



New Day in Medicine
Новый День в Медицине

NDM



TIBBIYOTDA YANGI KUN

Ilmiy referativ, marifiy-ma'naviy jurnal



AVICENNA-MED.UZ



ISSN 2181-712X.
EISSN 2181-2187

11 (85) 2025

**Сопредседатели редакционной
коллегии:**

**Ш. Ж. ТЕШАЕВ,
А. Ш. РЕВИШВИЛИ**

Ред. коллегия:
М.И. АБДУЛЛАЕВ
А.А. АБДУМАЖИДОВ
Р.Б. АБДУЛЛАЕВ
Л.М. АБДУЛЛАЕВА
А.Ш. АБДУМАЖИДОВ
М.А. АБДУЛЛАЕВА
Х.А. АБДУМАДЖИДОВ
Б.З. АБДУСАМАТОВ
М.М. АКБАРОВ
Х.А. АКИЛОВ
М.М. АЛИЕВ
С.Ж. АМИНОВ
Ш.Э. АМОНОВ
Ш.М. АХМЕДОВ
Ю.М. АХМЕДОВ
С.М. АХМЕДОВА
Т.А. АСКАРОВ
М.А. АРТИКОВА
Ж.Б. БЕКНАЗАРОВ (главный редактор)
Е.А. БЕРДИЕВ
Б.Т. БУЗРУКОВ
Р.К. ДАДАБАЕВА
М.Н. ДАМИНОВА
К.А. ДЕХКОНОВ
Э.С. ДЖУМАБАЕВ
А.А. ДЖАЛИЛОВ
Н.Н. ЗОЛОТОВА
А.Ш. ИНОЯТОВ
С. ИНДАМИНОВ
А.И. ИСКАНДАРОВ
А.С. ИЛЬЯСОВ
Э.Э. КОБИЛОВ
А.М. МАННАНОВ
Д.М. МУСАЕВА
Т.С. МУСАЕВ
М.Р. МИРЗОЕВА
Ф.Г. НАЗИРОВ
Н.А. НУРАЛИЕВА
Ф.С. ОРИПОВ
Б.Т. РАХИМОВ
Х.А. РАСУЛОВ
Ш.И. РУЗИЕВ
С.А. РУЗИБОЕВ
С.А. ГАФФОРОВ
С.Т. ШАТМАНОВ (Кыргызстан)
Ж.Б. САТТАРОВ
Б.Б. САФОЕВ (отв. редактор)
И.А. САТИВАЛДИЕВА
Ш.Т. САЛИМОВ
Д.И. ТУКСАНОВА
М.М. ТАДЖИЕВ
А.Ж. ХАМРАЕВ
Б.Б. ХАСАНОВ
Д.А. ХАСАНОВА
Б.З. ХАМДАМОВ
Э.Б. ХАККУЛОВ
Г.С. ХОДЖИЕВА
А.М. ШАМСИЕВ
А.К. ШАДМАНОВ
Н.Ж. ЭРМАТОВ
Б.Б. ЕРГАШЕВ
Н.Ш. ЕРГАШЕВ
И.Р. ЮЛДАШЕВ
Д.Х. ЮЛДАШЕВА
А.С. ЮСУПОВ
Ш.Ш. ЯРИКУЛОВ
М.Ш. ХАКИМОВ
Д.О. ИВАНОВ (Россия)
К.А. ЕГЕЗАРЯН (Россия)
DONG JINCHENG (Китай)
КУЗАКОВ В.Е. (Россия)
Я. МЕЙЕРНИК (Словакия)
В.А. МИТИШ (Россия)
В.И. ПРИМАКОВ (Беларусь)
О.В. ПЕШИКОВ (Россия)
А.А. ПОТАПОВ (Россия)
А.А. ТЕПЛОВ (Россия)
Т.Ш. ШАРМАНОВ (Казахстан)
А.А. ІЦЕГОЛОВ (Россия)
С.Н. ГУСЕЙНОВА (Азербайджан)
Prof. Dr. KURBANHAN MUSLUMOV(Azerbaijan)
Prof. Dr. DENIZ UYAK (Germany)

**ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН
НОВЫЙ ДЕНЬ В МЕДИЦИНЕ
NEW DAY IN MEDICINE**

**Илмий-рефератив, маънавий-маърифий журнал
Научно-реферативный,
духовно-просветительский журнал**

УЧРЕДИТЕЛИ:

**БУХАРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
ООО «ТИББИЁТДА ЯНГИ КУН»**

Национальный медицинский
исследовательский центр хирургии имени
А.В. Вишневского является генеральным
научно-практическим
консультантом редакции

Журнал был включен в список журнальных
изданий, рецензируемых Высшей
Аттестационной Комиссией
Республики Узбекистан
(Протокол № 201/03 от 30.12.2013 г.)

