

## СИНДРОМ БУВЕРЕ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ЖЕЛЧНОКАМЕННОЙ БОЛЕЗНИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

**Александр Игоревич Ковешников, Галина Юрьевна Ваал**

*Кафедра госпитальной терапии и профессиональных болезней  
 ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия*

**Аннотация.** В статье представлен клинический случай синдрома Бувере у больной 73 лет с обтурационной кишечной непроходимостью, возникшей на фоне деструктивного осложнения ЖКБ — развития свища между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой с миграцией конкремента в тонкий кишечник.

**Ключевые слова:** желчнокаменная болезнь, обтурационная кишечная непроходимость, пузырно-дуоденальный свищ, синдром Бувере

**Для цитирования:** Ковешников А. И., Ваал Г. Ю. Синдром Бувере как осложнение желчнокаменной болезни (клиническое наблюдение). Верхневолжский медицинский журнал. 2024; 23(4): 54–56

## BOUVERET SYNDROME AS A COMPLICATION OF CHOLELITHIASIS (CLINICAL OBSERVATION)

**A. I. Koveshnikov, G. Yu. Vaal**

*Tver State Medical University, Tver, Russia*

**Abstract.** The article presents a clinical case of Bouveret syndrome in a 73-year-old patient with obstructive intestinal obstruction that arose against the background of a destructive complication of cholelithiasis — the development of a fistula between the gallbladder and the duodenum with the migration of a calculus into the small intestine.

**Key words:** cholelithiasis, obstructive intestinal obstruction, vesicoduodenal fistula, Bouveret syndrome

**For citation:** Koveshnikov A. I., Vaal G. Yu. Bouveret syndrome as a complication of cholelithiasis (clinical observation). Upper Volga Medical Journal. 2024; 23(4): 54–56

### Введение

По эпидемиологическим данным, число пациентов с желчнокаменной болезнью (ЖКБ) каждые 10 лет увеличивается в 2 раза. В России ЖКБ выявляется у 5–20 % населения. Мужчины болеют в 2 раза реже женщин, у каждого 3–5-го пациента обнаруживается бессимптомное камненосительство [1].

Синдром Бувере (СБ) или пилорoduоденальная окклюзия — редкое осложнение ЖКБ, характеризующееся обструктивной дуоденальной непроходимостью после формирования холедохoduоденального или желчнопузырnodуоденального свища, встречается в 3–5 % случаев [2, 3], частота с каждым годом растет.

Клиническая картина СБ определяется размером конкремента, особенностями участка пищеварительного тракта, непосредственно вовлеченного в фистулообразование, а также изменений в окружающих фистулу тканях. Основными проявлениями СБ являются выраженные боли в правом подреберье с последующей схваткообразной болью в мезогастррии (71 % случаев), тошнота и рвота при обтурации камнем пилорoduоденальной зоны или тонкой кишки (87 %). Боль может иметь перемежающийся характер

со «светлыми промежутками» при постоянном перемещении конкремента. Возможна транзиторная задержка стула и газов. Потеря веса и анорексия встречаются в 14 % случаев [1, 4].

По течению выделяют сверхострую (молниеносную), острую, подострую, рецидивирующую и хроническую клинические формы СБ [4].

Диагностируется СБ на основании результатов обзорной рентгенограммы органов брюшной полости у пациентов с пневмобилией. Известно характерное сочетание рентгенологических признаков (триада Риглера), встречающихся у 10–50 % пациентов. Она включает аэробилию как последствие желчной фистулы, признаки тонкокишечной непроходимости, эктопию желчных камней. При проведении компьютерной томографии брюшной полости триада Риглера выявляется у 75 % пациентов, в 60 % случаев устанавливается факт наличия соустья между желчным пузырем и двенадцатиперстной кишкой, определяется уровень непроходимости и оценивается состояние желчного пузыря.

При эндоскопическом исследовании верхних отделов пищеварительного тракта выявляются призна-

ки нарушения эвакуации из желудка, в 69 % наблюдений визуализируются фиксированные в просвете пилородуоденальной зоны конкременты, застойные пищевые массы, отечность слизистой и острые язвы в зоне свищевого хода.

УЗИ органов брюшной полости фиксирует наличие аэробилии, атипичное расположение желчных конкрементов, отсутствие желчного пузыря или желчный пузырь, уменьшенный в размерах и неправильной формы [1, 5].

До 85 % конкрементов при СБ эвакуируются со рвотой или фекалиями при дефекации [5].

Консервативное лечение проводится как первая линия терапии при всех вариантах СБ, кроме острой. Применяют спазмолитики, препараты, стимулирующие перистальтику, вазелиновое масло и очистительные клизмы. Полная обтурация просвета двенадцатиперстной кишки конкрементом является показанием к срочной операции. Основными методами лечения являются малоинвазивные операции: эндоскопические, механическая литотрипсия, экстракорпоральная ударно-волновая и интракорпоральная лазерная литотрипсия или комбинации этих методов, но чаще выполняют лапароскопическую операцию [4, 6].

Оптимальным методом лечения принято считать эндоскопическое удаление конкремента (ЭГДС с раздуванием просвета желудка может помочь смещению и миграции конкремента в желудок или проксимальный отдел кишки с последующим выходом естественным путем). Крупные фиксированные конкременты можно подвергнуть фрагментации с использованием лазерной, ударно-волновой или электрогидравлической литотрипсией. Для восстановления проходимости привратника и двенадцатиперстной кишки выполняют баллонную дилатацию или устанавливают стент [5].

