

Редкий случай герниации и ущемления желчного пузыря

© Д.В. БЕЛОВ^{1, 2}, Д.В. ГАРБУЗЕНКО¹, С.С. АНУФРИЕВА¹

¹ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Минздрава РФ, Челябинск, Россия;

²ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» МЗ РФ Челябинск, Россия

Резюме

Описан редкий случай герниации и ущемления желчного пузыря в месте установки абдоминального дренажа у больной, находящейся на лечении с диагнозом «дегенеративный порок аортального клапана, выраженный стеноз и недостаточность 2 степени». Диагноз ущемленной послеоперационной вентральной грыжи был подтвержден посредством мультиспиральной компьютерной томографии органов брюшной полости с контрастированием. Учитывая самопроизвольное вправление, кратковременность ущемления, а также отсутствие перитонеальных явлений, за большой осуществлялось динамическое наблюдение, показаний к экстренной операции не было. Представленный случай напоминает о возможности формирования в местах установки абдоминальных дренажей вентральных грыж, содержащих, в частности, желчный пузырь. Данные литературы свидетельствуют, что при их ущемлении несвоевременная диагностика может привести к фатальным последствиям.

Ключевые слова: герниация желчного пузыря, ущемление желчного пузыря, редкие виды послеоперационных вентральных грыж.

Информация об авторах:

Белов Д.В. — e-mail: belof20@ya.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4985-9716>

Гарбузенко Д.В. — e-mail: garb@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9809-8015>

Ануфриева С.С. — e-mail: gorokhova_74@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3921-5266>

Автор, ответственный за переписку: Белов Д.В. — e-mail: belof20@ya.ru

Как цитировать:

Белов Д.В., Гарбузенко Д.В., Ануфриева С.С. Редкий случай герниации и ущемления желчного пузыря. *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2021;10:110–112. <https://doi.org/10.17116/hirurgia2021101110>

A rare case of herniation and incarceration of the gallbladder

© D.V. BELOV^{1, 2}, D.V. GARBUZENKO¹, S.S. ANUFRIEVA¹

¹South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia;

²Federal Center for Cardiovascular Surgery, Chelyabinsk, Russia

Abstract

The authors report a rare case of herniation and incarceration of the gallbladder at the site of abdominal drainage tube deployment in a patient undergoing treatment for aortic valve disease. An incarcerated postoperative ventral hernia was confirmed by contrast-enhanced CT of the abdomen. Emergency surgery was not indicated due to spontaneous reduction, short duration of incarceration and no peritoneal signs. This case reminds us the possibility of ventral hernias, containing the gallbladder, at the site of abdominal drainage tube deployment. According to the literature, untimely diagnosis of this event can result fatal consequences.

Keywords: hernia of the gallbladder, incarceration of the gallbladder, rare types of postoperative ventral hernias.

Information about the authors:

Belov D.V. — e-mail: belof20@ya.ru; <https://orcid.org/0000-0003-4985-9716>

Garbuzenko D.V. — e-mail: garb@inbox.ru; <https://orcid.org/0000-0001-9809-8015>

Anufrieva S.S. — e-mail: gorokhova_74@mail.ru; <https://orcid.org/0000-0002-3921-5266>

Corresponding author: Belov D.V. — e-mail: belof20@ya.ru

To cite this article:

Belov DV, Garbuzenko DV, Anufrieva SS. A rare case of herniation and incarceration of the gallbladder. *Pirogov Russian Journal of Surgery = Khirurgiya. Zurnal im. N.I. Pirogova*. 2021;10:110–112. (In Russ.). <https://doi.org/10.17116/hirurgia2021101110>

Мы столкнулись с редким случаем герниации и ущемления желчного пузыря в месте установки абдоминального дренажа, который считаем необходимым описать.

