этаже живота, тошнотой, рвотой (в отдельных случаях желчными камнями), дегидратацией, которые появляются внезапно на фоне длительно протекающего холелитиаза с частыми обострениями /4, 5, 6, 9, 10/. Дооперационная диагностика синдрома Бувэрэ в большинстве случаев практически невозможна, поскольку патогномоническая тетрада верификационных признаков (желчнокаменный анамнез, аэробилия, наличие внутренней холецисто-гастральной фистулы и клиническая картина острой пилоро-дуоденальной непроходимости) имеет место только у 0,3-1,2% больных. Вследствие этого, данное заболевание обычно является неожиданной для хирургов интраоперационной находкой [1, 2, 9,10,11].

Синдром Бувэрэ встречается у 0,3-1,2% больных с внутренними желчными свищами [1, 3, 4, 6, 9], Низкая частота заболеваемости данной патологией, сочетание в ее клинической картине проявление калькулезного холецистита и острой пилоро-дуоденальной непроходимости, необходимость проведения оперативных вмешательств на билиарной системе и желудке в условиях резко измененных взаимоотношений в гепато-панкрео-дуоденальной зоне обуславливают определенные трудности диагностического и оперативно-тактического плана при лечении больных с упомянутым синдромом [4,9].

Описания подобных наблюдений в литературе носят казуистический характер [6, 9, 11], Приводим собственное наблюдение.

Больная Б., 69 лет, поступила в хирургическое отделение 30.04.81 г, с жалобами на резкие боли в эпигастрии и правом подреберье, тошноту, многократную рвоту желудочным содержимым, возобновляющуюся через каждые 12-15 мин, после приема пищи или жидкости, общую слабость, похудение на 6 кг в течении последнего месяца. Считает себя больной на протяжении 30 дней, когда впервые появилась периодическая рвота съеденной пищей. На протяжении 12 дней за медицинской помощью не обращалась, с 13 дня состояние больной ухудшилось: появились коликообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку, надключичную область, рвота стала практически непрерывной, усиливалась общая слабость и истощение. Под конец 4-й недели боли стали резкими, приобрели постоянный характер, в связи с чем пациентка госпитализирована.

Из анамнеза известно, что на протяжении последних 10 лет беспокоят боли в правом подреберье, однако за медицинской помощью не обращалась. 15 лет тому назад перенесла удаление матки по поводу фибромиомы.

При поступлении состояние больной тяжелое. В сознании, вялая, адинамичная. Пониженного питания, тургор кожи резко снижен. Кожа и видимые слизистые бледные, акроцианоз. АД 16,0/9,3 кПа (120/70 мм.рт.ст.), пульс 96 ударов в 1 мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца приглушены, ритмичные, В легких выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах. Язык сухой, обложен серо-коричневым налетом. Живот правильной формы, симметричный, умеренно вздут, при пальпации болезненный в правом подреберье и эпигастрии, где определяется напряжение брюшных мышц и положительный симптом Блюмберга-Щеткина, В правом подреберье нечетко пальпируется резко болезненное опухолевидное образование 6,0x5,0 см. Перистальтика кишечника ослаблена, газы отходят. На обзорной рентгеноскопии брюшной полости чаш Клойбера и свободного газа не обнаружено. Анализ крови: эр. $3,4 \times 10^{12}/л$; Л. $12,9 \times 10^{10}/л$; п.- 8%, с- 83%, лимф. - 9%; содержание общего билирубина - 15,53 мкмоль/л; общего белка - 58 г/л; глюкозы - 5,2 ммоль/л; хлоридов - 98,5 ммоль/л; калия - 3,15 ммоль/л; мочевины - 29,4 ммоль/л; остаточного азота - 62 ммоль/л; протомбиновый индекс - 82%; активность АЛТ - 2,28 мкмоль/ч мл; АСТ - 1,68 мкмоль/ч мл; амилазы - 16 ед. Общий анализ мочи без патологических изменений. Диагноз: Перфоративная опухоль желудка /?/, перитонит, ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, эмфизема легких, ХСЛН П.

В связи с категорическим отказом больной от операции проводилась интенсивная консервативная терапия, которая однако эффекта не принесла. Состояние больной прогрессивно ухудшалось. Согласие на операцию получено спустя 2 суток от момента госпитализации.

2.05.81 г. под эндотрахеальным наркозом произведена верхняя срединная лапаротомия, В правом подреберье и по правому боковому каналу до 100 мл мутного серозного выпота с пленками фибрина.

