но мышечной и грануляционной ткани, в толще которых определялись скопления желез выстланных призматическим эпителием – зона хронического активного воспаления с формированием хронического абсцесса.

В послеоперационном периоде диагностирован подпеченочный абсцесс, который был дренирован под ультразвуковым и рентгенологическим наведением. 13.08.2025 г. удалён дренаж из полости абсцесса.

Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение врачей поликлиники.

Заключение

Представленные клинические наблюдения демонстрируют эффективность и безопасность лапароскопического удаления длинной культи пузырного протока с конкрементами с использованием ICG-навигации.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Клинические рекомендации «Холецистит». 2024. [Klinicheskie rekomendacii «Holecistit». 2024. (In Russ.)]
2. Parmar AK, Khandelwal RG, Mathew MJ, Reddy PK. Laparoscopic completion cholecystectomy: A retrospective study of 40 cases. Asian J Endosc Surg. 2013; 6: 96-9. doi: 10.1111/ases.12012.
3. Zhan S, Li D, Tian Y, et al. Time to focus on the potential benefit of minimally invasive treatment of remnant cystic duct stump stones. Endoscopy. 2025; 57(S01): E112-E113. doi: 10.1055/a-2505-9123.
4. Benavente-Chenals LR, Dunkin BJ, Chung JM, et al. Laparoscopic Completion Cholecystectomy for Recurrent Symptomatic Choleli – Thiasis: Case Report and Review of the Literature. SAGES Website. 2011.
5. Ryou SH, Kim HJ. Successful removal of remnant cystic duct stump stone using single-operator cholangioscopy-guided electrohydraulic lithotripsy: two case reports. Clin Endosc. 2023; 56(3): 375-380. doi: 10.5946/ce.2021.273.
6. Zhang WL, Ji R. Cystic duct stump stone removal by retrieval basket under direct visualization using a novel peroral choledochoscope. Endoscopy. 2023; 55(S01): E100-E101. doi: 10.1055/a-1938-8081.
7. Ryou SH, Kim HJ. Successful removal of remnant cystic duct stump stone using single-operator cholangioscopy-guided electrohydraulic lithotripsy: two case reports. Clin Endosc. 2023; 56(3): 375-380. doi: 10.5946/ce. 2021.273.
8. Zhang WL, Ji R. Cystic duct stump stone removal by retrieval basket under direct visualization using a novel peroral choledochoscope. Endoscopy. 2023; 55(S01): E100-E101. doi: 10.1055/a-1938-8081.
9. Bhandarkar SD, Kalikar VR, Patankar A, Patankar R. The use of indocyanine green and near-infrared imaging in laparoscopic completion cholecystectomy for the management of stump cholecystitis: A case series. J Minim Access Surg. 2024; 20(3): 253-257. doi: 10.4103/jmas.jmas_98_23.

СИНДРОМ БУВЕРЕ НА ФОНЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО КРОВОТЕЧЕНИЯ

Шапкин Ю.Г., Скрипаль Е.А.*, Еремина В.С.
ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского», Саратов

DOI: 10.25881/20728255_2026_21_3_184

Резюме. Приведено клиническое наблюдение пациентки, 83 лет, с желчнокаменным илеусом. Желчнокаменная кишечная непроходимость, известная на протяжении 4 веков, все-таки относится к довольно редкому осложнению основного заболевания – желчнокаменной болезни. Билиарный илеус на уровне двенадцатиперстной кишки (синдром Бувере) представляет собой редкую локализацию обтурирующего конкремента с развитием дуоденальной непроходимости. Были отмечены затруднения в своевременной постановке диагноза и выборе варианта хирургической тактики, связанные с жалобами на темную окраску рвотных масс и темную окраску кала, и анамнезом пациентки (страдала язвой), а также с данными объективного осмотра и дополнительного обследования, позволившими заподозрить у нее желудочно-кишечное кровотечение, вероятно язвенного происхождения. Постановка синдромного диагноза острой дуоденальной непроходимости при фиброгастроскопии явилась основанием для хирургического вмешательства в объеме лапаротомии, дуоденотомии и литоэкстракции с устранением кишечной непроходимости.

