

Удвоение желчного пузыря у детей с задержкой внутриутробного роста: два клинических случая

А. Ф. Киосов¹✉

С. А. Михайлова²

¹ Областная клиническая больница № 2, Челябинск, Россия, Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия, kiosow@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4222-4104>

² Областная клиническая больница № 2, Челябинск, Россия, Южно-Уральский государственный медицинский университет, Челябинск, Россия, samih@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4383-3278>

Резюме

Введение. Выделяют несколько вариантов врожденных аномалий желчного пузыря: по положению (срединно, надпеченочно, внутривнутрипеченочно), форме (перегибы, перетяжки), по количеству (удвоение или утроение), наличию перегородок в желчном пузыре. При удвоении желчные пузыри могут различаться по форме и по размеру. Как правило, меньший по размеру желчный пузырь считается добавочным. Добавочный пузырь может быть гипопластичным или рудиментарным. Удвоение желчного пузыря может быть как в виде простой (простейшей) формы, так и в виде истинного (полного) удвоения и является очень редкой патологией.

Результаты. В работе представлены два клинических случая удвоения желчного пузыря, выявленные в неонатальном периоде. Удвоение желчного пузыря у детей диагностировано при помощи ультразвукового исследования на аппарате экспертного класса. В первом и втором случае удвоение желчного пузыря установлено у доношенных мальчиков в ранний неонатальный период. Новорожденные с удвоением желчного пузыря родились с задержкой внутриутробного роста по гипотрофическому и гипопластическому типу. После рождения у них диагностирована неонатальная желтуха 3-4 степени по Крамеру, гипербилирубинемия за счет преобладания непрямой фракции билирубина. Данных за гемолитическую болезнь, внутриутробную инфекцию у детей не получено. Печень, селезенка не увеличены. Желчный пузырь не пальпировался. Клиники холестаза не было. Моча и стул были окрашены. У одного ребенка с удвоением желчного пузыря были обнаружены врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки. После проведения фототерапии желтуха у детей была купирована к 15-м суткам жизни. У детей с удвоением желчного пузыря не было показаний для оперативного лечения. Таким образом, у детей с удвоением желчного пузыря не было обнаружено клинико-лабораторных особенностей течения неонатального периода. У детей с задержкой внутриутробного роста существует высокий риск развития патологических состояний в неонатальном периоде, возможны аномалии и врожденные пороки развития.

Ключевые слова: врожденный порок, желчный пузырь, новорожденные дети, задержка внутриутробного роста, неонатальная желтуха

Для цитирования: Киосов А. Ф., Михайлова С. А. Удвоение желчного пузыря у детей с задержкой внутриутробного роста: два клинических случая. Лечащий Врач. 2024; 9 (27): 40-45. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.9.005>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Doubling of the gallbladder in children with intrauterine growth retardation: two clinical cases

Andrey F. Kiosov¹✉

Svetlana A. Mikhailova²

¹ Regional Clinical Hospital No. 2, Chelyabinsk, Russia, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia, kiosow@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4222-4104>

² Regional Clinical Hospital No. 2, Chelyabinsk, Russia, South Ural State Medical University, Chelyabinsk, Russia, samih@bk.ru, <https://orcid.org/0000-0002-4383-3278>

Abstract

Background. Several variants of congenital gallbladder anomalies are distinguished: by position (median, suprahepatic, intrahepatic), shape (kinks, constrictions), number (doubling or tripling), presence of partitions in the gallbladder. In case of doubling, gallbladders can differ in shape and size. As a rule, a smaller gallbladder is considered to be an additive gallbladder. The accessory bladder may be hypoplastic or rudimentary. Gallbladder doubling can be in the form of either a simple (simplest) form or a true (complete) doubling. Doubling of the gallbladder is a very rare pathology.