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

М.М. АБДУРАХМАНОВ (Бухара)
Г.Ж. ЖАРЫЛКАСЫНОВА (Бухара)
А.Ш. ИНОЯТОВ (Ташкент)
Г.А. ИХТИЁРОВА (Бухара)
Ш.И. КАРИМОВ (Ташкент)
У.К. КАЮМОВ (Тошкент)
Ш.И. НАВРУЗОВА (Бухара)
А.А. НОСИРОВ (Ташкент)
А.Р. ОБЛОКУЛОВ (Бухара)
Б.Т. ОДИЛОВА (Ташкент)
Ш.Т. УРАКОВ (Бухара)

11 (85)

www.bsmi.uz
<https://newdaymedicine.com> E:
ndmuz@mail.ru
Тел: +99890 8061882

**2025
ноябрь**

Received: 20.10.2025, Accepted: 06.11.2025, Published: 10.11.2025

УДК 616.39-006.6:616.375

ОШИБКИ И ОСЛОЖНЕНИЯ НА ЭТАПАХ ДИАГНОСТИКИ И ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ УДВОЕНИИ ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ: ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ И ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ У РЕБЁНКА

^{1,2}Эргашев Н.Ш. <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru

¹Якубов Э.А. <https://orcid.org/0000-0001-8366-6323> E-mail: yakubov.e.a.1972@mail.ru

²Отаназаров Ж.У. <https://orcid.org/0009-0004-4626-2468>

¹Ташкентский государственный медицинский университет, 100109 Ташкент, Узбекистан, ул. Фаробия, 2, Тел: +998781507825 E-mail: info@tdmu.uz

²Детский Национальный медицинский центр, Узбекистан г. Ташкент, Яшнабадский р-он, ул. Паркентская, 294 Тел: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz

✓ Резюме

Цель исследования. Представить особенности течения удвоения желчного пузыря на основе анализа клинического случая, наблюдавшегося в клинике, и определить подходы к совершенствованию диагностики и выбору тактики лечения по данным литературы.

Материалы и методы. За период с 1990 по 2025 гг. в клинических базах кафедры детской хирургии Ташкентского государственного медицинского университета находились 148 больных в возрасте от 18 дней до 16 лет с различными патологиями гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы. Из них: 122 (82,4%) ребёнка с кистозными мальформациями билиарного тракта; 7 (4,7%) – с желчнокаменной болезнью; 7 (4,7%) – с кистами печени; 6 (4,1%) – с кистами поджелудочной железы; 5 (3,4%) – с кистозной формой атрезии желчных протоков; 1 (0,7%) – с удвоением желчного пузыря. Проводилась дифференциальная диагностика между указанными заболеваниями. Окончательный диагноз формулировался на основании анализа клинических данных, результатов лабораторных исследований, УЗИ, МСКТ, МРХПГ и эндоскопических методов. Ввиду редкости удвоения желчного пузыря, аспекты диагностики и выбора лечебной тактики были сопоставлены с литературными данными.

Результаты. Диагноз удвоения желчного пузыря подтверждён на основании комплекса дооперационных исследований. Окончательный диагноз с характеристикой анатомической формы и морфологической структуры аномалии верифицирован по результатам интраоперационных и гистоморфологических исследований, проведённых во время холецистэктомии.

Заключение. Удвоение желчного пузыря - редкая аномалия с малоспецифичной клинической картиной при неосложнённом течении. Разнообразие анатомических вариантов строения сопряжено с риском ятrogenных повреждений во время операции и создаёт предпосылки к развитию осложнений. Высока вероятность диагностических ошибок, причём во многих случаях патология выявляется интраоперационно. Точность диагностики повышается при комплексном использовании лучевых методов исследования. Холецистэктомия показана при осложнённом течении удвоенного желчного пузыря; при бессимптомном варианте удаление органа не рекомендуется.

Ключевые слова: удвоение желчного пузыря, анатомические формы, осложнения, диагностика, тактика лечения, дети.

ERRORS AND COMPLICATIONS IN THE DIAGNOSTIC AND SURGICAL MANAGEMENT OF GALLBLADDER DUPLICATION: A LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT IN A CHILD

N.Sh. Ergashev^{1,2} <https://orcid.org/0000-0003-2005-8309> E-mail: nasriddin.ergashev@mail.ru

E.A. Yakubov¹ <https://orcid.org/0000-0001-8366-6323> E-mail: yakubov.e.a.1972@mail.ru

J.U. Otanazarov² <https://orcid.org/0009-0004-4626-2468>

¹Tashkent State Medical University, 100109 Tashkent, Uzbekistan, 2 Farobiy Street, Tel: +998781507825
E-mail: info@tdmu.uz

²Children's National Medical Center, Uzbekistan Tashkent, Yashnabad district, st. Parkentskaya, 294
Tel: +998 (95) 341-00-03 Email: info@bmtm.uz



✓ *Resume*

To present the clinical features of gallbladder duplication based on the analysis of a clinical case observed in our clinic and to determine approaches for improving diagnosis and treatment strategies according to literature data.

