

© CC 0 Коллектив авторов, 2025
 УДК 616.366-003.7-06 : 616.34-007.272
<https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-4-70-76>

СИНДРОМ БУВЕРЕ: АНАЛИЗ ВОСЬМИ СЛУЧАЕВ

Ф. Б. Алиджанов^{1, 2*}, Ф. А. Хаджибаев^{1, 2}, А. Б. Курбонов¹, Б. И. Шукуров^{1, 2}

¹ Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи

100115, Узбекистан, Ташкент, ул. Кичик халка йули, д. 2

² Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

100007, Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51

Поступила в редакцию 15.02.2025 г.; принята к печати 09.07.2025 г.

Представлено описание 8 случаев синдрома Бувере – редкой формы обтурационной непроходимости двенадцатиперстной кишки, вызванной миграцией крупного желчного камня через билиодигестивный свищ. Диагностика СБ не представляет значительных трудностей при использовании ФЭГДС. Необходимость применения высокотехнологичных методов лучевой диагностики, таких как МРТ или МСКТ, возникает редко. Лечение следует начинать с эндоскопического вмешательства, направленного на смещение конкремента в желудок с последующей литотрипсией и экстракцией. Однако проведение литотрипсии в просвете ДПК несет риск дистального перемещения фрагментов, что может привести к развитию обтурационной тонкокишечной непроходимости. При отсутствии эффекта от эндоскопического вмешательства рекомендуется выполнение литоэкстракции через гастротомный доступ, без проведения вмешательства на желчном пузыре.

Ключевые слова: синдром Бувере, желчнокаменная обтурационная кишечная непроходимость, билиодигестивный свищ, обтурационная непроходимость, эзофагогастродуоденоскопия, эндоскопическое лечение, гастротомия

Для цитирования: Алиджанов Ф. Б., Хаджибаев Ф. А., Курбонов А. Б., Шукуров Б. И. Синдром Бувере: анализ восьми случаев. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова*. 2025;184(4):70–76. <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-4-70-76>.

* **Автор для связи:** Фатых Бакиевич Алиджанов, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников Минздрава Республики Узбекистан, 100007, Узбекистан, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51. E-mail: f.alidjanov@gmail.com.

BOUVERET'S SYNDROME: DESCRIPTION OF 8 CASES

Fatih B. Alidzhanov^{1, 2*}, Farkhod A. Khadjibayev^{1, 2}, Anvar B. Kurbonov¹, Bobir I. Shukurov^{1, 2}

¹ Republican Research Center of Emergency Medicine

2, Kichik Khalka Yo'li str., Tashkent, Uzbekistan, 100115

² Center for Professional Qualification Development of Medical Workers

51, Parkent str., Tashkent, Uzbekistan, 100007

Received 15.02.2025; accepted 09.07.2025

The article describes 8 cases of Bouveret's syndrome, a rare form of obstructive duodenal obstruction caused by the migration of a large gallstone through a biliodigestive fistula. BS diagnosis is not significantly difficult when using EGDS. The need to use high-tech methods of radiation diagnostics, such as MRI or MSCT, rarely occurs. Treatment should start with an endoscopic intervention aimed at moving the calculus into the stomach, followed by lithotripsy and extraction. However, lithotripsy in the lumen of the duodenum carries the risk of distal movement of fragments, which can lead to the development of obstructive small intestinal obstruction. In the absence of the effect of endoscopic intervention, it is recommended to perform lithoextraction through gastric access, without intervention on the gallbladder.

Keywords: Bouveret's syndrome, gallstone obstructive intestinal obstruction, biliodigestive fistula, obstructive duodenal obstruction, esophagogastroduodenoscopy, endoscopic treatment, gastrotomy

For citation: Alidzhanov F. B., Khadjibayev F. A., Kurbonov A. B., Shukurov B. I. Bouveret's syndrome: description of 8 cases. *Grekov's Bulletin of Surgery*. 2025;184(4):70–76. (In Russ.). <https://doi.org/10.24884/0042-4625-2025-184-4-70-76>.

* **Corresponding author:** Fatikh B. Alidjanov, Center for Professional Qualification Development of Medical Workers, Ministry of Health of the Republic of Uzbekistan, 51 Parkent str., Tashkent, Uzbekistan, 100007. E-mail: f.alidjanov@gmail.com.

Введение. Синдром Бувере (СБ) представляет собой обтурационную дуоденальную непроходимость, обусловленную обструкцией очень крупным желчным камнем, мигрирующим в просвет двенадцатиперстной кишки (ДПК) через образовавшийся пузырно-дуоденальный свищ. В современной литературе описано значительное количество единичных случаев данного синдрома [1–8]. Максимальное число собственных наблюдений, зарегистрированное одним авторским коллективом, составляет всего 5 случаев [9].

