

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОБЪЕМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ ГРУДНОЙ ПОЛОСТИ У РЕБЕНКА 11 МЕСЯЦЕВ

Бочаров Р.В.^{1,2}, Погорелко В.Г.^{1,2}, Махинько О.В.², Коломыйцева М.А.^{1,2}

¹ Сибирский государственный медицинский университет, Томск, Россия;

² Больница скорой медицинской помощи № 2, Томск, Россия

Обоснование. У детей до 1 года новообразования в грудной полости имеют разную природу происхождения. Морфогенез опухолей в большинстве сопровождается неспецифичными клиническими проявлениями, трудностью диагностики, осложнениями.

Цель: проанализирован случай успешного лечения объемного образования грудной полости у ребенка 11 месяцев.

Описание наблюдения. Девочка заболела остро 29.03.2023: насморк, гипертермия до 38°C. Консервативная терапия. 02.04.2023 присоединился кашель, 07.04.2023 появление одышки и хрипов. 08.04.2023 обратились в ДГБ № 2, госпитализация. На рентгенографии органов грудной полости (ОГП): Пневмония (тотальная) слева? Ателектаз левого легкого? Гидропневмоторакс слева? Врожденная аномалия развития легких? Перевод в БСМП № 2.

Состояние тяжелое, обусловлено дыхательной недостаточностью, воспалительным процессом: RR 40–44/мин; SpO₂ 89–90 %; WBC × 10¹²/л. Механика дыхания: ограничение движений, участие вспомогательной мускулатуры. Аускультативно дыхание слева не выслушивается, справа жесткое, единичные сухие хрипы, выдох удлиннен. Перкуторный звук слева — притупление по всем полям, справа — легочной. Тоны сердца выслушиваются справа от грудины. Спиральная компьютерная томография (СКТ) ОГП с контрастированием: грудная клетка правильной формы, структурных изменений и деструкции костной ткани грудной клетки не выявлено. В левой половине грудной полости определяется объемное образование гигантских размеров, занимающее практически всю левую половину и оттесняющее средостение вправо. Размеры образования: 10,2×8,0×9,1 см. Структура разнородная: жировая ткань, костные включения, мягкотканые перегородки и жидкостной компонент (плотность жидкости от 5 до 30 ед. НУ), контуры четкие, неровные. Левое легкое оттеснено образованием кзади, промежуточный и верхнедолевой бронхи сдавлены, нижняя доля в состоянии гиповентиляции. Пневматизация правого легкого удовлетворительная, инфильтративных изменений нет. При контрастном усилении слабое повышение контрастности капсулы образования. Трахея с четкими ровными контурами, оттеснена вправо, не деформирована на всем протяжении. Плевра не утолщена, жидкости в плевральных полостях не выявлено. Структуры средостения дифференцированы, смещены вправо. Операция 10.04.2023: боковая торакотомия в V межреберье, вскрыта париетальная плевра, выпота нет, субтотально левую плевральную полость занимает опухолевидное образование в капсуле размерами 12×10×8 см, разнородной плотности. Новообразование пунктировано, удалено до 80 мл коричневой жидкости. Ножка опухоли исходит из передне-верхнего средостения. Полное удаление в капсуле. Левое легкое сформировано правильно, расправлено. Дренажное ушивание раны. Восстановление удовлетворительной дыхательной экскурсии грудной клетки на 7-е сутки. Заживление раны первичным натяжением. На 14-й день выписка из стационара. Гистология: инкапсулированная тератома средостения представлена зрелыми тканями эпидермальной, хрящевой, костной, миелоидной, лимфоидной, жировой, мышечной, нервной, эпителиальной и железистой дифференцировки.

Заключение. Дефект поликлиннического наблюдения ребенка до 1 года не позволил в ранние сроки диагностировать новообразование средостения. Прогрессивный рост опухоли создал угрозу жизни за счет нарастающих явлений воспалительного характера и компрессии дыхательных путей. СКТ четко детализировала топiku и структуру объемного образования в грудной полости. Большие размеры опухоли исключили удаление эндоскопическим путем.

Ключевые слова: дети; грудная полость; новообразование; торакотомия.