Results. The paper presents two clinical cases of gallbladder doubling detected in children during the neonatal period. Doubling of the gallbladder in infants was diagnosed using ultrasound examination on an expert-class device. In the first and second cases, doubling of the gallbladder was found in full-term boys in the early neonatal period. Newborn babies with a doubling of the gallbladder were born with intrauterine growth retardation of the hypotrophic and hypoplastic type. After birth, infants were diagnosed with neonatal jaundice of 3–4 degrees according to Kramer, hyperbilirubinemia due to the predominance of the indirect fraction of bilirubin. Data for hemolytic disease and intrauterine infection in children have not been obtained. The liver and spleen are not enlarged. The gallbladder was not palpated. There was no clinic for cholestasis in newborn children. Urine and stool were stained. One child with a doubling of the gallbladder was found to have a congenital heart defect, a defect in the interventricular septum. After phototherapy, jaundice in children was stopped by the 15th day of life. In children with gallbladder doubling, there were no indications for surgical treatment. Thus, no clinical and laboratory features of the neonatal period were found in children with gallbladder doubling. In children with intrauterine growth retardation, there is a high risk of developing pathological conditions in the neonatal period, anomalies and congenital malformations are possible.

Keywords: congenital malformation, gallbladder, newborn babies, intrauterine growth retardation, neonatal jaundice

For citation: Kiosov A. F., Mikhailova S. A. Doubling of the gallbladder in children with intrauterine growth retardation: two clinical cases. *Lechaschi Vrach.* 2024; 9 (27): 40–45. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.9.005>

Conflict of interests. Not declared.

Удвоение желчного пузыря (ЖП) — это редкая врожденная аномалия желчевыводящих путей. Аномалии развития ЖП встречаются в общей популяции в 6–8% случаев. Истинное удвоение ЖП регистрируется с частотой 1:3000–4000 [1, 2]. Впервые удвоение ЖП было установлено в 1674 году врачом Blasius в Амстердаме. Автор описал двойной ЖП при аутопсии двухлетнего мальчика [3].

Выделяют несколько вариантов врожденных аномалий ЖП: по положению (срединно, надпеченочно, внутripеченочно), форме (перегибы, перетяжки), по количеству (удвоение или утроение), наличию перегородок в ЖП. При удвоении ЖП могут различаться по форме и размеру. Как правило, меньший по размеру ЖП считается добавочным. Добавочный пузырь может быть гипопластичным или рудиментарным [4, 5]. Удвоение ЖП бывает как в виде простой (простейшей) формы, так и в виде истинного (полного) удвоения. Простая форма удвоения представляет собой полость ЖП, разделенную на две камеры перегородкой. Внутripузырные перегородки могут быть продольными, множественными, а также иметь вид циркуляторных мембран. Перегородки состоят из фиброзно-мышечной ткани и препятствуют оттоку желчи из пузыря. При истинном удвоении ЖП имеются два полноценно сформированных пузыря с отдельными пузырными протоками. Пузырные протоки могут отдельно впадать в общий желчный проток или сливаться и образовывать общий пузырный проток [1–3, 6–8].

При удвоении ЖП могут создаваться условия для застоя желчи, что приводит к воспалению. В одном или одновременно в двух пузырях могут формироваться конкременты с развитием острого калькулезного холецистита. Как правило, у детей клинические проявления удвоения ЖП отсутствуют, поэтому порок редко обнаруживают в детском возрасте. Чаще всего удвоение ЖП диагностируется у подростков 14–16 лет и у взрослых пациентов. Нередко двойной ЖП обнаруживается случайно при проведении лучевых методов исследования или во время оперативного вмешательства [1–4, 6–8].

Для диагностики заболеваний печени и желчевыводящих путей (ЖВП) используются лучевые методы визуализации — ультразвуковое исследование (УЗИ), компьютерная и магнитно-резонансная томография (КТ и МРТ). Безусловно, более достоверную картину анатомо-топографических взаимоотношений ЖВП обеспечивает использование таких лучевых методов, как КТ, МРТ и холангиопанкреатография. Однако данные методы имеют возрастные ограничения к применению в неонатальном периоде из-за высокой луче-

вой нагрузки и инвазивности. У новорожденных в качестве диагностического метода с успехом используется УЗИ печени и ЖВП. Исследование проводится на ультразвуковых аппаратах экспертного класса с использованием неонатального конвексного, линейного и секторного фазированного датчика, что дает возможность получить высокую степень визуализации. Допплеровское исследование кровотока позволяет оценить кровоток в пузырных артериях [1–8].