В настоящем исследовании представлена серия из 8 клинических случаев синдрома Бувере (табл. 1), основанных на собственной практике. Особое внимание уделено вопросам диагностики, лечения и анализу заболеваемости, а также представлен краткий обзор данной патологии.

За 24 года работы Республиканского научного центра экстренной медицинской помощи билиарный илеус был диагностирован у 71 пациента, из которых синдром Бувере выявлен в 8 случаях (11,2%). Женщин было 5, мужчин 3. Возраст больных варьировал от 37 до 81 года, средний возраст составил $63,4 \pm 15,9$ года.

Все пациенты предъявляли жалобы на тошноту, многократную рвоту, общую слабость и сухость во рту. Умеренные боли или дискомфорт в животе отмечались у всех пациентов: у 7 из них – в эпигастриальной области и правом подреберье, у 1 – только в эпигастриальной области. У двух больных наблюдались признаки гастродуоденального кровотечения, проявлявшиеся рвотой «кофейной гущей», меленой и головокружением. Множественные эпизоды типичного болевого синдрома при желчнокаменной болезни в анамнезе указали 6 пациентов. Одна из больных за 5 лет до обращения перенесла эндоскопическую папиллосфинктеротомию по поводу холедохолитиаза. Среднее время от начала заболевания до госпитализации составило $6 \pm 3,8$ суток. 7 больных поступили в течение первой недели, тогда как 1 больная обратилась за медицинской помощью на 20-е сутки. У всех больных отмечались признаки гиповолемии различной степени тяжести, включая тахикардию, тахипноэ, снижение центрального венозного давления (ЦВД) и артериального давления (АД).

При пальпации живота выявлялась лишь умеренная болезненность в области эпигастрия и правого подреберья без признаков раздражения брюшины и вздутия живота. В общеклинических и биохимических анализах крови были выявлены следующие отклонения: лейкоцитоз – у 2 больных, гипокалиемия – у 5, гипопотеинемия – у 3, гипергликемия – у 3, повышение уровня мочевины – у 2. Обзорная рентгеноскопия живота была выполнена у 6 больных. При этом у 2 из них выявлена аэробилия, являющаяся признаком билиодигестивного свища (рис. 1), а у 1 пациента – признаки гастро-

дуоденостаза. У 2 больных при рентгеноконтрастном исследовании была обнаружена тень желчного камня в просвете ДПК (рис. 2). УЗИ печени и желчных путей было проведено у 7 пациентов. Нормальные размеры желчного пузыря выявлены только у 1 из них. У 3 пациентов желчный пузырь не визуализировался, у 3 наблюдались деформация и уменьшение его размеров (длина менее 6 см, ширина менее 3 см), при этом конкременты были обнаружены у 4 пациентов. У 2 пациентов отмечено утолщение стенок желчного пузыря. Расширения общего желчного протока и признаков аэробилии выявлено не было (рис. 3).

МСКТ выполнена 1 пациенту, а МРТ – 2 пациентам (рис. 4). Во всех случаях диагноз был подтвержден.

Наиболее достоверным и оптимальным методом диагностики оказалась фиброэзофагогастродуоденоскопия (ФЭГДС), которая во всех случаях позволила выявить наличие конкремента в двенадцатиперстной кишке и холецистодуоденального свища (рис. 5).

Состояние 7 пациентов усугублялось наличием сопутствующей патологии (табл. 2).

Учитывая наличие серьезной сопутствующей патологии у большинства пациентов, предпочтение отдавалось эндоскопическому способу разрешения непроходимости. У 3 пациентов удалось переместить конкремент в желудок, и у одного из них конкремент был удален из желудка после проведения литотрипсии. У 2 больных, у которых литотрипсия оказалась неэффективной, с целью предотвращения повторного вклинения конкремента был установлен назодуоденальный зонд. Однако у 1 из пациентов произошло смещение дистального конца зонда в желудок, что привело к повторному смещению конкремента и развитию тонкокишечной непроходимости, потребовавшей выполнения срединной лапаротомии и энтеролитотомии. Другой пациент был прооперирован на третьи сутки в отсроченном порядке после стабилизации состояния. Ему выполнено удаление конкремента путем гастротомии через минилапаротомный доступ.

Остальные 5 пациентов были прооперированы в срочном порядке после кратковременной предоперационной подготовки. У этих пациентов конкремент был удален через верхне-срединную лапаротомию с выполнением гастротомии (4 случая) или гастропилоротомии (1 случай).