Materials and Methods. From 1990 to 2025, 148 patients aged from 18 days to 16 years with various pathologies of the hepatobiliary tract and pancreas were treated at the clinical bases of the Department of Pediatric Surgery, Tashkent State Medical University. Among them: 122 (82.4%) children had cystic malformations of the biliary tract; 7 (4.7%) had cholelithiasis; 7 (4.7%) had hepatic cysts; 6 (4.1%) had pancreatic cysts; 5 (3.4%) had a cystic form of biliary atresia; 1 (0.7%) had gallbladder duplication. Differential diagnosis was performed among these diseases. The final diagnosis was established based on the analysis of clinical findings, laboratory results, ultrasonography (US), multislice computed tomography (MSCT), magnetic resonance cholangiopancreatography (MRCP), and endoscopic examinations. Given the rarity of gallbladder duplication, diagnostic and treatment aspects were compared with literature data.

Results. The diagnosis of gallbladder duplication was confirmed through a set of preoperative imaging studies. The final diagnosis, including the anatomical type and morphological structure of the anomaly, was verified by intraoperative and histomorphological examinations performed during cholecystectomy.

Conclusion. Gallbladder duplication is a rare anomaly with a nonspecific clinical presentation in uncomplicated cases. The wide variety of anatomical variants is associated with an increased risk of iatrogenic injury during surgery and predisposes to postoperative complications. There is a high likelihood of diagnostic errors, and in many cases, the anomaly is detected intraoperatively. Diagnostic accuracy increases with a comprehensive approach employing radiological imaging methods. Cholecystectomy is indicated in complicated cases of duplicated gallbladder, whereas surgical removal is not recommended in asymptomatic patients.

Keywords: gallbladder duplication, anatomical variations, complications, diagnosis, treatment strategy, children

Актуальность

Удвоение желчного пузыря (УЖП) является вариантом численной аномалии и встречается с частотой 1:3000–4000 среди новорожденных. Эти показатели не отражают реальную частоту, так как патология может протекать бессимптомно, проявляясь при возникновении осложнений, выявляясь случайно во время операций или исследований по поводу других заболеваний, а также при аутопсии [1 - 3]. Основной причиной возникновения УЖП является аномальное разделение каудального зачатка печёночного дивертикула во время эмбриогенеза. В литературе также представлены случаи утроения желчного пузыря [4 - 5]. Согласно обзорам, большинство случаев УЖП выявляется во взрослом возрасте, тогда как на детскую популяцию приходится менее 5% зарегистрированных случаев [1, 6 - 8].

УЖП может встречаться как изолированный порок развития без клинических проявлений или с различными осложнениями, а также в сочетании с другими аномалиями органов брюшной полости, особенно с патологиями билиарного тракта. В литературе описаны случаи сочетания УЖП с кистой холедоха при аномальном панкреатобилиарном слиянии или без него [8 - 10]. Также был зарегистрирован случай УЖП с дупликационной кистой двенадцатиперстной кишки у четырехлетнего мальчика [11].

Анализ литературы подтверждает сложность дифференциальной диагностики УЖП с кистозными мальформациями, особенно с II типом кистозного расширения – дивертикулом общего желчного протока [12 - 13]. Незнание этих анатомических вариаций и возможных сочетаний может приводить к интраоперационным тактическим ошибкам и различным ятрогенным осложнениям [14].

Цель исследования: представить особенности течения удвоения желчного пузыря на основе анализа клинического случая, наблюдавшегося в клинике, и определить подходы к совершенствованию диагностики и выбору тактики лечения по данным литературы.

Материал и методы

За период с 1990 по 2025 гг. в клинических базах кафедры детской хирургии Ташкентского государственного медицинского университета находились 148 больных в возрасте от 18 дней до 16 лет с различными патологиями гепатобилиарного тракта и поджелудочной железы. Из них: 122 (82,4%) ребёнка с кистозными мальформациями билиарного тракта; 7 (4,7%) – с желчнокаменной болезнью; 7 (4,7%) – с кистами печени; 6 (4,1%) – с кистами поджелудочной железы; 5 (3,4%) – с кистозной формой атрезии желчных протоков; 1 (0,7%) – с УЖП. Проводилась дифференциальная диагностика между указанными заболеваниями. Окончательный диагноз формулировался на основании анализа клинических данных, результатов лабораторных исследований, УЗИ, мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), магнитно-резонансной холангипанкреатографией (МРХПГ) и эндоскопических методов. Ввиду редкости УЖП, аспекты диагностики и выбора лечебной тактики были сопоставлены с литературными данными.

