

ИСТИННОЕ УДВОЕНИЕ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ

Ю. Винник¹, доктор медицинских наук, профессор,
И. Прусов², Е. Серова^{1,2}, кандидат медицинских наук,
А. Широбоков², И. Никитенко², Д. Стратович², А. Голубь²

¹Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого

²Городская клиническая больница №4, Красноярск
E-mail: ekaterina_s_07@mail.ru

Наличие 2 желчных пузырей, развивающихся одинаково или различно, и расположенных самым разным образом, – редкая аномалия билиарной системы.

Приводится наблюдение, касающееся больной с полным удвоением желчного пузыря, страдающей желчнокаменной болезнью.

Ключевые слова: удвоение желчного пузыря, желчнокаменная болезнь, холецистэктомия.

В системе желчного пузыря (ЖП) и протоков аномалии наблюдаются достаточно часто. Редкая аномалия – наличие 2 ЖП, развивающихся одинаково или различно и расположенных самым разным образом [1]. Подобных наблюдений в литературе описано около 70. В среднем встречаемость этой аномалии оценивается как 1 на 3–4 тыс. человек [2, 3]. Эта аномалия может не сопровождаться нарушениями или сочетаться с разными формами расстройств. Оба ЖП могут иметь обычную форму с собственными протоками, раздельно впадающими в гепатикохоledох, и собственными пузырными артериями. Реже пузырьные протоки сливаются и впадают одним стволом. ЖП также могут быть неодинаковой формы и размеров. Например, один может дивертикулообразным мешком располагаться на пузырьном протоке пузыря нормального вида. При этом в случае развития желчнокаменной болезни в одном пузыре могут быть конкременты, эхо-взвесь, стенка его может быть изменена, утолщена, а другой – может быть нормальным. В других случаях, как правило, патологические изменения затрагивают оба ЖП [2, 3].

Под нашим наблюдением находилась больная, 56 лет, с полным удвоением ЖП, страдающая желчнокаменной болезнью.

Больная Л., 56 лет, доставлена 11.07.10 в хирургическое отделение Городской клинической больницы (ГКБ) №4 бригадой скорой медицинской помощи с клинической картиной желчнокаменной болезни, остро го калькулезного холецистита после погрешности в диете, через 7 ч после начала заболевания.

При осмотре: состояние больной среднетяжелое; в сознании, адекватна. Пациентка гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы бледно-розовые, слизистые обычной окраски, чистые. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Частота дыхания (ЧД) 18 в минуту. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. Частота сердечных сокращений (ЧСС) 81 в минуту. АД 130/70 мм рт. ст. Язык сухой, обложен бело-желтым налетом. Живот симметричный, в верх-

них отделах отстает в акте дыхания, не вздут, при пальпации болезненный, умеренно напряженный в эпигастриальной области и правом подреберье. Симптом Грекова–Ортнера, Кера, Мерфи положительные. Симптом Шеткина–Блюмберга отрицательный. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Перкуторно печеночная тупость сохранена, печень на уровне реберной дуги. Притупления в отлогах местах брюшной полости не определяется. Перистальтика сохранена. Стул был утром. Газы отходят. Дизурии нет.

Ультрасонография брюшной полости при поступлении: печень – косой вертикальный размер (КВР) – 148 мм, толщина правой доли (ТПД) – 114 мм, краниокаудальный размер (ККР) – 89 мм, толщина левой доли (ТЛД) – 58 мм. Контуры печени ровные, четкие. Эхоструктура однородная, эхогенность пониженная. Воротная вена – 12 мм. Печеночные вены – 6 мм. Нижняя полая вена – 16 мм.

ЖП размером 11,8×4,1 см, расположен типично, грушевидной формы, толщина стенки 2,8 мм, в просвете в области дна визуализируются 2 округлых подвижных гиперэхогенных образования 16 и 11 мм, в шейке – 16 мм, с акустическими тенями от задних стенок. Внутривенные желчные протоки не расширены, 4 мм, стенки их не утолщены. Хоledох не расширен, 6 мм, без дополнительных образований, стенки не утолщены.