Послеоперационные осложнения наблюдались у 2 пациентов: эвентрация, потребовавшая ушивания передней брюшной стенки, и нагноение послеоперационной раны. Все пациенты были выписаны в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение. СБ впервые был описан Beaussier у двух пациентов при аутопсии в 1770 г. В 1896 г. Леон Огюст Бувере впервые поставил предоперационный диагноз этого состояния,

Таблица 1

Клинические характеристики и методы лечения больных с синдромом Бувере

Table 1

Clinical characteristics and treatment methods of patients with Bouveret's syndrome

№ пациента	1	2	3	4	5	6	7	8
Возраст	76	67	81	57	55	67	37	67
Пол	Жен	Жен	Муж	Жен	Жен	Жен	Муж	Муж
Койко-дни	9	6	7	29	8	17	3	10
Время от начала заболевания, сутки	4	7	5	20	5	2	3	2
Длительность ЖКБ, годы	10	нет	1	1	8	нет	1	2
Приступы ЖКБ	Множественные	Нет	Множественные	Нет	Множественные	Нет	Множественные	Нет
Аэробилия (на рентгенограмме)	Есть	Нет	Нет	Есть	Нет	Не произведено	Нет	Не произведено
Аэробилия (при УЗИ)	Нет	Не осматривен	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Камни в желчном пузыре	Да	Не осматривен	Нет	Нет	Да	Да	Да	Нет
Сморщенный желчный пузырь при УЗИ	Нет	Да	Да	Да	Нет	Да	Да	Да
Конкремент при ФЭГДС	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да
Свищ при ФЭГДС	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Да	Нет
ASA	III E	III E	III E	III E	III E	III E	II E	III E
Сроки операции, часы	48	4	4	216	12	12	Не оперирован	6
Эндоскопическое пособие	Деблокирование	Не удалась	Не удалась	Деблокирование	Не удалась	Не удалась	Деблок+ Литотрипсия и экстракция	Гастротомия
Вид операции, доступ	Минилапаротомия. Гастротомия	Верхне-срединная лапаротомия. Гастротомия	Верхне-срединная лапаротомия. Гастропилоротомия	Верхне-срединная лапаротомия. Энтеротомия	Верхне-срединная лапаротомия. Гастротомия	Верхне-срединная лапаротомия. Гастротомия	Не оперирован	Верхне-срединная лапаротомия. Гастротомия
Размер конкремента, см	2,5×3,0	4,0×3,0	6,0×3,0	4,0×3,0	5,0×4,0	5,0×4,0	1,8×2,0	3,0×4,0
Исход	Выписан	Выписан	Выписан	Выписан	Выписан	Выписан	Выписан	Выписан

которое с тех пор носит его имя [10–12]. Некоторые авторы ошибочно считают, что СБ объединяет все случаи желчнокаменной кишечной непроходимости [13, 14].

СБ составляет 2–3 % от всех случаев желчнокаменной непроходимости желудочно-кишечного тракта, которая, в свою очередь, составляет 1–4 % от всех видов тонкокишечной непроходимости. Это связано с тем, что билиодигестивные свищи образуются лишь у 0,3–5 % пациентов с желчнокаменной болезнью [цит. по 15]. Исходя из этих данных, несложно подсчитать, что СБ составляет всего 0,02–0,12 % от всех случаев кишечной непроходимости, что подтверждает исключительную редкость данной патологии. Согласно данным D. Rodriguez Romano et al., до 1997 г. в мировой литературе было описано всего около 225 случаев СБ [7].

Ситуация осложняется тем, что данная патология, как правило, встречается у пациентов пожи-

лого и старческого возраста, имеющих серьезные сопутствующие заболевания. Так, в обзоре 128 опубликованных случаев, проведенном M. Karpell (2006) [16], было установлено, что средний возраст пациентов составлял $74,1 \pm 11,1$ года.

После прохождения через билиодигестивный свищ желчные камни диаметром менее 2,5 см мигрируют через кишечник и могут достигать терминального отдела подвздошной кишки, вызывая классическую обтурационную тонкокишечную непроходимость. Камни большего размера, как правило, застревают в двенадцатиперстной кишке [5]. Однако наши наблюдения показывают, что классическая желчнокаменная непроходимость может возникать и при более крупных конкрементах [17].

Из-за редкости этой патологии и отсутствия специфических симптомов ранняя диагностика СБ представляет значительные трудности. Как отмечают многие авторы, СБ обычно проявляется