Больная П., 86 лет, 20.03.17 была госпитализирована в кардиохирургическое отделение ФГБУ «ФЦССХ» Мин-

здрава России (г. Челябинск) с диагнозом «дегенеративный порок аортального клапана, выраженный стеноз и недостаточность 2 степени» для выполнения транскатетерного протезирования аортального клапана. 22.03.17 во время предоперационной подготовки у нее возникла резкая боль

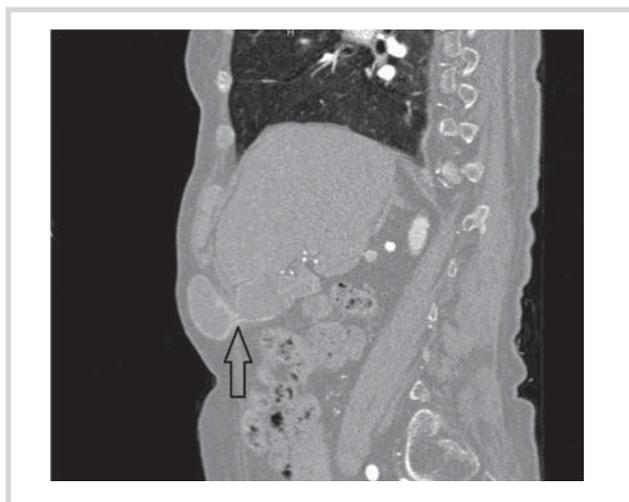


Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томограмма (сагиттальная проекция).

Стрелкой указаны грыжевые ворота с ущемленным в них желчным пузырем.

Fig. 1. Sagittal CT scan.

Hernia orifice with an incarcerated gallbladder (arrow).

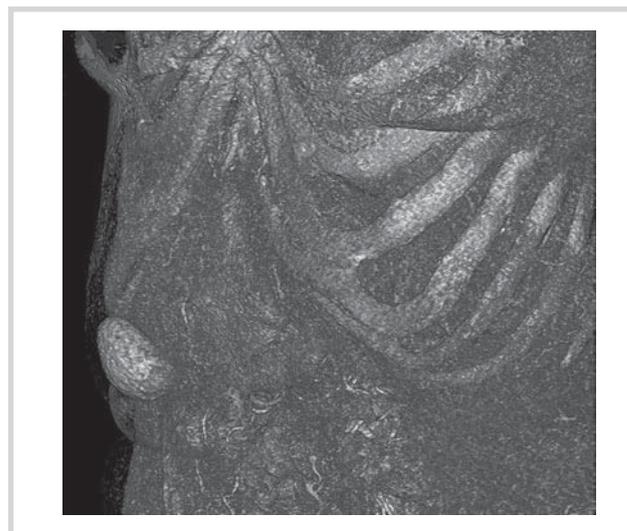


Рис. 2. Мультиспиральная компьютерная томограмма. Желчный пузырь фиксирован в дефекте передней брюшной стенки.

Fig. 2. The gallbladder is fixed within anterior abdominal wall defect.

в правом подреберье, где рядом с рубцом от предшествующего дренирования брюшной полости определялось болезненное округлое образование до 4 см в диаметре, мягкоэластичной консистенции, невправимое в брюшную полость.

Из анамнеза известно, что в 1990 г. больная перенесла obstructивную резекцию сигмовидной кишки, дренирование брюшной полости по поводу перфорации дивертикула, перитонита, а в последующем — реконструктивно-восстановительную операцию.

Объективные признаки не позволяли исключить наличие ущемленной грыжи в месте установки абдоминального дренажа в правом подреберье. Общий анализ крови патологических изменений не выявил. По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов брюшной полости с контрастированием обнаружен дефект передней брюшной стенки до 28 мм, содержащим грыжевого мешка были дно и тело желчного пузыря, крупный артериальный сосуд диаметром 2 мм, стенка желчного пузыря утолщена, интенсивно накапливает контраст (рис. 1, 2).

В процессе обследования образование самостоятельно вправилось в брюшную полость, болевой синдром купировался. Учитывая кратковременность ущемления и отсутствие по данным МСКТ деструктивных изменений в желчном пузыре, за больно осуществлялось динамическое наблюдение, показаний к экстренной операции не было. Она перенесла транскатетерное протезирование аортального клапана, после которого на восьмые сутки была выписана в удовлетворительном состоянии с рекомендацией герниопластики в плановом порядке.

Обсуждение

Известно, что в большинстве случаев содержимым вентральных грыж являются органы, имеющие длинную брыжейку и обладающие достаточной подвижностью,

такие как тонкая, сигмовидная кишка, большой сальник. Тем не менее в литературе описаны ситуации, когда в состав грыж входили немобильные печень [1], мочеточник [2], поджелудочная железа [3], селезенка [4].

