

В.С. Хоменко¹, В.П. Перепелиця¹, К.П. Строцький¹, О.Г. Дикий¹, О.В. Прокопчук¹,
І.О. Кучинський¹, С.В. Андрущенко², А.В. Сироткін¹

Синдром Бувере (клінічний випадок)

¹КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради, Україна
²Медичний діагностичний центр «Експерт», м. Житомир, Україна

Paediatric surgery,Ukraine.2021.1(70):74-79; doi 10.15574/PS.2021.70.74

For citation: Khomenko VS, Perepelitsia VP, Strotskiy KP, Dykyi OG et al. (2021). Bouveret syndrome (clinical case). Paediatric Surgery,Ukraine. 1(70):74-79; doi 10.15574/PS.2021.70.74.

Жовчнокам'яна хвороба є однією з найпоширеніших хірургічних нозологій, що має тенденцію до постійного зростання. Щорічно у світі виконують понад 2,5 млн холецистектомічних втручань: в європейських країнах – від 45 до 80 тис., у США – понад 700 тис. Переважна більшість пацієнтів, госпіталізованих до хірургічного стаціонару, мають типові ускладнення холелітазу, такі як гострий холецистит і холедохолітаз із розвитком механічної жовтяниці. Діагностика таких ускладнень здебільшого не становить труднощів, а надання хірургічної допомоги стандартизоване. Синдром Бувере (або гострий біліарний ілеус, Gallstone ileus) є досить рідкісним ускладненням жовчнокам'яної хвороби та обумовлений розвитком запальних дегенеративно-дистрофічних змін між жовчним міхуром і стінкою дванадцятипалої кишки, а це призводить до формування нориці, через яку відбувається міграція конкрементів у просвіт шлунково-кишкового тракту з розвитком обструкції. Проте слід зауважити, що лише в 7–10% випадків утворена нориця може спричинити міграцію конкременту й розвиток кишкової непрохідності.

До 2008 р. у світовій літературі описано лише близько 300 випадків синдрому. Тривалий анамнез камененосійства, часті епізоди загострення холелітазу, жіноча стать, похилий вік є основними факторами ризику розвитку синдрому Бувере. Стосовно інших видів механічної непрохідності частота біліарного ілеусу становить лише 1–4% і може сягати показника 24% в осіб віком від 70 років. Складність діагностики обумовлена неспецифічністю початкових проявів, коморбідністю пацієнтів, пізнім зверненням по медичну допомогу. Післяопераційна летальність при гострому калькульозному холециститі коливається в межах від 0,28% до 3,01% (у середньому по Україні – 0,94–0,81%), а при синдромі Бувере може сягати 24%. Основними безпосередніми причинами летальних наслідків являється кровотеча, перфорація, гострий панкреатит, тяжкі диселектролітні розлади. Можливість широкого застосування комп'ютерної та магнітно-резонансної томографії значно спрощує діагностичний пошук. Проте, на жаль, передопераційна діагностика синдрому досягається лише у чверті хворих.

Малоінвазивні методи, з огляду на приріст наукових публікацій та власний досвід, можна успішно використовувати для корекції цієї патології як остаточний метод. Наведено літературний огляд етіології, патогенезу, клінічних проявів, поширеності, методів діагностики і лікування синдрому Бувере.

Клінічний випадок. Наведено власне клінічне спостереження синдрому Бувере в пацієнтки, госпіталізованої до хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» з явищами дуоденальної непрохідності та тривалим анамнезом камененосійства. Послідовне застосування ендоскопічних та інструментальних візуалізаційних методів дало змогу встановити діагноз, а використання лапароскопічного доступу – виконати малоінвазивну корекцію патології в цієї хворої.

Висновки. Жовчнокам'яна хвороба – одна з найпоширеніших хірургічних патологій. Синдром Бувере являється досить рідкісним ускладненням останньої. Клінічні симптоми малоспецифічні, тому додаткові інструментальні обстеження дають змогу провести точну доопераційну діагностику. Зважаючи на низьку ефективність ендоскопічних методів корекції, хірургія є основним методом лікування. Збільшення кіль-

кості наукових публікацій щодо застосування лапароскопічних і відеоасистуючих методик свідчать про досить високу ефективність останніх у корекції цієї патології.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду батьків дитини.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: жовчнокам'яна хвороба, гостра кишкова непрохідність, синдром Бувере.

