

## РЕДКАЯ ПРИЧИНА ОСТРОГО АБДОМИНАЛЬНОГО СИНДРОМ

*Стальмахович В.Н.<sup>1</sup>, Кайгородова И.Н.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup> Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, Москва

<sup>2</sup> Иркутская государственная областная детская клиническая больница

**Актуальность.** Секвестрация легкого является редким пороком развития, который длительно не проявляется клинически и может быть случайной находкой при лучевых методах исследования или иметь яркий разнообразный симптомокомплекс при развитии осложнений.

**Цель:** представить редкий случай причины абдоминального болевого синдрома у ребенка.

**Материал и методы.** В нашем наблюдении некроз экстралобарный секвестрации легкого при ее локализации на диафрагме в области реберно-диафрагмального заднего синуса, привел к сильному болевому абдоминальному синдрому в верхней левой половине живота. Боли носили опоясывающий постоянный характер, усиливались при покашливании, не позволяли сделать глубокий вдох, не купировались нестероидными противовоспалительными препаратами. Девочка принимала вынужденное положение: поджав ноги к животу лежала на левом боку. При пальпации живот был мягкий, умеренно болезнен в левом подреберье, симптомы раздражения брюшины отсутствовали. Дополнительные методы исследования: ультразвуковое сканирование живота, рентгенограмма груди и живота патологии не выявила. При ультразвуковом исследовании левой плевральной полости отмечалось расхождение листков плевры в нижних отделах до 1 см. за счет жидкости и была выявлена очаговая инфильтрация на куполе диафрагмы размером 4×3×3 см. Мультиспиральная компьютерная томография подтвердила наличие патологического образования на диафрагме с отсутствием в нем кровотока. Была выполнена экстренная торакоскопия, позволившая окончательно установить диагноз: некроз экстралобарного секвестра. Причиной некроза явился перекрут неширокого «мостика», соединяющего «секвестр» с нижней долей левого легкого.

**Результаты и обсуждение.** Проведено эндоскопическое удаление некротизированного образования путем лигирования и коагуляции перекрученной «ножки», что привело к выздоровлению ребенка. Гистологическое исследование подтвердило клинический диагноз.

**Выводы и рекомендации.** в процессе дифференциальной диагностики «трудного диагноза» при выраженном абдоминальном болевом синдроме следует исключать патологию органов грудной клетки.