

Статья поступила в редакцию 4.07.2021 г.

Ерошенко К.П., Болгова И.В., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В.

ГАУЗ Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева,

ФГБОУ ВО «Кемеровский государственный медицинский университет» Минздрава России, Кемерово, Россия

УДВОЕНИЕ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

Удвоение пищеварительной трубки – редкий порок развития, при котором ее часть представляет собой полостное образование, расположенное рядом с сегментом дегистивного тракта, покрытое общей мышечной оболочкой и имеющее общее с ним кровоснабжение. Впервые данные по удвоениям пищеварительного тракта привел E.L. Potter в 1961 году: 2 случая на 900 фетальных и неонатальных аутопсий. Удвоение тонкой кишки встречается в 47 % всех интраабдоминальных удвоений, из них 33 % приходится на удвоение подвздошной кишки.

В представленной статье описан клинический случай врожденного порока развития в виде удвоения желудочно-кишечного тракта у ребенка с благоприятным исходом на момент выписки из хирургического стационара.

Ключевые слова: врожденный порок развития; удвоение желудочно-кишечного тракта

Eroshenko K.P., Bolgova I.V., Elgina S.I., Mozes V.G., Rudaeva E.V.

Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev,
Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia

DOUBLING OF THE GASTROINTESTINAL TRACT (CLINICAL CASE)

Doubling of the digestive tube is a rare malformation, in which its part is a cavity formation located next to a segment of the digestive tract, covered with a common muscle shell and having a common blood supply with it. For the first time, E. L. Potter gave data on the doubling of the digestive tract in 1961: 2 cases per 900 fetal and neonatal autopsies. Doubling of the small intestine occurs in 47 % of all intraabdominal doublings, of which 33 % is for doubling of the ileum. This article describes a clinical case of a congenital malformation of the doubling of the gastrointestinal tract in a child with a favorable outcome at the time of discharge from a surgical hospital.

Key words: congenital malformation; doubling of the gastrointestinal tract

Удвоение пищеварительной трубки – редкий порок развития, при котором ее часть представляет собой полостное образование, расположенное рядом с сегментом дегистивного тракта, покрытое общей мышечной оболочкой и имеющее общее с ним кровоснабжение. С возрастом в ткани удвоенного участка могут развиваться патологические процессы, такие как воспаление, изъязвление, малигнизация. Точная статистика встречаемости порока неизвестна. В современной литературе присутствуют описания единичных наблюдений. Впервые данные по удвоениям пищеварительного тракта привел E.L. Potter в 1961 г: 2 случая на 900 фетальных и неонатальных аутопсий [1]. Частота встречаемости данного заболевания составляет 1 : 4500 новорождённых [2, 3]. Половых различий нет. Удвоение тонкой кишки встречается в 47 % всех интраабдоминальных удвоений, из них 33 % – на удвоение подвздошной кишки [4-6]. Тонкокишечные удвоения хорошо визуализируются при УЗИ: характерны специфические эхографические признаки – гиперэхогенный внутренний слой, соответствующий слизистой оболочке и относительно гипоехогенный наружный слой, образующийся гладкой мускулатурой [7-9]. Кистозные дубликатуры тонкой кишки хорошо определяются антенатально [10-12].

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Ребенок А., находился на лечении в хирургическом отделении ГАУЗ Кузбасская клиническая больница им. С.В. Беляева с удвоением желудочно-кишечного тракта.

Ребенку выполнено оперативное лечение в объеме резекция участка подвздошной кишки, несущей удвоение, тонко-тонкокишечный анастомоз конец в конец, лапаростома, с последующим ее закрытием. Исход оперативного лечения благоприятный на момент выписки.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Ребенок от 2-й беременности. Роды 2, протекавшие на фоне хронической никотиновой интоксикации, анемии легкой степени. Роды при сроке 31 неделя, самостоятельные. Вес при рождении 1600 г, рост 40 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Состояние при рождении тяжелое за счет дыхательной недостаточности. На 25-й минуте ребенок переведен в реанимационное отделение в транспортном кювезе на фоне дыхательной поддержки (пСРАР). В динамике дыхательная недостаточность нарастала, ребенок переведен на неинвазивную ИВЛ: ЧД 50 в мин.

Информация для цитирования:

10.24412/2686-7338-2021-3-103-106

Ерошенко К.П., Болгова И.В., Елгина С.И., Мозес В.Г., Рудаева Е.В. Удвоение желудочно-кишечного тракта (клинический случай) // Мать и Дитя в Кузбассе. 2021. №3(86). С. 103-106.