Поджелудочная железа: головка – 28 мм, тело – 14 мм, хвост – 26 мм. Контуры ровные, четкие. Эхоструктура однородная, эхогенность повышенная. Вирсунгов проток не расширен. Селезенка размером 9,1×3,3 см. Контуры ровные, четкие. Эхоструктура однородная, эхогенность средняя. Селезеночная вена – 5 мм. Лимфатические узлы не визуализируются. Свободная жидкость не визуализируется.

Заключение: эхопризнаки увеличения объема ЖП. Конкременты желчного пузыря. Диффузные изменения поджелудочной железы.

В анализах крови при поступлении умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ.

Больная получала стандартное консервативное лечение. На фоне проводимого лечения состояние без улучшения. 13.07.10 в связи с усилением болей в животе, появлением симптомов раздражения брюшины в экстренном порядке по жизненным показаниям под тотальной внутривенной анестезией с автоматической искусственной вентиляцией легких (ИВЛ) выполнены лапароскопическая холецистэктомия, дренирование брюшной полости. После обработки операционного поля осуществлены проколы передней брюшной стенки 4 троакарами в стандартных точках. Инсуффлировано необходимое количество углекислого газа. Интраоперационно в брюшной полости поддерживалось давление 12 мм рт. ст. При осмотре брюшной полости: выпота нет. Печень красно-коричневого цвета, не увеличена, поверхность ее гладкая, край острый, капсула прозрачная.

ЖП визуализируется в умеренных спаечных сращениях, прикрыт большим салынником, фиксирован; увеличен, 10,0×4,0 см, расположен внутривенно, напряжен, багрового цвета, с выраженным перивезикальным инфильтратом в области тела и шейки. Стенка его утолщена, зеленоватая, сосуды инъецированы; расценен как гангренозный.

ЖП крючком с электрокоагуляцией выделен из сращений. Визуализирована печеночно-двенадцатиперстная связка.

После рассечения брюшины выделен пузырьный проток. Он не расширен, не удлиннен. Пузырный проток лигирован 3 клипсами, пересечен ножницами без коагуляции. Выделена пузырьная артерия магистрального типа, располагавшаяся ближе к переднему листку брюшины медиально. Дополнительный сосуд не обнаружен. Артерия лигирована клипсой, пересечена крючком с коагуляцией.

Общий желчный проток визуализируется, не расширен, 8 мм. Выполнено выделение ЖП из ложа от шейки с помощью крючка с коагуляцией. Кровотечение из ложа обильное. Ложе коагулировано.

Контроль на гемостаз и инородные тела. Подпеченочное пространство санировано 1200 мл физиологического раствора натрия хлорида, осушено. Подпеченочное пространство дренировано трубчатым дренажом через один из проколов в правом подреберье. ЖП извлечен из брюшной полости через параумбиликальный разрез. Раны ушиты; наложены асептические повязки.

Макропрепарат: ЖП размером 10,0×4,0 см, стенки утолщены до 10 мм, напряжен, багрово-зеленого цвета, с инъецированными сосудами, слизистая оболочка багровая, с участками некроза. В просвете одиночный конкремент размером 30 мм.

Клинический диагноз: острый обтурационный гангренозный калькулезный холецистит.

В послеоперационном периоде больная получала инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, симптоматическую терапию, проводилась профилактика тромбозно-эмболических осложнений. Течение послеоперационного периода гладкое. По дренажу в первые 3 сут отделяемое умеренное, серозно-геморрагическое. На 5-е сутки отделяемого по дренажу нет, дренаж удален. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Все швы сняты на 8-е сутки. Температура тела в первые 2 сут после операции вечером повышалась до 37,3°C, затем утренняя и вечерняя температура колебалась в пределах 36,2–36,8°C. Функция желудочно-кишечного тракта восстановлена. 26.07.10 пациентка выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдение хирурга в поликлинике по месту жительства.

Гистологический анализ: в препарате фрагменты стенки ЖП с фиброзными изменениями всех слоев, с резким отеком; слизистая сглажена, на большом протяжении представлена только одним рядом уплощенного эпителия; поверхностные и глубокие изъязвления; участки некроза с выраженной инфильтрацией лейкоцитами, кровоизлияния. Данная микроскопическая картина возможна при хроническом холецистите в фазе выраженного обострения с деструкцией стенки.