Результаты и обсуждения

Впервые об УЖП сообщил Boyden E.A. (1926). Он выделял три типа: Тип I (один пузырный проток), Тип II (два пузырных протока, дренирующихся независимо в общий желчный проток) и Тип III (сложные вариации). Эта классификация используется и в настоящее время с дополнениями Harlaftis N. и соавт. (1977) [15 - 16]. Согласно современной интерпретации различают следующие типы: Тип I – желчные пузыри, разделенные перегородкой, V- или Y-образные, с одним пузырным протоком, впадающим в общий желчный проток; Тип II – основной и дополнительный желчный пузырь, дренирующиеся независимо через отдельные пузырные протоки в общий желчный проток; Тип III – анатомические вариации, не соответствующие типам I или II, включая тройное удвоение желчного пузыря и другие редкие аномалии (рис. 1).

Тип I. Разделенные примордиальные желчные пузыри



Тип II. Добавочные желчные пузыри



Тип III

Рис. 1. Классификация анатомических вариантов желчного пузыря по Harlaftis N. (из статьи Harlaftis N, et al. 1977).

У большинства пациентов с УЖП нет отчетливых клинических признаков; лишь в отдельных случаях наблюдаются диспепсические явления. При лучевых методах диагностики обычный желчный пузырь визуализируется как гипоэхогенное прямоугольное или овальное кистозное образование в нижней поверхности правой доли печени, прилегающее к петлям кишечника. Обнаружение дополнительного кистозного образования в области ворот печени или ямки желчного пузыря, имеющего специфический вид и отличающегося от нормального желчного пузыря и других часто встречающихся патологий (деформации желчного пузыря, кисты общего

желчного протока и двенадцатиперстной кишки), служит основанием для предварительного диагноза УЖП. Хотя УЗИ является распространенным методом диагностики заболеваний желчного пузыря, при его удвоении существует высокая вероятность ошибочного диагноза. Для подтверждения диагноза рекомендуется сочетание ультрасонографии с МРХПГ; при необходимости прибегают к эндоскопической ретроградной холангиопанкреатографии (ЭРХПГ) и интраоперационным исследованиям [12, 17].

При патологии одного или обоих желчных пузырей обычно возникают клинические проявления в виде тупой или распирающей боли с явлениями желчной колики в правой верхней части живота, возможной иррадиацией в правое плечо или спину. Отягощенность может быть обусловлена присоединением воспалительных процессов в удвоенных пузырях и/или билиарном тракте [18 - 20], образованием камней [2, 13, 21], развитием вторичного панкреатита или малигнизацией желчевыводящей системы [22], что соответствует характерному течению осложнений и выявляемым данным вспомогательных методов диагностики.

Приводим случай УЖП своеобразным течением и особенностями анатомического строения.

Мальчик Ф. М., 5 лет, ИБ №1568. Болеет в течение года; периодически отмечались боли в животе, рвота и тошнота. В последние дни боли стали постоянными, участилась рвота. 1.06.2009 г. ребенок госпитализирован в клинику для обследования с предварительным диагнозом: аномалия развития желчного пузыря, хронический холецистит. При поступлении состояние ребенка средней тяжести. При объективном осмотре кожные покровы бледно-розового цвета; со стороны органов грудной клетки и мочеполовой системы патологий не выявлено. Живот умеренно вздут, при пальпации отмечается болезненность в эпигастральной области и правом подреберье. Симптомы Ортнера и Мерфи слабо положительные. В анализах крови: Hb – 84,0 г/л; эритроциты – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$; лейкоциты – $11,4 \times 10^9/\text{л}$, других отклонений не выявлено. На УЗИ органов брюшной полости выявлено умеренное увеличение размеров печени. В проекции желчного пузыря обнаружены два эхонегативных образования, расположенных рядом, примерно одинакового размера – $8,58 \times 3,33 \text{ см}$ (рис. 2а). При повторном исследовании через 30 минут после «желчегонного завтрака» сокращаемость этих структур оказалась различной: у одной – 10% ($6,2 \times 1,5 \text{ см}$), у второй – 50% ($2,7 \times 1,3 \text{ см}$) (рис. 2б).

