

Клиническое наблюдение синдрома Bouveret (билиарный илеус)

Е.В. ФЕДОТОВА¹, А.Л. ПЕТРУШИН²

Северный государственный медицинский университет, Троицкий пр-т, д. 51, Архангельск, 163000, Российская Федерация¹

Карпогорская центральная районная больница, ул. Ленина, д. 47, с. Карпогородо, 164600, Российская Федерация²

Актуальность Билиарный илеус – редкая причина острой кишечной непроходимости, которая составляет 1-4% от всех случаев тонкокишечной непроходимости.

Цель работы: провести анализ современных данных мировой медицинской литературы по проблеме синдрома Bouveret, как одной из причин билиарного илеуса, основным диагностическим и лечебным методикам для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией.

Материалы и методы: представлен обзор литературы и одно авторское наблюдение синдрома Бувере.

Обсуждение Синдром Bouveret – редкая форма обтурационной кишечной непроходимости вследствие обструкции желчным конкрементом при наличии билеодигестивного свища выходного отдела желудка или двенадцатиперстной кишки. Основным клиническим признаком является наличие признаков кишечной непроходимости. Летальность после энтеротомии с извлечением конкремента составляет около 12%, после расширенного вмешательства – до 30%. В представленном клиническом примере окончательный диагноз установлен во время оперативного вмешательства. Выполнено оперативное лечение, энтеротомия, энтеролитоэкстракция.

Выводы Несмотря на то, что разновидность билиарного илеуса, синдром Bouveret, редко встречающаяся патология, необходимо помнить об этой причине кишечной непроходимости. Особого внимания заслуживают пожилые пациенты с клиникой кишечной непроходимости.

Ключевые слова Кишечная непроходимость, билиарный илеус, желчнокаменная болезнь

Clinical Observation Syndrome Bouveret (Biliary Ileus)

E.V. FEDOTOVA¹, A.L. PETRUSHIN²

Northern State Medical University, 51 Troitskii Ave., Arkhangel'sk, 163000, Russian Federation¹

Karpogorsk Central Regional Hospital, 47 Lenina Str., Karpogorsk, 164600, Russian Federation²

Background Biliary ileus is a rare cause of acute intestinal obstruction and is 1-4% of all cases of small bowel obstruction.

Objective: to Analyze the current data of the world medical literature on the problem of biliary ileus, basic medical diagnostic techniques aimed at improving the provision of health care to patients with this pathology.

Materials and methods the authors review the literature and 1 the author nablyudeniya Bouveret syndrome.

Discussion Bouveret's Syndrome is a rare form of obstructive ileus due to obstruction of the biliary calculus in the presence of biliodigestive fistula output Department stomachs or 12-p K-CI. The main clinical sign is the presence of signs of intestinal obstruction. The final diagnosis is established during surgical intervention. Mortality after enterotomy with extraction of ureteral stones is about 12%, after an extended intervention - up to 30% Completed surgical treatment, enterotomy, anterolateral.

Conclusions despite the fact that the variation of the biliary ileus, Bouveret syndrome, a rare pathology, it is necessary to remember about this cause intestinal obstruction. Special attention should be given to elderly patients with clinic intestinal obstruction.

Key words Intestinal obstruction, biliary ileus, cholelithiasis

Билиарный илеус – редкая причина острой кишечной непроходимости, которая составляет 1-4% от всех случаев тонкокишечной непроходимости. Чаще всего встречается у людей пожилого возраста, страдающих сопутствующей соматической патологией, что все в совокупности обуславливает высокий процент летальности при данном заболевании: 12-18%.

Цель работы: провести анализ современных данных мировой медицинской литературы по проблеме синдрома Bouveret, как одной из причин билиарного илеуса, основным диагностическим и лечебным методикам для улучшения оказания медицинской помощи пациентам с данной патологией.

Материалы и методы

Клиническое наблюдение

Пациентка 78 лет весом 100 кг госпитализирована 14.11.13 г. в ГБУЗ АО «Карпогорская ЦРБ» через 3-е суток от начала заболевания с жалобами на боли в эпигастрии, многократную рвоту. На момент госпитализации – умеренно выраженная болезненность и напряжение мышц в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные. Общий анализ крови лейкоцитов 8×10^9 , амилаза 45 ед/л, прочие показатели в пределах нормы. Диагноз при поступлении: острый панкреатит. Выполнено УЗИ органов брюшной полости 15.11.13 г. и 18.11.13 г. – желчный пузырь не визуализируется. В