В отделении патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД) государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Областная клиническая больница № 2» Челябинска в 2023–2024 гг. находились на лечении два новорожденных ребенка с задержкой внутриутробного роста (ЗВУР), у которых был диагностирован редкий порок ЖВП — удвоение ЖП. При поиске в базах данных eLibrary, PubMed, Embase, Cochrane Library и Web of Science нами не было найдено публикаций, посвященных описанию случаев удвоения ЖП у новорожденных. Поэтому авторы приняли решение опубликовать клиническую информацию о редкой патологии.

Целью данной работы было предоставить клиническую информацию о редкой патологии ЖВП — удвоении ЖП — у двух новорожденных со ЗВУР.

Полное удвоение ЖП у новорожденных в ОПННД было диагностировано при проведении УЗИ органов брюшной полости (ОБП). Обследование проводилось на диагностическом ультразвуковом аппарате экспертного класса «Myndray M7» (Китай) с использованием неонатальных датчиков: конвексного 6C2S (5,0MHz–8,0MHz), секторного фазированного H12-4S (6,0MHz–10,0MHz; H8,0MHz–H10,0MHz) и линейного датчика L12-6S (8,0MHz–12,0MHz; H10,0MHz–H11,0MHz). По поводу аномалии ЖП дети были проконсультированы детским хирургом и генетиком. Новорожденных также обследовали на перинатальные инфекции, данных за внутриутробную инфекцию не получено. После выписки из ОПННД диагноз удвоения ЖП у пациентов был подтвержден в детской поликлинике. На момент публикации оба ребенка были в грудном возрасте.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 1

Новорожденный мальчик Б. от матери 22 лет, первой беременности и первых родов. Беременность протекала на фоне латентного дефицита железа, гипертонии, неспецифического вагинита, маловодия, синдрома задержки роста плода, табакокурения. У матери установлен гестационный сахарный диабет, катаральный фарингит в 20 недель. Наследственность

по билиарной патологии неотягощена. Своевременные роды в 40 недель: 1-й период — 6 часов 5 минут, 2-й — 15 минут. Безводный период — 15 минут. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. Вес при рождении — 2870 г, рост — 49 см, окружность головы — 34 см, окружность груди — 34 см. После рождения в реанимационных мероприятиях не нуждался, приложен к груди в родильном зале. Адаптация в палате «Мать и дитя». Неонатальная желтуха появилась в 1-е сутки жизни ребенка. Общий анализ крови в родильном стационаре в пределах возрастной нормы. В сыворотке крови на 2-е сутки жизни общий билирубин составил 125,0 мкмоль/л, непрямой — 115,0 мкмоль/л, прямой — 10,0 мкмоль/л. Данных за гемолитическую болезнь не было. С конца 2-х суток жизни появился систолический шум во всех точках аускультации. Максимальная убыль массы тела на 3-и сутки — до 2700 г (3,9%). Ребенок в возрасте 4-х суток жизни направлен в отделение патологии новорожденных и недоношенных детей (ОПННД) с диагнозом «Р 59.9 Неонатальная желтуха неуточненная».

При поступлении в ОПННД проведена оценка антропометрии ребенка при рождении по методике Intergrowth-21st: вес — 8,69 центиля, рост — 26,36 центиля, окружность головы — 37,2 центиля. Установлен диагноз: «Р 05.0 — маловесный для гестационного возраста плод, ЗВУР, гипотрофический вариант». Кожа бледно-розовая, желтушная, эластичность снижена. Аускультативно — дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, систолический шум средней интенсивности во всех точках аускультации. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул окрашен. Максимальная желтуха выявлена на 4-е сутки жизни (до 3-4 степени по Крамеру). Общий анализ крови в ОПННД в пределах возрастной нормы. В сыворотке крови на 4-е сутки жизни общий билирубин составил 296,9 мкмоль/л (непрямой — 287,9 мкмоль/л, прямой — 9,0 мкмоль/л), незначительное повышение аспаратаминотрансферазы — АСТ (70 ЕД/л), щелочной фосфатазы — ЩФ (195 ЕД/л), С-реактивного белка — СРБ (8,3 единицы).

