

4. Гостищев, В. К. Применение метода флюоресцентного анализа для экспресс-диагностики антибиотикочувствительности микрофлоры у больных с абдоминальной инфекцией / В. К. Гостищев, В. А. Хоменко, А. Г. Кузьмина // Лазерная медицина. – 2013. – № 17(3). – С. 44-48.

REFERENCES

1. Allegranzi B. Barden of endemic health-care associated infection in developing contries: systematic review and meta-analysis. Lancet. 2011; 377 (9761): 228-241. (in Eng)
2. Determination of the sensitivity of pathogens of dangerous bacterial infections (plague, anthrax, cholera, telyaremia, brucellosis, sap, melioidosis) to antibacterial drugs. Methodical instructions. MU 42 2495-09. Moscow, 2009, 23 p. (in Russ)
3. Gabrielyan N.I., Gorskaya E.M., Drabkina I.V., Sevastyanova O.A. et al. Bacteremia of the hospital period after cardiac surgery. Russian medical journal. 2015, vol. 5, p. 17-21(in Russ)
4. Gostishchev V.K., Khomenko V.A., Kuzmina A.G. Application of the fluorescence analysis method for express diagnostics of antibiotic susceptibility of microflora in patients with abdominal infection. Laser medicine, 2013, vol. 17 (3), p. 44-48. (in Russ)

УДК 616 – 007.15

© Р.М. Гарипов, Д.И. Ибашев, Н.С. Пунгина, 2018

Р.М. Гарипов¹, Д.И. Ибашев², Н.С. Пунгина²

СЛУЧАЙ ИСТИННОГО «ДУКТУЛЯРНОГО» УДВОЕНИЯ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

¹ФГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

²ГБУЗ МЗ РБ «Бирская центральная районная больница», г. Бирск

Частота удвоений желчного пузыря (ЖП) составляет 1:4000. Так называемый дуктулярный пузырь представляет собой вариант истинного удвоенного желчного пузыря. Одновременно существует два полностью сформированных органа, обычно питающиеся двумя пузырными артериями. Пузырные протоки обычно самостоятельно открываются в общий печеночный проток. В литературе приводятся наблюдения формирования конкрементов в одном или одновременно в двух ЖП с развитием острого калькулезного холецистита.

В статье представлен случай успешного лечения редкой врожденной аномалии билиарной системы, истинного «дуктулярного» удвоения желчного пузыря.

Ключевые слова: аномалии желчного пузыря, удвоение.

R.M.Garipov, D.I. Ibashev, N.S. Pungina

A CASE OF TRUE "DUCTULAR" DOUBLING OF THE GALLBLADDER

Doubling of the gallbladder occurs in 1 case per 4000. The so-called "ductular" gallbladder is a variant of doubling gallbladder. There are two completely formed organs, nourished by two cystic arteries. Literature data present observations of calculus formation in one or simultaneously 2 gallbladders with the development of acute calculous cholecystitis.

The paper presents a case of successful treatment of rare congenital malformation of biliary system, true "ductular" doubling of the gallbladder.

Key words: anomalies of the gallbladder, doubling.

Частота удвоений желчного пузыря (ЖП) составляет 1:4000 [1,2]. Простейшая форма удвоения представляет собой полость желчного пузыря, разделенную продольной перегородкой до шейечного отдела. Во многих случаях перегородка продолжается в шейку и пузырный проток. Различают разделенный, двудольчатый желчный пузырь, характеризующийся общей шейкой для двух отдельных камер. Дренирование обычно осуществляется через один единственный или двойной пузырный проток. Описано слияние отдельных пузырных протоков перед впадением в общий желчный проток [3]. Для этих форм удвоения необязательно наличие двух пузырных артерий. Так называемый дуктулярный пузырь представляет собой вариант истинного удвоенного желчного пузыря. Одновременно существует два полностью сформированных органа, обычно питающиеся двумя пузырными артериями. Пузырные протоки обычно самостоятельно открываются в общий печеночный проток.

В литературе приводятся наблюдения формирования конкрементов в одном или одновременно в двух ЖП с развитием острого калькулезного холецистита.

Представляем наблюдение больной с полным «дуктулярным» удвоением желчного пузыря.

Больная С., 48 лет, поступила в хирургическое отделение 26.12.16 г. в экстренном порядке через 2-е суток от начала заболевания с жалобами на боли в правом подреберье с иррадиацией в лопаточную область, многократную рвоту, горечь во рту.

Anamnesis vitae. Соматически здорова. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные. Травм, гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

Anamnesis morbi. В течение последнего года беспокоили периодические боли в правом подреберье. Больная ранее не обследовалась. 24 декабря 2016 года появились острые

боли в правом подреберье, многократная рвота, повышение температуры до 37,5°. Доставлена в центральную районную больницу по линии скорой медицинской помощи. При поступлении состояние средней тяжести. Телосложение нормостеническое. Температура тела 37,2°. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Язык влажный, обложен коричневатым налетом. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Сердце: тоны ритмичные, шумы не выслушиваются. Пульс удовлетворительных свойств, 72 удара/мин. Живот умеренно вздут, напряжен в эпигастральной области и правом подреберье. Перистальтические шумы единичные, равномерные во всех отделах. Положительные симптомы Кера, Ортнера, Мюсси-Георгиевского положительные.