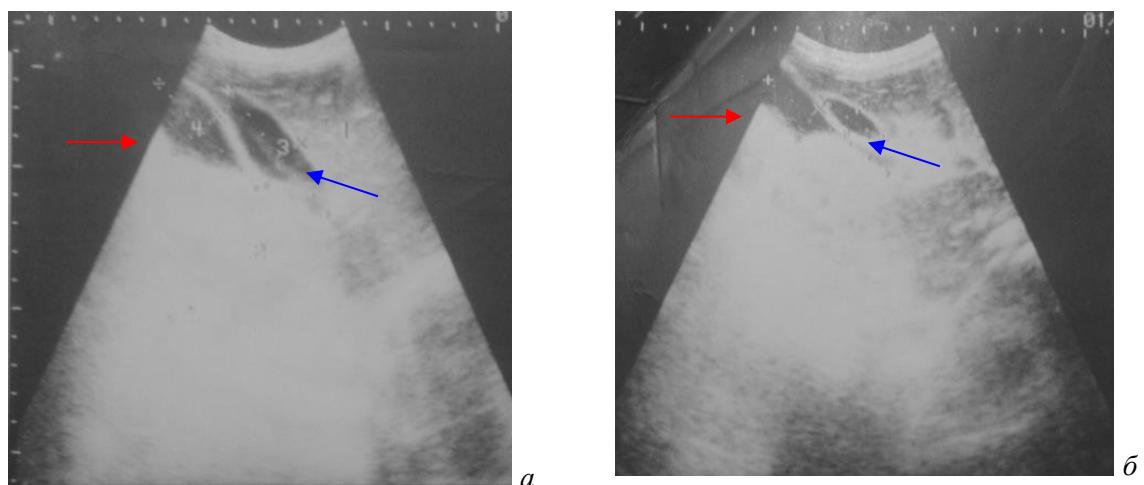


Рис. 2. Эхограммы до (а) и после (б) желчегонного завтрака: сокращение первого кистозного образования на 10% (красная стрелка), второго кистозного образования на 50 % (синяя стрелка).

Расположение и диаметр общего желчного протока определить не удалось. Заподозрена киста общего желчного протока. Для уточнения диагноза больному проведена МСКТ (рис. 3). Наличие двух полостных образований, расположенных рядом и размеры которых соответствовали данным УЗИ, при нормальном диаметре и типичном расположении общего желчного протока позволило расценивать патологию как УЖП.

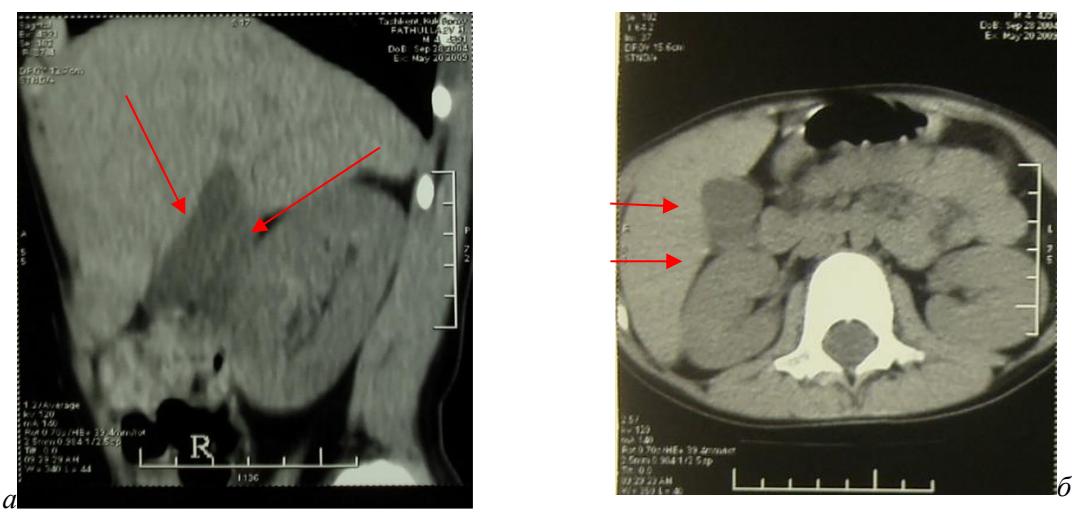


Рис. 3. МСКТ картина УЖП (объяснение в тексте).

На основании данных проведенного комплекса исследований установлен клинический диагноз: «УЖП с явлениями хронического холецистита и нарушением эвакуаторной функции», что явилось показанием к оперативному вмешательству. 10.06.2009 произведен минилапаротомный разрез длиной 6 см в правом подреберье и вскрыта брюшная полость. Желчный пузырь увеличен в размерах, расположение типичное. По наружному контуру органа четко определяются две параллельные пузирные артерии. Тяж, идущий от дна к шейке органа, посередине разделяет его на две камеры; в зоне дна и тела органа он более тонкий и легко отделяется до шеечной части. Зона шейки пузыря и пузирный проток до впадения в общий желчный проток покрыты общей серозной оболочкой. При интраоперационной холангиографии с введением контраста в полость одной из камер желчного пузыря выявлено, что сообщения между удвоенными пузирями нет (рис. 4).