В ОПННД в возрасте 4-х суток ребенку были выполнены инструментальные исследования. По данным УЗИ сердца установлены врожденный порок сердца, дефект межжелудочковой перегородки в мышечной части. При проведе-

нии УЗИ ОБП выявлен порок желчевыводящей системы, удвоение ЖП (рис. 1). В ложе ЖП визуализировались два образования грушевидной формы, размерами 21 × 10 мм и 15 × 6 мм. Стенки ЖП не утолщены, контуры ровные, четкие. Содержимое пузырей анэхогенное, без дополнительных включений и образований. У каждого ЖП определялись два отдельных пузырных протока, которые впадали в общий желчный проток (ОЖП). При доплерографии определялись две пузырные артерии, рассыпной тип кровоснабжения. Проведены контрольные УЗИ, подтверждающие удвоение ЖП. В ОПННД вскармливался грудным молоком матери. Динамика веса была достаточная. Клинических признаков сердечной недостаточности не было. Проводилась фототерапия светодиодной лампой с угасанием неонатальной желтухи и снижением билирубинемии. Желтуха уменьшилась на 10-е сутки до 1-2 степени по Крамеру и угасла на 15-е сутки жизни. В сыворотке крови на 10-е сутки общий билирубин составил 125,6 мкмоль/л (непрямой — 114,9 мкмоль/л, прямой — 10,7 мкмоль/л), показатели АСТ — 21 ЕД/л, ЩФ — 180 ЕД/л, СРБ — 5,0 единицы, то есть в пределах возрастной нормы. Ребенок находился в ОПННД 12 койко-дней и в возрасте 15 суток жизни выписан домой под наблюдение педиатра. Масса тела при выписке — 2810 г. Заключительный клинический диагноз в ОПННД: «Маловесный для гестационного возраста плод (Р 05.0), ЗВУР, гипотрофический вариант. Неонатальная желтуха, обусловленная другими уточненными причинами (Р 59.8). Другие врожденные аномалии ЖП (Q 44.1). Врожденный порок желчевыводящей системы, удвоение ЖП. Дефект межжелудочковой перегородки (Q 21.0). Недостаточность кровообращения 0-й степени». После выписки из ОПННД рост и развитие ребенка на первом году жизни соответствовали должным параметрам, лабораторных отклонений не было.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ № 2

Новорожденный мальчик А. поступил в ОПННД на 3-и сутки жизни. Ребенок от матери 25 лет, от второй беременности, первых родов. Предыдущая беременность закончилась самопроизвольным выкидышем. У матери миопия средней степени. Беременность протекала на фоне анемии легкой степени, инфекции мочевыводящих путей в 14 недель, маловодия, гипертензии. На сроке 33-34 недели по данным УЗИ плода была обнаружена киста сосудистого сплетения правого бокового желудочка. Наследственность по билиарной патологии не отягощена. Своевременные роды на сроке 39 недель и 5 суток. Преждевременное излитие околоплодных вод. Угроза разрыва промежности. 1-й период — 11 часов 35 минут, 2-й — 20 минут. Безводный промежуток — 16 часов 25 минут. Околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар — 8/9 баллов. Вес при рождении — 2700 г, рост — 47 см, окружность головы — 34 см, окружность груди — 33 см. После рождения в реанимационных мероприятиях не нуждался. Приложен к груди в родильном зале. Адаптация в палате «Мать и дитя». Неонатальная желтуха появилась на 2-е сутки жизни. На 3-и сутки состояние ребенка с отрицательной динамикой за счет нарастания желтухи до 4-й степени по Крамеру, гипербилирубинемии. Данных за гемолитическую болезнь нет. В сыворотке крови на 3-и сутки жизни общий билирубин составил 341,0 мкмоль/л, непрямой — 330,4 мкмоль/л, прямой — 10,6 мкмоль/л. Назначена фототерапия. Максимальная убыль массы тела — на 3-и сутки до 2650 г.