эпигастрии жидкостное образование диаметром до 8 см. Консервативная терапия с незначительным положительным эффектом: уменьшение болевого синдрома. 15.11.13 г. и 18.11.13 г. периодически рвота желчью. 18.11.13 г. выполнена фиброгастродуоденоскопия (ФГДС) при которой выявлено: в желудке и луковице двенадцатиперстной кишки (ДПК) большое количество желчи и мутного содержимого, в нисходящем отделе неясно определяется часть плотного образования темного цвета. Заподозрена острая кишечная непроходимость вследствие обтурации просвета кишки желчным камнем. Ни при опросе, ни при анализе данных амбулаторной карты не выявлено указаний на перенесенный деструктивный холецистит. Оперирована 19.11.13 г. - верхнесрединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. Желчный пузырь отсутствует. В области ворот печени и гепатодуоденальной связки выраженный старый спаечный процесс. При ревизии тонкой кишки в нижнем горизонтальном отделе ДПК обнаружено инородное тело – конкремент. Последний продвинул за связку Трейца (рис. 1). Выполнена энтеротомия, извлечен конкремент диаметром до 5 см (рис. 2). Рана кишки ушита 2-х рядным швом. Контроль на гемостаз – сухо. Срединная рана ушита наглухо. Превентивная аугментация передней брюшной стенки сетчатым полипропиленовым эндопротезом. Послеоперационный период без осложнений. Выписана на 11 сутки, рекомендована ФГДС через месяц для осмотра внутреннего отверстия холецисто-дуоденального свища.

Результаты и их обсуждение

Билиарный илеус или кишечная непроходимость, вызванная желчным камнем, встречается у 0,2-0,6% больных, страдающих доброкачественными заболеваниями желчных путей; частота ее, как и холедохолиаза, с каждым годом растет. Причина данной патологии – обтурация просвета кишки камнем при наличии внутреннего свища. В 68% случаев свищ формируется между желчным пузырем и ДПК, реже между желчным пузырем и желудком или толстой кишкой [1]. Клиническая картина желчнокаменного илеуса зависит от

уровня обтурации, величины конкремента, изменений в стенке кишки. В зависимости от зоны обтурации выделяется три вида желчнокаменной кишечной непроходимости: пилоро-дуоденальная, тонкокишечная, толстокишечная [1]. Наиболее часто обструкция локализуется в дистальной части подвздошной кишки. Пилородуоденальная окклюзия, или синдром Бувере (Bouvere) [8], развивается при ущемлении камня в области привратника или ДПК. Синдром Bouveret – редкая форма обтурационной кишечной непроходимости, вследствие обструкции желчным конкрементом при наличии билеодигестивного свища выходного отдела желудка или ДПК. Впервые описан Beaussier в 1770 г. при аутопсии. В 1896 г. L. Bouveret опубликовал 2 наблюдения обструкции желчным камнем луковицы ДПК. С тех пор данная форма кишечной непроходимости носит его имя [2]. Желчнокаменная непроходимость встречается в 1-4% тонкокишечной непроходимости, при этом на долю синдрома Bouveret приходится 1-3% [3]. К 2008 г. в мировой литературе описаны около 300 наблюдений данного синдрома [2].

Пассаж конкремента через ЖКТ вызывает различную клиническую картину, в зависимости от его размера, участки пищеварительного тракта, вовлеченного в фистулообразование и имеющихся стеногических изменений в окружающих фистулу тканях. До 85% конкрементов при синдроме Bouveret эвакуируются со рвотой или стулом [4]. Данный синдром чаще встречается у женщин, соотношение мужчин и женщин 1/9 [5]. Средний возраст пациентов составляет 74,1 года [8]. Основными симптомами являются боли в эпигастрии или правом подреберье, тошнота и рвота [5].

В диагностике данной патологии методом выбора является обзорная рентгенография живота. Существует триада рентгенологических признаков, описанных Риглером, характерная для этого вида кишечной непроходимости: аэробилия, как следствие желчной фистулы, рентгенологические признаки тонкокишечной непроходимости, эктопия желчных камней. Элементы триады Риглера встречаются у 10-50% пациентов [6]. Диагностическим методом выбора может быть и ком-

