

УДК 616.27-003.4-06-053.3-07-08-089

М.П. Разин, В.А. Скобелев, А.П. Глазырина, А.С. Ильина  
**РЕДКОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ЭНТЕРОКИСТЫ СРЕДОСТЕНИЯ В  
ГРУДНОМ ВОЗРАСТЕ**

M.P. Razin, V.A. Skobelev, A.P. Glazyrina, A.S. Ilyina  
**A RARE COMPLICATION ENTEROCISTIC OF MEDIASTINUM IN  
INFANCY**

Авторами представлен клинический случай редкого осложнения энтерокисты средостения у ребенка грудного возраста, проведен анализ диагностических ошибок, допущенных врачами на различных уровнях оказания медицинской помощи.

**Ключевые слова:** энтерокиста, диагностические ошибки.

The authors present a clinical case of a rare complication enterocysts of mediastinum in the infant, the analysis of diagnostic errors made by doctors at various levels of care.

**Key words:** enterocyst, diagnostic malpractice.

*Кировская Государственная Медицинская Академия*

### **Введение**

Опухоли и опухолевидные образования средостения у детей встречаются не так часто, они составляют около 3% всех объемных образований детской практики. Подавляющее их большинство (за исключением злокачественных лимфом) имеет дизонтогенетическое происхождение. Из них наиболее часто у детей, пожалуй, встречаются энтерокисты средостения (один из вариантов удвоения кишечной трубки). Энтерогенные кисты средостения обычно интимно прилежат к пищеводу и имеют одинаковый с ним тип кровоснабжения. От аорты или межреберных артерий к ним отходит большое количество мелких артериальных ветвей (что необходимо помнить при оперативном удалении кист). Кисты небольших размеров обычно клинически себя ничем не проявляют, при значительных размерах они могут являться причиной дисфагических расстройств. Возможно и осложненное течение энтерокист у детей, иногда они нагнаиваются или в их просвете возникает кровотечение из-за изъязвления слизистой. Причиной таких язв служат эктопированные очаги слизистой желудка в слизистую энтерогенной кисты, которые выделяют агрессивный желудочный сок, который и «переваривает» окружающую пищеводную слизистую. Мы предлагаем вашему вниманию собственное клиническое наблюдение злокачественного, нетипичного течения энтерокисты средостения у ребенка грудного возраста, примеров которому в мировой литературе мы не нашли.

*Больной И.*, история болезни № 1970, родился 03.06.2008 г., поступил в детскую хирургическую клинику Кировской ГМА 13.03.09 г. с предварительным диагнозом «Правосторонняя абсцедирующая пневмония, дыхательная недостаточность II степени. Анемия III степени, гипотрофия III

степени.

*Из анамнеза* известно, что ребенок от первой беременности, протекавшей на фоне анемии, роды физиологические в 40 недель, родился с весом 3390 г. До 5 месяцев рос и развивался с отставанием в физическом развитии. В возрасте 5 месяцев появился кашель, лечился с диагнозом «ОРВИ, бронхит» на дому 2 недели, в мокроте отмечались прожилки крови. Поступал в соматическое отделение ДОКБ с клиникой двусторонней пневмонии в тяжелом состоянии, обусловленным нарастающей дыхательной недостаточностью 06.08.08 г. В динамике отмечалось волнообразное течение заболевания, обилие мокроты с примесью крови. Проводилась неоднократная бронхоскопия, фиброгастроскопия, но источник кровотечения тогда так и не был выявлен. Рентгенологически выявлялся очаг поражения в правом легком. Осматривался фтизиатром, делалась проба Манту, выполнялся посев содержимого бронхов — данных, подтверждающих диагноз туберкулез, не было выявлено. В связи с положительной динамикой заболевания был выписан домой. В сентябре 2008 г. дважды лечился в ЦРБ с диагнозом «пневмония». 5.03.09. на приеме выявлено снижение веса до 5500. Направлялся в детское отделение ЦРБ по поводу гипотрофии и анемии, но мать от госпитализации отказывалась (семья неблагополучная). 11.03.09 поступил в ЦРБ в тяжелом состоянии, отмечалась выраженная бледность кожных покровов, дыхание кряхтящее, частота сердечных сокращений 128 уд/мин, частота дыхания 44 уд/мин. Нижний край печени — на 3 см ниже реберной дуги. В ОАК Нв — 61 г/л, Ег —  $1,5 \times 10^{12}/л$ . Проводилась интенсивная терапия, гемотрансфузия, ингаляции. Осмотрен на месте борт-реаниматологом детской областной клинической больницы и транспортирован в ДОКБ.