В возрасте 4-х суток жизни ребенок поступил в ОПННД с диагнозом «Р 59.9 — неонатальная желтуха неуточненная». В ОПННД проведена оценка антропометрии при рождении



Рис. 1. Первый клинический случай удвоения ЖП [предоставлено авторами] / First clinical case of GB doubling [provided by the authors]

по методике Intergrowth-21th: вес — 5,16 центиля, рост — 5,05 центиля, окружность головы — 43,16 центиля. Установлен клинический диагноз: «Р 05.1 — малый размер плода для гестационного возраста, ЗВУР, гипопластический вариант». Кожа бледно-розовая, желтушная, эластичность снижена. Неврологический статус без отклонений. Аускультативно: дыхание в легких пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, шума нет. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул окрашен. В сыворотке крови на 4-е сутки жизни общий билирубин составил 326,0 мкмоль/л, непрямой — 314,4 мкмоль/л, прямой — 11,6 мкмоль/л. Продолжена фототерапия, лечение двумя светодиодными лампами в непрерывном режиме. Контроль сывороточного билирубина проводился 2 раза в сутки, ежедневно.

В ОПННД в возрасте 4-х суток жизни ребенку выполнены инструментальные обследования. По данным УЗИ сердца выявлено функционирующее открытое овальное окно. При УЗИ ОБП установлен порок желчевыводящей системы, удвоение ЖП (рис. 2). В области ЖП визуализировались два образования грушевидной формы, размерами 22 × 15 мм и 18 × 8 мм. Стенки ЖП не были утолщены, контуры ровные, четкие. У каждого ЖП определялись два отдельных пузырных протока, которые отдельно впадали в ОЖП. Содержимое пузырей анэхогенное, без дополнительных включений и образований. При доплерографии визуализировались две пузырные артерии, определялся рассыпной тип кровотока. УЗИ печени и ЖВП проводились неоднократно в динамике.

На фоне интенсивной фототерапии произошло постепенное снижение билирубинемии. К 5-м суткам жизни общий билирубин снизился до 241,7 мкмоль/л, непрямой — 224,5 мкмоль/л, прямой — 17,2 мкмоль/л. На 6-е сутки жизни общий билирубин составил 221,7 мкмоль/л, непрямой — 199,5 мкмоль/л, прямой — 22,2 мкмоль/л. В динамике — незначительное нарастание прямого билирубина в сыворотке крови до 10% от значений общего билирубина. Общий анализ крови и другие биохимические показатели — в пределах возрастной нормы за весь период наблюдения. По результатам УЗИ не получено данных за синдром сгущения желчи. Обесцвечивания стула и усиления окра-

ски мочи не было. Урсодезоксихолевая кислота ребенку не назначалась.

Ребенок находился на смешанном вскармливании из-за недостаточного количества материнского грудного молока. Выполнялось консультирование матери по вопросам грудного вскармливания, эффект был недостаточный. Учитывая диагноз «Малый размер плода для гестационного возраста (Р 05.1)», новорожденному был назначен докорм молочной смесью для маловесных детей Нутрилак Premium Пре [9, 10]. Объем докорма составлял 30% от суточного объема питания младенца. Применение смеси Нутрилак Premium Пре не привело к дисфункции кишечника. Динамика веса на смешанном вскармливании у ребенка была удовлетворительная и составила 29 г/сутки. К 15-м суткам жизни докорм лечебной смесью постепенно отменили, и на момент выписки ребенок со ЗВУР находился исключительно на грудном вскармливании [10].

Желтуха уменьшилась до 1-2 степени по Крамеру на 12-е и угасла на 15-е сутки жизни. В сыворотке крови на 12-е сутки общий билирубин равнялся 138,6 мкмоль/л (непрямой — 128,0 мкмоль/л, прямой — 10,6 мкмоль/л). Ребенок находился в ОПННД 12 койко-дней и в возрасте 15 суток жизни выписан домой под наблюдение педиатра. Масса тела при выписке — 2870 г. Заключительный клинический диагноз в ОПННД: «Малый размер плода для гестационного возраста (Р 05.1). ЗВУР, гипопластический вариант. Неонатальная желтуха, обусловленная другими уточненными причинами (Р 59.8). Другие врожденные аномалии ЖП (Q 44.1). Врожденный порок желчевыводящей системы, удвоение ЖП». После выписки из ОПННД рост и развитие ребенка на первом году жизни соответствовали должным параметрам, лабораторных отклонений выявлено не было.