Bouveret syndrome (clinical case)

V.S. Khomenko¹, V.P. Perepelitsia¹, K.P. Strotskiy¹, O.G. Dykyi¹, O.V. Prokopchuk¹, I.O. Kuchynskiy¹, S.V. Andruschenko², A.V. Sirotkin¹

¹ME «Regional clinical hospital named after O.F. Gerbachevsky» of Zhytomyr regional Council, Ukraine,

²Medical diagnostic center «Expert», Zhytomyr, Ukraine

Gallstone disease is one of the most common surgical nosologies, which tends to increase steadily. More than 2.5 million cholecystectomy surgeries are performed annually in the world: in European countries – from 45 to 80 thousand, in the United States – more than 700 thousand. choledocholithiasis with the development of mechanical jaundice. Diagnosis of these complications in most cases is not difficult, and the provision of surgical care is standardized. Bouveret's syndrome (syn. Acute biliary ileus, Gallstone ileus) is a very rare complication of gallstone disease and is caused by the development of inflammatory degenerative-dystrophic changes between the gallbladder and the duodenal wall, leading to the formation of fistulas through which -intestinal tract with the development of obstruction. However, it should be noted that only in 7–10% of cases, the formed fistula can cause the migration of stones and the development of intestinal obstruction.

By 2008, only about 300 cases of the syndrome had been described in the world literature. Patients with a long history of stone disease, frequent episodes of exacerbation of cholelithiasis, female gender, old age are the main risk factors for Bouveret syndrome. Compared to other types of mechanical obstruction, the frequency of biliary ileus is only 1–4% and can reach 24% in people over 70 years. The complexity of the diagnosis is due to the nonspecificity of the initial manifestations, comorbidity of patients, late treatment. Postoperative mortality in acute calculous cholecystitis ranges from 0.28% to 3.01% (on average in Ukraine 0.94–0.81%), and in Bouveret syndrome can reach 24%. The main direct causes of death are bleeding, perforation, acute pancreatitis, severe dyselectrolyte disorders. The possibility of widespread use of computed tomography and magnetic resonance imaging greatly simplifies the diagnostic search. However, unfortunately, preoperative diagnosis of the syndrome is achieved only in a quarter of patients.

Minimally invasive methods, given the growth of scientific publications and personal experience, can be successfully used to correct this pathology as a final method. A literature review of the etiology, pathogenesis, clinical manifestations, prevalence, methods of diagnosis and treatment of Bouveret syndrome is presented.

Clinical case (short description). Presented own clinical observation of Bouveret syndrome in a patient hospitalized in the surgical department of the KNP «Regional Clinical Hospital named after O.F. Gerbachevsky» with the phenomena of duodenal immobility and long history of stone-bearing. Consecutive use of endoscopic and instrumental imaging methods allowed accurate diagnosis, and the use of laparoscopic access made it possible to perform minimally invasive correction of pathology in this patient.

Conclusions. Gallstone disease is one of the most common surgical pathologies. Bouveret syndrome is a rare complication of the latter. Clinical symptoms are less specific, so the use of additional instrumental examinations allows accurate preoperative diagnosis. Due to the low efficiency of endoscopic methods of correction surgery is the main tool. The increase in scientific publications on the use of laparoscopic and video-assisting techniques makes it possible to argue about the relatively high efficiency of the latter in the correction of this pathology.

The research was carried out in accordance with the principles of the Helsinki Declaration. The informed consent of the patient was obtained for conducting the studies.

The authors declare no conflicts of interests.

Key words: Gallstone disease, acute intestinal obstruction, Bouveret syndrome.

Синдром Бувере (клинический случай)

В.С. Хоменко¹, В.П. Перепелица¹, К.П. Строчкий¹, А.Г. Дикий¹, А.В. Прокопчук¹, И.А. Кучинский¹, С.В. Андрущенко², А.В. Сироткин¹

¹КНП «Областная клиническая больница имени А.Ф. Гербачевского» Житомирского областного совета, Украина