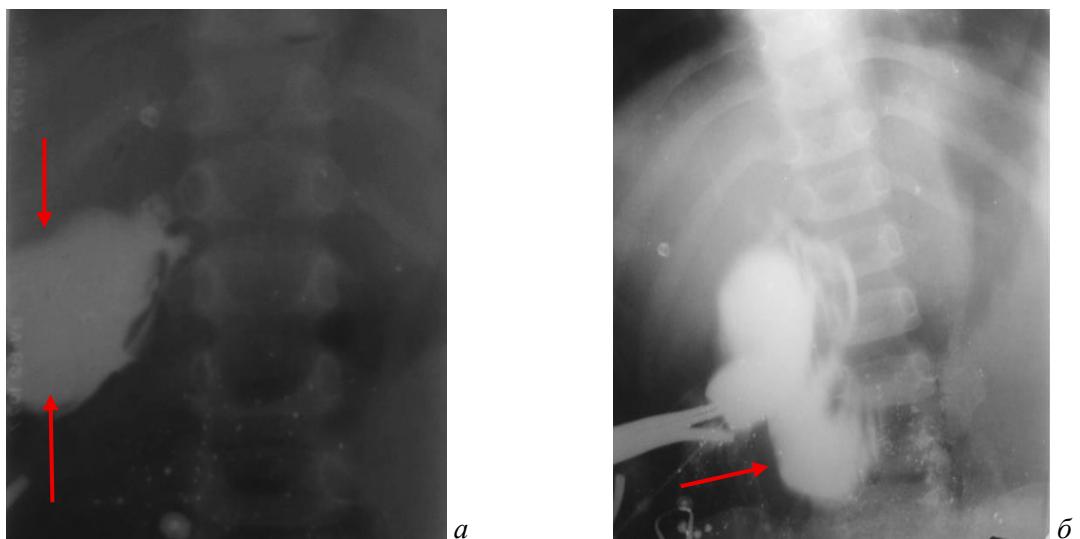


Рис. 4. Интраоперационная холецистохолангиография: а) контрастирован оба желчный пузырь; б) отмечается дополнительный контур стенок желчного пузыря; контраст свободно проходит в 12 п.к.

Патология расценена как Y-образная форма УЖП, с шейками и пузирными протоками, самостоятельно впадающими в общий желчный проток. Произведена холецистэктомия от шейки пузыря. В подпеченочном пространстве оставлена дренажная трубка, операционная рана ушита послойно. Макроскопическая оценка УЖП (рис.5): УЖП в области тела и дна разделен на две изолированные полости, легко отделяющиеся друг от друга тонкой пленкой. Указанные отделы имеют отдельные серозные покровы. В области шейки и пузирного протока орган покрыт общей серозной оболочкой. На поперечном срезе отчетливо видны просветы двух рядом расположенных пузирных протоков.

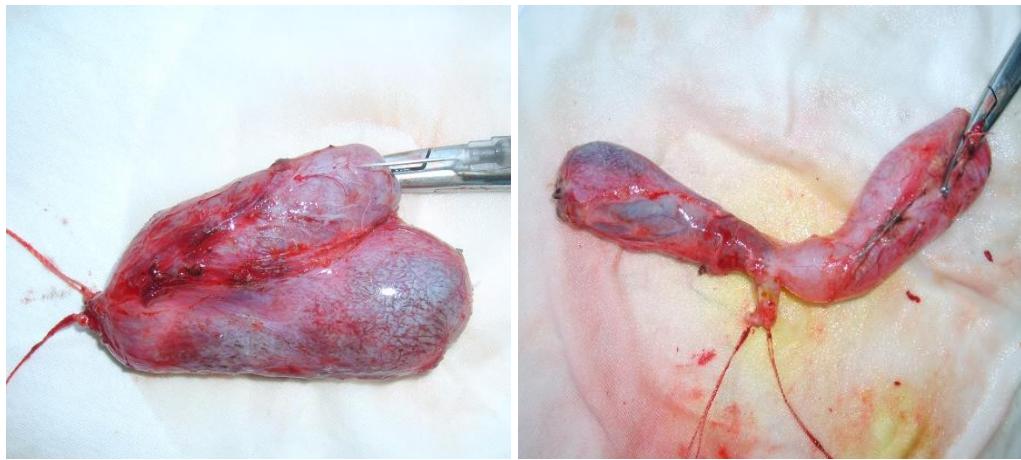


Рис. 5. Макроскопическая картина полного УЖП. Описание в тексте.

При гистологическом исследовании стенки желчного пузыря выявлены признаки склероза и умеренно выраженная диффузно-очаговая лимфоцитарная инфильтрация. Слизистая оболочка атрофирована, эпителий вакуолизирован и частично слущен, с различной степенью выраженности в удвоенных частях. В стенках пузирных протоков, имеющих собственные слизистые, мышечные и серозные оболочки, отмечается незначительная диффузно-очаговая лимфоцитарная инфильтрация. Постоперационный диагноз: полное УЖП и пузирного протока, хронический холецистит вне обострения.