ОБСУЖДЕНИЕ

У новорожденных с удвоением ЖП не было обнаружено клиничко-лабораторных особенностей течения неонатального периода. У детей с удвоением ЖП отмечалась неонатальная желтуха, гипербилирубинемия за счет преобладания непрямой фракции билирубина. Во втором клиническом наблюдении у новорожденного с удвоением ЖП на фоне интенсивной фототерапии было зарегистрировано незначительное повышение уровня прямого билирубина в сыворотке крови. Однако убедительных клинических данных за развитие неонатального холестаза у ребенка с удвоением ЖП не получено. Известно, что фототерапия у новорожденных может быть причиной нарушения пассажа желчи [9]. Неонатологам и педиатрам не следует относиться к удвоению ЖП у детей как к легкой патологии, которая не имеет клинических проявлений и осложнений. При удвоении ЖП могут развиваться механическая желтуха, холецистит, желчекаменная болезнь, билиарный цирроз, возможны стриктуры желчных протоков [1-8]. Младенцам с аномалией ЖВП, удвоением ЖП могут быть необходимы консультации детского хирурга, гастроэнтеролога, диетолога [9].

Ранняя диагностика врожденных пороков развития у детей возможна только при проведении постнатального инструментального скрининга. В ОПННД ультразвуковой скрининг проводится всем пациентам, поступающим в отделение. УЗИ печени и ЖВП у младенцев имеет преимущество перед другими лучевыми методиками в связи с безопасностью и возможностью неоднократного повторения. УЗИ может быть высокоинформативным у новорожденных при использовании экспертной аппаратуры с неонатальными датчиками



Рис. 2. Второй клинический случай удвоения ЖП [предоставлено авторами] / Second clinical case of GB doubling [provided by the authors]

[4, 5, 9]. У детей постарше могут применяться другие лучевые методы для уточняющей диагностики [1-9].

Важным клиническим фактом является то, что удвоение ЖП установлено у новорожденных с диагнозом ЗВУР. В первом клиническом случае диагностирован гипотрофический вариант ЗВУР, или маловесный для гестационного возраста плод. Во втором случае установлен гипопластический вариант ЗВУР, или малый размер плода для срока гестации. Неонатологи и педиатры должны знать, что новорожденному следует проводить оценку антропометрических показателей при рождении. Для каждого гестационного возраста известны референсные значения массы тела, длины тела и окружности головы. Оценка антропометрии проводится с использованием современных методик, например, Intergrowth-21st. В первом клиническом случае у ребенка были следующие критерии ЗВУР: вес менее 10-го центиля, внутриутробно отмечен синдром задержки роста плода, у матери были гипертензия и маловодие. Во втором клиническом случае вес ребенка был менее 10-го центиля, длина — менее 10-го центиля, у матери имелась гипертензия [9-12].

Следует обратить внимание, что у новорожденных с удвоением ЖП ЗВУР не был диагностирован в родильном стационаре, а установлен только при поступлении в ОПННД. Вероятно, для неонатологов и педиатров необходимы дополнительные образовательные мероприятия по современным критериям диагностики ЗВУР у детей [9-10]. В соответствии с международными критериями ЗВУР диагностируют, если масса тела ребенка при рождении оказывается меньше 3-го центиля или если присутствуют три из следующих критериев: масса тела, окружность головы и длина при рождении менее 10-го центиля; внутриутробно определялись признаки синдрома задержки роста плода; у матери имелись состояния, которые могут приводить к задержке роста плода — гипертензия, преэклампсия, инфекция. Диагноз «ЗВУР» требует от медицинских работников понимания, что такие дети чаще имеют проблемы со здоровьем в неонатальном и постнеонатальном периоде [9-12].

