

## РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ОМФАЛОЦЕЛЕ С ТУБУЛЯРНЫМ УДВОЕНИЕМ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ И ПОЛНЫМ СВИЩОМ ЖЕЛТОЧНОГО ПРОТОКА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)



<sup>1</sup>В. В. Новосад, <sup>1</sup>В. И. Ковальчук, <sup>2</sup>Е. А. Новосад

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Гродненский областной клинический перинатальный центр, Гродно, Беларусь

*Введение.* Грыжа пупочного канатика (омфалоцеле) представляет собой порок развития, при котором к моменту рождения ребенка часть органов брюшной полости располагается внебрюшинно – в пуповинных оболочках, состоящих из амниона, вартонова студня и первичной недифференцированной брюшины.

Удвоения пищеварительного тракта составляют группу редких пороков развития, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям. Частота встречаемости данной патологии составляет 1 случай на 4500 аутопсий. Первое сообщение об удвоении кишечника было опубликовано Calder в 1733 г.

Цель исследования – демонстрация редкого случая диагностики и лечения сочетания омфалоцеле с тубулярным удвоением подвздошной кишки и полным свищом желточного протока у новорожденного.

*Материал и методы.* Данные клинического наблюдения пациента Л., двое суток с момента рождения, находившегося на лечении в отделении новорожденных УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ») в декабре 2021 г.

*Результаты.* У ребенка выявлено сочетание омфалоцеле с тубулярным удвоением подвздошной кишки и полным свищом желточного протока. После предоперационной подготовки пациенту выполнена хирургическая операция: полостное реконструктивное вмешательство по коррекции врожденного порока развития. Исход лечения – полное выздоровление.

*Выводы.* Мы представили случай из практики, описания которого не нашли в литературе. Несмотря на сложность аномалии, пациент был выписан с выздоровлением. На контрольном обследовании в 2022 г. отклонений в развитии ребенка не выявлено.

**Ключевые слова:** новорожденные, омфалоцеле, удвоение тонкой кишки, полный свищ желточного протока.

## A RARE CASE OF OMPHALOCELE WITH TUBULAR ILEAL DUPLICATION AND VITELLINE FISTULA (CASE REPORT)

<sup>1</sup>V. Navasad, <sup>1</sup>V. Kavalchuk, <sup>2</sup>K. Navasad

<sup>1</sup>Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

<sup>2</sup>Grodno Regional Clinical Perinatal Center, Grodno, Belarus

*Background.* A hernia of the umbilical cord (omphalocele) is a congenital abnormality in which a number of the abdominal organs are located extraperitoneally - in the umbilical membranes, consisting of the amnion, Wharton's jelly and the primary undifferentiated peritoneum.

Digestive tract doublings constitute a group of rare malformations that vary significantly in appearance, location, size, and clinical manifestations. The incidence of this pathology is one case per 4500 autopsies. The first case of an intestinal duplication was reported by Calder in 1733.

*Objective.* To demonstrate diagnosis and treatment of a rare case of omphalocele with tubular ileal duplication and vitelline fistula in a newborn.

*Material and methods.* A clinical case report of 2-day-old patient L. who underwent treatment in the neonatal department of the Grodno Regional Children's Clinical Hospital in December 2021.

*Results.* The child was found to have omphalocele with tubular ileal duplication and vitelline fistula. After preoperative preparation, the patient underwent an operation: abdominal reconstructive intervention to correct a congenital malformation. The treatment resulted in a complete recovery.

*Conclusions.* We presented a case report not yet published in literature. Despite the complexity of the anomaly, the patient was discharged having fully recovered. The follow-up examination in 2022, detected no deviations in the child's development.