С 1-х суток получал энтеральное питание, усваивал, стул был самостоятельный. Со вторых суток на самостоятельном дыхании. Гемодинамика стабильная. На 2-е сутки при проведении УЗИ органов брюшной полости определены эхопризнаки кисты в брюшной полости, не исключался отграниченный перитонит. На рентгенограмме органов брюшной полости в прямой в вертикальном положении: пневматизация кишечника равномерная, петли кишечника не расширены. Объемные образования не визуализируются, свободного газа в брюшной полости нет. Данных за перфорацию полого органа и кишечную непроходимость нет.

Заподозрено объемное образование брюшной полости (удвоение желудочно-кишечного тракта), возможно киста сальника. Учитывая отсутствие острой клинической картины со стороны живота, стабильное состояние, данные ультразвукового исследования, оперативное лечение в экстренном порядке не показано. На 6-е сутки отмечается ухудшение общего состояния за счет нарушения пассажа по желудочно-кишечному тракту, вздутие живота, обильное срыгивание. Ребенок консультирован детским хирургом, переведен для дальнейшего наблюдения и лечения в отделение реанимации новорожденных. Отменено энтеральное питание, проведена декомпрессия желудка, начата антибактериальная терапия (имипинем 40 мг/кг/сутки, ванкомицин 30 мг/кг/сутки внутривенно).

По УЗИ органов брюшной полости в динамике эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени, кисты в брюшной полости, диффузных изменений стенок толстого кишечника, свободной жидкости в брюшной полости. Рентгенологически — пневматизация нижних отделов желудочно-кишечного тракта снижена, свободного газа в брюшной полости нет. По анализу крови — компенсированный смешанный ацидоз. Фебрильная лихорадка. В общем анализе крови лейкоциты $7,11 \times 10^9$ /л, эритроциты $4,74 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 167 г/л, тромбоциты 199×10^9 /л, п/я — 1 %; с/я — 5 %; лимфоциты — 31 %, моноциты — 13 %; эозинофилы — 1 %. Прокальцитонин 10 нг/мл, СРБ 19,5 г/л.

На 7-е сутки состояние с отрицательной динамикой, нарастает вздутие живота. По УЗИ органов брюшной полости: свободная жидкость справа в межпетлевом пространстве и по периметру кисты жидкостное содержимое с мелкодисперстной взвесью толщиной до 8 мм. Газ в брюшной полости. Перистальтика вялая, стенки кишечника средней эхогенности. В брюшной полости под правой долей печени тонкостенное образование $50 \times 27 \times 46$ мм, заполненное анэхогенным содержимым с мелкодисперстной взвесью и пристеночным гипоэхогенным неоднородным включением $30 \times 11 \times 31$ мм. **Заключение:** Эхопризнаки диффузных изменений паренхимы печени. Эхопризнаки неоднородного содержимого в желчном пузыре. Эхопризнаки кисты в брюшной полости. Эхопризнаки перфорации полого органа.

На рентгенограмме органов брюшной полости: в брюшной полости определяется свободный газ (рис. 1 и 2).

В *диагноз* вынесен — неспецифический язвенный колит. Перфорация полого органа. Объемное образование брюшной полости (удвоение желудочно-кишечного тракта).

После предоперационной подготовки проведено оперативное лечение — верхне-срединная лапаротомия с обходом пупка слева, послойно вскрыта брюшная полость. После вскрытия брюшины выделилось большое количество соломенно-желтого выпота с примесью каловых масс. Петли кишечника перераздуты. На 30 см от связки Трейца обнаружено объемное образование $5 \times 4 \times 3$ мм светло-желтого цвета мягко-эластической консистенции, интимно прилежащего к подвздошной кишке. При попытке выделить образование обнаружена единая стенка с кишкой. Принято решение о резекции участка подвздошной кишки, несущей удвоение. Выполнен тонко-тонкокишечный анастомоз конец в конец. При дальнейшей ревизии, в левом боковом кармане обнаружен инфильтрат, состоящий из петель подвздошной кишки, при разделении выяв-