Ключевые слова: синдром Бувере, желчнокаменная непроходимость, обтурационная кишечная непроходимость, билиодигестивный свищ, желудочно-кишечное кровотечение.

BOUVERET SYNDROME ON THE BACKGROUND OF GASTROINTESTINAL BLEEDING

Shapkin Yu.G., Skripal E.A.*, Eremina V.S.
Saratov State Medical University n.a. V.I. Rasumovsky, Saratov

Abstract. This article presents a clinical case of an 83-year-old patient with biliary ileus at the duodenal level (Bouvier's syndrome), which is a rare localization of an gallstone duodenal obstruction. The article highlights the challenges in timely diagnosis and surgical management, which were influenced by the patient's complaints and anamnesis, as well as the results of physical and instrumental examinations, that lead to the suspicion of gastrointestinal bleeding. The diagnosis of acute duodenal obstruction syndrome was the basis for surgical intervention, including laparotomy, duodenotomy, and gallstone extraction to resolve the intestinal obstruction.

Keywords: Bouveret syndrome, biliary obstruction, intestinal obstruction, gallstone disease, biliodigestive fistula and gastrointestinal bleeding.

Актуальность

Билиарный илеус (желчнокаменная кишечная непроходимость) относится к довольно редкому осложнению желчнокаменной болезни, поскольку встречается лишь в 0,3–2,1% случаев среди всех видов кишечной непроходимости [1]. По данным А.Я. Коровина и соавт. (2019), чаще всего калькулезная обструкция отмечается в подвздошной кишке (в 60,5% наблюдений), в тощей кишке – у 16,1% пациентов, в желудке – в 14, 2% случаев и, лишь в 1–3% случаев наблюдается на уровне двенадцатиперстной кишки [1]. Желчнокаменная непроходимость в пилородуоденальной зоне, наблюдаемая в 0,3–0,6% случаев среди всех видов острой кишечной непроходимости [2; 3], названа синдромом Bouveret`s [4]. Примечательной особенностью билиарного илеуса служит поздняя диагностика и, соответ-

* e-mail: kox49sea@yandex.ru

ственно, неудовлетворительная 12–30% летальность [5]. Помехой своевременной диагностике служит полиморфизм проявлений, в том числе и симптомы желудочно-кишечного кровотечения, регистрирующиеся у некоторых пациентов.

Четко сформулированные рекомендации, посвященные данному заболеванию (синдром Бувере), отсутствуют, поэтому каждое подобное наблюдение представляет интерес для совершенствования знаний и оптимального проведения лечебно-диагностических мероприятий при данном заболевании.

Цель: обратить внимание хирургов на возможность развития достаточно редкой, в то же время трудной для своевременной диагностики острой дуоденальной билиарной непроходимости на фоне желудочно-кишечного кровотечения.

Пациентка М., 83 лет, была доставлена машиной скорой помощи в приемное отделение ГУЗ СГКБ №2 г. Саратова 22.01.25 в 01:30 с жалобами на боль в верхних отделах живота, больше справа, многократную рвоту содержимым темного цвета, тошноту, темную окраску кала, слабость.

Считает себя больной с 19.01.2025, когда появилась тошнота. На следующий день (20.01.2025) тошнота сохранялась, присоединилась многократная рвота съеденной накануне пищей, затем с примесью крови, появилась слабость. За медицинской помощью пациента обратилась лишь 22.01.2025 из-за сохраняющихся перечисленных жалоб и нарастания слабости.

Из анамнеза известно, что «несколько лет назад» при выполнении УЗИ органов брюшной полости были обнаружены камни в желчном пузыре. По этому поводу за медицинской помощью не обращалась, и, естественно, не обследовалась.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, за счет болевого синдрома и дисфункции ЖКТ. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот незначительно вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, умеренно болезненный в верхних отделах, больше в эпигастральной области. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Притупления в отлогих частях живота нет. Выслушивается ослабленная перистальтика. Шум плеска отсутствует. При перкуссии над всеми отделами живота определялся тимпанит. Печёночная тупость сохранена. При ректальном пальцевом исследовании ампула прямой кишки заполнена калом черного цвета, на высоте пальца патологических образований не обнаружено.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

При ФГДС, выполненной 22.01.2025 в 02:20, выявлено: небольшое количество «редуцированной крови», рефлюкс-эзофагит. Застойная гастропатия. Гастроптоз? Язва двенадцатиперстной кишки (ДПК))? опухоль? Инородное тело ДПК? По данным обзорной рентгенографии органов брюшной полости от 22.01.2025 г. 03:00 обнаружен умеренный пневматоз толстой кишки. Пневмоперитонеум отсутствует. Патологических теней и газожидкостных уровней не обнаружено.