Анализ крови при выписке: *Hb* 123 г/л, эр. $3,6 \cdot 10^{12}$ /л, тр. $210 \cdot 10^9$ /л, л. $5,8 \cdot 10^9$ /л, э. 1%, п. 4%, с. 71%, лимф. 21%, мон. 3%, СОЭ 17 мм/ч. Мочевина 6,5 ммоль/л, билирубин

общий 13,8 мкмоль/л, прямой 1,8 мкмоль/л, непрямой 12,0 мкмоль/л, глюкоза 5,7 ммоль/л, амилаза 50,6 МЕ/л, аланинаминотрансфераза (АЛТ) 43,7 МЕ/л, аспартатаминотрансфераза (АСТ) 24,7 МЕ/л. Анализ мочи: рН кисл., отн. плотность 1,008, эпителий плоский единичный в п.з., лейкоциты единичные в п.з.

После выписки из стационара болевого синдрома и диспепсии у пациентки не было. В ноябре 2012 г. появились периодические боли в правом подреберье, тошнота, сухость во рту. Больная обратилась за медицинской помощью в хирургическое отделение ГКБ №4.

При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Больная гиперстенического телосложения, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски и влажности. В легких дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧД 17 в минуту. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧСС 78 в минуту. АД 120/80 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. На передней брюшной стенке рубцы в типичных точках после лапароскопической холецистэктомии — окрепшие, без признаков воспаления и грыжевых выпячиваний. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, не вздут, при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Симптом XII ребра отрицательный с обеих сторон. Перкуторно печеночная тупость сохранена, печень на уровне реберной дуги. Притупления в отлогах местах брюшной полости не определяется. Перистальтика сохранена. Стул был утром. Газы отходят. Дизурии нет.

Ультрасонография брюшной полости: печень — КВР — 142 мм, ТПД — 118 мм, ККР — 98 мм, ТЛД — 54 мм. Контуры печени ровные, четкие. Эхоструктура однородная, эхогенность нормальная. Воротная вена — 9 мм. Печеночные вены — 6 мм. Нижняя полая вена — 18 мм.

ЖП размером 5,2×2,1 см, расположен типично, грушевидной формы, толщина стенки 3 мм, в просвете визуализируются округлые подвижные гиперэхогенные образования 14 мм и множественные — до 3 мм, с акустическими тенями от задних стенок. Внутрипеченочные желчные протоки не расширены, 4 мм, с усилением эхосигнала от стенок. Холедох не расширен, 4,5 мм, без дополнительных образований, стенки не утолщены (рис. 1).

Поджелудочная железа: головка — 14 мм, тело — 11 мм, хвост — 18 мм. Контуры ровные, четкие. Эхоструктура диффузно неоднородная, эхогенность повы-

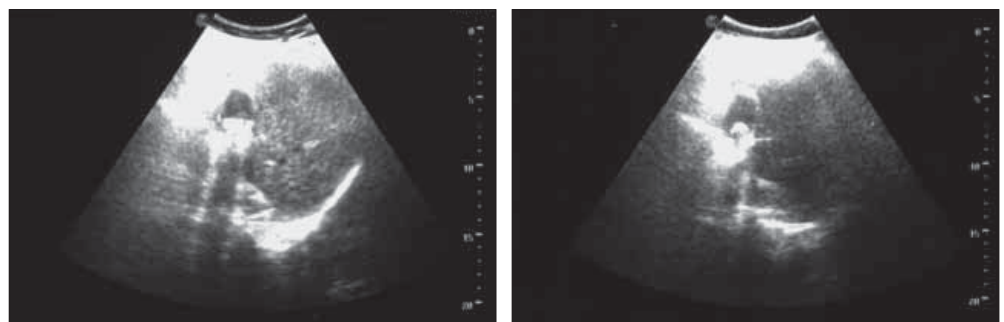


Рис. 1. Ультрасонограмма ЖП с конкрементами и холедоха

шенная. Вирсунгов проток не расширен, 1,5 мм. Селезенка размером 9,9×3,6 см. Контуры ровные, четкие. Эхоструктура однородная, эхогенность средняя. Селезеночная вена 6 мм. Лимфатические узлы не визуализируются. Свободная жидкость не визуализируется.