**Keywords:** newborns, omphalocele, duplication of the small intestine, complete fistula of the vitelline duct

### Автор, ответственный за переписку

Новосад Василий Васильевич, канд. мед. наук, доц.;  
Гродненский государственный медицинский университет;  
e-mail: vass1980@mail.ru

### Corresponding author:

Navasad Vasily, PhD (Medicine), Associate Professor;  
Grodno State Medical University; e-mail: vass1980@mail.ru

**Для цитирования:**

Новосад, В. В. Редкий случай сочетания омфалоцеле с тубулярным удвоением подвздошной кишки и полным свищом желточного протока (случай из практики) / В. В. Новосад, В. И. Ковальчук, Е. А. Новосад // Гепатология и гастроэнтерология. 2022. Т. 6, № 2. С. 134-137. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2022-6-2-134-137>.

**For citation:** Navasad V, Kavalchuk V, Navasad K. A rare case of combination of omphalocele with tubular doubling of the ileum and complete fistula of the vitelline duct (case report). *Hepatology and Gastroenterology*. 2022;6(2):134-137. <https://doi.org/10.25298/2616-5546-2022-6-2-134-137>.

**Введение**

Пороки передней брюшной стенки у детей относятся к группе тяжелых и сложнокорректируемых пороков, которые в некоторых случаях могут приводить к инвалидизации ребенка и вероятности повторных оперативных вмешательств. Количество детей с хирургической патологией периода новорожденности ежегодно возрастает [1].

Грыжа пупочного канатика (омфалоцеле) представляет собой порок развития, при котором к моменту рождения ребенка часть органов брюшной полости располагается внебрюшинно – в пуповинных оболочках, состоящих из амниона, вартонова студня и первичной недифференцированной брюшины. Гастрошизис (или внутриутробная эвентрация внутренних органов) относится к тяжелым врожденным порокам развития (ВПР) и характеризуется дефектом передней брюшной стенки, как правило, не более 2-3 см в диаметре [1, 2].

Через этот дефект, который почти всегда локализуется справа от пуповины, выпадают внутренние органы брюшной полости, а также отмечается отсутствие эмбриональных оболочек или их остатков. По данным разных авторов, частота встречаемости у новорожденных данных пороков колеблется от 1:1200 до 1:21000 [1, 2], в среднем – 1 случай на 6000 родившихся детей.

Удвоения пищеварительного тракта составляют группу редких ВПР, которые существенно различаются по внешнему виду, локализации, размерам и клиническим проявлениям [3, 4]. Частота встречаемости данной патологии составляет 1 случай на 4500 аутопсий. Первое сообщение об удвоении кишечника опубликовано Calder в 1733 г.

В более поздних сообщениях предлагались разные названия, однако единое мнение в отношении данной патологии сформировалось после публикации Ladd в 1937 г., который ввел термин «удвоение пищеварительного тракта». Это название объединило обширную группу врожденных аномалий, которые имели три общие характеристики: наличие развитого слоя гладких мышц, эпителиальной выстилки любого отдела пищеварительного тракта и тесной взаимосвязи с какой-либо его частью [4, 5, 6]. Удвоения бывают кистозными и дивертикулярными (трубча-

тыми), могут локализоваться в любом отделе желудочно-кишечного тракта – от корня языка до анального канала. Наиболее распространены поражения тонкого кишечника, в то время как удвоения прямой, двенадцатиперстной кишки и пищевода встречаются крайне редко [2, 6]. В искомой литературе нами не найдено публикации о сочетании данных ВПР.

**Цель исследования** – демонстрация редкого случая диагностики и лечения сочетания омфалоцеле с тубулярным удвоением подвздошной кишки и полным свищом желточного протока у новорожденного.

**Материал и методы**

Данные клинического наблюдения пациента Л., двое суток с момента рождения, находившегося на лечении в отделении новорожденных УЗ «Гродненская областная детская клиническая больница» (УЗ «ГОДКБ») в декабре 2021 г.