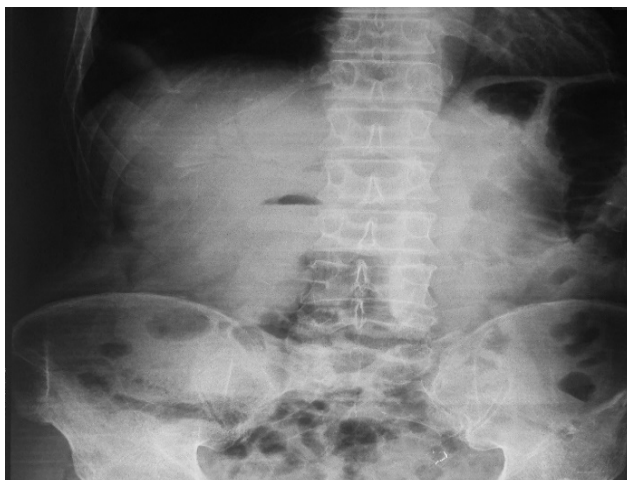


Рис. 1. Больной Б., 70 лет, № и. б. 24753. Рентгенограмма: наличие аэробилии

Fig. 1. Patient B., 70 years old, medical history № 24753. X-ray: presence of aerobilia

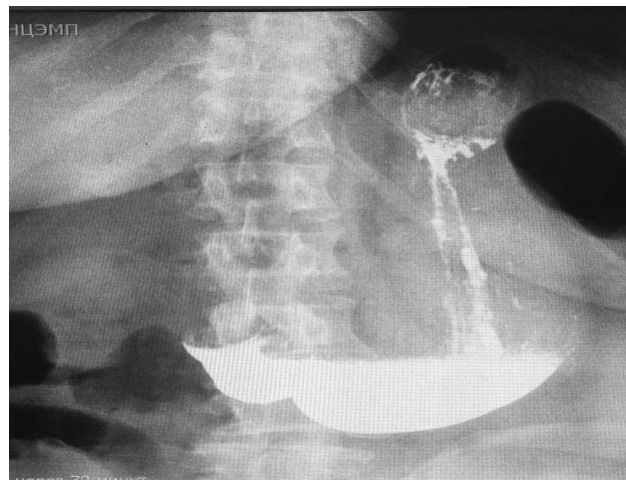


Рис. 2. Больная М., 55 лет, № и. б. 40642. Рентгенограмма желудка: наличие дефекта наполнения в области луковицы ДПК

Fig. 2. Patient M., 55 years old, medical history № 40642. Gastric X-ray: presence of a filling defect in the duodenal bulb



а



б

Рис. 3. Больной Б., 70 лет, № и. б. 24753. УЗИ: а – деформированный желчный пузырь с неоднородным содержимым; б – наличие аэробилии

Fig. 3. Patient B., 70 years old, medical history № 24753. Ultrasound: а – deformed gallbladder with heterogeneous contents; б – presence of aerobilia

неспецифическими симптомами, наиболее частыми из которых являются триада: боль в эпигастрии, тошнота и рвота. Кроме того, заболевание может сопровождаться кровотечением из верхних отделов желудочно-кишечного тракта, лихорадкой, потерей массы тела и анорексией.

Наличие синдрома Бувере можно заподозрить при обзорной рентгенографии живота, если у пациента выявляется пневмобилия при отсутствии данных об оперативных вмешательствах на желчевыводящих путях в анамнезе, а также при отсутствии рентгенологических признаков кишечной обструкции, таких как «чаши Клойбера» или кишечные арки.

Общепринятая лечебная тактика при СБ отсутствует. Некоторые хирурги считают, что при внутренних билиодигестивных свищах необходимо

выполнение радикального вмешательства, включающего удаление желчного пузыря и камней из желчных протоков, восстановление магистрального оттока желчи, ликвидацию свища и ушивание дефекта полого органа [3, 18, 19]. Однако сообщения об использовании лапароскопической технологии для радикального лечения синдрома Бувере встречаются редко. Так, в 2013 г. D. Yang et al. описали успешное выполнение лапароскопической дуоденотомии с удалением желчных камней, дуоденостомии и субтотальной холецистэктомии [20]. В 2024 г. T. R. Bhandari et al. сообщили об успешной робот-ассистированной гастротомии с удалением конкремента [21]. Тем не менее, при выполнении одноэтапного радикального лечения риск расширения объема вмешательства, связанный с трудностями ликвидации дефекта ДПК, остается высоким.

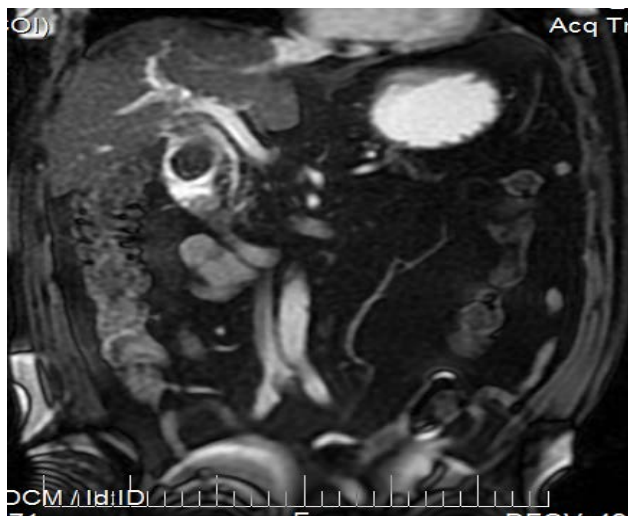


Рис. 4. Больной Р., 81 год, № и. б. 54944. МРХПГ: внутренний билиодигестивный свищ, в просвете ДПК – желчный конкремент