Заключение: протоковые изменения печени. Конкременты ЖП. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография: через эндоскоп водорастворимым контрастным препаратом выполнен вирсунгов проток, холедох, пузырный проток, общий печеночный и внутривнутрипеченочные желчные протоки — без дефектов наполнения, не расширенные. Через пузырный проток контрастируется пространство с нечеткими контурами, размером 3,0×4,0 см, длина пузырного протока до 2,5–3,0 см. Вероятно, контрастируется резидуальная часть ЖП с конкрементом (?).

Магнитно-резонансная томография (МРТ): на серии томограмм брюшной полости (T1- и T2-взвешенные, в 3 проекциях) — состояние после лапароскопической операции в области ЖП. Печень расположена обычно, не увеличена. Структура однородная. Воротная вена 1,1 см. Внутривнутрипеченочные желчные протоки не расширены, без дефектов наполнения. ЖП неправильной формы, деформирован, с изгибом и перетяжкой в области тела, размером 6,7×3,0 см. В просвете 2 четко визуализируемых конкремента размером 0,8×0,9 и 1,6×1,7 см. Стенка пузыря — до 0,5 см неравномерно утолщена. Холедох 0,5 см, без дефектов наполнения. Поджелудоч-

ная железа диффузно неоднородная за счет усиления стромального компонента, не увеличена, контуры мелковолнистые. Вирсунгов проток до 0,3 см, не извитой. Селезенка не увеличена, размером 10,3×4,2 см, однородной структуры. Селезеночная вена не расширена 0,6 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. **Заключение:** картина желчнокаменной болезни, хронического холецистопанкреатита.

Показатели анализа крови при поступлении в пределах нормы.

Диагноз: Аномалия развития внепеченочных желчных путей с полным удвоением ЖП. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.

23.11.12 под тотальной внутривенной анестезией с автоматической ИВЛ выполнены эндоскопический адгезиолизис, лапароскопическая холецистэктомия, санация, дренирование брюшной полости. После обработки операционного поля осуществлены проколы передней брюшной стенки 4 троакарами в стандартных точках. Инсуффлировано необходимое количество углекислого газа. Интраоперационно в брюшной полости поддерживалось давление 10 мм рт. ст. В верхнем этаже брюшной полости, в подпеченочном пространстве, по правому боковому каналу — массивный спаечный процесс. Ложе ЖП после 1-й холецистэктомии дифференцировать не удается. При осмотре: выпота нет (рис. 2). Печень красно-коричневого цвета, не увеличена, поверхность ее гладкая, край острый, капсула прозрачная.

Произведен эндоскопический адгезиолизис с помощью электрода-«крючка», диссектора и ножниц.

ЖП визуализируется частично, в выраженных спаечных сращениях, прикрыт большим сальником, фиксирован, находится на границе 4-го и 5-го сегментов (рис. 3).

Других изменений со стороны органов брюшной полости не выявлено. ЖП выделен из спаек, отделен от большого сальника. С техническими трудностями выделен общий желчный проток диаметром 6 мм (рис. 4). Выделена шейка ЖП. Пузырный проток удлиннен до 3 см и имеет S-образный изгиб, выходит из ЖП с латеральной стороны.

Пузырная артерия магистрального типа, расположенная ближе к заднему листку брюшины медиально. Пузырный проток лигирован 3 клипсами, пересечен ножницами без коагуляции. Артерия лигирована 1 клипсой, пересечена крючком с коагуляцией. Дополнительный сосуд не обнаружен.