Герниация желчного пузыря встречается очень редко, а его ущемление считается казуистикой [5–7]. Сообщалось о нахождении желчного пузыря в составе парастомальной [8], бедренной [9], послеоперационной вентральной [10], диафрагмальной [11] и межреберной [12] грыж, а факты его ущемления — в Винсловом отверстии [13] и окне большого сальника [14].

Во многих случаях герниация желчного пузыря наблюдалась у пожилых пациентов, как правило, у женщин [15]. Среди факторов риска рассматривались слабость передней брюшной стенки, уменьшение подкожно жирового слоя, повышенная подвижность желчного пузыря в результате удлинения его брыжейки, атрофия печени и висцероптоз [16, 17]. Кроме того, увеличивают вероятность образования подобных грыж длительный хронический воспалительный процесс в растянутом желчном пузыре при тесном его контакте с передней брюшной стенкой [18]. Напротив, холелитиаз не является отягощающим событием, но может способствовать ущемлению [8].

Редкость описанного случая заключается в герниации и ущемлении желчного пузыря в месте установки абдоминального дренажа. Подобные виды грыж относятся к послеоперационным и встречается от 0,14 до 3,4% случаев [19]. По данным литературы, их содержимым в основном являются большой сальник, аппендикс, тонкая и толстая кишка, реже — яичник и маточная труба [20]. Из-за узких ворот эти грыжи часто подвержены коварному, трудно диагностируемому ущемлению [21].

Предполагается несколько причин формирования грыж в местах установки абдоминальных дренажей. Решающая роль придается их диаметру, причем реальная угроза существует, если он более 10 мм [21]. Вместе с тем описаны случаи образования грыж при использовании дренажных трубок меньшего диаметра [20].

Кроме того, предрасполагающими факторами являются прямой прокол, а не растягивание передней брюшной стенки и брюшины зажимом [21], использование троакаров с режущими наконечниками [22], а также интенсивные и длительные манипуляции им с последующей установкой дренажа при лапароскопических вмешательствах [23, 24].

Вследствие старческого возраста клинические проявления герниации желчного пузыря в местах установки абдоминальных дренажей могут быть стертыми, что приводит к поздней диагностике, а при наличии осложнений — увеличению летальности. Больных обычно беспокоят умеренная боль в области грыжевого выпячивания, тошнота

и рвота часто отсутствуют [10]. Хорошим подспорьем в выявлении подобных грыж служит ультразвуковое исследование, однако наиболее информативным методом является МСКТ [25].

Таким образом, представленный случай напоминает о возможности формирования в местах установки абдоминальных дренажей вентральных грыж, содержащих, в частности, желчный пузырь. Данные литературы свидетельствуют, что при их ущемлении несвоевременная диагностика может привести к фатальным последствиям.

**Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.
The authors declare no conflicts of interest.**

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

- Sangha M, Kelly CR, Rauschert L. Liver and Gallbladder Herniation. *Gastroenterology*. 2020;158(8):2058-2060. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2020.02.052>
- Toh EL, Young CJ. Unusual presentation of an inguinoscrotal hernia. *ANZ J Surg*. 2018;88(4):384. <https://doi.org/10.1111/ans.13399>
- Ballard DH, Sangster GP. Pancreas-containing inguinal hernia in an adult with intestinal malrotation. *Surgery*. 2017;162(5):1185-1186. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2016.12.025>
- Luo XG, Lu C, Wang WL, et al. Giant ventral hernia simultaneously containing the spleen, a portion of the pancreas and the left hepatic lobe: A case report. *World J Clin Cases*. 2020;8(9):1721-1728. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v8.i9.1721>
- Pijpers M, Hazebroek EJ, Coene PP, et al. Herniation of the gall bladder through the abdominal wall. *Austral Radiol*. 2007;51:296-298. <https://doi.org/10.1111/j.1440-1673.2007.01825.x>
- Shirahama M, Onohara S, Miyamoto Y, et al. Incisional hernia of a normal gallbladder carcinoma: sonographic demonstration. *J Clin Ultrasound*. 1997;25:398-400.
- Carragher AM, Jackson PR, Panesar KJ. Subcutaneous herniation of gallbladder with spontaneous cholecystocutaneous fistula. *Clin Radiol*. 1990;42:283-284. [https://doi.org/10.1016/s0009-9260\(05\)82120-8](https://doi.org/10.1016/s0009-9260(05)82120-8)
- Moeckli B, Limani P, Clavien PA, Vonlanthen R. Parastomal gallbladder herniation: A case report and review of the literature. *Int J Surg Case Rep*. 2020;73:338-341. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.07.002>
- Rodrigues LK, De Jesus RB, Torri GB, et al. Gallbladder protrusion through the groin region—a very unusual femoral hernia. *BJR Case Rep*. 2018;5(1):1-4. <https://doi.org/10.1259/bjrcr.20180035>
- To H, Brough S, Pande G. Case report and operative management of gallbladder herniation. *BMC Surg*. 2015;15:72-76. <https://doi.org/10.1186/s12893-015-0056-7>
- Sharma G, Askari R. Images in clinical medicine Transdiaphragmatic intercostal herniation of the gallbladder. *N Engl J Med*. 372(14):19. <https://doi.org/10.1056/NEJMicm1406566>
- Paci M, Cauchy F, Farges O. Transthoracic cholecystectomy following biliary pancreatitis arising from a thoracic herniated gallbladder. *J Visc Surg*. 2018;155(6):513-515. <https://doi.org/10.1016/j.jvisc.2018.08.007>
- Bach DB, Satin R, Palayew M, et al. Herniation and strangulation of the gallbladder through the foramen of Winslow. *AJR*. 1984;142:541-542. <https://doi.org/10.2214/ajr.142.3.541>
- Lehtinen E, Virtama P. Herniation of the gallbladder through the epiploic foramen. *Duodecim*. 1966;82(22):1117-1119.
- Vassioua K, Vlychoub M, Tsampoulas D, et al. Gallbladder incisional hernia: CT findings with surgical correlation. *ACTA CHIRURGICA BELGICA*. 2017;117(2):125-127. <https://doi.org/10.1080/00015458.2016.1236536>
- McHenry CR, Byrne MP. Gallbladder volvulus in the elderly. An emergent surgical disease. *J Am Geriatr Soc*. 1986;34:137-139. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.1986.tb05482.x>
- Frankl J, Michailidou M, Maegawa F. Parastomal gallbladder hernia in a septic patient. *Radiology Case Reports*. 2017;12:508-510. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2017.05.00982.x>
- Paolino L, Millan M, Bossi M, et al. Herniation of the gallbladder within a hernia of the abdominal wall associated with Mirizzi Syndrome. *J Surg Case*. 2011;4:1-3. <https://doi.org/10.1093/jscr/2011.4.3>
- Makama JG, Ameh EA, Garba ES. Drain Site Hernia: a Revive of the Incidence and Prevalence. *West Afr J Med*. 2015;1:62-68.
- Samarawickrama MB, Senavirathna RW, Hapuarachchi UI. Drain Site Abdominal Hernia: Known but Rare Complication of Abdominal Drains, a Case Report and a Review of Drain Site Complications. *OSR Journal Of Pharmacy(e)*. 2017;7:10-14.
- Sharma L, Singh A, Bhaskaran S, et al. Fallopien Tube Herniation: An Unusual Complication of Surgical Drain. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. 2012;2:1-4. <https://doi.org/10.1155/2012/194350>
- Owens M, Barry M, Janjua AZ, Winter DC. A systematic review of laparoscopic port site hernias in gastrointestinal surgery. *Surgeon*. 2011;9(4):218-224. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2011.01.003>
- Manigrasso M, Anoldo P, Milone F, et al. Case report of an uncommon case of drain-site hernia after colorectal surgery. *Int J Surg Case Rep*. 2018;53:500-503. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.12.041>
- Memon MA, Memon MI, Donohue JH. Abdominal Drains: a Brief Historical Review. *Ir Med J*. 2001;94:164-166.
- Rogers P, Lai A, Salama P. Gallbladder complicating a parastomal hernia. *J Surg Case*. 2019;4:1-3. <https://doi.org/10.1093/jscr/rjz107>

Поступила 22.11.2020

Received 22.11.2020

Принята к печати 14.12.2020

Accepted 14.12.2020