



Дермоидная киста переднего средостения

С.В. Медведева¹, Т.В. Заболотских¹, Н.Б. Данилова²

¹ ФГБОУ ВО «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, г. Благовещенск

² ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»; Россия, г. Благовещенск

Цель статьи: актуализировать сведения о дермоидных кистах у детей, описать клинический случай этого редкого заболевания.

Основные положения. Киста дермоидная — дермоид-киста, содержащая волосы, волосяные фолликулы и сальные железы; обычно развивается в местах соединения развивающихся участков тела эмбриона. Кисты средостения составляют от 14% до 18,5% всей медиастинальной патологии. Особенности клинических проявлений кисты средостения обусловлены типом и расположением образования, его величиной и скоростью роста. При медиастинальных новообразованиях в диагностической практике широко используются ультразвуковое исследование средостения, компьютерная и магнитно-резонансная томография грудной клетки. При своевременной терапии прогноз благоприятный. В работе представлено собственное наблюдение, отражающее особенности течения дермоидной кисты у ребенка 9 лет.

Заключение. Дермоидные кисты у детей могут длительное время протекать бессимптомно и по мере взросления проявляться различными симптомами.

Ключевые слова: дермоидная киста, опухоли, средостение, дети.

Вклад авторов: Медведева С.В. — обследование пациентки, обзор публикаций по теме статьи; Заболотских Т.В. — проверка критически важного содержания, утверждение рукописи для публикации; Данилова Н.Б. — сбор клинического материала, обработка, анализ и интерпретация данных.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии возможных конфликтов интересов.

Для цитирования: Медведева С.В., Заболотских Т.В., Данилова Н.Б. Дермоидная киста переднего средостения. Доктор.Ру. 2019; 9(164): 34–36. DOI: 10.31550/1727-2378-2019-164-9-34-36



An Anterior Mediastinal Dermoid Cyst in a Pediatric Patient

S.V. Medvedeva¹, T.V. Zabolotskikh¹, N.B. Danilova²

¹ Amur State Medical Academy, Russian Ministry of Health; 95 Gorky St., Blagoveshchensk, Russian Federation 675006

² Amur Regional Children's Clinical Hospital; 108 Oktyabrskaya St., Blagoveshchensk, Russian Federation 675005

Objective of the Review: To review publications about the epidemiology of late preterm birth, specific clinical signs of diseases in late preterm infants, and approaches to the medical management of this group of premature newborns.

Key Points: According to the international literature, late preterm infants account for 70-80% of all preterm births, and this prevalence exhibits no significant tendency toward reduction. Late preterm infants have limited compensatory responses and are at higher risk of morbidity and mortality than full-term infants. Late preterm infants have a higher prevalence of respiratory disorders, temperature regulation problems, hypoglycemia, hyperbilirubinemia, infectious diseases, and feeding problems than full-term babies do.

Conclusion: An understanding of the specific clinical features of the adaptation process and the development of diseases in late preterm infants helps neonatologists and pediatricians plan approaches to the medical management and treatment of this population of babies.

Keywords: preterm infants, late preterm infants, gestational age, preterm delivery, late preterm delivery.

Contribution: Medvedeva, S.V. was responsible for examination of patient and review of relevant publications. Zabolotskikh, T.V. checked the critically important content and approved the final version of the manuscript submitted for publication. Danilova, N.B. was involved in the collection of clinical information and in data processing, analysis, and interpretation.

Conflict of interests: The authors declare that they do not have any conflict of interests.

For citation: Medvedeva S.V., Zabolotskikh T.V., Danilova N.B. An Anterior Mediastinal Dermoid Cyst in a Pediatric Patient. Doctor.Ru. 2019; 9(164): 34–36. (in Russian) DOI: 10.31550/1727-2378-2019-164-9-34-36

Киста дермоидная — дермоид-киста, содержащая волосы, волосяные фолликулы и сальные железы; обычно развивается в местах соединения развивающихся участков тела эмбриона. Иногда появление дермоидной кисты связано с травмой. Кисты средостения составляют от 14% до 18,5%

всей медиастинальной патологии. Дермоидные кисты (кистозные тератомы) содержат в своей структуре элементы эктодермы и возникают в процессе нарушения эмбриогенеза [1].

Дермоидные кисты обычно расположены в передне-верхнем отделе средостения. Величина этих кист может достигать

Данилова Наталья Борисовна — заведующая кардиологическим отделением ГАУЗ АО «Амурская ОДКБ», главный внештатный детский кардиолог. 675005, Россия, г. Благовещенск, ул. Октябрьская, д. 108. E-mail: dnb.blag@gmail.com

Заболотских Татьяна Владимировна — д. м. н., профессор, ректор, заведующая кафедрой детских болезней факультета последипломного образования ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России. 675006, Россия, г. Благовещенск, ул. Горького, д. 95. eLIBRARY.RU SPIN: 3872-6185. E-mail: amusma@amursma.ru

Медведева Светлана Викторовна — к. м. н., доцент кафедры детских болезней факультета последипломного образования ФГБОУ ВО «Амурская ГМА» Минздрава России. 675006, Россия, г. Благовещенск, ул. Горького, д. 95. E-mail: dekan.fpd@amursma.ru

15–25 см. Форма кистозных тератом обычно неправильная овальная; консистенция эластическая или мягкая. Стенки кисты могут содержать хрящевые и известковые включения. Внутри кисты заключена густая кашицеобразная жирная масса со множеством различных включений (волос, чешуек эпидермиса, кристаллов холестерина, аморфных жиров, зубов) [1].