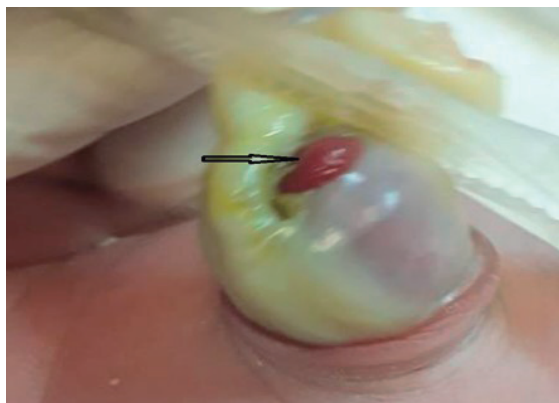
**Результаты и обсуждение**

Мальчик от второй беременности, вторых срочных родов через естественные родовые пути в сроке гестации 39 недель (273 дня) с массой тела при рождении 2700 г, длиной тела 50 см, окружностью головы 33 см, окружностью груди 31 см, по Апгар 8/8 баллов. Беременность протекала на фоне кандидозного кольпита в 16 и 30 недель, компенсированной формы плацентарных нарушений. Экстрагенитальная патология матери: нефроптоз. Околоплодные воды зеленые. Состояние после рождения средней тяжести. Плач болезненный, признаки угнетения ЦНС. После рождения выявлен ВПР – омфалоцеле малых размеров с полным кишечным свищом. Консультирован детским хирургом, рекомендован перевод в УЗ «ГОДКБ». В возрасте 6 часов жизни доставлен в УЗ «ГОДКБ».

Объективно на момент поступления: общее состояние ребенка тяжелое, компенсированное. В кювете, температура тела на момент осмотра 36,7°C. Инфузионная терапия в периферическую вену без осложнений. На голоде, при ревизии желудка – зеленоватого цвета отделяемое в небольшом количестве. Спонтанная двигательная активность несколько снижена. Хорошо провоцируется осмотром. Голова

## Case study

правильной формы. Окружность головы 33 см. Большой родничок 1,5×1,5 см, на уровне костных краев, не напряжен. Небольшое захождение костей черепа. Глаза закрыты, движения глазных яблок плавающие, зрачки равновеликие, фотореакция сохранена. Лицо симметрично. Положение неполной флексии. Рефлексы периода новорожденности вызываются не все, нет опоры и шагового, быстро истощаются. Мышечная гипотония. Менингеальных знаков нет. Кожные покровы розовые, чистые, гематома на левой пятке. Отеков нет. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые, влажные. Конечности теплые на ощупь. Симптом бледного пятна (СБП) – 2,5-3,0". Носовое дыхание свободное. Дыхание ритмичное, поверхностное, при аускультации ослаблено, симметрично проводится с обеих сторон, хрипов нет. Тахипноэ до 65 в минуту. Симптом «качелей» при беспокойстве. Тоны сердца ритмичные, приглушены, негрубый систолический шум по левому краю грудины. Пульс 157 в минуту. Артериальное давление (правая рука) 65/40 (49) мм рт. ст., правая нога 70/47 (55) мм рт. ст. без поддержки. Пульсация на бедренных артериях удовлетворительная. Живот мягкий, слегка поддут, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Омечается расширение пупочного кольца, под оболочками пуповины визуализируется кишка, в оболочках имеется дефект, из которого пролабирует слизистая кишечного свища и отходит кишечное содержимое в небольшом количестве (рис. 1).

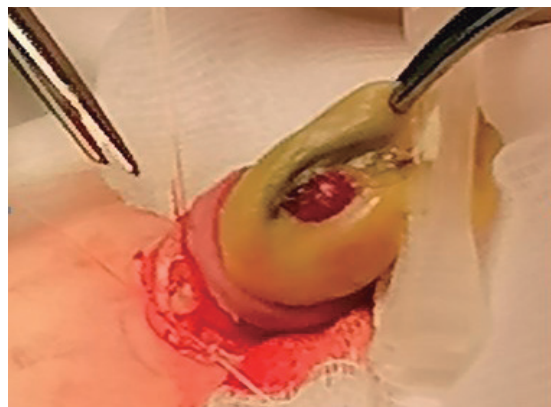


**Рисунок 1.** – Вид омфалоцеле со свищевым ходом  
**Figure 1.** – View of omphalocele with fistula

Перистальтика вялая. Стул при осмотре после клизмы – меконий. Мочится в подгузник.