*Объективно при поступлении* 13.03.09 г.: состояние тяжелое. Вес при поступлении — 5212 г. Ребенок вялый, заторможенный. Кожные покровы чистые, бледные с сероватым колоритом. Отмечается частый влажный кашель с обильной мокротой и геморрагическими примесями. Подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. Тургор тканей снижен. Тоны сердца ритмичные, приглушены, ЧСС — 160 уд/мин. Дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, ЧД до 60 уд/мин. В легких жесткое дыхание, сухие хрипы с обеих сторон. Живот мягкий, безболезненный, перистальтика выслушивается. Печень + 3 см. Задержка стула. На рентгенограмме грудной клетки справа — выраженная инфильтрация (с абсцедированием?). Выполнено обследование: клинический минимум, биохимический анализ крови, рентгенография грудной клетки, УЗИ брюшной полости, ЭХО-КС, ЭКГ, бронхоскопия, посев крови. В плане лечения: антибиотикотерапия (ванкомицин + аминогликозиды), инфузионная терапия, гемостатическое, гемозаместительное, симптоматическое лечение, ингаляции с беродуалом. Биохимический анализ крови от 13.03.09: DBIL 7,6 ммоль/л, TBIL — 13,4 ммоль/л, протромбиновый индекс — 100 %, фибриноген — 8,0 г/л, глюкоза — 5,05 ммоль/л, глюкоза — 4,11 ммоль/л. Анализ крови на КОС от 13.03.09:

Na<sup>+</sup> 135,8 ммоль/л, K<sup>+</sup> 3,17 ммоль/л, iCa 1,178 ммоль/л, Osm 271 мОсм/кг. Рентгенография грудной клетки от 16.03.09: интенсивное неомогенное образование в правом легком с четкими границами, овоидной формы, в центре образования полициклическая воздушная полость. Окружающая легочная ткань практически не изменена. Органы средостения расположены обычно. Заключение: Порок развития правого легкого? Новообразование? Лимфогрануломатоз? ЭФГДС от 16.03.09: источник кровотечения не найден, выявлены гиперпластический бульбит, катаральный гастрит. ЭКГ от 16.03.09: синусовая тахикардия, ЧСС — 170 /мин, ЭОС-вертикально (+70), проводимость в норме.

*На фоне проводимого лечения* (с 16.03.09 на 17.03.09) развилось массивное легочное кровотечение с остановкой сердечной деятельности. Были проведены успешно реанимационные мероприятия. Сердечно-легочная деятельность была восстановлена. Консервативно кровотечение удалось остановить. 17.03.09 проведен консилиум, на котором высказано предположение о возможном наличии у ребенка опухоли правого легкого с распадом и кровотечением, показано оперативное лечение по жизненным показаниям. 18.03.09 г. ребенок был оперирован.

Через VI межреберье начата торакоскопия справа, которая не удалась из-за выраженного спаечного процесса. Конверсия. Торакотомия: в плевральной полости выраженный спаечный процесс. Пневмолиз. Выявлена образование длиной до 10 см, диаметром до 3 см в правом заднем средостении (кистозная форма удвоения кишечной трубки). В энтерокисте обнаружена пенетрирующая в нижнюю долю легкого язва, дефект в легком до 3 см в диаметре (ушит). В легком бронхиальные свищи и эрозированные сосуды. Энтерокиста, перекидываясь через позвоночный столб, «уходила» под левую ключицу. В грудной полости киста отделена от аорты, нижней полый вены, диафрагмы, удалена полностью, плевральная полость дренирована. При ревизии создается впечатление, что это большое опухолевидное образование частично располагается и в брюшной полости. Лапаротомия в правом подреберье. Выявлен незавершенный поворот кишечника: общая брыжейка кишечника, гиперфиксация двенадцатиперстной кишки. Двенадцатиперстная кишка мобилизована. Опухолевидных образований в брюшной полости не обнаружено, выполнена аппендэктомия. Брюшная полость ушита послойно наглухо, наложена асептическая повязка.

