

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ РЕБЕНКА ГРУДНОГО ВОЗРАСТА С ДВУМЯ БРОНХОГЕННЫМИ КИСТАМИ СРЕДОСТЕНИЯ

Ти Р.А., Подкаменев А.В., Дворецкий В.С., Сырцова А.Р., Кузьминых С.В., Ти К.А.

Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет, Санкт-Петербург, Россия

Обоснование. Бронхогенные кисты — редкий порок развития трахеобронхиального дерева, возникающий в первом триместре внутриутробного развития в псевдожелезистую стадию развития легких. В мировой литературе мы не встретили упоминания о наличии двух бронхогенных кист разной локализации у одного ребенка. Единичные описательные случаи касаются взрослых пациентов и также редки. Недостаток информации может привести к постановке ошибочного диагноза и выбору неверной тактики лечения пациента.

Описание наблюдения. Мальчик 4 мес. и массой тела 5100 грамм, ПКВ 47 недель (недоношенность 31-я неделя, при рождении масса тела — 1550 грамм, ОГ — 28,0 см, ОГК — 26,0 см, длина — 39,0 см. Оценка по шкале Апгар — 4/7 баллов) поступил в отделение патологии новорожденных Перинатального центра СПбГПМУ с подозрением на кистозно-аденоматозную мальформацию левого легкого. Проведено обследование: МСКТ ОГК с контрастным усилением, МРТ ОГК — выявлены два кистозных образования заднего средостения: нижнего 3,5×3,0×3,0 см и верхнего 2,9×2,0×2,2 см. Учитывая онкологическую настороженность выполнен анализ суточной мочи на метаболиты катехоламинов, кровь на АФП и НСЕ — в пределах референсных значений. Радиоизотопное исследование с MIBG — накопления РФП не выявлены. Ребенок консультирован онкологом. Выполнено торакоскопическое удаление несообщающихся между собой образований в полном объеме. Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Патоморфологическое исследование удаленных образований выявило единую природу и соответствие бронхогенным кистам (выстланы многорядным призматическим эпителием и содержат в стенке гиалиновый хрящ). МСКТ и МРТ ОГК при контрольной госпитализации в возрасте 1 года показали отсутствие признаков рецидива.

Заключение. При выявлении кистозного образования средостения, в том числе множественной локализации, нужно учитывать вероятность наличия у пациента бронхогенных кист, что не исключает необходимости дифференциальной диагностики с рядом заболеваний: лимфангиома средостения, нейрогенная опухоль, тератома. Торакоскопический доступ, при должном уровне технической подготовки хирурга, является вариантом выбора при данной патологии.

Ключевые слова: бронхогенные кисты; двойная бронхогенная киста; порок развития легкого; образования средостения; дети.