

Двойной желчный пузырь

© Д.м.н., проф. О.В. ГАЛИМОВ¹, д.м.н., проф. В.О. ХАНОВ¹, Р.Р. САГИТДИНОВ¹, к.м.н. Р.А. КРЮЧКОВ¹, А.К. КРЮЧКОВ²

¹ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России, кафедра хирургических болезней и новых технологий с курсом ИДПО, Уфа, Россия;

²ГБУЗ РБ Городская больница №1, Октябрьский, Республика Башкортостан, Россия

РЕЗЮМЕ

В работе представлен случай успешного лечения редкой врожденной аномалии билиарной системы — истинного удвоения желчного пузыря. Молодая женщина, 26 лет, поступила для оперативного лечения по поводу острого холецистита. Во время диагностического лапароскопического исследования обнаружена аномалия желчного пузыря в виде его удвоения с наличием у каждого пузыря пузырного протока и рассыпным типом кровоснабжения. Выполнена лапароскопическая холецистэктомия с перевязкой и клипированием пузырных протоков. При гистологическом исследовании выявлен острый холецистит. Послеоперационный период протекал без осложнений, пациентка выписана на 6-е сутки после операции.

Ключевые слова: двойной желчный пузырь, аномалии желчного пузыря, лапароскопическая холецистэктомия.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ:

Галимов О.В. — e-mail: galimovov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

Ханов В.О. — e-mail: khanovv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

Сагитдинов Р.Р. — e-mail: po-stal@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1029-4738>

Крючков Р.А. — e-mail: rkryuchkov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7695-3487>

Крючков А.К. — e-mail: rkryuchkov@icloud.com; <https://orcid.org/0000-0003-0089-0317>

КАК ЦИТИРОВАТЬ:

Галимов О.В., Ханов В.О., Сагитдинов Р.Р., Крючков Р.А., Крючков А.К. Двойной желчный пузырь. *Эндоскопическая хирургия*. 2019;25(5):45-48. <https://doi.org/10.17116/endoskop20192505145>

Double gallbladder

© O.V. GALIMOV¹, V.O. KHANOV¹, R.R. SAGITDINOV¹, R.A. KRYUCHKOV¹, A.K. KRYUCHKOV²

¹Bashkir State Medical University, Ufa, Russia;

²City Hospital №1, Oktyabrsky, Republic of Bashkortostan, Russia

ABSTRACT

The article presents the case of successful treatment of a rare congenital anomaly of the biliary system, true doubling of the gallbladder. A young woman of 26 years old was admitted for surgical treatment for acute cholecystitis. During laparoscopy, an anomaly of the gallbladder was detected in the form of doubling with the presence of a cystic duct in each bladder and a diffuse type of blood supply. The laparoscopic cholecystectomy was performed with ligation and clipping of the cystic ducts. A histological examination revealed acute cholecystitis. The postoperative period was uneventful, the patient was discharged on the 6th day after the operation.

Keywords: double gallbladder, gallbladder abnormalities, laparoscopic cholecystectomy.

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS:

Galimov O.V. — e-mail: galimovov@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4832-1682>

Khanov V.O. — e-mail: khanovv@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-1880-0968>

Sagitdinov R.R. — e-mail: po-stal@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0003-1029-4738>

Kryuchkov R.A. — e-mail: rkryuchkov@yandex.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7695-3487>

Kryuchkov A.K. — e-mail: rkryuchkov@icloud.com; <https://orcid.org/0000-0003-0089-0317>

TO CITE THIS ARTICLE:

Galimov OV, Khanov VO, Sagitdinov RR, Kryuchkov RA, Kryuchkov AK. Double gallbladder. *Endoscopic Surgery = Endoskopicheskaya khirurgiya*. 2019;25(5):45-48. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/endoskop20192505145>

Двойной желчный пузырь (*vesica fellea duplex*), как и другие врожденные пороки развития желчевыводящей системы, встречается довольно редко (с частотой 1:3000—1:4000) и обнаруживается, как правило, лишь во время операции [1, 2]. Простейшая форма удвоения представляет собой полость желчного пузыря, разделенную продольной перегородкой до шеечного отдела на две камеры с одним общим пузырным протоком (рис. 1, а). Истинное же удвоение желчного пузыря (два полностью сформированных органа) встречается гораздо реже. При эмбриональном развитии в холедохе или в печеночном протоке могут образоваться мелкие карманы, в случае их сохранения образуется второй желчный пузырь, который имеет свой собственный желчный проток. Если карман образуется из пузырного протока и сохраняется, то оба желчных пузыря общим Y-образным протоком впадают в общий печеночный проток (см. рис. 1, б). Пузыри могут различаться по форме и размеру, при этом меньший по размеру считается добавочным.