²Медицинский диагностический центр «Эксперт», г. Житомир, Украина

Желчнокаменная болезнь является одной из наиболее распространенных хирургических нозологий, что имеет тенденцию к постоянному росту. Ежегодно в мире выполняют более 2,5 млн холецистэктомических вмешательств: в европейских странах – от 45 до 80 тыс., в США – более 700 тыс. В основном большинство пациентов, госпитализированных в хирургический стационар, имеют типичные осложнения холелитиаза, такие как острый холецистит и холедохолитиаз с развитием механической желтухи. Диагностика данных осложнений в большинстве случаев не вызывает затруднений, а оказание хирургической помощи стандартизировано. Синдром Бувере (или острый билиарный илеус, Gallstone ileus) является достаточно редким осложнением желчнокаменной болезни и обусловлен развитием воспалительных дегенеративно-дистрофических изменений между желчным пузырем и стенкой двенадцатиперстной кишки, приводящие к формированию свища, через который происходит миграция конкрементов в просвет желудочно-кишечного тракта с развитием обструкции. Однако стоит заметить, что только в 7–10% случаев образование свища может стать причиной миграции конкремента и развития кишечной непроходимости.

К 2008 г. в мировой литературе описано всего около 300 случаев синдрома. Длительный анамнез камненосительства, частые эпизоды обострения холелитиаза, женский пол, пожилой возраст являются основными факторами риска развития синдрома Бувере. По отношению к другим видам механической непроходимости частота билиарного илеуса составляет лишь 1–4% и может достигать показателя 24% у лиц в возрасте старше 70 лет. Сложность диагностики обусловлена неспецифичностью начальных проявлений, коморбидностью пациентов, поздним обращением за медицинской помощью. Послеоперационная летальность при остром калькулезном холецистите колеблется в пределах от 0,28% до 3,01% (в среднем по Украине – 0,94–0,81%), а при синдроме Бувере может достигать 24%. Основными непосредственными причинами летальных исходов являются кровотечение, перфорация, острый панкреатит, тяжелые дисэлектролитные расстройства. Возможность широкого применения компьютерной и

Клінічний випадок

магнітно-резонансної томографії значительно упрощає діагностичний пошук. Однак, к сожалению, предоперационная диагностика синдрома достигается только у четверти больных.

Малоинвазивные методы, учитывая прирост научных публикаций и собственный опыт, могут быть успешно использованы для коррекции данной патологии как окончательный метод. Представлен литературный обзор этиологии, патогенеза, клинических проявлений, распространенности, методов диагностики и лечения синдрома Бувере.

Клинический случай. Представлено собственное клиническое наблюдение синдрома Бувере у пациентки, госпитализированной в хирургическое отделение КНП «Областная клиническая больница имени А.Ф. Гербачевского» с явлениями дуоденальной непроходимости и длительным анамнезом камненосительства. Последовательное использование эндоскопических и инструментальных визуализационных методов позволило провести точную диагностику, а использование лапароскопического доступа выполнить малоинвазивную коррекцию патологии у данной больной.

Выводы. Желчнокаменная болезнь – одна из самых распространенных хирургических патологий. Синдром Бувере является достаточно редким осложнением последней. Клинические симптомы малоспецифичны, поэтому дополнительные инструментальные обследования дают возможность провести точную предоперационную диагностику. Учитывая низкую эффективность эндоскопических методов коррекции, хирургия является основным инструментом. Увеличение количества научных публикаций использования лапароскопических и видеоассистирующих методик свидетельствует о достаточно высокой эффективности последних в коррекции данной патологии.

Исследование выполнено в соответствии с принципами Хельсинкской декларации. На проведение исследований получено информированное согласие родителей ребенка.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: желчнокаменная болезнь, острая кишечная непроходимость, синдром Бувере.