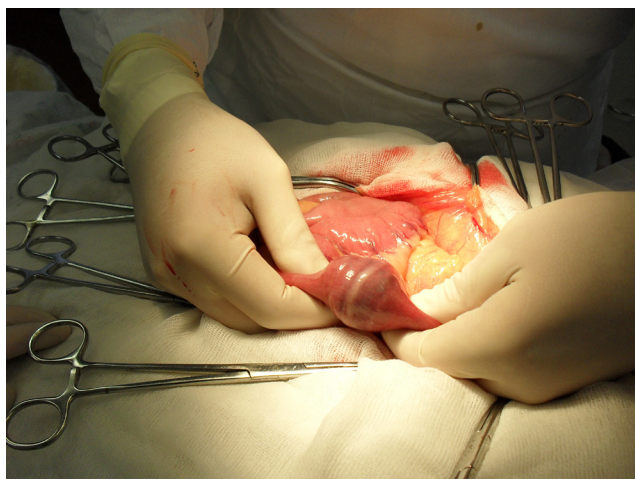


Рис. 1. Пояснения в тексте



Рис. 2. Пояснения в тексте

пьютерная томография. При КТ исследовании триаду Риглера выявляют у 75% пациентов [7].

Лечебная тактика при синдроме Bouveret до сих пор является предметом дискуссии. При ее планировании необходимо учитывать общее состояние пациента, его возраст и сопутствующую патологию, локализацию обструкции, наличие и степень выраженности местного воспалительного процесса, размеры конкремента и фистулы, наличие более чем одного конкремента. Основным методом лечения при данной патологии - это операция, хотя в литературе описаны случаи консервативного лечения пациентов с пилородуоденальной окклюзией желчным камнем (Карпов И.Б. и соавт., 1989). В настоящее время предлагаются малоинвазивные методы удаления конкремента: эндоскопические, механическая литотрипсия, экстракорпоральная ударно-волновая и интракорпоральная лазерная литотрипсия или комбинации этих методов [5;6]. Однако основным методом лечения остается оперативный - открытый, лапароскопический или лапароскопически ассистированный [9]. Во время операции необходима ревизия ЖКТ, в 16% наблюдений встречаются множественные локализации конкрементов [5]. Конкремент из ДПК желательно эвакуировать после проведения его в желудок или тощую кишку [6]. При невозможности выполняют дуоденотомию. Наличие перфорации является показанием к резекции участка кишки. Необходимость одномоментной реконструкции желчного свища продолжает дискутироваться. Большинство исследователей избегают вмешательств на желчных путях ввиду преклонного возраста пациентов, наличия у них тяжелой сопутствующей патологии, выраженных местных воспалительных проявлений в области фистулы, сложности и

продолжительности реконструктивного вмешательства [1;2;7]. Летальность после энтеротомии с извлечением конкремента составляет около 12%, после расширенного вмешательства - до 30% [2;3]. Аргументом в пользу изолированной энтеротомии являются данные о самостоятельном закрытии фистулы при отсутствии резидуальных конкрементов и воспалительного процесса [6]. Сторонники радикального вмешательства аргументируют свою позицию возможностью развития холестаза, холангита и формированием новых конкрементов при наличии желчного свища [3]. Ряд авторов отмечают высокий риск развития карциномы при наличии свища (до 15%), в то время как при прочей патологии желчного пузыря удельный вес малигнизации составляет не более 0,8% [3]. Осложненное течение послеоперационного периода при оперативном лечении синдрома Bouveret наблюдается у 60% пациентов, летальность составляет 12-30% [2]. Рецидив желчнокаменной непроходимости после энтеролитотомии наблюдается у 5-8,2% пациентов [10].

Заключение

Несмотря на то, что разновидность билиарного илеуса, синдром Bouveret - редко встречающаяся патология, необходимо помнить об этой причине кишечной непроходимости. Особого внимания заслуживают пожилые пациенты с клиникой кишечной непроходимости. Операция должна выполняться как можно в более ранние сроки от начала заболевания. Своевременно выполненная плановая холецистэктомия у пациентов с желчнокаменной болезнью, до наступления осложнений, является важным звеном в работе хирургической службы.

Список литературы

1. Мищенко Н. Редкие причины кишечной непроходимости. *Здоров'я Україн. Тематический номер. Січень, 2010; 40-41.*
2. Mavroeidis V.K., Matthioudakis D.I., Economou N.K., Karanikas I.D. Bouveret syndrome - the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. *Case Rep. Surg.*, 2013; 6: 1-6.
3. Iancu C., Bodea R., Hajjar N. Al, Todea-Iancu D., Acalovschi O. B. I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 2008; 17: 1: 87-90.
4. Brooks Brennan G, Rosenberg R. D., Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics*, 2004; 24: 4: 1171-1175.
5. Thompson R.J., Gidwani A., Caddy G., McKenna E., McCallion K. Endoscopically assisted minimally invasive surgery for gallstones. *Irish Journal of Medical Science*, 2009; 178: 1: 85-87, 2009.
6. Imiguez A., Butte J.M., Zuniga J.M., Crovari F., Llanos O. Sindrome de Bouveret. Resolucion endoscopica y quirurgica de cuatro casos clinicos. *Revista Mredica de Chile*, 2008; 136: 163-168.
7. Masannat Y.A., Caplin S., Brown T. A rare complication of a common disease: bouveret syndrome, a case report. *World Journal of Gastroenterology*, 2006; 12: 16: 2620-2621.