Послеоперационное течение протекало гладко. На 9-е сутки сняты швы, рана зажила первичным натяжением. 22.06.2012 ребенок в удовлетворительном состоянии выпущен домой. Находится на диспансерном наблюдении. При осмотре через два года жалоб не предъявляет, развивается в соответствии с возрастом. По данным УЗИ от 20.10.2025 г. выявлено умеренное расширение общего желчного протока до 10 мм, что можно рассматривать как компенсаторное явление после удаления желчного пузыря (рис. 6).



Рис. 6. Эхограмма после удаление УЖП. Описание в тексте.

УЖП необходимо дифференцировать от других билиарных аномалий, в частности от кист холедоха II типа, так как эти патологии требуют различных подходов при хирургическом лечении. Предоперационная дифференциация этих заболеваний позволяет хирургу грамотно планировать оперативное вмешательство. При УЖП достаточно удаления пораженного пузыря, тогда как киста холедоха требует иссечения и создания анастомоза с двенадцатиперстной или тощей кишкой. Для дифференциации этих заболеваний важную роль играют данные ультразвуковых и МРХПГ исследований, позволяющие визуализировать два желчных пузыря с отдельными пузирными протоками, впадающими в общий желчный проток нормального диаметра. Наличие аномального панкреатобилиарного соединения или расширение

внепеченочных и внутрипеченочных протоков подтверждает диагноз кисты холедоха, однако не исключает возможности сочетания кисты холедоха с УЖП [8].

Из-за своей редкости УЖП редко диагностируется до операции и часто выявляется интраоперационно. Нередко хирурги не устанавливают наличие данной патологии во время первой операции и ограничиваются удалением только одной из удвоенных частей органа, оставляя вторую, что сопровождается высокой вероятностью развития различных осложнений и может потребовать повторного вмешательства [20, 23 - 24]. В то же время анатомические особенности УЖП представляют значительный риск ятрогенной травмы при открытых или лапароскопических операциях [25].

По вопросам хирургического лечения УЖП в литературе сформулированы несколько основных положений. УЖП с клиническими проявлениями и возникшими осложнениями является показанием к удалению обоих желчных пузырей. Оставленный без изменений или малоизмененный пузырь представляет риск развития других осложнений и требует повторного оперативного вмешательства. В то же время удаление УЖП у бессимптомных пациентов не рекомендуется [1].

В настоящее время, благодаря высокоинформационным методам визуализации, возможна предоперационная диагностика и определение показаний к лапароскопическому удалению, которое характеризуется минимальной травматизацией и низким уровнем осложнений [6, 26 - 28].

Заключения

Удвоение желчного пузыря – редкая аномалия с маловыраженной клинической картиной при неосложненном течении. Разнообразные варианты анатомического строения сопряжены с определенными рисками ятрогенной травмы во время операции и создают условия для возникновения воспалительных осложнений в желчевыводящей системе и поджелудочной железе, развития холелитиаза и малигнизации, сопровождающихся соответствующими клиническими проявлениями.

Существует высокая вероятность ошибочного диагноза при удвоении желчного пузыря, и патология нередко выявляется интраоперационно. Точность диагностики повышается при комплексном подходе, включающем УЗИ, МРХПГ, ЭРХПГ и интраоперационную ревизию.

Удвоенный желчный пузырь с возникшими осложнениями подлежит холецистэктомии, тогда как у бессимптомных пациентов его удаление не рекомендуется.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Pillay Y. Gallbladder duplication. International Journal of Surgery Case Reports. 11 (2015) 18–20. doi.org/10.1016/j.ijscr.2015.04.002.
2. Bawazir AO, Bawazir OA, Bawazir RO. A pediatric case of double gallbladder with gallstone. Saudi Med J. 2021; 42:441–4. DOI: 10.15537/smj.2021.42.4.20200534
3. Subasinghe D, Guruge MH, Sivaganesh S. Double gallbladder- intraoperative finding at laparoscopic cholecystectomy: literature review. SAGE Open Med Case Rep. 2022; 10:2050313X211068687.
4. Alicioglu B. An incidental case of triple gallbladder. World J Gastroenterol. 2007; 13: 2004-2006. DOI: 10.3748/wjg. v13.i13.2004.
5. Roeder WJ, Mersheimer WL, Kazarian KK. Triplication of the gallbladder with cholecystitis, cholelithiasis, and papillary adenocarcinoma. Am J Surg 1971; 121: 746-748. DOI: 10.1016/0002-9610(71)90063-8
6. Bryant MK, Marulanda K, Phillips MR. Laparoscopic Double Cholecystectomy in a Pediatric Patient for Gallbladder Duplication: An Unusual Case of Biliary Anatomy. Am Surg. 2020 Nov;86(11):1531-1534. DOI: 10.1177/0003134820933600.
7. Liu Y, Yang X, Liang L, et al. Laparoscopic cholecystectomy for duplication of the gallbladder: A case report. International Journal of Surgery Case Reports 132 (2025) 111487. doi.org/10.1016/j.ijscr.2025.111487.
8. Sharma RD, Sushma A, Singh S, et al. Gall Bladder Duplication with Choledochal Cyst: A Rare Entity. J Indian Assoc Pediatr Surg. 2023 Jul 11;28(4):325–327. doi:10.4103/jiaps.jiaps_20_23.