Внутрипузырные перегородки состоят из фиброзно-мышечной ткани, они препятствуют оттоку желчи из пузыря и его опорожнению. Внутрипузырные перегородки могут быть продольными, множественными, а также иметь вид циркуляторных мембран [3]. В литературе приводятся сведения о том, что в дополнительном желчном пузыре часто развиваются патологические процессы [4, 5]. В частности, указывается, что в одном или одновременно в двух желчных пузырях могут наблюдаться полипоз [6], формирование конкрементов с развитием острого калькулезного холецистита [7, 8].

Представляем наблюдение больной М., 26 лет, с полным удвоением желчного пузыря, успешно прооперированной видеоэндоскопически по поводу острого калькулезного холецистита.

Пациентка М., 26 лет, поступила в хирургическое отделение ГБУЗ РБ Городская больница №1 (г. Октябрьский) 04.06.18 в экстренном порядке с жалобами на боли в правом подреберье, тошноту, рвоту, сухость во рту, слабость. Больной себя считает около суток, когда после приема жирной пищи появились указанные жалобы. В течение последнего года беспокоили периодические боли в правом подреберье. Больная ранее не обследовалась. При поступлении состояние средней степени тяжести. Цвет кожных покровов физиологический. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Тоны сердца ритмичны. Артериальное давление 120/70 мм рт.ст. Пульс 74 удара в минуту. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот симметричен, не вздут, мягкий, при пальпации болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мюсси—Георгиевского. Стул, мочеиспускание не нарушены. Данные лабораторных исследований: общий (клинический) анализ крови от 04.06.18: лейкоциты $10,8 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $3,89 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 120 г/л, тромбоциты $203 \cdot 10^9$ /л. Анализ крови биохимический от 04.06.18: мочевина 5 ммоль/л, креатинин 69,9 мкмоль/л, глюкоза 3,72 ммоль/л, АЛТ 86 Ед/л, АСТ 24 Ед/л, белок 72 г/л, общий билирубин 8,3 мкмоль/л. Электрокардиография от 04.06.18: синусовый ритм с ЧСС 79 уд/мин. Электрическая ось сердца вертикальная. ЭКГ-признаки пролапса митрального клапана. Ультразвуковое исследование органов брюшной полости от 04.06.18: в зоне желчного пузыря определяется двухконтурная тень размером 10×4 и 3×4 см, с толщиной стенок до 5 мм с акустической тенью в зоне удвоенных контуров желчного пузыря. Холедох 5 мм в диаметре, конкрементов не содержит. ФГДС от 04.06.18: хронический гастродуоденит. Недостаточность кардии. Рефлюкс-эзофагит.

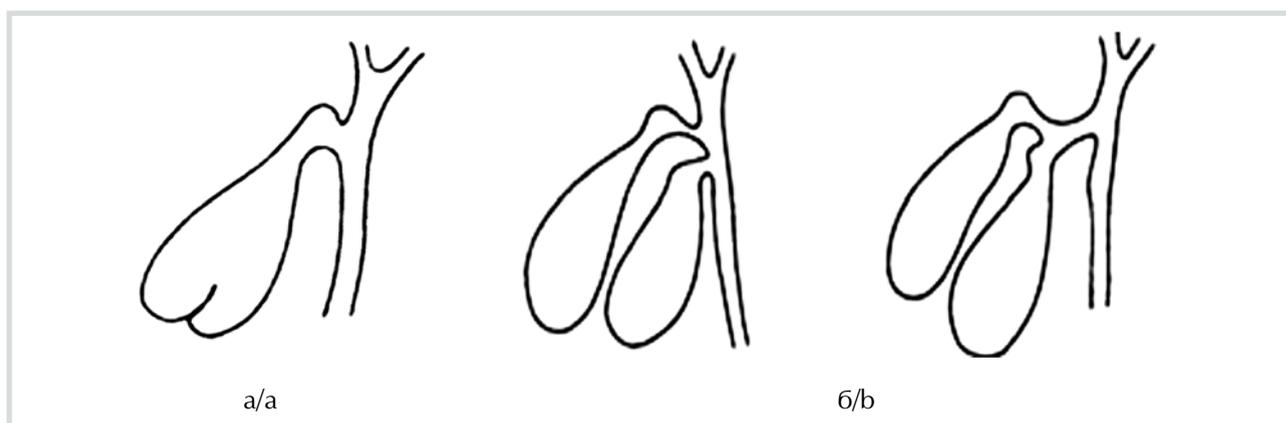


Рис. 1. Двойной желчный пузырь.

а — желчный пузырь, разделенный продольной перегородкой до шеечного отдела с одним общим пузырным протоком; б — истинное удвоение желчного пузыря.