Рисунок 1
Рентгенограмма ребенка А. с удвоением
желудочно-кишечного тракта

Figure 2
X-ray of child A. with a doubling of the
gastrointestinal tract

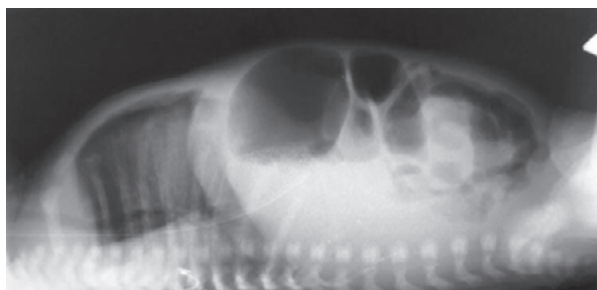
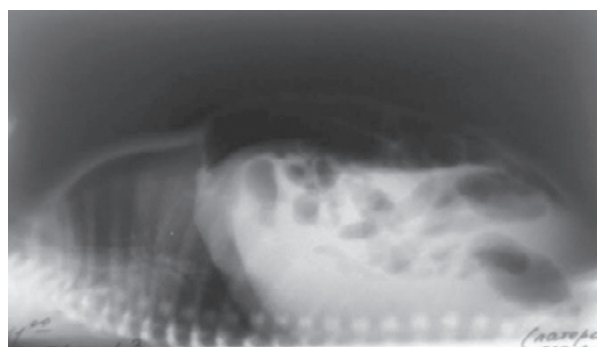


Рисунок 2
Рентгенограмма ребенка А. с удвоением
желудочно-кишечного тракта

Figure 2
X-ray of child A. with a doubling of the
gastrointestinal tract



лены 3 участка перфорации на расстоянии 0,5-1 см друг от друга, выполнена резекция подвздошной кишки с участком, несущим перфорации, выполнен тонко-тонкокишечный анастомоз конец в конец. Туалет брюшной полости, лапаростома (рис. 3 и 4).

Формулировка *операционного диагноза*: Неспецифический язвенный колит, перфорация подвздошной кишки, разлитой каловый перитонит. Врожденный порок развития желудочно-кишечного тракта, полное удвоение подвздошной кишки. Состояние после лапаротомии, резекции участка подвздошной кишки, несущей перфорацию, наложения прямого тонко-тонкокишечного анастомоза конец в конец, резекции участка удвоенной подвздошной кишки, наложения прямого тонко-тонкокишечного анастомоза конец в конец, лапаротомии.

Через сутки после операции проведено закрытие лапаростомы, зона анастомозов состоятельна. Послеоперационный период протекал гладко, на 10-е сутки после оперативного вмешательства начато энтеральное питание с постепенным расширением объема, усваивал. Стул отходил самостоятельно, регулярный. Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии через месяц после операции.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В представленной статье описан клинический случай врожденного порока развития в виде удвоения желудочно-кишечного тракта у ребенка с благоприятным исходом на момент выписки из хирургического стационара.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Pal K. A treatise on intestinal duplication. *Saudi J. Med. Med. Sci.* 2015; 3(1): 8-15. doi: 10.4103/1658-631X.149651.
2. Grigovich IN. Rare surgical diseases of the digestive tract in children. Leningrad: Meditsina, 1985. 42 p. Russian (Григович И.Н. Редкие хирургические заболевания пищеварительного тракта у детей. Ленинград: Медицина, 1985. 42 с.)
3. Azzie G, Beasley S. Diagnosis and treatment of foregut of duplications. *Semin. Pediatr. Surg.* 2003; 12(1): 46-54. doi: 10.1053/spsu.2003.50000.
4. Macpherson RI. Gastrointestinal tract duplications: clinical, pathologic, etiologic, and radiologic considerations. *Radiographics.* 1993; 13(2): 1063-1080. doi: 10.1148/radiographics.13.5.8210590.
5. Kozlov YuA, Podkamenev VV, Novozhilov VA. Obstruction of the gastrointestinal tract in children. М.: GEOTAR-media, 2017. P. 341-381. Russian (Козлов Ю.А., Подкаменев В.В., Новожилов В.А. Непроходимость желудочно-кишечного тракта у детей. М.: ГЭОТАР-медиа, 2017. С. 341-381.)
6. Elgina SI. The reproductive system of girls at the time of birth and prevention of violations of its formation in the postnatal period: Abstr. dis. ... doct. med. sciences. Omsk, 2009. 39 p. Russian (Елгина С.И. Репродуктивная система девочек на момент рождения и профилактика нарушений ее становления в постнатальном периоде: Автореф. дис. ... докт. мед. наук. Омск, 2009. 39 с.)
7. Apykhtina NA, Elgina SI. Reproductive health of adolescent girls of the Kemerovo region. *Pediatric and Adolescent Reproductive Health.* 2016; (2): 30-31. Russian (Апыхтина Н.А., Елгина С.И. Репродуктивное здоровье девочек-подростков Кемеровской области //Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2016. № 2. С. 30-31.)