УЗИ органов брюшной полости из-за временной неисправности аппарата не выполнялось.

В общем анализе крови от 22.01.2025 в 02 часа 50 минут выявлен умеренный лейкоцитоз (WBC до $11{,}56\times10^{9}$) со сдвигом лейкоцитарной формулы влево; гемоглобин 121 г/л, RBC – $4{,}82\times10^{12}$. В биохимическом анализе крови отмечено повышение альфа-амилазы до 307,0 ЕД/л, незначительное повышение мочевины до 12,65. Остальные показатели находились в пределах нормы.

На основании клинико-диагностических данных установлен предварительный диагноз: Язва двенадцатиперстной кишки? Состоявшееся желудочно-кишечное кровотечение. Инородное тело двенадцатиперстной кишки?

Начата консервативная антисекреторная инфузионная терапия.

22.01.2025 в 09:30 отмечено ухудшение состояние пациентки в виде нарастания тошноты, рвоты, отмечена олигоурия. Зарегистрировано снижение артериального давления (100 и 70 мм рт. ст.). По назогастральному зонду отмечено обильное застойное отделяемое. С подозрением на рецидив кровотечения пациентка переведена в отделение реанимации и интенсивной терапии, где на фоне инфузионной терапии при контрольной ФГДС присутствия крови в желудке и ДПК не обнаружено. В то же время обратило на себя внимание «неясное образование» в двенадцатиперстной кишке.

С учетом жалоб пациентки, клинической картины и выявления инородного тела в двенадцатиперстной кишке при ФГДС выставлен диагноз острой дуоденальной непроходимости и сформулированы показания к экстренной операции. В связи с неясностью субстрата непроходимости избран вариант открытого хирургического вмешательства.

22.01.2025 в 14:55 после предоперационной подготовки под эндотрахеальным наркозом выполнена верхнесрединная лапаротомия. Выпота в брюшной полости нет. В рану пролабирует передняя стенка резко увеличенного желудка. С помощью активной аспирации посредством назогастрального зонда осуществлена его декомпрессия.

Петли тонкой и толстой кишки не расширены, кровь в них отсутствует. Под печенью имеется плотный инфильтрат, состоящий из желчного пузыря, двенадцати перстной кишки и самой печени. Тотчас за привратником в бульбарном отделе ДПК обнаружено образование крупных размеров (конкремент?), которое перекрывает просвет кишки, создавая кишечную непроходимость. Попытки низвести конкремент в оральном и аборальном направлениях безуспешны. Начальный отдел ДПК взят на держалки, произведена продольная дуоденотомия. Желчный конкремент извлечен, размеры его 5×3,5 см (Рис. 1). Дуоденотомия и экстракция желчного камня из двенадцатиперстной кишки, (Рис. 2). Извлеченный камень из двенадцатиперстной кишки). Рана стенки кишки ушита в продольном направлении двухрядным непрерывным швом нитью Лактисорб 3/0. Попытки провести питательный зонд за линию ушивания в тощую кишку безуспешны из-за деформации duodenum инфильтратом. Желудок отмыт через назогастральный зонд. Зонд подведен к линии шва. При ревизии брюшной полости патологии не выявлено. Через отдельный прокол передней брюшной стенки в правом подреберье к швам duodenum установлен трубчатый дренаж 30 Fr. Послойное ушивание раны. Интраопера-

Рис. 1. Дуоденотомия и экстракция желчного камня из двенадцатиперстной кишки.

Рис. 2. Извлеченный камень из двенадцатиперстной кишки.

ционная кровопотеря составила 50 мл. Переведен в ОРИТ.

Ds после операции: желчнокаменная дуоденальная непроходимость.