В отсутствие возможности проведения эндоскопической операции прибегают к лапаротомии, выполняют литотомию. Для этого конкремент перемещают в желудок или в тощую кишку, затем выполняют гастро- или энтеротомию на уровне тощей кишки. В крайнем случае, выполняют дуоденотомию. Затем закрывают стенку желудка или кишки. Гастро-, энтеро- или дуоденолитотомию можно выполнить лапароскопически, а конкременты удалить через троакары. При этапном варианте лечения сначала устраняют явления пилородуоденальной непроходимости, а через 6 месяцев производят холецистэктомию [1, 4, 5].

Осложнения послеоперационного периода встречаются у 60 % пациентов, летальный исход наступает в 12 % случаев, у 5–10 % пациентов развивается рецидив желчнокаменной непроходимости, у 10–12 % — острый холецистит и холангит [1, 6].

**Цель исследования:** проанализировать на примере клинического случая синдрома Бувере его основные проявления, методы диагностики и лечения.

**Материалы и методы:** история болезни пациентки М., 1950 года рождения, находившейся на лечении в хирургическом отделении ГБУЗ Тверской области «Конаковская ЦРБ» с 12.11 по 25.11.2023.

## Результаты и обсуждение

*Пациентка М., 1950 года рождения, ранее не обследована, поступила по экстренным показаниям с жалобами на сильные боли в правом подреберье, вздутие живота, неукротимую рвоту с примесью желчи. Жалобы беспокоят в течение 2–3 дней. В анамнезе: артериальная гипертония 2 ст., ЖКБ, холецистолитиаз.*

*Объективно: состояние средней тяжести, сознание ясное, повышенного питания (ИМТ 29,6 кг/м<sup>2</sup>). Кожные покровы и склеры иктеричны. АД 140/80 мм рт. ст., пульс 78 в мин, температура тела 37,2 °С. Живот несколько вздут, болезненный при пальпации в эпигастрии и правом подреберье. Положительные пузырные симптомы (Ортнера, Кера, Мерфи). Стул и диурез не нарушены.*

*В ходе обследования в клиническом анализе крови выявлен лейкоцитоз, анемия легкой степени, в биохимическом анализе крови повышены значения общего билирубина и аминотрансфераз. На обзорной рентгенограмме брюшной полости признаки тонкокишечной непроходимости. На КТ органов брюшной полости: картина острой тонкокишечной непроходимости на фоне конкремента в одной из петель, вероятно, пузырно-тонкокишечного свища, пневмобилии.*

*Установлен диагноз обтурационной кишечной непроходимости.*

*Пациентка была прооперирована — проведена срединная лапаротомия с ревизией брюшной полости, из тонкого кишечника удален желчный камень (литотомия), который перекрывал просвет кишки. Назначены антибиотики, спазмолитики и дезинтоксикационная терапия. Пациентка выписана с улучшением. Лабораторные показатели к моменту выписки в пределах нормы, сохраняется лишь гипохромная анемия с уровнем гемоглобина 105 г/л.*

*В дальнейшем, после стихания обострения, данной пациентке предстоит повторное оперативное вмешательство — холецистэктомия, разобщение холецистодуоденального свища и ушивание дефекта двенадцатиперстной кишки. Одновременно эти вмешательства не были проведены в виду опасности повреждения полых органов.*

Таким образом, сложность ранней диагностики СБ связана с отсутствием его специфических проявлений, поздним обращением пациентов к врачу и в большинстве случаев выявлением данного осложнения уже на операционном столе, что может повышать риск послеоперационной летальности, развития осложнений в виде регургитационного холангита, перитонита, рецидива кишечной непроходимости.

Клинические рекомендации по лечению СБ отсутствуют.

## Заключение

Для профилактики развития такого опасного осложнения ЖКБ, как синдром Бувере, требуется своевременное проведение плановой лапароскопической холецистэктомии, особенно у пациентов высокого риска развития осложнений.

**Список источников**

1. Васнев О., Израилов Р., Белоусов А. Осложнение желчнокаменной болезни: синдром Бувере. *Врач.* 2016; 10: 38-41.
2. Hoekstra E., van den Berg M.W., Veenendaal R.A., Stuyt R. The natural progression of a fistulizing gallstone resulting in massive gastrointestinal hemorrhage and Bouveret syndrome, a rare case. *Clin J Gastroenterol.* 2020; 13(3):393–396. doi: 10.1007/s12328-019-01054-x
3. Алиджанов Ф.Б., Тилемисов С.О., Курбонов А.Б., Тилемисов Р.О Хирургическое лечение больных с синдромом Бувере. *Вестник экстренной медицины.* 2018; 11 (3): 60-63.
4. Мамчич В.И., Бондаренко Н.Д., Чайка М.А. Новое в проблеме желчнокаменной кишечной непроходимости. *Анналы хирургической гепатологии.* 2020; 25 (1): 62-68. doi: 10.16931/1995-5464.2020162-68
5. Бебуришвили А.Г., Панин С.И., Пузикова А.В. Диагностика и лечение синдрома Бувере (обзор литературы). *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета.* 2019; 71(3): 9-13. doi: 10.19163/1994-9480-2019-3(70)-9-13
6. 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; 2013:839370. doi: 10.1155/2013/839370

*Ковешников Александр Игоревич (контактное лицо) — к.м.н., доцент кафедры госпитальной терапии и профессиональных болезней Тверского ГМУ ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; alexkoveshnikov77@mail.ru*

*Поступила в редакцию / The article received 04.10.2024.*

*Принята к публикации / Was accepted for publication 06.11.2024.*