Fig. 1. Double gallbladder.

a — gallbladder separated by a longitudinal septum to the neck with one common bubble duct; b — true doubling of the gallbladder.

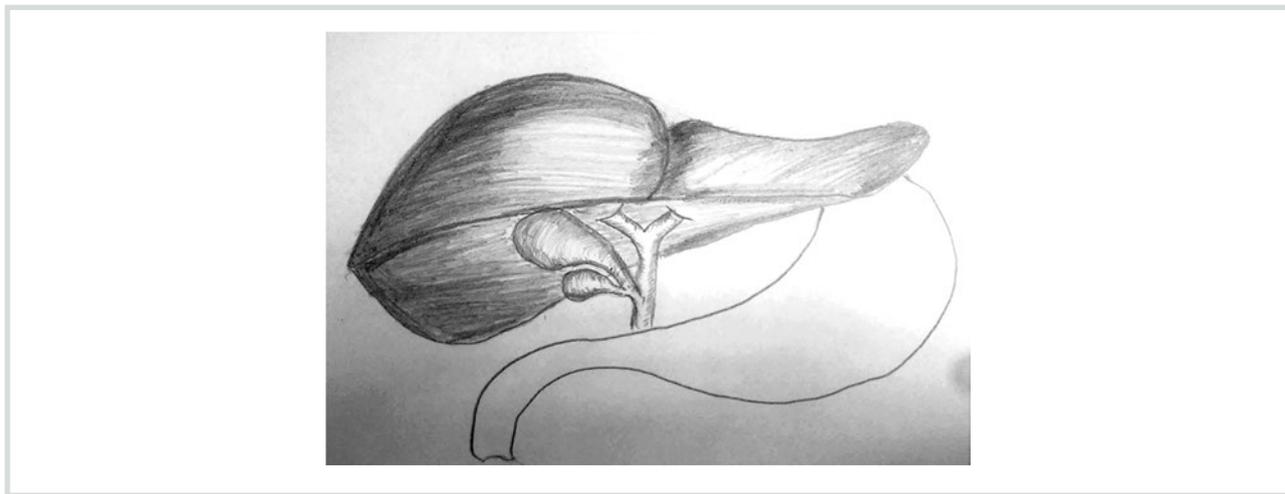


Рис. 2. Схематичное изображение синтопии добавочного желчного пузыря.

Fig. 2. Schematic representation of the synthesis of the additional gallbladder.



Рис. 3. Этап клипирования протока добавочного желчного пузыря.

1 — желчный пузырь; 2 — пузырный проток; 3 — добавочный желчный пузырь; 4 — проток добавочного желчного пузыря; 5 — место слияния пузырного протока и протока добавочного желчного пузыря.

Fig. 3. The stage of clipping the gallbladder supplemental duct.

1 — gallbladder; 2 — bladder duct; 3 — additional gallbladder; 4 — additional gallbladder duct; 5 — place of fusion of bladder duct and additional gallbladder duct.

Диагноз: Удвоение желчного пузыря (?). Острый калькулезный холецистит. Поставлены показания к холецистэктомии.

В условиях общего обезболивания произведен типичный лапароскопический доступ, в стандартных точках введены дополнительные манипуляторы. В брюшной полости выпота нет. Брюшина гладкая, блестящая. Печень обычных размеров, с острыми краями, гладкой капсулой. Желчный пузырь средних размеров, свободно доступен осмотру. Стенка истончена. При выделении пузырного протока в области

треугольника Кало обнаружено полое образование размером 3×5 см, тесно связанное с задней стенкой желчного пузыря. Стенка образования макроскопически соответствует стенке желчного пузыря. Пузырный проток перевязан у Гартмановского кармана, надсечен, катетеризирован тонким катетером. Для уточнения анатомии и исключения возможного повреждения протоков интраоперационно выполнена холангиография. На рентгенограмме хорошо визуализируются заполненный контрастом более крупный желчный пузырь и область слияния пузырных про-

токов, с формированием общего пузырного протока, впадающего в гепатикохоледох. Общий желчный проток 5 мм в диаметре, печеночное дерево контрастируется полностью, дефектов наполнения нет, контраст свободно проходит в двенадцатиперстную кишку. При дальнейшем выделении образования обнаружен проток, диаметром до 3 мм, соединяющий это образование с пузырным протоком (рис. 2). Проток образования клипирован 3 клипсами, пересечен с оставлением 2 клипс на культе (рис. 3). Повторно выполнена интраоперационная холангиография. Рентгенологическая картина не изменилась. Катетер из пузырного протока удален. Пузырный проток клипирован. Выделена, клипирована и пересечена пузырная артерия. Желчный пузырь выделен из ложа. Холецистэктомия с удалением препарата через параумбиликальный разрез. Контроль гемостаза. Троакары удалены. Подпеченочное пространство дренировано трубчатым дренажом. Углекислый газ эвакуирован. Раны ушиты. Наложены асептические повязки.