Последующие 48 часов после операции пациентка находилась в отделении реанимации и интенсивной терапии, где проводились коррекция водно-электролитных нарушений, антибактериальная терапия (метронидазол, цефтриаксон), противовоспалительная, инфузионная дезинтоксикационная терапия, профилактика торомбоэмболических осложнений, симптоматическая (обезболивание). На 3 сутки послеоперационного периода ввиду нормализации функции желудочно-кишечного тракта, появления перистальтики, пациентка переведена в отделение экстренной хирургии для последующего лечения и наблюдения лечащего врача. На 12 сутки выписана для дальнейшего долечивания на амбулаторный этап в поликлинике по месту жительства.

Обсуждение

Желчнокаменная кишечная непроходимость достаточно редко встречается в повседневной хирургической практике. Сочетание желчнокаменной кишечной непроходимости с желудочно-кишечным кровотечением было описано Г. Мондором в 1940 г. Автор объяснял присутствие крови в двенадцатиперстной кишке в подобной ситуации тем, что при прохождении желчного камня через двенадцатиперстную кишку образуются изъязвления слизистой, которые осложняются кровотечением [6]. Подтверждений этому мнению, а также наблюдений, подобных настоящему, в доступной литературе нами не обнаружено. Данное обстоятельство побудило к описанию клинического случая. Дополнительные трудности в своевременной и правильной дооперационной диагностике приводимого наблюдения были вызваны симптомами желудочно-кишечного кровотечения, а также нечеткостью заключения врача-эндоскописта. К тому же обнаружение газа в толстой кишке при обзорной рентгенографии брюшной полости уводило от постановки диагноза кишечной непроходимости. Раннее хирургическое вмешательство позволило установить и устранить причину дуоденальной непроходимости. Вместе с тем активное кровотечение в ходе операции отсутствовало, что затруднило трактовку источника его возникновения в предоперационном периоде.

Заключение

Приведенное клиническое наблюдение, несомненно, интересно, поскольку описанная локализация билиарного илеуса является самой редкой, приводящей к нетипичной клинической картине дуоденальной непроходимости и, следовательно, к диагностическим погрешностям, затрудняющим своевременную постановку диагноза и запоздалого хирургического лечения с возникновением послеоперационных осложнений. К тому же диагностические трудности, несомненно, связаны с имеющимся желудочно-кишечным кровотечением. Объем операции в виде дуоденотомии и литоэкстракции при обнаруженном плотном подпеченочном инфильтрате, служащем подтверждением существующего билиодигестивного свища, по нашему мнению, у пациентки, 83 лет, является вполне адекватным.

Дополнительная информация. *Источник финансирования. Согласие пациента.* Пациентка добровольно подписала информированное согласие на публикацию персональной медицинской информации в обезличенной форме.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов (The authors declare no conflict of interest).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Коровин А.Я., Трифанов Н.А., Базлов С.Б., Туркин Д.В. Билиарный илеус // Современные проблемы науки и образования. – 2019. – № 2. [Korovin AY, Trifanov NA, Bazlov SB, Turkin DV. Gallstoneileus. Modern Problems of Science and Education. 2019; 2. (In Russ.)] doi: 10.17513/spno.28737.
2. Тарасенко С.В., Зайцев О.В., Тюленев Д.О. и др. Распространенность осложненных форм желчнокаменной болезни // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2018. – №6(2). – С.218-24. [Tarasenko SV, Zaitsev OV, Tyulenev DO, et al. Incidence of complicated forms of cholelithiasis. Science of the young (Eruditio Juvenium). 2018; 6(2): 218-24. (In Russ.)]
3. Hoekstra E, van den Berg MW, Veenendaal RA, 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): 393-6. doi: 10.1007/s12328-019-01054-x.
4. Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule calculeuse. Rev. Med. Paris. 1896; 16: 1-16.
5. Haddad FG, Mansour W, Deeb L. Bouveret's Syndrome: Literature Review. Cureus. 2018; 10(3): e2299. doi: 10.7759/cureus.2299.
6. Мондор Г. Неотложная диагностика: Живот. – Том 2. – М.: Книга по требованию, 2016. – 366 с. [Mondor G. Emergency diagnosis: Abdomen. Vol. 2. Moscow: Kniga po trebovaniyu; 2016. 366 p. (In Russ.)]