Вступ

Жовчнокам'яна хвороба – одне з найпоширеніших захворювань органів черевної порожнини, частота якої становить близько 10% випадків у населення країн Західної Європи та США, у 60–80% випадків – каменосійство безсимптомне [2]. Найвищий рівень поширеності захворювання спостерігається серед мешканців Північної Америки (50–70%) та Швеції (40%), низький – в Ісландії, Таїланді, Сінгапурі, де її рівень не перевищує 5%. Відмічається закономірність вищої частоти захворюваності в індустріально розвинутих країнах, а також зростання рівня поширеності жовчнокам'яної хвороби з віком. Так, у віковій групі 21–30 років на неї страждає 3–4% населення, 41–50 років – 5%, від 60 років – до 20%, від 70 років – до 30%. До типових ускладнень, пов'язаних із жовчнокам'яною хворобою, належать гострий холецистит, холедохолітіаз, гострий панкреатит, рідкісними ускладненнями є жовчна нориця та рак жовчного міхура, які є наслідком тривалої патології [12]. Ризик розвитку жовчнокам'яної тонкокишкової обструкції становить 0,3–0,5% [1], це становить 1–4% усіх випадків кишкової непрохідності [11]. До 2008 р. у світовій літературі описано близько 300 випадків синдрому гострого біліарного ілеусу [7]. Жовчнокам'яна хвороба в дитячому віці, за даними різних авторів, становить до 3–5% у структурі патології гепатобіліарної системи, близько 30% усіх випадків жовчнокам'яної хвороби в дітей виникають унаслідок хвороб, пов'язаних із гемолізом [5]. У європейських дослідженнях вивчався рівень поширеності жовчнокам'яної хвороби серед дітей (0,13–0,2%), причому він різко зростає серед дітей та підлітків з ожирінням – до 2%.

Гострий біліарний ілеус описаний у 1770 р. Beaussier, проте синдром названий на честь французького лікаря Леона Бувере, який у 1886 р. у робо-

ті «*Revue de medicine*» описав 2 летальні випадки внаслідок розвитку гострої дуоденальної непрохідності, спричиненої конкрементом [6]. Grove в 1976 р. уперше діагностував патологію з використанням гастродуоденоскопії, а Bedogni зі співавт. у 1985 р. здійснив уперше ендоскопічне видалення конкременту. В Україні на цей час статистика щодо хворих із синдромом Бувере не ведеться. У вітчизняних наукових джерелах описано лікування 19 хворих із таким синдромом, із них ендоскопічне видалення виконано у 2, відкрите оперативне втручання – у 14, лапароскопічне – у 3 пацієнтів [13]. Синдром Бувере в «класичному варіанті» являє собою обструкцію виходу зі шлунка на рівні пілоруса (1 : 10 000 холелітіазів). У цілому норицеутворення може виникати в різних варіантах: міхурово-ободової, холецистощлункової і холецисто-дуоденальної нориці. Описано випадки формування гострого біліарного ілеусу у хворих із холецистектомією в анамнезі [9]. На синдром Бувере припадає 1–3% випадків дуоденальної непрохідності. Як і при жовчнокам'яній хворобі в цілому, так і при синдромі біліарного ілеуса рівень захворюваності вищий серед жінок, співвідношення жінок до чоловіків становить 1,9:1, а вікова медіана – 74 роки [8]. Основним механізмом виникнення непрохідності є міграція одного або декількох конкрементів через холецистодуоденальну норицю, що утворюється внаслідок фіброзно-запального процесу між жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою (60% випадків), порушення артеріального кровообігу та зниження венозного відтоку [4]. Основними клінічними проявами є нудота й блювання, які спостерігаються у 87% випадків та є домінуючими; абдомінальний біль спостерігається в 71%, кривава блювота – у 15%, втрата ваги – у 14%, локальний абдомінальний біль – у 44%, метеоризм – у 26%. У ситуаціях, пов'язаних з обструкцією фате-

рового сосочка, клінічну картину супроводжує синдром жовтяниці та гострого біліарного панкреатиту. Одним із найбільш грізних ускладнень є дуоденальна перфорація та кровотеча.

Диференційна діагностика проводиться з перфоративною виразкою шлунка, гострим панкреатитом, заворотом шлунка, безоарами, малігнізованими норицями, виразковим або пухлинним стенозом шлунка [7]. Доопераційна діагностика складна, що обумовлено пізнім зверненням пацієнтів, неспецифічними проявами, тяжкістю стану, що лімітує час і методи доопераційної діагностики. У половині випадків патологія діагностується лише під час виконання лапаротомії. До основних інструментальних методів діагностики належать: оглядова рентгенографія органів черевної порожнини, ультрасонографія, гастродуоденоскопія, комп'ютерна томографія. Рентгенографія органів черевної порожнини дає змогу діагностувати обструкцію лише в 21% випадків. Тріада *Rigler*: пневмобілія, дуоденальна обструкція та ектопія жовчних конкрементів вважаються патогномонічними для синдрому Бувере. Застосування ультрасонографії має певні обмеження, зокрема, у разі вираженого метеоризму, деструкції міхура або наявного повітря в просвіті міхура. Комп'ютерна томографія є найточнішим методом діагностики, який у 60–75% випадків дозволяє визначити точний рівень непрохідності, розташування біліодигестивної нориці, стан жовчного міхура [4]. Гастродуоденоскопія практично на 100% дає змогу виявити наявну обструкцію, проте істинну причину у вигляді конкременту – лише в 69% випадків. Ендоскопічний метод дозволяє здійснювати літоекстракцію або літотрипсію конкременту. Проте ефективність ендоскопічних методів вкрай низька та оцінюється в межах 9–10%.