References

1. Mishchenko N. Rare causes of intestinal obstruction. *Zdorov'ia Ukraїn*, 2010; 40-41.
2. Mavroeidis V.K., Matthioudakis D.I., Economou N.K., Karanikas I.D. Bouveret syndrome-the rarest variant of gallstone ileus: a case report and literature review. *Case Rep. Surg.*, 2013; 6: 1-6.
3. Iancu C., Bodea R., Hajjar N. Al, Todea-Iancu D., Acalovschi O. B. I. Bouveret syndrome associated with acute gangrenous cholecystitis. *Journal of Gastrointestinal and Liver Diseases*, 2008; 17: 1: 87-90.
4. Brooks Brennan G, Rosenberg R. D., Arora S. Bouveret syndrome. *Radiographics*, 2004; 24: 4: 1171-1175.
5. Thompson R.J., Gidwani A., Caddy G., McKenna E., McCallion K. Endoscopically assisted minimally invasive surgery for gallstones. *Irish Journal of Medical Science*, 2009; 178: 1: 85-87, 2009.
6. Imiguez A., Butte J.M., Zuniga J.M., Crovari F., Llanos O. Sindrome de Bouveret. Resolucion endoscopica y quirurgica de cuatro casos clinicos. *Revista Mredica de Chile*, 2008; 136: 163-168.
7. Masannat Y.A., Caplin S., Brown T. A rare complication of a common disease: bouveret syndrome, a case report. *World Journal of Gastroenterology*, 2006; 12: 16: 2620-2621.

8. Sanchez M.R., Sanchez, Bouzon Caamano F., Carreno Villarreal G., Alonso Blanco R.A., Galarraga Gay M.A., Alvarez Obregon R. Syndrome de Bouveret. A proposito de un caso. *Revista Clinica Espanola*, 2003; 203: 399–400.
9. Dong Yang, Zhen Wang, Zhi-Jun Duan, Shi Jin Laparoscopic treatment of an upper gastrointestinal obstruction due to Bouveret's syndrome. *World J. Gastroenterol.*, 2013 October 28; 19(40): 6943-6946.
10. Sadaf Jafferbhoy, Quatullah Rustum, Mohammed Shiwani Case Rep. Bouveret's syndrome: should we remove the gall bladder? *BMJ*, 2011; 1-3.
8. Sanchez M.R., Sanchez, Bouzon Caamano F., Carreno Villarreal G., Alonso Blanco R.A., Galarraga Gay M.A., Alvarez Obregon R. Syndrome de Bouveret. A proposito de un caso. *Revista Clinica Espanola*, 2003; 203: 399–400.
9. Dong Yang, Zhen Wang, Zhi-Jun Duan, Shi Jin Laparoscopic treatment of an upper gastrointestinal obstruction due to Bouveret's syndrome. *World Journal of Gastroenterology*, 2013 October 28; 19(40): 6943-6946.
10. Sadaf Jafferbhoy, Quatullah Rustum, Mohammed Shiwani Case Rep. Bouveret's syndrome: should we remove the gall bladder? *BMJ*, 2011; 1-3.

Поступила 11.05.2014

Received 11.05.2014

Информация об авторах

1. Федотова Елена Владимировна - доц., к.м.н., кафедра госпитальной хирургии Северного Государственного Медицинского Университета г. Архангельск. E-mail: elena.liza2011@yandex.ru;
2. Петрушин Александр Леонидович - к.м.н., зав. хирургическим отделением ГБУЗ АО «Карпогорская ЦРБ» Архангельская область, Пинежский район. E-mail : petrushin.59@mail.ru.

Information about the Authors

1. Fedotov Elena Vladimirovna - associate Professor, CMN, the Department of hospital surgery of the Northern State Medical University, Arkhangelsk e-mail: elena.liza2011@yandex.ru
2. Petrushin Aleksandr Leonidovich – head of the surgical Department, the establishment of health care JSC "Karpogory RSD" the Arkhangelsk region, the Pinega district