*После операции* состояние значительно улучшилось. Ребенок сначала находился в отделении реанимации, проводилась массивная интенсивная терапия: инфузионная, в т.ч. парентеральное питание, препараты гидроксипропилкрахмала, переливание СЗП и эритроцитарной массы; антибактериальная (ванкомицин, селемицин, меронем, метрогил); посиндромная терапия. Швы сняты 28.03.09., раны зажили первичным натяжением. Общий анализ крови от 26.03.09: Hb — 108 г/л, Eг — 4,09 x 10<sup>12</sup>/л, Tг — 758 x 10<sup>9</sup>/л, Leu — 22,6 x 10<sup>9</sup>/л (п-4, с-50, э-2, м-5, л-39). Общий

анализ мочи от 26.03.09. без патологии. Посев мокроты на флору и чувствительность к антибиотикам от 19.03.09: стафилококк + гемолитический стрептококк; высокочувствительны к амикацину, ванкомицину, гентамицину, цефазолину, цефтриаксону. Анализ крови на КОС от 27.03.09:  $\text{Na}^+$  130,3 ммоль/л,  $\text{K}^+$  3,01 ммоль/л,  $\text{iCa}$  0,414 ммоль/л,  $\text{Osm}$  260,9 мОсм/кг. Рентгенография грудной клетки от 23.03.09: правое оперированное легкое расправлено. Латеральный правый диафрагмальный синус укорочен за счет плевро-костальных расширений. Свободный воздух в проекции органов средостения и кардиодиафрагмальном углу умеренно. В прикорневом отделе справа – сгущение легочного рисунка. Гистологическое заключение № 258–61: энтерокиста с отеком стромы и очаговыми кровоизлияниями и с серозно-фибринозным перипроцессом.

Заключительный диагноз. Основной: ВПР: энтерокиста заднего средостения справа с пенетрирующей язвой в нижнюю долю правого легкого с легочным кровотечением. Осложнение основного заболевания: аспирационная пневмония. Постгеморрагическая анемия. Гипотрофия III степени (дефицит 38 %). Сопутствующий: незавершенный поворот кишечника (гиперфиксация ДПК, общая брыжейка).

Ребенок 30.03.2009 г. в удовлетворительном состоянии был выписан домой. Вес при выписке 5800 г. Питание удерживает, стул нормальный. При активном комплексном стационарном обследовании через 2 года после операции отклонений в физическом и нервно-психическом развитии у него не было выявлено.

### **Заключение**

У данного младенца мы столкнулись с таким осложнением течения энтерогенной кисты средостения, как изъязвление с пенетрацией в легкое и кровохарканьем с угрожающей жизни кровопотерей. Многочисленные ошибки в диагностике, допущенные на амбулаторно-поликлиническом и стационарном этапе специалистами педиатрического профиля, мы связываем с исключительной редкостью патологии и нетипичным течением заболевания у конкретного малыша.

### **Сведения об авторах:**

*Максим Петрович Разин* — доктор мед.наук, доцент, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России; 610050, г.Киров, ул.Менделеева, 16, ДОКБ, E-mail: [mprazin@yandex.ru](mailto:mprazin@yandex.ru); тел. (8332) 51-26-79, факс (8332) 64-07-34;

*Валентин Александрович Скобелев* — кандидат мед.наук, заведующий хирургическим отделением Кировской областной детской клинической больницы; 610050, г.Киров, ул.Менделеева, 16; ДОКБ.тел. (8332) 25-57-22, факс (8332) 25-18-33;

*Анна Павловна Глазырина* — студентка 5 курса педиатрического

факультета

*Анна Сергеевна Ильина* — студентка 5 курса педиатрического факультета.