Fig. 4. Patient R., 81 years old, medical history № 54944. MRCP: internal biliodigestive fistula, gallstone in the lumen of the duodenum



Рис. 5. Больная Н., 57 лет, № и. б. 38971. ФЭГДС. Пилородуоденальная обструкция желчным камнем

Fig. 5. Patient N., 57 years old, medical history № 38971. EGD. Pyloroduodenal obstruction caused by a gallstone

Таблица 2

Сопутствующая патология у больных с синдромом Бувере

Table 2

Comorbidities in patients with Bouveret's syndrome

Сопутствующая патология	Число больных
ИБС	6
ГБ II и выше	4
Сахарный диабет	3
Ожирение 2 ст. и выше	3
ХОБЛ	2
Пневмосклероз	1
Нижний парапарез	1

В таких ситуациях некоторые авторы были вынуждены прибегать к резекции желудка или выполнению гастроэнтеростомии [22]. Согласно мнению ряда специалистов, основная цель оперативного вмешательства при СБ должна заключаться в устранении кишечной непроходимости, а операцию по ликвидации билиодигестивного свища рекомендуется проводить на втором этапе [23, 24]. Более того, ликвидация свища может быть необязательной, так как он способен закрыться самостоятельно, особенно если пузырный проток проходим и в желчном пузыре отсутствуют остаточные конкременты [25]. Систематический анализ литературы, выполненный Y. AL-Habbal et al. (2017), показал, что 69 % хирургов придерживаются именно такой двухэтапной тактики [2]. Мы также придерживаемся мнения, что первоочередной задачей при СБ является устранение кишечной непроходимости любым доступным методом.

С момента публикации G. Bedogni в 1985 г. случая успешной эндоскопической литоэкстракции

при СБ в литературе появились многочисленные работы, посвященные эндоскопическим методам устранения непроходимости [26]. Обзор 61 случая восстановления пилородуоденальной проходимости при СБ показал, что эндоскопические методы, успешно примененные у 52 пациентов, включали: механическую литотрипсию (40 %), электрогидравлическую литотрипсию (22 %), экстракцию интактного камня и лазерную литотрипсию (по 15 %), экстракорпоральную ударно-волновую литотрипсию и стентирование двенадцатиперстной кишки (по 4 %). Однако у 9 пациентов фрагменты камней мигрировали дистально, что потребовало хирургического вмешательства [27]. Эндоскопическое лечение СБ следует рассматривать как метод первой линии, несмотря на относительно низкий уровень успеха (<10 %), о котором сообщается в литературе [28].

Одним из наиболее сложных аспектов лечения СБ является выбор метода удаления конкремента из ДПК. Это связано с тем, что выполнение дуоденото-

мии для удаления конкремента является технически сложной процедурой из-за наличия рубцовых и воспалительных изменений, а также сопровождается высоким риском несостоятельности швов. По этой причине большинство авторов, описывающих свои наблюдения, предпочитают использовать энтеротомный или гастротомный доступы [29].

Заключение. Наш опыт и анализ литературных данных показывают, что диагностика СБ не представляет значительных трудностей при использовании ФЭГДС. Необходимость применения высокотехнологичных методов лучевой диагностики, таких как МРТ или МСКТ, возникает редко. Лечение следует начинать с эндоскопического вмешательства, направленного на смещение конкремента в желудок с последующей литотрипсией и экстракцией. Проведение литотрипсии в просвете ДПК несет риск дистального перемещения фрагментов, что может привести к развитию обтурационной тонкокишечной непроходимости. При отсутствии эффекта от эндоскопического вмешательства рекомендуется выполнение литоэкстракции через гастротомный доступ без проведения вмешательства на желчном пузыре.

Конфликт интересов

Авторы заявили об отсутствии конфликта интересов.

Conflict of interest

The authors declare no conflict of interest.

Соответствие нормам этики

Авторы подтверждают, что соблюдены права людей, принимавших участие в исследовании, включая получение информированного согласия в тех случаях, когда оно необходимо, и правила обращения с животными в случаях их использования в работе. Подробная информация содержится в Правилах для авторов.

Compliance with ethical principles

The authors confirm that they respect the rights of the people participated in the study, including obtaining informed consent when it is necessary, and the rules of treatment of animals when they are used in the study. Author Guidelines contains the detailed information.