Данные лабораторных исследований – ОАК от 26.12.16 г.: эр. – $4,4 \times 10^{12}/л$; Нб – 119 г/л; лейкоц. – $8,4 \times 10^9/л$; тромбоциты – $279 \times 10^9/л$; СОЭ – 18 мм/ч. Б/х крови: общ. белок – 68 г/л; общ. билирубин – 22,5 мкмоль/л; АСТ 448,9 ед/л; АЛТ 993,0 ед/л. УЗИ органов брюшной полости: определяется двухконтурная тень в зоне желчного пузыря размерами 11,0×4,0 и 5,5×3,0 см, толщиной стенок до 5 мм, содержимое – множественные конкременты диаметром от 5 до 10 мм с акустической тенью в зоне удвоенных контуров желчного пузыря. Холедох до 7 мм, в просвете конкремент диаметром 6 мм с акустической тенью. После предоперационной подготовки в течение 12 часов больная оперирована. Диагноз до операции: удвоение желчного пузыря (?). Желчнокаменная болезнь. Острый калькулезный холецистит. Холедохолитиаз.



Рис. Удаленный удвоенный желчный пузырь

27.12.16 г. под интубационным наркозом выполнена трансректальная мини-

лапаротомия справа. При ревизии подпеченочного пространства обнаружены два желчных пузыря размерами 11,0×4,0×4,0 см и 5,5×3,0×3,0 см. Каждый из пузырей имел собственный пузырный проток 2,5 и 2,0 мм, эти протоки соединялись в общий пузырный проток (см. рисунок). Диаметр общего пузырного протока 3,5 мм, длина 25 мм.

Диаметр общего желчного протока 7 мм, стенка утолщена до 2 мм, пальпаторно в протоке определялся одиночный конкремент до 6 мм. Выполнена холецистэктомия двух желчных пузырей единым блоком «от шейки» с перевязкой общего пузырного протока и двух отдельных ветвей пузырной артерии. Произведена продольная супрадуоденальная холедохотомия длиной 15 мм, удален конкремент диаметром 6 мм, проведены интраоперационная холедохоскопия и калиброванным зондом диаметром 2,5 мм определена проходимость терминального отдела холедоха. Холедох дренирован по Керу. В подпеченочное пространство установлен контрольный хлорвиниловый дренаж диаметром 8 мм, который выведен через отдельный прокол передней брюшной стенки по средне-подмышечной линии. Операционная рана послойно ушита.

Макропрепарат. Два желчных пузыря размерами 5,5×3,0×3,0 см и 11,0×4,0×4,0 см соединены пузырными протоками в общий желчный проток. В просвете первого пузыря 5 конкрементов, второго пузыря – 7 конкрементов диаметром от 0,3 см до 1,0 см. Стенки обоих желчных пузырей утолщены до 5 мм, в области шейки определяется фибриновый налет.

Диагноз после операции: Врожденная аномалия развития желчевыводящих путей. Истинное «дуктулярное» удвоение желчного пузыря. Желчнокаменная болезнь. Острый флегмонозный калькулезный холецистит обоих желчных пузырей. Холедохолитиаз.

Гистологическое заключение. Истинное удвоение желчного пузыря. Острый флегмонозный калькулезный холецистит.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж холедоха удален на 12-е сутки после проведенной контрольной фистулографии. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки. Осмотрена через 4 недели после выписки, жалоб не предъявляет.

Сведения об авторах статьи:

Гарипов Рим Мухарямович – д.м.н., профессор кафедры хирургии с курсом эндоскопии ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел./факс: 8 (347)255-57-54. E-mail: garipoff.rim@yandex.ru.

Ибашев Дмитрий Ишмаевич – зав. хирургическим отделением ГБУЗ МЗ РБ «Бирская центральная районная больница». Адрес: 452450, г. Бирск, ул. Коммунистическая, 120. Тел./факс: 8(34784)2-29-78.

Пунгина Наталья Сергеевна – врач-хирург ГБУЗ МЗ РБ «Бирская центральная районная больница». Адрес: 452450, г. Бирск, ул. Коммунистическая, 120. Тел./факс: 8(34784)2-29-78.

ЛИТЕРАТУРА

1. Казьмин, И.А. Удвоение желчного пузыря / И.А. Казьмин, А.А. Ложкевич // Хирургия. – 2003. – № 9. – С. 48-49.
2. Кочергин, В.Н. Случай двойного желчного пузыря // Вестник хирургии. – 1960. – № 11. – С. 15-16.
3. Быстров, С.А. Острый гангренозный калькулезный холецистит при удвоении желчного пузыря / С.А. Быстров, Б.Н. Жуков // Хирургия. – 2011. – № 1. – С. 66-67.

REFERENCES

1. Kaz'min I.A., Lozhkevich A.A. Udvoenie zhelchnogo puzyrya (Doubling the gallbladder). Khirurgiya. 2003, № 9, p. 48-49.
2. Kochergin, V.N. Sluchay dvoynogo zhelchnogo puzyrya (Case of double gallbladder). Vestnik khirurgii. 1960, № 11, p. 15-16.
3. Bystrov S.A., Zhukov B.N. Ostryy gangrenoznyy kal'kuleznyy kholetsistit pri udvoenii zhelchnogo puzyrya (Acute gangrenous calculous cholecystitis at gallbladder doubling). Khirurgiya. 2011, № 1, p. 66-67.