У більшості випадків, особливо за розмірів конкрементів понад 3 см, застосовується лише хірургічний метод. Предметом дискусії є визначення методу та обсягу втручання, зокрема, ролі та місця лапароскопії, доцільності виконання холецистектомії та одномоментної ліквідації нориці. Останні два варіанти є не лише технічно складними, але й пов'язаними з вищим ризиком ускладнень. Рівень смертності за одноетапної літоекстракції, холецистектомії та ліквідації нориці становить 16,9% порівняно з 11,7% за виконання лише ентеролітотомії. Виникнення рецидиву жовчнокам'яної непрохідності реєструється лише в 5–9% пацієнтів, а симптоми, що потребують повторної оперативної корекції, зустрічається в 10% хворих, що перенесли ентеролітотомію; самовільне закриття нориці відбувається у

50% випадків [10]. Проте слід зауважити, що захворюваність на холангіокарциному в 15 разів вища у хворих, що мають міхуровоентеральну норицю щодо загальної популяції [3]. Повідомлення про використання лапароскопічного доступу для корекції синдрому Бувере все частіше з'являються в періодичних публікаціях. Успіх методу безпосередньо залежить від точної топічної верифікації конкременту та його розміру.

Для ілюстрації складнощів діагностики та можливостей малоінвазивної корекції патології наведено випадок із власної практики.

Дослідження виконано відповідно до принципів Гельсінської декларації. На проведення досліджень отримано інформовану згоду пацієнта.

Клінічний випадок

Хвора Х., 1951 року народження, госпіталізована до хірургічного відділення Житомирської обласної клінічної лікарні імені О.Ф. Гербачевського зі скаргами на нудоту, багаторазове блювання застійним вмістом, домішками їжі та жовчі, а також зі скаргами на біль в епігастрії. За даними анамнезу, біль і періодичне блювання відмічалися протягом останніх двох місяців, посилення симптомів – протягом останніх трьох діб. В анамнезі – жовчнокам'яна хвороба. Пацієнтка коморбідна – хворіє на гіпертонічну хворобу, атеросклеротичну хворобу серця та цукровий діабет II типу.

На момент госпіталізації загальний стан був ближчим до задовільного, у свідомості, орієнтувалася в часі та просторі, нормостенічної тілобудови. Шкіра та слизові – блідо-рожеві, язик – сухий, обкладений білим нальотом. Дихання везикулярне. Частота дихальних рухів – 16/хв. Серцева діяльність – ритмічна, частота серцевих скорочень – 80/хв. Живіт – симетричний, бере участь в акті дихання, болючий в епігастрії, симптоми подразнення очеревини – негативні, перистальтика – вислуховується, фізіологічні випорожнення – не порушені. Периферичні набряки – відсутні. Ректальний огляд – без патології. При лабораторному обстеженні відмічається відносна тромбоцитопенія – $160 \times 10^9/\text{л}$, лейкоцитоз – $8,7 \times 10^9/\text{л}$ із паличкоядерним зсувом. У біохімічному аналізі крові: гіпохлоремія – 94 ммоль/л, підвищення аланінамінотрансферази – 91 Од/л, аспартатамінотрансфераза – 70 Од/л. Коагулограма: фібриноген А – 3,0 г/л; РФМК-тест – 4,0; активований частковий тромбoplastиновий час – 29 с; протромбіновий індекс – 100%. Антитіла до вірусних гепатитів В та С негативні.