ЛИТЕРАТУРА

- Бебуришвили А. Г., Панин С. И., Савицкая А. В., Постолов М. П. Синдром Бувере. Клиническое наблюдение эндоскопически ассистированной минилапаротомной операции. Вестн. ВолгГМУ. 2016. Т. 1. С. 62–64.
- Al-Habbal Y., Ng M., Bird D., McQuillan T., Al-Khaffaf H. Uncommon presentation of a common disease - Bouveret's syndrome: A case report and systematic literature review. *World J Gastrointest Surg.* 2017. Vol. 9, № 1. P. 25–36. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v9.i1.25>.
- Hürlimann R., Enzler M., Binswanger R. O., Meyenberger C. Das Bouveret-Syndrom – eine seltene Gallensteinkomplikation [Bouveret syndrome – a rare gallstone complication]. *Z Gastroenterol.* 1995. Vol. 33, № 8. P. 445–8. (German).
- Jones T. A., Davis M. E., Glantz A. I. Bouveret's syndrome presenting as upper gastrointestinal hemorrhage without hematemesis. *Am Surg.* 2001. Vol. 67, № 8. P. 786–9.
- Lawther R. E., Diamond T. Bouveret's syndrome: gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. *Ulster Med J.* 2000. Vol. 69, № 1. P. 69–72.
- Nickel F., Müller-Eschner M. M., Chu J., von Tengg-Kobligh H. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of the literature and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surg.* 2013. Vol. 13. P. 33. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-33>.
- Rodriguez Romano D., Moreno Gonzalez E., Jiménez Romero C. et al. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome). *Hepatogastroenterology.* 1997. Vol. 44, № 17. P. 1351–1355.
- 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. Vol. Article ID 839370, 6 pages. <https://doi.org/10.1155/2013/839370>.
- Vidal O., Villanueva J., Alvarez R. Síndrome de Bouveret: cinco casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 1994. Vol. 86. P. 839–839.
- Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule. *Rev Med (Paris).* 1896. Vol. 16. P. 1–16.
- Infíquez A., Rojas J., Pineda G., Guzmán C. Bouveret syndrome: report of four cases. *Rev Med Chile.* 2008. Vol. 136, № 2. P. 163–168.
- Langhorst J., Schumacher B., Deselaers T., Neuhaus H. Successful endoscopic therapy of gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. *Gastrointest Endosc.* 2000. Vol. 51. P. 209–213.
- Мамчиц В. И., Чайка М. А., Иванов П. А. Классификация острого холецистита: этиопатогенетические принципы построения. Вестн. клуба панкреатологов. 2019. № 3. С. 70–79.
- Рощін Г. Г., Тутченко М. І., Іскра Н. І., Рудик Д. В. Окремі діагностичні та лікувальні аспекти синдрому Бувере. *Здоров'я суспільства.* 2016. Т. 6, № 3. С. 47–50.
- Haddad F. G., Mansour W., Deeb L. Bouveret's syndrome: literature review. *Cureus.* 2018. Vol. 10, № 3. P. e2299. <https://doi.org/10.7759/cureus.2299>.
- Kappel M., Davis M. D., Chen J. Characteristics of Bouveret syndrome: A comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol.* 2006. Vol. 101, № 9. P. 2139–2146.
- Хаджибаев Ф. А., Алиджанов Ф. Б., Курбанов А. Б., Шукуров Б. И. Лапароскопически ассистированная энтеролитотомия при билиарном илеусе (клиническое наблюдение). Вестн. неотлож. и восстановит. хирургии. 2021. Т. 6, № 2. С. 180–188.
- Вахидов В. В., Алтыев Б. К., Артыков Б. Я. Внутренние билиодигестивные свищи. *Хирургия.* 1993. Т. 10. С. 78–81.
- Nuño-Guzmán C. M., Madrigal-Hernández M., Ortiz-Hernández C. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. *World J Gastrointest Surg.* 2010. Vol. 2, № 5. P. 172–176.
- Yang D., Wang Z., Duan Z. J., Jin S. Laparoscopic treatment of an upper gastrointestinal obstruction due to Bouveret's syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013. Vol. 19, № 40. P. 6943–6946. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i40.6943>.
- Bhandari T. R., Wong J. L. H., Ahmad J. et al. Bouveret's syndrome: A modern multimodal approach (endoscopic and robotic surgery). *Int J Surg Case Rep.* 2024. Vol. 10. P. 1–7.
- Pissas A., Roue J., Dupont J. An unusual observation of Bouveret syndrome. *La Semaine des Hopitaux.* 1981. Vol. 57, № 41–42. P. 1740–1742.
- Цыбырнэ К. А., Попов С. Д., Чалганов А. И. Желчные свищи. Диагностика и лечение. Кишинев: 1983.
- Evola G., Caramma S., Caruso G. et al. Bouveret's syndrome as a rare complication of cholelithiasis: Disputes in current management and report of two cases. *Int J Surg Case Rep.* 2020. Vol. 71. P. 315–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.019>.
- Reisner R. M., Cohen J. R. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994. Vol. 60, № 6. P. 441–446.
- Bedogni G., Contini S., Meinerio M. et al. Pyloroduodenal obstruction due to a biliary stone managed by endoscopic extraction. *Gastrointest Endosc.* 1985. Vol. 31. P. 36–38.
- Dumonceau J. M., Devière J. Novel treatment options for Bouveret's syndrome: A comprehensive review of 61 cases. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016. Vol. 10, № 11. P. 1245–1255.
- Doycheva I., Lim S. J., Jeon C. Y. Bouveret's syndrome: Case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Pract.* 2009. Vol. 2009. P. 1–4.
- Van Landingham S. B., Broders C. W. Gallstone ileus. *Surg Clin N Am.* 1982. Vol. 62, № 2. P. 241–247.