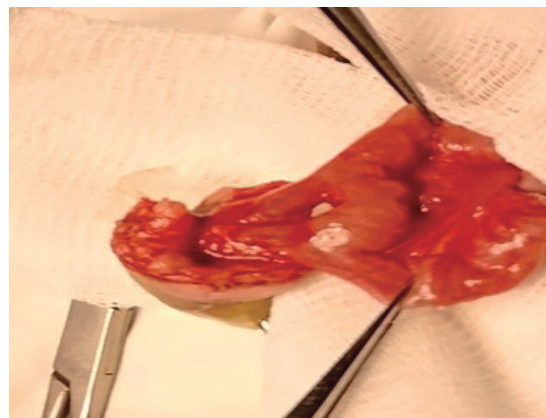
После предоперационной подготовки выполнено хирургическое вмешательство: реконструктивное полостное вмешательство по коррекции ВПР: иссечение оболочек омфалоцеле, лапаротомия, резекция удвоенного участка подвздошной кишки, несущей свищ.

На первом этапе производилось выделение оболочек грыжи (рис. 2).



**Рисунок 2.** – Выделение оболочек грыжевого мешка  
**Figure 2.** – Separation of the membranes of the hernial sac

После вскрытия брюшной полости в рану выведена петля подвздошной кишки (рис. 3), петля кишки отделена от остатков грыжевых оболочек и обнаружена тубулярная форма удвоения подвздошной кишки на протяженности 5,0 см (рис. 4). В месте фиксации удвоенной части кишки к оболочкам грыжи находился необлитерированный желточный проток длиной около 1,0 см, который открывался в пупок.



**Рисунок 3.** – Петля подвздошной кишки  
**Figure 3.** – Loop of ileum



**Рисунок 4.** – Тубулярное удвоение подвздошной кишки  
**Figure 4.** – Tubular duplication of the ileum

Выполнено удаление удвоенной части кишки со свищом, дефекты подвздошной кишки ушиты в поперечном направлении однорядным швом, сформирован пупок.

Послеоперационный период без осложнений. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии на 14 сутки.

### Выводы

Мы представили случай из практики, описание которого не нашли в литературе. Несмотря на сложность аномалии, пациент был выписан с выздоровлением. На контрольном обследовании в 2022 г. отклонений в развитии ребенка не выявлено.

### References

- Morozov DA, Filippov JuV, Nikitina AS, Antonov MA, Mihajlenko EA, Tihonov IA. Variants hirurgicheskogo lechenija omfalocela. *Saratovskij nauchno-medicinskij zhurnal* [Saratov Journal of Medical Scientific Research]. 2007;16(2):23-25. edn: JUTIAХ. (Russian).
- Zhurilo IP, Fomenko SA, Litovka VK, Perunskij VP, Lepihov PA, Gunkin AJu. Redkie varianty udvoenija pishchevaritelnogo trakta u detej. *Vestnik neotloznoj i voss-tanovitel'noj mediciny* [Bulletin of Rehabilitation Medicine]. 2011;12(2):177-182. edn: QMWCLV. (Russian).
- Shamsiev AM, Shamsiev ZhA, Rahmatov BN, Zajniev SS, Mahmudov ZM. Klinicheskoe nabljudenie detej s udvoen- niem tonkogo kishchnika [Clinical observation of children with dublication of thin intestine]. *Polish Journal of Science*. 2020;28-2(28):51-57. edn: CDDTFV. (Russian).
- Gajdaenko AE, Kirgizov IV, Talalaeв AG, Baranov KN, Shishkin IA, Gusev AA. Sluchaj operativnogo lecheni- ja rebenka s udvoeniem podvzdoshnoj kishki [The case of surgical treatment of a child with a doubling of the ile- um]. *Pediatricheskaja farmakologija* [Pediatric pharma- cology]. 2012;9(2):121-123. doi: 10.15690/pf.v9i2.260. edn: OXKATD. (Russian).
- Bond SJ, Groff DB. Gastrointestinal Duplications. In: O'Neill JA, Coran AG, Fonkalsrud E, Grosfeld JL, editors. *Pediatric surgery*. 6th ed. St. Louise: Mosby-YearBook; 2008. p. 1257-1267.
- Kavalchuk VI. Detskaja hirurgija. Minsk: Novoe znanie; 2020. 667 p. (Russian).