Особенности клинических проявлений кисты средостения обусловлены типом и расположением образования, его величиной и скоростью роста. В большинстве случаев симптоматика развивается на том этапе, когда увеличение кисты средостения вызывает компрессию других органов и неизбежное нарушение их функций. Более чем в половине случаев дермоидная киста средостения сопровождается различными сердечно-сосудистыми нарушениями: приступами стенокардии, болью в области сердца, тахикардией [2].

У 30% больных признаком дермоидной кисты средостения служит появление продуктивного кашля с выделением кашицеобразной массы, содержащей примесь волос и жира, что наблюдается при прорыве кисты в бронх. У некоторых пациентов отмечается выпячивание грудной стенки в проекции расположения опухоли.

Ведущую роль в диагностике кист средостения играют рентгенологические исследования. Полипозиционная рентгеноскопия и рентгенография грудной клетки, рентгенография пищевода и сердца, пневмомедиастинография позволяют определить локализацию, форму и размеры кисты, ее связь с соседними органами, изменение положения при дыхательных движениях [3].

Для более детальной оценки структуры, толщины стенок кисты, характера содержимого и взаимоотношения с соседними анатомическими образованиями делают КТ и МРТ средостения.

При кистах средостения, тесно связанных с трахеей или бронхами, выполняют бронхоскопию и бронхографию. При медиастинальных новообразованиях в диагностической практике широко используется УЗИ средостения.

Если названные методы диагностики не позволяют определиться с нозологией образования, целесообразен переход к инвазивным диагностическим исследованиям. Аспирационная тонкоигольная биопсия кисты средостения дает возможность осуществить цитологическое исследование полученного пунктата и верифицировать морфологию образования в 80–90% случаев. Тонкоигольная биопсия может выполняться чрескожным, чрезтрахеальным, чрезбронхиальным, чреспищеводным доступом. С целью визуализации и открытой эксцизионной биопсии опухоли средостения возможно производить медиастиноскопию, диагностическую торакоскопию, парастернальную медиастинотомию [3].

Лечебная тактика в отношении кист средостения сводится к их хирургическому удалению в возможно ранние сроки. Такой подход является профилактикой развития компрессионного синдрома, разрыва и малигнизации кист средостения. Открытое удаление кисты средостения может проводиться путем продольной стернотомии (при расположении кисты в переднем средостении), с помощью передне-боковой торакотомии на стороне поражения (при боковом расположении образования), боковой торакотомии (при локализации опухоли в среднем средостении), задне-боковой торакотомии (при расположении кисты в заднем средостении).

Открытые операции обеспечивают возможность наибольшей свободы действий и полноценной интраоперационной

ревизии раны. Хирургическое лечение успешно применяется не только для диагностики, но и для удаления медиастинальных образований.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Девочка Т., 9 лет, поступила в кардиологическое отделение Амурской областной детской клинической больницы с жалобами на деформацию грудной клетки, редкий кашель.

Анамнез заболевания: ребенок только что перенес острый бронхит, получал амбулаторное лечение (антибактериальные препараты, муколитики). При повторном осмотре педиатром выслушан шум в области сердца. Проведены ЭхоКГ и рентген грудной клетки. Девочка осмотрена кардиологом и с диагнозом инфекционного миокардита направлена на стационарное лечение в Амурскую областную детскую клиническую больницу.

Анамнез жизни: ребенок от второй беременности, протекавшей без особенностей. Роды вторые, в срок. На грудном вскармливании находилась до 6 месяцев. Масса при рождении — 3200 г. Оценка по шкале Апгар — 7/8 баллов. Привита по календарю. Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ, однократно острый бронхит.

Семейный и аллергологический анамнез не отягощен. Травм и операций не было. Переливание плазмы и кровезаменителей не проводилось. Наследственность по основному заболеванию не отягощена.

При осмотре общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Ребенок активный. Аппетит сохранен. Рост — 125 см, масса тела — 23 кг, температура — 36,6 °С. Кожные покровы бледно-розовые, влажные, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные.

Осанка неправильная. Асимметрия надплечий. Ось позвоночника не отклонена. Своды стоп уплощены. Суставы визуально не изменены. Движения в суставах в полном объеме.

Носовое дыхание свободное. Зев розовый. Грудная клетка деформирована — леволежащий сердечный горб. Грудная клетка равномерно участвует в акте дыхания. Перкуторно звук легочный. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Частота дыхательных движений — 19 в мин.

Верхушечный толчок пальпируется в 5 м/р на 1 см кнаружи от средне-ключичной линии, средней силы и высоты, локализованный, не изменен. Тоны сердца громкие, ритмичные. Соотношение тонов сохранено. Шум систолический, грубый, выслушивается максимально во 2–3 м/р слева от грудины. ЧСС — 84 в мин.

Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный до 1 раза в сутки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Мочеиспускание безболезненное, нормальное.

Лабораторные исследования: клинический и биохимический анализы крови без патологии, система гемостаза крови без патологии. В анализах мочи изменения не обнаружены.

ЭКГ — синусовая аритмия с ЧСС 94 уд/мин (нормокардия). Диффузные изменения миокарда. УЗИ внутренних органов и почек без патологии. Рентгенография грудной клетки показала увеличение размеров сердца (рис. 1).

ЭхоКГ — сердце смещено вправо образованием грудной клетки. Перегородки прослеживаются. Ускорение кровотока в легочной артерии, возможно, за счет сдавления извне. Выпот в полости перикарда, возможно, реактивный. Камеры

Рис. 1. Рентгенограмма грудной клетки девочки Т., 9 лет. Иллюстрация В.Г. Молчанова, врача-рентгенолога ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»



сердца не увеличены. Сократительная способность левого желудочка в норме.

Заключение УЗИ: образование грудной клетки, исходящее из средостения? Левого легкого?

Проводилась дифференциальная диагностика с различными заболеваниями: новообразованиями средостения, легких и сердца, кистами легкого и перикарда, аневризмой аорты. Необходимо было также определить происхождение данной кисты, т. к. принято выделять истинные, или первичные, кисты средостения; кисты, образованные из органов и лимфатических сосудов; паразитарные (чаще всего эхинококковые) и, наконец, кисты, образованные из пограничных областей (например, менингеальные, т. е. из оболочек спинного мозга, и др.). После КТ диагноз был установлен, разрабатывалась тактика лечения.

КТ органов грудной клетки — картина кистозного образования средостения слева. Небольшой объем жидкости в плевральной полости слева и в перикарде (рис. 2).

Проведен консилиум, и поставлен диагноз: *Доброкачественное новообразование средостения*. Ребенок госпитализирован в хирургическое отделение Амурской областной детской клинической больницы, где проведена операция по удалению кисты.

Диагноз после операции: *Дермоидная киста переднего средостения*.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Овнатанян К.Т., Кравец В.М. Опухоли и кисты средостения (включая патологию вилочковой железы). Киев: Здоровье; 1971. 219 с. [Ovnatanyan K.T., Kravets V.M. Opuhohli i kisty sredosteniya (vkluchaya patologiyu vilochkovoi zhelezy). Kiev: Zdorov'e; 1971. 219 s. (in Russian)]
2. Борисова Т.Н., Бредер В.В., Горбунова В.А., Лактионов К.К., Михина З.П., Реутова Е.В., Полоцкий Б.Е. и др. Клинические рекомендации по диагностике и лечению больных опухолями средостения и вилочковой железы. М.; 2014. 63 с. [Borisova T.N.,

Рис. 2. Компьютерная томограмма грудной клетки девочки Т., 9 лет. Иллюстрация М.Ю. Петрова, заведующего отделением, врача-рентгенолога ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»

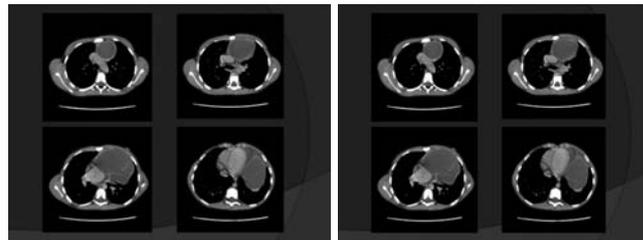


Рис. 3. Удаленная дермоидная киста у девочки Т., 9 лет. Иллюстрация Е.А. Степаненко, врача-хирурга ГАУЗ АО «Амурская областная детская клиническая больница»



Описание препарата: новообразование с кистозно-солидным компонентом, жидкость темно-коричневого цвета и солидный компонент, представленный капсулой опухоли и жировой тканью (рис. 3).

Состояние девочки после операции — удовлетворительное. На 15-е сутки ее выписали домой с рекомендациями по наблюдению у педиатра.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай демонстрирует, что дермоидные кисты у детей могут длительное время протекать бессимптомно и по мере взросления ребенка проявляются различными симптомами.

Breder V.V., Gorbunova V.A., Laktionov K.K., Mikhina Z.P., Reutova E.V., Polotskii B.E. i dr. Klinicheskie rekomendatsii po diagnostike i lecheniyu bol'nykh opukholyami sredosteniya i vilochkovoi zhelezy. M.; 2014. 63 s. (in Russian)]

3. Розенштраух Л.С., Виннер М.Г. Дифференциальная рентгенодиагностика заболеваний органов дыхания и средостения. Руководство для врачей. Т. 2. М.: Медицина; 1991. 384 с. [Rozenshtraukh L.S., Vinner M.G. Differentsial'naya rentgenodiagnostika zabolevanii organov dykhaniya i sredosteniya. Rukovodstvo dlya vrachei. T. 2. M.: Meditsina; 1991. 384 s. (in Russian)]