Клінічний випадок

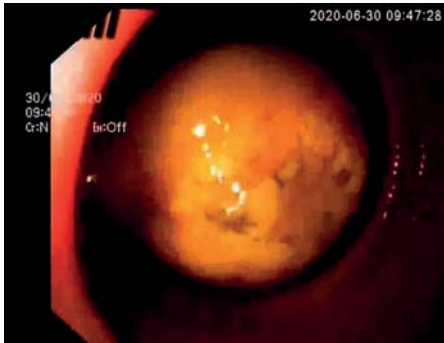


Рис. 1. Ендоскопічна картина конкременту в просвіті дванадцятипалої кишки



Рис. 2. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Стрілкою вказано холецистодуоденальну норицю



Рис. 3. Комп'ютерна томографія органів черевної порожнини. Стрілкою вказано конкремент у просвіті дванадцятипалої кишки



Рис. 4. Інтраопераційний вигляд гастротомії з літоекстракцією

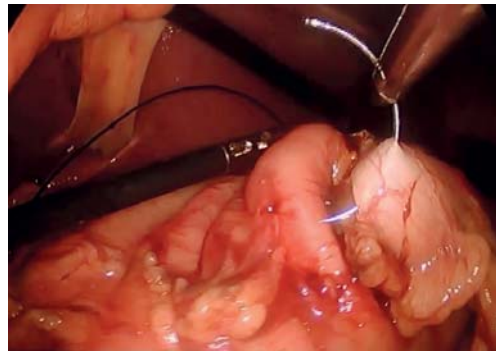


Рис. 5. Ушивання гастротомії



Рис. 6. Конкремент, видалений з просвіту дванадцятипалої кишки

Консультована терапевтом: ішемічна хвороба серця; атеросклеротичний кардіосклероз; атеросклероз аорти та вінцевих артерій, симптоматична артеріальна гіпертензія; серцева недостатність I ст.; цукровий діабет II типу, компенсація.

Враховуючи наявність симптомів дисфагії та ознак високої кишкової непрохідності, хворій виконано комплексне інструментальне дообстеження:

1) езофагогастродуоденоскопія (рис. 1): ерозивна гастропатія, ознаки obturaції дванадцятипалої кишки жовчним конкрементом;

2) комп'ютерна томографія органів черевної порожнини з внутрішньовенним підсиленням (рис. 2, 3): ознаки холецистодуоденальної нориці, рентгенконтрастного конкременту низхідного відділу дванадцятипалої кишки із субтотальним блоком;

3) ультразвукове дослідження органів черевної порожнини: хронічний панкреатит, дифузні зміни паренхіми печінки; ознаки пієлонефриту справа; гастростаз;

4) оглядова рентгенографія органів черевної порожнини: вільного газу під куполом діафрагми не виявлено; чаші Клойбера та горизонтальні рівні рідини – не виявлені.

Враховуючи дані скарг, огляду, інструментальних методів обстеження, хворій встановлено передопераційний діагноз «Жовчнокам'яна хвороба, холе-

цистодуоденальна нориця, гострий біліарний дуоденальний ілеус».

Встановлено абсолютні показання до термінового оперативного втручання в об'ємі діагностичної лапароскопії, гастродуоденотомії, літоекстракції.

Хворій виконано передопераційну підготовку: спрямовано на корекцію диселектролітних порушень, профілактику тромбоемболічних і гнійно-септичних ускладнень.

В асептичних умовах здійснено параумбілікальний троакарний доступ, створено пневмоперитонеум (15 мм рт. ст., 15 л/хв). Встановлено два додаткові порти: права латеральна ділянка живота по середньоключичній лінії 5 мм порт), ліва латеральна ділянка по середньо-ключичній лінії (12 мм оптичний порт). При ревізії: печінка – без особливостей, у черевній порожнині – випоту немає, петлі кишечника – рожеві, перистальтують. Візуалізується збільшений у розмірах шлунок.

Проведено мобілізацію антрального відділу по великій та малій кривині, з відступом до 7 см від пілоруса виконано поперечну гастротомію, через останню виконано дуоденоскопію холедохоскопом, візуалізовано конкремент. Інструментально конкремент виведено в зону гастротомії та поміщено в контейнер, останній видалено з черевної порожнини. Гастротомію ушито дворядним швом

Vloc 2–0 (рис. 4–6). Дреновано черевну порожнину. Післяопераційний період – без ускладнень. Дренаж із черевної порожнини видалено на 2-гу добу, шви знято на 7-му добу.

