

УДК 616.27-006.2-003.4-06:616.25-003.219)-053.2

ЖУРИЛО И.П.<sup>1</sup>, ЛИТОВКА В.К.<sup>2</sup>, ЧЕРКУН А.В.<sup>2</sup>, КОЛОДЯЗНЫЙ Р.П.<sup>2</sup><sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, г. Донецк, Украина<sup>2</sup>Областная детская клиническая больница, г. Донецк, Украина

## КИСТОЗНАЯ ТЕРАТОМА СРЕДОСТЕНИЯ У РЕБЕНКА, ОСЛОЖНИВШАЯСЯ ПНЕВМОТОРАКСОМ

**Резюме.** Приведено описание случая кистозной тератомы заднего средостения у ребенка 1 года 3 месяцев, осложнившейся пневмотораксом. После оперативного вмешательства наступило выздоровление.

**Ключевые слова:** тератома, пневмоторакс, средостение, дети.

Тератома — опухоль, развивающаяся из полипотентных герминогенных клеток и состоящая из различных тканей, чужеродных органам или анатомическим областям, в которых она развивается [1, 2, 4]. Термин «тератома» происходит от греческого слова *teras* — чудо и терминологического элемента *-oma* — опухоль. Буквально он переводится как «чудесная (удивительная) опухоль». Установлено, что возникновение тератоидных опухолей является следствием нарушенного морфогенеза зародыша. Развивается она еще до рождения ребенка, а клинические проявления могут появиться в любом возрасте [1–4]. Различают зрелые тератомы и незрелые (тератобластомы). Более чем в 88 % случаев тератоидные опухоли встречаются в крестцово-копчиковой области, яичниках и забрюшинном пространстве, значительно реже — в области шеи, в яичках, средостении, легких, печени, почках [1, 4].

Доля тератоидных опухолей грудной полости, по нашим данным, не превышает 5–6 %, что совпадает с данными литературы [2, 3]. За последние 15 лет (1998–2012 гг.) в клинике детской хирургии им. проф. Н.Л. Куца лечилось 8 детей с тератоидными опухолями средостения. Большинство детей с этими опухолями наблюдались и лечились у педиатров в связи с подозрением на пневмонию, бронхит, тимомегалию и только после рентгенологического обследования направлялись к детскому хирургу с подозрением на опухоль легкого или средостения. В одном случае заболевание проявилось клиникой пневмоторакса. Приводим это наблюдение.

Ребенок С., 1 год 3 мес. (история болезни № 3941), поступил в реанимационное отделение ОДКБ 12.04.2013 около 15:30 с жалобами родителей на одышку, кашель, деформацию грудной клетки. Деформацию грудной клетки заметили неделю назад. Обратились к педиатру по месту жительства. Направлены на консультацию к кардиохирургу в ИНВХ им. В.К. Гусака. Проведена рентгенография органов грудной клетки. Диагностирован правосторонний пневмоторакс, ребенок направлен в ОДКБ (рис. 1).

Ребенок от I беременности. Родился с массой 4070,0 г путем кесарева сечения. С 3-месячного возраста находится на искусственном вскармливании. Рос и развивался в соответствии с возрастом.

Состояние ребенка при поступлении тяжелое. Умеренный цианоз губ и носогубного треугольника. В сознании, крик громкий. Грудная клетка деформирована. Правая половина выступает. Перкуторно слева — ясный легочный звук, справа — с коробочным оттенком. Границы средостения смещены влево. Аускультативно слева — пуэрильное дыхание, справа дыхание не прослушивается. Частота дыханий 58 в 1 минуту. Живот несколько вздут, мягкий, безболезненный. Был поставлен диагноз «спонтанный пневмоторакс справа (напряженный)». Ребенку произведена плевральная пункция, получен воздух под давлением. Произведена закры-

© Журило И.П., Литовка В.К., Черкун А.В., Колодязный Р.П., 2013

© «Украинский журнал хирургии», 2013

© Заславский А.Ю., 2013

тая торакотомия с установкой системы пассивной аспирации по Бюлау.

14.04.2013 произведена повторная рентгенография органов грудной клетки: сохраняется незначительный правосторонний пневмоторакс справа. На уровне VI–VII ребра справа — горизонтальные уровни жидкости. Правый купол диафрагмы четко не дифференцируется. Сердце и средостение смещены влево. Синусы справа нечеткие, слева — норма.

Также 14.04.2013 было произведено УЗИ грудной полости: справа по среднеключичной линии в плевральной полости небольшой количество воздуха. По переднеподмышечной линии визуализируется осумкованное полостное образование с мелкодисперсным содержимым. Ткань легкого четко не дифференцируется. В области средостения визуализируются неоднородные структуры, тканевые образования с мелкими кистозными включениями (можно расценить как коллабированное легкое). Кистозные образования с мелкодисперсной взвесью можно расценить как кистозную лимфангиому. Левое легкое воздушное, смещено влево.

Клинический и биохимический анализ крови без особенностей.

Учитывая отсутствие инфекционного начала заболевания, деформацию грудной клетки, клинические и рентгенологические признаки пневмоторакса справа, можно предположить врожденную аномалию развития легких — кистозную дисплазию. Ребенку показано оперативное лечение.

Ребенок был прооперирован 15.04.2013 (хирург — проф. И.П. Журило).