Макропрепарат: 1) желчный пузырь («основной») 10×4 см, в просвете густая желчь с замазкой; 2) добавочный желчный пузырь 3×5 см, в просвете мно-

жество мелких конкрементов диаметром до 5 мм. Стенки обоих желчных пузырей утолщены до 5 мм, в области шейки меньшего пузыря, содержащего конкременты, определяется фибринозный налет. *Гистологическое заключение:* дуктулярное удвоение желчного пузыря, острый флегмонозный калькулезный холецистит.

В послеоперационном периоде особенностей не наблюдалось. Дренаж удален на 2-е сутки. Швы сняты на 7-е сутки. Пациентка выписана под наблюдение хирурга поликлиники на 6-е сутки в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, двойной желчный пузырь — редкая аномалия. При наличии дополнительного желчного пузыря в нем чаще развиваются патологические процессы. В данном случае конкременты образовались в добавочном желчном пузыре. Представленный случай успешного хирургического лечения редкой врожденной аномалии билиарной системы демонстрирует возможности эндовидеохирургической технологии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

The authors declare no conflicts of interest.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Винник Ю.С., Прусов И., Серова Е., Ширококов А., Никитенко И., Стратович Д., Голубь А. Истинное удвоение желчного пузыря. *Врач.* 2013;12:74-77.
Vinnik YuS, Prusov I, Serova E, Shirobokov A, Nikitenko I, Stratovich D, Golub A. True gallbladder duplication. *Vrach (The Doctor)*. 2013;12:74-77. (In Russ.).
2. Ивашенко В.В., Скворцов К.К., Скворцов К.К., Ивашенко А.В. Редкий случай удвоения желчного пузыря. *Вестник неотложной и восстановительной медицины.* 2013;14(2):267-269.
Ivashchenko VV, Skvortsov KK, Skvortsov KK, Ivashchenko AV. A rare case of gallbladder duplication. *Bulletin of Urgent and Recovery Surgery.* 2013;14(2):267-269. (In Russ.).
3. Осипов Е.В., Арнаутгов Г.В., Иванов О.В. Случай впадения желчного пузыря с раздельным впадением в холедох. В сб.: *Клиническая и патоморфологическая диагностика редко встречающихся повреждений и заболеваний. Случаи из практики.* Под общ. ред. Штарберга А.И. Амурская гос. мед. акад. Благовещенск. 2014.
Osipov EV, Arnautov GV, Ivanov OV. A case of gallbladder confluence and a separate confluence into a choledochous duct. Collection: *Clinical and Pathomorphological diagnostics of rare impairments and diseases. Practical cases.* Under the general editorship of Shtarberg A.I. Amur State Medical Academy. Blagoveshchensk. 2014. (In Russ.).
4. Покровский Е.Ж., Гусев А.В., Соловьев А.Ю., Лебедев А.К., Ефремов А.В. Безопасность пациента при удвоении желчного пузыря. Оставленный желчный пузырь. *Современные проблемы науки и образования.* 2015;5:353.
Pokrovsky EZh, Gusev AV, Solov'yev AYU, Lebedev AK, Efremov AV. Patient's safety in gallbladder duplication. Abandoned gallbladder. *Modern Problems of Science and Education.* 2015;5:353. (In Russ.).
5. Vijayaraghavan R, Charalingappa, Belagavi S. Double gallbladder with different disease entities: A case report. *J Minim Access Surg.* 2006;2(1):23-26.
<https://doi.org/10.4103/0972-9941.25673>
6. Jha AK, Saboo RK, Taparia S. Laparoscopic management of double gallbladder. *J Nepal Health Res Counc.* 2014;12(27):141-143.
7. Yu W, Yuan H, Cheng S, Xing Y, Yan W. A double gallbladder with a common bile duct stone treated by lapa-roscopy accompanied by choledochoscopy via the cystic duct: A case report. *Exp Ther Med.* 2016;12(6):3521-3526.
<https://doi.org/10.3892/etm.2016.3834>
8. Rangarajan K, Chinna S, Nair N, Das CJ. Peril of missing a double gall bladder: report of a patient who needed cholecystectomy two times over. *BMJ Case Rep.* 2017;1.
<https://doi.org/10.1136/bcr-2016-218248>

Поступила 09.10.18

Received 09.10.18

Принята к печати 17.09.19

Accepted 17.09.19