Висновки

Жовчнокам'яна хвороба – одна з найпоширеніших хірургічних патологій. Синдром Бувере є досить рідкісним ускладненням останньої. Клінічні симптоми малоспецифічні, тому додаткові інструментальні обстеження дають змогу провести точну доопераційну діагностику. Зважаючи на низьку ефективність ендоскопічних методів корекції, хірургія є основним методом корекції. Зростання кількості наукових публікацій щодо використання лапароскопічних і відеоасистуючих методик свідчить про досить високу ефективність останніх у корекції цієї патології.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

References/Література

1. Ariche A. (2000). Gastric outlet obstruction by gallstone: Bouveret syndrome. *Scand J Gastroenterol.* 35 (7): 781–783.
2. Ariol D. (2008). Intermittent gastric outlet obstruction due to a gallstone migrated through a cholecysto-gastric fistula: a new variant of Bouveret's syndrome. *World J Gastroenterol.* 14: 125–128.
3. Donati M. (2010). The surgical treatment of a rare complication: gallstone ileus. *Annali Italiani di Chirurgia.* 81: 57–62.

4. Doycheva I. (2009). Bouveret's syndrome: case report and review of the literature. *Gastroenterology Research and Practice:* 4. doi 10.1155/2009/914951.
5. Dudnyk VM, Furman VH. (2017). Zhovchnokamiana khvoroba u ditei, khvorykh na spadkovumikrosferotsytarnu hemolitychnu anemiiu. Cholelithiasis in children with hereditary microspherocytosis. *Bulletin of the Vinnytsia National Medical University.* 2 (21): 410–413. [Дудник ВМ. (2017). Жовчнокам'яна хвороба у дітей, хворих на спадкову мікросфероцитарну гемолітичну анемію. Вісник Вінницького національного медичного університету. 2 (21): 410–413].
6. Kalwaniya DS. (2015). A rare presentation of gastric outlet obstruction (GOO) – The Bouveret's syndrome. *Annals of Medicine and Surgery.* 4: 67–71.
7. Mavroeidis VK. (2013). Bouveret Syndrome The rarest variant of gallstone ileus: A case report and literature review. *Case Reports in Surgery:* 6. doi 10.1155/2013/839370.
8. Mishra A. (2013). Bouveret Syndrome: A Case report and review. *Journal of gastrointestinal & digestive system.* 3: 3. doi: 10.4172/2161-069X.1000133.
9. Ripolles T. (2001). Gallstone ileus: increased diagnostic sensitivity by combining plain film and ultrasound. *Abdominal Imaging.* 26: 401–405.
10. Rossetti A. (2014). Gallstone ileus in an already cholecystomized patient. *Int J Case Rep Images.* 5 (6): 453–455.
11. Sica G. (2005). Laparoscopic treatment of Bouveret's syndrome presenting as acute pancreatitis. *JSLs.* 9 (4): 472–475.
12. Tcheransky A. (2019). Laparoscopic management of Bouveret's syndrome after failed endoscopic approach. *Case Reports in Surgery:* 4. doi 10.1155/2019/7067240.
13. Tyvonchuk OS. (2020). Laparoskopichne vydalennia konkrementa pry syndromi Bouveret Laparoscopic publication of specific Bouveret syndromes. *Klinichna khirurgiia.* 87 (34): 102–104. [Тивончук ОС. (2020). Лапароскопічне видалення конкrementу при синдромі Бувере. *Клінічна хірургія.* 87 (34): 102–104].

Відомості про авторів:

Хоменко Віталій Станіславович – лікар-хірург хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Перепелиця Віктор Петрович – зав. хірургічним відділенням КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Строцький Костянтин Петрович – зав. ендоскопічним відділенням КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Дикий Олександр Григорович – к.мед.н., лікар-хірург хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Прокотчук Олександр Володимирович лікар-хірург хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Кучинський Ілля Олександрович лікар-хірург (інтерн) хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради. Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Андрущенко Світлана Василівна – головний лікар медичного центру «Експерт». Адреса: м. Житомир, вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96..

Сироткін Андрій Вікторович лікар-хірург хірургічного відділення КНП «Обласна клінічна лікарня імені О.Ф. Гербачевського» Житомирської обласної ради; Адреса: м. Житомир вул. Червоного Хреста, 3; тел. (0412) 43-17-96.

Стаття надійшла до редакції 17.10.2020 р., прийнята до друку 04.03.2021 р.