Правосторонняя переднебоковая торакотомия длиной до 12 см в VI межреберье. При ревизии установлено, что опухолеподобное образование представлено несколькими толстостенными кистами размерами от 2,5 до 6,0 см, заполненными геморрагическим содержимым, и занимает всю плевральную полость.

Самые крупные из кист вскрыты, их содержимое аспирировано. Образование уменьшилось в разме-

рах, и его удалось вывести в рану (рис. 2). При ревизии установлено, что образование исходит из заднего средостения и на отдельных участках интимно спаяно с легочной тканью и корнем легкого. Поэтапно кистозное образование отделено от правого легкого и его корня вплоть до основания, которое располагалось в заднем средостении, у купола диафрагмы. Основание опухоли пережато зажимом, прошито, лигировано и отсечено. Опухоль удалена. После удаления опухоли из медиастинальной грыжи полностью извлечено правое легкое и перемещено в правую плевральную полость. Все его доли развиты обычно, при гипервентиляции безвоздушных участков нет. Обнаружен и ушит дефект висцеральной плевры и паренхимы легкого на участке  $1,0 \times 0,5$  см. Дефект в костальной плевре частично восстановлен отдельными узловыми швами. Плевральная полость дренирована через отдельный разрез в VIII межреберье на уровне средней трети послеоперационной раны. К дренирующей трубке присоединено вакуумное устройство. Торакотомическая рана послойно ушита наглухо.

Послеоперационный период протекал гладко. Проводилась антибактериальная терапия, инфузионная терапия. Однократно перелита эритроцитарная масса. Рана зажила первичным натяжением, швы сняты.

Гистологическое заключение (№ 3269-3278): стенка многокамерной кисты представлена рыхлой волокнистой соединительной тканью с обилием полнокровных сосудов, кровоизлияниями, участками воспаления. На большом протяжении выстлана респираторным эпителием, местами цилиндрическим, кубическим и уплощенным эпителием. Встречается нервная, жировая и сосудистая ткань, участки некроза, фибриновые массы. Данная морфологическая картина может соответствовать кистозной тератоме.

24.04.2013 произведена обзорная рентгенография органов грудной клетки: правое легкое уменьшено в



**Рисунок 1.** Обзорная рентгенограмма, правосторонний пневмоторакс



**Рисунок 2.** Выделение тератомы из плевральной полости

об'єме, расправлено. В прикорневом и нижнемедиальном отделе неоднородная инфильтрация. Сердце несколько смещено влево. Средостение — норма. Положительная динамика.

В удовлетворительном состоянии ребенок выписан домой 24.04.2013 г. Осмотрен через 1 и 4 месяца. Жалоб родители не предъявляют. Растет, развивается в соответствии с возрастом.

Мы считаем, что у больных с нетипично протекающими гнойно-воспалительными заболеваниями легких и плевры необходимо шире использовать компьютерную и магнитно-резонансную томографию, что позволит в более ранние сроки подтвердить диагноз неопластического процесса или порока развития и выполнить оперативное лечение.

## Список литературы

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Г.М. Холдер. — СПб.: ООО «Раритет-М», 1999. — 400 с.
2. Опухоли и опухолеподобные образования у детей / В.Н. Грона, В.К. Литовка, И.П. Журило, К.В. Латышов. — Донецк: Норд Пресс, 2010. — 364 с.
3. Тератоидные опухоли у детей / В.К. Литовка, В.Н. Грона, И.П. Журило [и др.] // Украинський журнал хірургії. — 2008. — № 2 — С. 68-72.
4. Yang W.P. Clinicopathologic and prognostic study of pediatric immature teratoma / W.P. Yang, Y. Zou, Huang // Zhonhua Bing Li Xue Za Zhi. — 2007. — Vol. 36, № 10 — P. 666-671.

Получено 10.10.13 □

Журило І.П.<sup>1</sup>, Литовка В.К.<sup>2</sup>, Черкун О.В.<sup>2</sup>, Колодязний Р.П.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет

ім. М. Горького, м. Донецьк, Україна

<sup>2</sup>Обласна дитяча клінічна лікарня, м. Донецьк, Україна

Zhurylo I.P.<sup>1</sup>, Litovka V.K.<sup>2</sup>, Cherkun A.V.<sup>2</sup>, Kolodyazny R.P.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Donetsk National Medical University named after M. Gorky,

Donetsk, Ukraine

<sup>2</sup>Regional Children's Clinical Hospital, Donetsk, Ukraine

### КІСТОЗНА ТЕРАТОМА СЕРЕДОСТІННЯ В ДИТИНИ, ЩО УСКЛАДНИЛАСЯ ПНЕВМОТОРАКСОМ

**Резюме.** Наведений опис випадку кістозної тератоми середостіння, що ускладнилася пневмотораксом, у дитини 1 року 3 місяців. Після оперативного втручання настало одужання.

**Ключові слова:** тератома, пневмоторакс, середостіння, діти.

### MEDIASTINAL CYSTIC TERATOMA COMPLICATED BY PNEUMOTHORAX IN A CHILD

**Summary.** The article deals with the clinical case of cystic teratoma in the posterior mediastinum, complicated by pneumothorax, in a child aged 1 year 3 months. Surgical treatment led to the recovery.

**Key words:** teratoma, pneumothorax, mediastinum, children.