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Финансирование.** Исследование проведено без спон- сорской поддержки.

**Соответствие принципам этики.** Исследование одо- брено локальным этическим комитетом.

#### Сведения об авторах:

Новосад Василий Васильевич, канд. мед. наук, доц.; Гродненский государственный медицинский университет; e-mail: vass1980@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7591-5067

Ковальчук Виктор Иванович, д-р мед. наук, проф.; Гродненский государственный медицинский университет; e-mail: vi\_kavalchuk@mail.ru

Новосад Екатерина Анатольевна; Гродненский област- ной клинический перинатальный центр; e-mail: katjanovosad@ mail.ru; ORCID: 0000-0002-4452-3335

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Financing.** The study was performed without external funding.

**Conformity with the principles of ethics.** The study was approved by the local ethics committee.

#### Information about authors:

Navasad Vasilii, PhD (Medicine), Associate Professor; Grodno State Medical University; e-mail: vass1980@mail.ru; ORCID: 0000-0002-7591-5067

Kavalchuk Viktor, PhD, MD (Medicine), Professor; Grodno State Medical University; e-mail: vi\_kavalchuk@mail.ru

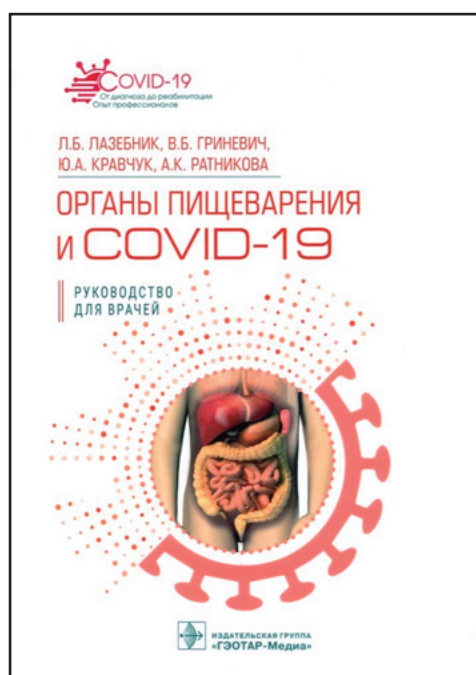
Navasad Katerina; Grodno Regional Clinical Perinatal Center; e-mail: katjanovosad@mail.ru; ORCID: 0000-0002-4452-3335

Поступила: 02.11.2022

Принята к печати: 04.11.2022

Received: 11.04.2022

Accepted: 04.11.2022



*Органы пищеварения и COVID-19 : руководство для врачей / Л. Б. Лазебник [и др.]. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. – 224 с.*

Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) стала причиной глобальной пандемии и серьезной нагрузки на системы здравоохранения по всему миру. Будучи воздушно-капельной инфекцией, заболевание характеризуется полисистемностью поражения, в том числе и органов пищеварения. Важным и неотъемлемым звеном патогенеза COVID-19 является нарушение вирусно-микробно-тканевого комплекса желудочно-кишечного тракта, ассоциированное с повышением проницаемости барьера слизистых оболочек. Данные особенности напрямую связаны с тяжестью течения инфекции, определяют развитие различных гастроэнтерологических проявлений и способствуют обострению хронических заболеваний органов пищеварения. В книге представлены материалы, характеризующие значение гастроэнтерологических и гепатологических проявлений при COVID-19, а также разработанные подходы к диагностике и лечению.