Основой питания доношенных новорожденных со ЗВУР является грудное молоко. При его недостатке в первую очередь следует проводить консультирование матерей по вопросам поддержки грудного вскармливания. При сохраняющейся гипогалактии необходимо рассмотреть возможность использования молочных смесей для докорма. При недостатке грудного молока в питании доношенного со ЗВУР можно использовать специализированную смесь для маловесных детей Нутрилак Premium Пре. Применение лечебной смеси не вызывает нарастания частоты дисфункции кишечника. Консультирование матерей и использование специализированной смеси Нутрилак Premium Пре в количестве 25-30% от суточного объема питания позволяют не только сохранить имеющуюся лактацию, но и в дальнейшем своевременно отменить докорм и вернуться к исключительно грудному вскармливанию [10].

ЗВУР часто диагностируется у детей с хромосомными нарушениями, генными мутациями, при инфекции, алкоголизме, токсикомании и наркомании у матери. В 10% случаев у детей со ЗВУР встречаются аномалии и врожденные пороки развития. В отечественной педиатрии ранее выделяли диспластический вариант ЗВУР, для которого было характерно наличие врожденных пороков развития, множественных стигм дизэмбриогенеза (более 5 стигм). Медицинские работники должны знать, что у ребенка со ЗВУР возможны пороки развития [9-10]. В первом клиническом случае у ребенка

с гипотрофическим вариантом ЗВУР порок ЖВП сочетался с врожденным пороком сердца: удвоение ЖП и дефект межжелудочковой перегородки. У детей со ЗВУР постнатально существует высокий риск развития нарушений адаптации, патологического течения транзиторных состояний. Своевременная постнатальная диагностика у детей со ЗВУР позволяет выстроить грамотную тактику обследования, лечения, ведения пациента и тем самым уменьшить вероятность неблагоприятных исходов [9-12].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Новорожденные с удвоением ЖП родились со ЗВУР по гипотрофическому и гипопластическому типу. У новорожденных с удвоением ЖП не было обнаружено клинико-лабораторных особенностей течения неонатального периода. После рождения у детей диагностирована неонатальная желтуха 3-4 степени по Крамеру, гипербилирубинемия за счет преобладания непрямой фракции билирубина. Данных за развитие холестаза не получено. У новорожденных с удвоением ЖП не было к оперативному лечению. Дети с удвоением ЖП должны находиться под наблюдением хирурга, так как добавочный пузырь является фактором риска развития холецистита. У детей со ЗВУР существует высокий риск возникновения патологических состояний в неонатальном периоде, возможны аномалии и врожденные пороки развития. **ЛВ**

Вклад авторов:

Авторы внесли равный вклад на всех этапах работы и написания статьи.

Contribution of authors:

All authors contributed equally to this work and writing of the article at all stages.

Литература/References

1. Галимов О. В., Ханов В. О., Сагитдинов Р. Р., Крючков Р. А., Крючков А. К. Двойной желчный пузырь. Эндоскопическая хирургия. 2019; 25 (5): 45-48.
Galimov O. V., Khanov V. O., Sagitdinov R. R., Kryuchkov R. A., Kryuchkov A. K. Double gallbladder. Endoskopicheskaya khirurgiya. 2019; 25 (5): 45-48. (In Russ.)
2. Мнацаканова И. В., Нуднов Н. В. Клинический случай: удвоение желчного пузыря. Вестник Российского научного центра рентгенорадиологии Минздрава России. 2020; 3 (20): 141-147.
Mnatsakanova I. V., Nudnov N. V. Clinical case: gallbladder doubling. Vestnik Rossijskogo nauchnogo centra rentgenoradiologii Minzdrava Rossii. 2020; 3 (20): 141-147. (In Russ.)
3. Шарипов А. М., Шамсзода Х. А., Мазабшоев С. А., Умаров У. Л. Сложности диагностики удвоения желчного пузыря со стриктурой дистального отдела общего желчного протока. Вестник Авиценны. 2022; 24 (1): 140-146.
Sharipov A. M., Shamszoda Kh. A., Mazabshoev S. A., Umarov U. L. Difficulties of diagnostics of gallbladder doubling with stricture of distal part of common bile duct. Vestnik Avicenny. 2022; 24 (1): 140-146. (In Russ.)
4. Ультразвуковая диагностика в неонатологии. Под ред. Дворяковского И. В., Яцык Г. В. М: ГЕОТАР-медиа, 2009. 168 с.
Ultrasound diagnostics in neonatology. Edited by Dvoryakovskiy I. V., Yatsyk G. V. M: GEOTAR-media, 2009. 168 p. (In Russ.)
5. Di Meglio L., Toscano P., Saccone G., et al. Prenatal ultrasound diagnosis of duplication gallbladder: A multicenter study. Arch Gynecol Obstet. 2020; 302 (2): 377-382.
6. Perez A. R., Magcase M., Perez M. E. C. Gallbladder duplication complicated by cholecystitis and unsuspected choledocholithiasis: A case report and review of literature. Int J Surg Case Rep. 2021; 87: 106433.