REFERENCES

- Beburishvili A. G., Panin S. I., Savitskaya A. V., Postolov M. P. Bouveret's syndrome. Clinical observation of endoscopically assisted minilaparotomic surgery. *Vestn. VolgGMU.* 2016;1:62–64. (In Russ.).

2. Al-Habbal Y., Ng M., Bird D., McQuillan T., Al-Khaffaf H. Uncommon presentation of a common disease - Bouveret's syndrome: A case report and systematic literature review. *World J Gastrointest Surg.* 2017;9(1):25–36. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v9.i1.25>.
3. Hürlimann R., Enzler M., Binswanger R. O., Meyenberger C. Das Bouveret-Syndrom – eine seltene Gallensteinkomplikation [Bouveret syndrome – a rare gallstone complication]. *Z Gastroenterol.* 1995; 33(8):445–8. (In German).
4. Jones T. A., Davis M. E., Glantz A. I. Bouveret's syndrome presenting as upper gastrointestinal hemorrhage without hematemesis. *Am Surg.* 2001;67(8):786–9.
5. Lawther R. E., Diamond T. Bouveret's syndrome: gallstone ileus causing gastric outlet obstruction. *Ulster Med J.* 2000;69(1):69–72.
6. Nickel F., Müller-Eschner M. M., Chu J., von Tengg-Koblighk H. Bouveret's syndrome: presentation of two cases with review of the literature and development of a surgical treatment strategy. *BMC Surg.* 2013;13:33. <https://doi.org/10.1186/1471-2482-13-33>.
7. Rodriguez Romano D., Moreno Gonzalez E., Jiménez Romero C. et al. Duodenal obstruction by gallstones (Bouveret's syndrome). *Hepatogastroenterology.* 1997;44(17):1351–1355.
8. 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;Article ID 839370, 6 pages. <https://doi.org/10.1155/2013/839370>.
9. Vidal O., Villanueva J., Alvarez R. Síndrome de Bouveret: cinco casos. *Rev Esp Enferm Dig.* 1994;86:839–839.
10. Bouveret L. Stenose du pylore adherent a la vesicule. *Rev Med (Paris).* 1896;16:1–16.
11. Iñiguez A., Rojas J., Pineda G., Guzmán C. Bouveret syndrome: report of four cases. *Rev Med Chile.* 2008;136(2):163–168.
12. Langhorst J., Schumacher B., Deselaers T., Neuhaus H. Successful endoscopic therapy of gastric outlet obstruction due to a gallstone with intracorporeal laser lithotripsy: a case of Bouveret's syndrome. *Gastrointest Endosc.* 2000;51:209–213.
13. Mamchich V. I., Chaika M. A., Ivanov P. A. Classifications of acute cholecystitis: etiopathogenetic principles of construction. *Vestn. Pancreatology Club.* 2019;(3):70–79. (In Russ.).
14. Roshchin G. G., Tutchenko M. I., Iskra N. I., Rudik D. V. Certain diagnostic and therapeutic aspects of Bouveret's syndrome. *Health of Society.* 2016;6(3):47–50. (In Ukr.).
15. Haddad F. G., Mansour W., Deeb L. Bouveret's syndrome: literature review. *Cureus.* 2018;10(3):e2299. <https://doi.org/10.7759/cureus.2299>.
16. Kappell M., Davis M. D., Chen J. Characteristics of Bouveret syndrome: A comprehensive review of 128 cases. *Am J Gastroenterol.* 2006; 101(9):2139–2146.
17. Khadjibaev F. A., Alidzhanov F. B., Kurbanov A. B., Shukurov B. I. Laparoscopically assisted enterolithotomy in biliary ileus (clinical observation). *Vestn. Emerg. and Reconstr. Surg.* 2021;6(2):180–188. (In Russ.).
18. Vakhidov V. V., Altyev B. K., Artykov B. Ya. Internal biliodigestive fistulas. *Khirurgiya.* 1993;10:78–81. (In Russ.).
19. Nuño-Guzmán C. M., Madrigal-Hernández M., Ortiz-Hernández C. Gallstone ileus: One-stage surgery in a patient with intermittent obstruction. *World J Gastrointest Surg.* 2010;2(5):172–176.
20. Yang D., Wang Z., Duan Z. J., Jin S. Laparoscopic treatment of an upper gastrointestinal obstruction due to Bouveret's syndrome. *World J Gastroenterol.* 2013;19(40):6943–6946. <https://doi.org/10.3748/wjg.v19.i40.6943>.
21. Bhandari T. R., Wong J. L. H., Ahmad J. et al. Bouveret's syndrome: A modern multimodal approach (endoscopic and robotic surgery). *Int J Surg Case Rep.* 2024;10:1–7.
22. Pissas A., Roure J., Dupont J. An unusual observation of Bouveret syndrome. *La Semaine des Hopitaux.* 1981;57(41–42):1740–1742.
23. Tsybyrne K. A., Popov S. D., Chalgano A. I. Biliary fistulas. Diagnosis and treatment. Chisinau: 1983. (In Russ.).
24. Evola G., Caramma S., Caruso G. et al. Bouveret's syndrome as a rare complication of cholelithiasis: Disputes in current management and report of two cases. *Int J Surg Case Rep.* 2020;71:315–318. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.019>.
25. Reisner R. M., Cohen J. R. Gallstone ileus: A review of 1001 reported cases. *Am Surg.* 1994;60(6):441–446.
26. Bedogni G., Contini S., Meinerio M. et al. Pyloroduodenal obstruction due to a biliary stone managed by endoscopic extraction. *Gastrointest Endosc.* 1985;31:36–38.
27. Dumonceau J. M., Devière J. Novel treatment options for Bouveret's syndrome: A comprehensive review of 61 cases. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol.* 2016;10(11):1245–1255.
28. Doycheva I., Lim S. J., Jeon C. Y. Bouveret's syndrome: Case report and review of the literature. *Gastroenterol Res Pract.* 2009;2009:1–4.
29. Van Landingham S. B., Broders C. W. Gallstone ileus. *Surg Clin N Am.* 1982;62(2):241–247.