Выполнено выделение ЖП из ложа от шейки с по-



Рис. 2. Лапароскопическая визуализация околопеченочного пространства при 2-й операции

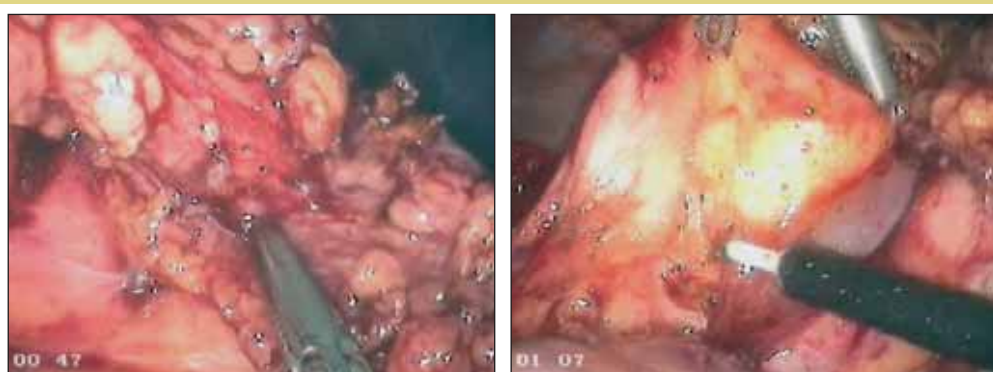


Рис. 3. Лапароскопическая визуализация ЖП при 2-й операции

мощью крючка с коагуляцией. Кровотечение из ложа и рассеченных спаек обильное. Выполнен коагуляционный гемостаз. Ложе ЖП коагулировано дополнительно шариковым электродом (рис. 5).

Контроль на гемостаз и инородные тела. Подпеченочное пространство санировано 1200 мл физиологического раствора натрия хлорида, осушено; дренировано трубчатым дренажом через один из проколов в правом подреберье. ЖП извлечен из брюшной полости через параумбиликальный разрез. Раны ушиты, наложены асептические повязки.

Макропрепарат: ЖП 7,0×3,0 см, стенки утолщены до 6 мм. Слизистая оболочка бледно-розовая, с участками фиброза. В просвете 2 конкремента — 12 и 20 мм.

Клинический диагноз: Аномалия развития внепеченочных желчных путей с полным удвоением ЖП. Желчнокаменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит.

В послеоперационном периоде больная получала инфузионную, спазмолитическую, антибактериальную, симптоматическую терапию; проводилась профилактика тромбозно-эмболических осложнений. Течение послеоперационного периода гладкое. Дренаж удален на 4-е сутки. Послеоперационные раны зажили первичным натяжением. Все швы сняты на 7-е сутки. Больная выписана в удовлетворительном состоянии 28.11.12 под наблюдением хирурга в поликлинике по месту жительства.

Гистологический анализ: в препарате — фрагменты стенки ЖП с очагами фиброза, кровенаполнением сосудов. Ворсинки слизистой на отдельных участках с признаками атрофии, очаговой лимфолейкоцитарной инфильтраций в стенке, что возможно при хроническом холецистите.

Анализ крови при выписке: $Hb\ 117\text{ г/л}$, э. $3,45 \cdot 10^{12}/\text{л}$, тр. $192 \cdot 10^9/\text{л}$, л. $5,5 \cdot 10^9/\text{л}$, п. 2%, с. 62%, лимф. 31%, мон. 5%, СОЭ 32 мм/ч. Мочевина 5,1 ммоль/л, билирубин общий 22,0 мкмоль/л, прямой 2,3 мкмоль/л, непрямой 19,7 мкмоль/л, глюкоза 5,4 ммоль/л, амилаза 36,0 МЕ/л, АЛТ 62,0 МЕ/л, АСТ 63,0 МЕ/л, диастаза 80,0 МЕ/л. Анализ мочи: рН кисл., отн. плотность 1,012, эпителий плоский 4–6 в п.з., лейкоциты 0–1 в п.з.