Желчный пузырь окутан плотным инфильтратом, образованным большим сальником, поперечно-ободочной кишкой и пилорическим отделом желудка. Последний увеличен в размерах, стенка его гипертрофирована, в просвете пальпируется плотное инородное тело размером с куриное яйцо. При остром, частично тупом разделении инфильтрата вскрыто 2 околопузырных абсцесса, содержащих 2,0 и 5,0 мл белого густого гноя без запаха. После выделения желчного пузыря обнаружено, что последний небольших размеров, гангренозно изменен в области дна, склерозирован в области кармана Гартмана, где имеется плотное сращение с пилорическим отделом желудка. Произведена холецистэктомия "на открытом пузыре", во время которой обнаружена и пресечена холецисто-пилорическая фистула диаметром 2,5 см. Через свищевое отверстие в желудке произведена продольная гастротомия: из пилорической части желудка удален овальной формы желчный конкремент $9,0 \times 5,0$ см. Учитывая наличие диффузного серозно-фобринозного перитонита, тяжесть соматического состояния больной и травматичность предыдущего этапа операции (холецистэктомии), оперативное вмешательство завершено иссечением свищевого отверстия в желудке, ушиванием дефекта желудочной стенки в поперечном направлении узловыми двухрядными швами с подведением сальника, санацией брюшной полости и дренированием правого подпеченочного углубления, правого бокового канала и малого таза резиново-трубчатыми дренажами. Брюшная полость ушита через все слои.

Макропрепарат: желчный пузырь $8,0 \times 4,0 \times 1,5$ см., цилиндрической формы, гангренозно изменен в области тела и дна, стенка его истончена в области дна и достигает 1,2 см в области кармана Гартмана, где определяется выраженное склеротическое изменение

последней. В просвете единичный смешанный конкремент овальной формы диаметром 0,9 см, частички непереваренной пищи (крупы). Удаленный из просвета желудка камень смешанного состава, яйцеобразной формы, размером 9,0х5,0 см, весом 58 г. Послеоперационный период протекал тяжело. На третьи сутки после операции у больной появились внезапные резкие боли по всему животу, клинические признаки перитонита. Заподозрено несостоятельность швов желудка /?/, перитонит. 5.05.1981 произведена релапаротомия. В брюшной полости обнаружено до 300 мл серозного выпота с примесью желудочного содержимого. Стенка желудка в области предыдущего ушивания отечная, инфильтрирована, покрыта налетами фибрина: в верхнем углу ушитой раны желудка - несостоятельность двух крайних швов. Выполнена гастростомия с использованием существующего дефекта желудочной стенки по Ньюмену. Брюшная полость промыта хлоргексидином и дренирована с четырех точек резиново-трубчатыми дренажами по общепринятой методике.

После операции проводилась интенсивная инфузионная, антибактериальная, противовоспалительная терапия, коррекция водно-электролитных нарушений, постоянная аспирация желудочного содержимого через назогастральный зонд, симптоматическое лечение. Течение послеоперационного периода осложнилось нагноением послеоперационной раны. В удовлетворительном состоянии на 26 сутки после операции больная выписана.

Осмотрена через 1, 3, 5 и 10 лет: жалоб не предъявляет, состояние удовлетворительное.

Интерес приведенного наблюдения заключается в том, что синдром Бувэрэ возник на фоне острого калькулезного гангренозного холецистита, осложненного перивезикальными абсцессами, диффузным перитонитом. Это обстоятельство обусловило необходимость отказа от радикального хирургического вмешательства на желудке (резекции желудка) и применения вынужденных альтернативных подходов в лечении данной патологии. Вопросы диагностики и оперативно-тактической программы при синдроме Бувэрэ нередко сопряжены со значительными трудностями и должны решаться наиболее опытными специалистами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вельский А.В., Ермолаев В.В., Захарова Н.Г., Мышкин К.И. Внутренние желчные свищи при желчнокаменной болезни // Хирургия.- 1978.-№ 5.-с. 30-32.
2. Наружные и внутренние свищи / Под ред. Э.Н.Ванцяна." М.: Медицина, 1990.- с. 76-132.
3. Матвийчук Б.О., Биляк С.С. Синдром Бувере II Клиническая хирургия.-1993.- № 6.-С.69.
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 F.,C. Syndrome de Bouvere revele par une hematemese // Gastroenterologie Clinique et Biologique.- 1996, vol.20 (1).-P. 112-113.
6. Bilo M., Dzupa K. Akutny uzavěr pyloru zicovym kamenom // Rozhl. CHIR.-1989.-v.68,N4., s.258-260
7. Eliasson K., Wickbom G., Loogna P., Sabzwari N. Bouverets sendrone. Ovanlig orsak till gallstensileus // Lakartidnngen.-1993.-vol.90 (3).-P. 159-161.
8. Hurlimann R., Enzler M., Binswanger R.O., Meyenberger C. Das Bouveret-Syndrome - eine eltene Gallensteinkomplikation // Zeitschrift fur Gastroenterologie.-1995.-vol.33 (8).-P.445-448.
9. De Santis G., Pancotii G. Sindrome di Boweret. Presentazione dl un caso // MIN,GIK-1988.-v,435 N 17., P. 1403-1405
10. Sonak R., Tusek D., Rusche H.H., Mackrodi H.G. Das Bouveret-Sendrome - einesel-tene Form der Magenausgangsstenose// Zen-tralblatt fur Chirurgie.-1995.- vol. 120(1).-P.75-78.
11. Vidal O., Seco J.L., Alvarez A., Trinanes J.P., Serrano L.P., Serrano S.R. Sindrome de Bouveret: cinco casos// Revista Espanjla de Enfermedades Digestivas.-l 994.-vol.86(5).-P.839-844.

Поступила 11.02.2004 г.