7. Гарипов Р. М., Ибашев Д. И., Пунгина Н. С. Случай истинного «дуктулярного» удвоения желчного пузыря. Медицинский вестник Башкортостана. 2018; том 13, № 3 (75); 108-110.
Garipov R. M., Ibashev D. I., Pungina N. S. A case of true "ductular" gallbladder doubling. Meditsinskij vestnik Bashkortostana. 2018; vol. 13, no. 3 (75); 108-110. (In Russ.)
8. Косенко П. М., Поляруш В. П., Сунозова Г. Д. Случай истинного удвоения желчного пузыря. Дальневосточный медицинский журнал. 2017; 2: 99-101.
Kosenko P. M., Polarush V. P., Sunozova G. D. A case of true gallbladder doubling. Dalnevostochnyj meditsinskij zhurnal. 2017; 2: 99-101. (In Russ.)
9. Неонатология: национальное руководство: в двух томах. Под ред. Н. Н. Володина, Д. Н. Дегтярева. Т. 1. М.: ГЕОТАР-медиа, 2023. 752 с.
Neonatology: national guide: in two volumes. Edited by N. N. Volodin, D. N. Degtyarev. T. 1. Moscow: GEOTAR-media, 2023. 752 p. (In Russ.)
10. Киосов А. Ф. Питание доношенных детей с задержкой внутриутробного роста. Лечащий врач. 2019; 12: 49-52.
Kiosov A. F. Nutrition of preterm infants with intrauterine growth retardation. Lechaschi Vrach. 2019; 12: 49-52. (In Russ.)
11. Киосов А. Ф. Проблемы определения понятия задержки внутриутробного роста и диагностики этой патологии. Доктор.Ру. 2020; 19 (3): 6-11.
Kiosov A. F. Problems of defining the concept of intrauterine growth retardation and diagnostics of this pathology. Doctor.ru. 2020; 19 (3): 6-11. (In Russ.)
12. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice bulletin no. 134: fetal growth restriction. Obstet. Gynecol. 2013; 121 (5): 1122-33.13.

Сведения об авторах:

Киосов Андрей Федорович, к.м.н., заведующий отделением патологии новорожденных и недоношенных детей, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2»; 454010, Россия, Челябинск, ул. Гагарина, 18; доцент кафедры педиатрии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, 64; kiosow@mail.ru

Михайлова Светлана Александровна, д.м.н., главный врач, Государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Областная клиническая больница № 2»; 454010, Россия, Челябинск, ул. Гагарина, 18; профессор кафедры факультетской хирургии, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации; 454092, Россия, Челябинск, ул. Воровского, 64; samih@bk.ru

Information about the authors:

Andrey F. Kiosov, Cand. Of Sci. (Med.), Head of the Department of Pathology of Newborns and Premature Babies, State Budgetary Healthcare Institution Regional Clinical Hospital No. 2; 18 building Gagarin str., Chelyabinsk, 454010, Russia; Associate Professor of the Department of Pediatrics, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 64 Vorovsky str., Chelyabinsk, 454092, Russia; kiosow@mail.ru

Svetlana A. Mikhailova, Dr. Of Sci. (Med.), chief medical officer, State Budgetary Healthcare Institution Regional Clinical Hospital No. 2; 18 building Gagarin str., Chelyabinsk, 454010, Russia; Professor of the Department of the Theoretical Surgery, Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education South Ural State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 64 Vorovsky str., Chelyabinsk, 454092, Russia; samih@bk.ru

Поступила/Received 28.07.2024

Поступила после рецензирования/Revised 30.08.2024

Принята в печать/Accepted 02.09.2024