Информация об авторах:

Алиджанов Фатых Бакиевич, доктор медицинских наук, профессор, профессор кафедры экстренной медицинской помощи, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент, Узбекистан), ORCID: 0000-0001-6033-3008, SPIN: 4409-5771; **Хаджибаев Фарход Абдухакимович**, доктор медицинских наук, профессор, руководитель отделов экстренной хирургии и трансплантологии, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Ташкент, Узбекистан), профессор кафедры экстренной медицинской помощи, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент, Узбекистан), ORCID: 0000-0002-8527-4021; **Курбанов Анвар Боходирович**, доктор философии (PhD), врач-хирург отделения экстренной хирургии № 1, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Ташкент, Узбекистан), ORCID: 0000-0001-8202-4724; **Шукуров Бобир Ибрагимович**, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник, доцент кафедры экстренной медицинской помощи, Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников (Ташкент, Узбекистан), старший научный сотрудник отдела экстренной хирургии, Республиканский научный центр экстренной медицинской помощи (Ташкент, Узбекистан), ORCID: 0000-0003-1774-8886, SPIN: 8320-6931.

Information about authors:

Alidjanov Fatikh B., Dr. of Sci. (Med.), Professor, Professor of the Department of Emergency Medical Care, Center for Professional Qualification Development of Medical Workers (Tashkent, Uzbekistan), ORCID: 0000-0001-6033-3008, SPIN: 4409-5771; **Khadjibaev Farhod A.**, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Departments of Emergency Surgery and Transplantation, Republican Research Center of Emergency Medicine, Professor of the Department of Emergency Medical Care, Center for Professional Qualification Development of Medical Workers (Tashkent, Uzbekistan), ORCID: 0000-0002-8527-4021; **Kurbanov Anvar B.**, Dr. of Sci. (Philosophy), Surgeon of the Emergency Surgery Department № 1, Republican Research Center of Emergency Medicine (Tashkent, Uzbekistan), ORCID: 0000-0001-8202-4724; **Shukurov Bobir I.**, Cand. of Sci. (Med.), Senior Research Fellow, Associate Professor, Department of Emergency Medical Care, Center for Professional Qualification Development of Medical Workers, Senior Research Fellow of the Emergency Surgery Department, Republican Research Center of Emergency Medicine (Tashkent, Uzbekistan), ORCID: 0000-0003-1774-8886, SPIN: 8320-6931.