# БРОНХОГЕННЫЕ КИСТЫ ЛЕГКИХ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ

Исмаилова Д.Б., Испулаева С.Х., Ксетаева Г.К., Тажимбетова А.М., Исаева Э.Б., Ешмуратов Т.Ш., Жунисов Н.А.

Казахский национальный медицинский университет

Детская городская клиническая больница № 2, г. Алматы

Научный центр хирургии имени А.Н. Сызганова

Бронхогенные кисты в легких являются пороком развития одного из бронхов, формируются на ранних этапах эмбрионального развития. Представляют тонкостенные полостные образования, выстланные изнутри эпителием и содержащие слизистую жидкость или воздух. Они наблюдаются у 6,8 % детей с врожденной патологией легких (Коренев А.В. 2003г.)

Клинически бронхогенные кисты протекают бессимптомно выявляются случайно при рентгенологических исследованиях. Важным является раннее выявление бронхогенных кист, когда нет компрессионных изменений окружающей ткани и осложнений. Осложненное течение бронхогенной кисты констатируется в 61,6 % (Гудовский К.М. с соавт., 2001) и может проявляться вздутием ее или нагноением, с развитием пневмоторакса или пиоторакса. Описано развитие рака в бронхогенной кисте (Киллер Ю.М. с соавт, 1995г.).

Наиболее информативными методами диагностики являются рентгеногрофия и КТ органов грудной клетки.

Бронхогенные кисты удаляются хирургически с резекций или без резекции леточной ткани. Прогноз благоприятный.

Приводим случай из клинической практики.

Ребенок Саша О. 8 мес. доставлен во 2 ДГКБ г. Алматы 22/VIII 2011г. каретой скорой помощи с диагнозом острый бронхит. В сопроводительном листе отмечены: t -36,6, одышка и кашель.

Ребенок болен 4 день: субфебриальная температура, редкий непродуктивный кашель. Дома получал интерферон в свечах. Ухудшение состояния в день госпитализации: одышка с затруднением выдоха, усилился кашель, появилось резкое беспокойство ребенка.

Ребенок от 2 беременности, 1 родов. 1 беременность – «замершая». Маме 28 лет, отцу – 44 года, материальные условия удовлетворительные. Настоящая беременность протекала на фоне токсикоза в 1 триместре, угрозы прерывания беременности, хламидиоза и предлежания плаценты. Роды путем «кесарево сечения» при сроке 30-31 недель. Ребенок родился с весом 1850 г., рост 43 см., закричал сразу.

Первые 10 дней жизни ребенок находился в реанимационном отделении, где 4 дня проводилось ИВЛ, вводился куросурф эндотрахеально. Диагностирована внутриутробная пневмония, по поводу которой получал ванкоген и меронем. До 1 месяца жизни находился на II этапе выхаживания и выписан домой с весом 2200г.

Ребенок неоднократно переносил респираторную патологию: в 2 мес. – ОРВИ, 7 мес. – ЭВИ (герпангина).

В 7 месячном возрасте в плановом порядке лечился в неврологическом отделении с DS: перинатальная патология ЦНС гипоксически – ишемического генеза. Синдром двигательных нарушений: левосторонний гемипарез.

Состояние при поступлении тяжелое за счет ДН II. Ребенок паротрофик, вес 10 кг., кожа бледная, чистая, цианоз носо-губного треугольника. Гиперемия в зеве. Экспираторная одышка в покое, ЧД 52 в 1 мин, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания. Перкуторно над легкими коробочный звук, аускультативно – дыхание жесткое, сухие хрипы. Умеренное приглушение сердечных тонов, ЧСС – 130 в мин. Гепатоспленомегалии нет. Мочится достаточно, стул кашицей.

В ОАК эритроциты – 4,67х10 12/л, Нв 112г/л, ЦП – 0,7, лейкоциты – 10,75х 10 9/л, нейтрофилы – 33%, эозинофилы 4,0%, моноциты 8,0%, лимфоциты 55,0%, СОЭ 5мм/час. ОАМ, печеночная проба – без особенностей.

На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции признаки обструктивного бронхита: гиперпневмотизация леточной ткани, обогащение леточного сосудистого рисунка. Справа, на уровне передних концов II – IV ребер округлой формы участок повышенной прозрачности диаметром около 3,5 см, окаймленный тонкой стенкой.

КТ органов грудной клетки (рис1). Объем легких сохранен. В паренхиме S6 правого легкого определяется округлое кистозное образование размерами 3,7х3,2х3,9см.



Рисунок 1

Ребенок 05.09.2011г. переведен в НЦХ им. А.Н. Сызганова, где 09.09.2011г. была произведена операция торакотомия справа, кистэктомия из S6 правого легкого (без резекции леточной ткани). Послеоперационный период протекал без осложнений. Контрольная рентгенограмма от 14.09.2011г.: справа легкое расправлено, слева без особенностей. Результат гистологического исследования: бронхогенная киста легкого. 15.09.2011г. ребенок выписан домой с рекомендацией контрольного обследования через 3 месяца.

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

У ребенка 8 мес. диагностирована бронхогенная киста правого легкого, проведена кистоэктомия S6. Особенностью данного случая является то, что у ребенка с рождения были дыхательные расстройства и внутриутробная пневмония. Рентгенолочески легочная киста выявлена в 8 месяцев при 5 эпизоде респираторной патологии, который проявлялся бронхообструктивным синдромом и ДН II. Бронхообструктивный синдром вероятно, способствовал вздутию кисты и ее визуализации при рентгенографии грудной клетки и подтверждено при КТ органов грудной клетки. Имело место ранняя и случайная диагностика неосложненной бронхогенной кисты.

Данный случай подтверждает необходимость обязательного рентгенологического обследования детей с бронхолегочной патологией.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гудовский К.М., Платов И.И., Коренев А.В. «Клиническая диагностика и хирургическое лечение солитарных, воздушных кист легкого». Хирургия, 2011 №6, стр. 8-11.
2. Киллер Ю.М., Зайцев А.М. «Развитие рака в бронхиальной кисте» (2 наблюдения). Вопросы онкологии, 1995 № 1, стр. 21-93.
3. Коренев А.В. Солитарные бронхиальные кисты легких (клиника, диагностика, лечение) Авто реферат канд. дис. М, 2003.