9. Zhuang H, Ma Z, Yin Z, et al. Incidental intraoperative finding of gallbladder duplication in a patient with a choledochal cyst. *J Int Med Res.* 2020; 48:300060520924570.
10. Arishi AA, Ahmed A, Alharthi S, et al. Co-existence of double gallbladder and choledochal cyst in a single patient. *Cureus.* 2021;13: e20737.
11. Menon P, Rao KL, Thapa BR, et al. Duplicated gallbladder with duodenal duplication cyst. *J Pediatr Surg* 2013;48:e25-28.
12. Эргашев Н.Ш. Якубов Э.А. Удвоение желчного пузыря у ребенка, симулирующее кисту общего желчного протока. *Хирургия Узбекистана.* Ташкент. 2012;1:66-68.
13. Yu W, Yuan H, Cheng S, et al. A double gallbladder with a common bile duct stone treated by laparoscopy accompanied by choledochoscopy via the cystic duct: a case report. *Exp Ther Med.* 2016; 12:3521. doi: 10.3892/etm.2016.3834
14. Heinerman M, Lexer G, Sungler P, et al. Endoscopic retrogradecholangiographic demonstration of a double gallbladder following laparoscopic cholecystectomy. *Surg Endosc.* 1995;9:61–2. DOI: 10.1007/BF00187888
15. Boyden EA. The accessory gallbladder: an embryological and comparative study of aberrant biliary vesicles occurring in man and the domestic mammals. *Am J Anat* 1926;38:177-231. DOI:10.1002/aja.1000380202
16. Harlaftis N, Gray SW, Skandalakis JE. Multiple gallbladders. *Surg Gynecol Obstet* 1977; 145(6): 928–934. PMID: 337542.
17. Botsford A, McKay K, Hartery A, et al. MRCP imaging of duplicate gallbladder: a case report and review of the literature. *Surg Radiol Anat.* 2015; 37:425–9. DOI: 10.1007/s00276-015-1456-1
18. Görkem SB, Doğanay S, Kahriman G, et al. Acute cholecystitis of a duplicated gallbladder with double cystic duct in a 10-year-old boy. *Balkan Med J.* 2014; 31:366–7. doi: 10.5152/balkanmedj.2014.14381
19. Apolo Romero EX, Gálvez Salazar PF, Estrada Chandi JA, et al. Gallbladder duplication and cholecystitis. *J Surg Case Rep.* 2018;2018: rjy158.
20. Ma X-S, Feng M-F, Ke S, et al. Duplicate gallbladders misdiagnosed as residual cholecystitis. A case report and review of the literature. *Medicine* (2024) 103:51(e40367).
21. Гарипов Р.М., Ибашев Д.И., Пунгина Н.С. Случай истинного «дуктулярного» удвоения желчного пузыря. *Медицинский вестник Башкортостана.* 2018;13/3(75),.
22. Chen W, Han R. Coexistence of double gallbladder with cholangiocarcinoma: a case report. *Medicine (Baltim).* 2018;97: e11015
23. Rangarajan K, Chinna S, Nair N, et al. Peril of missing a double gall bladder: report of a patient who needed cholecystectomy two times over // *BMJ Case Rep.* 2017;2017: bcr2016218248.
24. Borghi F, Giraudo G, Geretto P, et al. Perforation of missed double gallbladder after primary laparoscopic cholecystectomy: endoscopic and laparoscopic management. *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2008; 18:429–31. DOI: 10.1089/lap.2007.0088
25. Марков П. В., Арутюнов О. Р., Пыхтеев В.С. и др. Лапароскопическая холецистэктомия при удвоении желчного пузыря. *Вестник хирургии имени И. И. Грекова.* 2023;182(1):81–87. DOI: 10.24884/0042-4625.
26. Al Rawahi A, Al Azri Y, Al Jabri S, et al. Successful laparoscopic management of duplicate gallbladder: a case report and review of literature. *Int J Surg Case Rep.* 2016; 21:142–6. DOI: 10.1016/j.ijscr.2016.03.002
27. Musleh MG, Burnett H, Rajashanker B, et al. Laparoscopic double cholecystectomy for duplicated gallbladder: a case report. *Int J Surg Case Rep.* 2017; 41:502–4. doi: 10.1016/j.ijscr.2017.11.046
28. Vezakis A, Pantiora E, Giannoulopoulos D, et al. A duplicated gallbladder in a patient presenting with acute cholangitis. a case study and a literature review. *Ann Hepatol.* 2019; 18:240–5. DOI: 10.5604/01.3001.0012.7932.

Поступила 20.10.2025