Таким образом, представленное клиническое наблюдение и проведенный анализ литературы позволили заключить, что аномалии развития внепеченочных желчных протоков встречаются достаточно часто. Редкая аномалия — наличие 2 ЖП (1 случай на 3–4 тыс. человек). При обследовании и лечении больных с желчнокаменной болезнью врачам, проводящим УЗИ, МРТ, хирургам, эндоскопистам, гастроэнтеро-

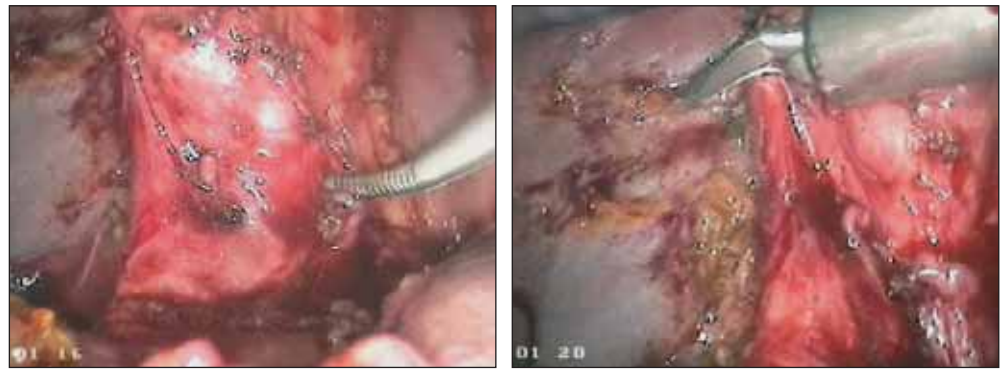


Рис. 4. Лапароскопическая визуализация элементов печечно-двенадцатиперстной связки при 2-й операции

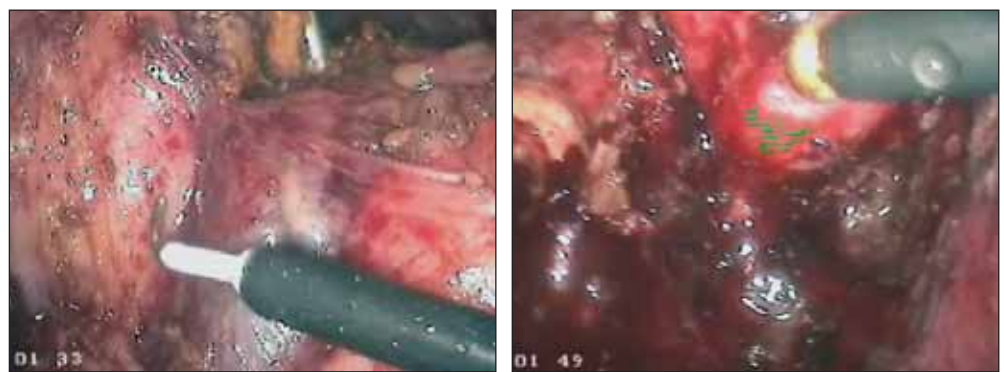


Рис. 5. Лапароскопическая визуализация этапа выделения ЖП из ложа и коагуляции ложа при 2-й операции

логам необходимо помнить о возможных аномалиях развития желчевыводящих путей.

При подозрении на аномалии развития желчных путей необходимо применять полный комплекс доступных диагностических мероприятий с целью дооперационной диагностики патологических состояний, адекватных и своевременных оперативных манипуляций для улучшения результатов лечения этой категории больных, снижения частоты развития и профилактики послеоперационных осложнений.

Литература

1. Винник Ю.С., Миллер С.В., Мухин С.П. и др. Желчный пузырь, расположенный внепеченочно на длинной брыжейке // Ан. хир. гепатол. — 2009; 3: 111–2.
2. Иоскевич Н.Н. Практическое руководство по клинической хирургии. Болезни пищеварительного тракта, брюшной стенки, брюшины / Минск: Выш. шк., 2001; 685 с.
3. Тальман И.М. Хирургия желчного пузыря и желчных протоков / Медгиз, 1963; 432 с.

TRUE GALLBLADDER DUPLICATION

Professor Yu. Vinnik¹, MD; I. Prusov²; E. Serova^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; A. Shirobokov²; I. Nikitenko²; D. Stratovich²; A. Golub²

¹Prof. V.F. Voyno-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University

²City Clinical Hospital Four, Krasnoyarsk

The presence of two gallbladders that develop equally or differently and that are located in many different ways is a rare anomaly of the biliary system. The paper describes a case of complete gallbladder duplication in a female woman with cholelithiasis.

Key words: gallbladder duplication, cholelithiasis, cholecystectomy.