Рисунок 3

Интраоперационные находки у ребенка А. с удвоением желудочно-кишечного тракта

Figure 3

Intraoperative findings in child A. with a doubling of the gastrointestinal tract



Рисунок 4

Интраоперационные находки у ребенка А. с удвоением желудочно-кишечного тракта

Figure 4

Intraoperative findings in child A. with a doubling of the gastrointestinal tract



8. Nikolaeva LB, Ushakova GA, Elgina SI. Forecast of population reproduction and reproductive health of Kuzbass girls. *Mother and Baby in Kuzbass*. 2010; (1): 19-27. Russian (Николаева Л.Б., Ушакова Г.А. Елгина С.И. Прогноз воспроизводства населения и репродуктивное здоровье девочек Кузбасса //Мать и Дитя в Кузбассе. 2010. № 1. С. 19-27.)
9. Sokolov YuYu, Zykin AP, Donskoy DV, Ol'khova EB, Tumanyan GT, Shuvalov ME, et al. Diagnosis and surgical correction of digestive tract doubling in children. *Pediatric Surgery*. 2017; 21(3): 121-127. Russian (Соколов Ю.Ю., Зыкин А.П., Донской Д.В., Ольхова Е.Б., Туманян Г.Т., Шувалов М.Э. и др. Диагностика и хирургическая коррекция удвоений пищеварительного тракта у детей //Детская хирургия. 2017. Т. 21, № 3. С. 121-127.) doi: 10.18821/1560-9510-2017-21-3-121-127
10. Novellis P, Graffeo M, Sparano L, Sanchez AM, Lovera M, Tonti C, et al. Endoultrasonography (EUS) examination of the esophagus in the diagnosis of esophageal duplication: a case report and a review of a literature. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2015; 19(16): 3041-3045.
11. Bataev SKhM, Pupyshv ML, Ryndin VD. Duplication of the stomach cyst in a 3-year-old child. *Surgery*. 2013; (9): 63-65. Russian (Батаев С.Х.М., Пупышев М.Л., Рындин В.Д. Дупликационная киста желудка у ребенка 3 лет //Хирургия. 2013. № 9. С. 63-65.)
12. Kapoor K, Jajoo M, Dublish S, Mohta A. A rare cause of wheezing in an infant: esophageal duplication cyst. *Indian J Crit Care Med*. 2014; 18(7): 464-466. doi: 10.4103/0972-5229.136077

КОРРЕСПОНДЕНЦИЮ АДРЕСОВАТЬ:

ЕЛГИНА Светлана Ивановна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, д. 22 а, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России.
Тел: 8 (3842) 73-48-56 E-mail: elginas.i@mail.ru

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

INFORMATION ABOUT AUTHORS

ЕРОШЕНКО Карина Петровна, детский хирург, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия.	EROSHENKO Karina Petrovna, pediatric surgeon, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia
БОЛГОВА Ирина Владимировна, зав. детской поликлиникой, ГАУЗ ККБ им. С.В. Беляева, г. Кемерово, Россия	BOLGOVA Irina Vladimirovna, head of the children's polyclinic, Kuzbass Clinical Hospital named after S.V. Belyaev, Kemerovo, Russia
ЕЛГИНА Светлана Ивановна, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: elginas.i@mail.ru	ELGINA Svetlana Ivanovna, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: elginas.i@mail.ru
МОЗЕС Вадим Гельевич, доктор мед. наук, доцент, профессор кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: vadimmoses@mail.ru	MOZES Vadim Gelievich, doctor of medical sciences, docent, professor of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: vadimmoses@mail.ru
РУДАЕВА Елена Владимировна, канд. мед. наук, доцент, доцент кафедры акушерства и гинекологии им. Г.А. Ушаковой, ФГБОУ ВО КемГМУ Минздрава России, г. Кемерово, Россия. E-mail: rudaevae@mail.ru	RUDAeva Elena Vladimirovna, candidate of medical sciences, docent, docent of the department of obstetrics and gynecology named after G.A. Ushakova, Kemerovo State Medical University, Kemerovo, Russia. E-mail: rudaevae@mail.ru