

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps737>

Грудобрюшная локализация тератодермоидной опухоли у ребёнка

В.И. Бессарабов

Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград, Россия

АННОТАЦИЯ

Обоснование. Доброкачественная тератодермоидная опухоль грудобрюшной локализации — редкое состояние, при котором одна половина образования расположена в плевральной полости и окутана висцеральной плеврой нижней доли правого лёгкого, а другая — в правой доле печени. Половины соединяются через врождённое отверстие в диафрагме. Частота встречаемости тератодермоидных опухолей грудобрюшной локализации неизвестна. В доступной литературе подобных публикаций не найдено.

Описание клинического случая. В данной статье описывается случай лечения ребёнка с доброкачественной тератодермоидной опухолью грудобрюшной локализации, обнаруженной при рентгенологическом исследовании органов грудной клетки во время респираторного заболевания. Считается, что для лечения данной опухоли единственным эффективным методом является хирургическое вмешательство. Во время операции было обнаружено, что опухоль имеет гантелевидную форму — верхняя часть располагалась в грудной полости, а симметричная нижняя часть — в правой доле печени и соединялась с верхней частью через врождённое отверстие в диафрагме. Несмотря на необычную локализацию проведена энуклеация всей опухоли.

Заключение. Данный клинический случай демонстрирует единственный описанный вариант полного хирургического извлечения опухоли редкой грудобрюшной локализации.

Ключевые слова: дети; тератодермоидная опухоль; доброкачественная; грудобрюшная локализация.

Как цитировать:

Бессарабов В.И. Грудобрюшная локализация тератодермоидной опухоли у ребёнка // Детская хирургия. 2024. Т. 28. № 2. С. 245–248.

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps737>

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps737>

Thoracoabdominal localization of a teratodermoid tumor in a child

Viktor I. Bessarabov

Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

ABSTRACT

BACKGROUND: A benign teratodermoid tumor of thoracoabdominal localization is a rare condition in which one half of the formation is located in the pleural cavity, and covered with the visceral pleura of the right lung lower lobe and the other half is located in the right liver lobe. The incidence of teratodermoid tumors of the thoracic-abdominal location is unknown; no such publications are found in the literature.

CLINICAL CASE DESCRIPTION: This article describes a clinical case of a child with a benign teratodermoid tumor of thoracoabdominal localization, which was detected during X-ray examination of the chest organs because of respiratory disease. It is believed that surgical intervention is the only effective treatment for this pathology. During surgery, it was found out that the tumor had a dumbbell shape; its upper part was located in the chest cavity, and the symmetrical lower part—via a congenital hole in the diaphragm—was located in the right liver lobe. Despite of such unusual location, all tumor was enucleated.

CONCLUSION: This clinical case demonstrates the only described complete surgical removal of the tumor with rare thoracoabdominal location.

Keywords: children; teratodermoid tumor; benign; thoraco-abdominal localization.

To cite this article:

Bessarabov VI. Thoracoabdominal localization of a teratodermoid tumor in a child. *Russian Journal of Pediatric Surgery*. 2024;28(2):245–248.

DOI: <https://doi.org/10.17816/ps737>

ОБОСНОВАНИЕ

В Клинике детской хирургии Больницы № 7 Волгоградского государственного медицинского института, за период с 1971 по 2013 г. было единственное наблюдение тератодермоидной опухоли грудобрюшной локализации.

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Больной К., 2-х лет, поступил 07.07.1971 с диагнозом «объёмное образование в нижней доле правого лёгкого». Мальчик родился в срок, рос и развивался нормально. Профилактические прививки выполнены в соответствии с возрастом. Третьи раз болел острыми респираторными вирусными инфекциями. Объёмное образование в грудной полости обнаружено случайно по результатам рентгенографии [1]. Сразу же ребёнок был направлен в клинику детской хирургии.

Результаты физикального, лабораторного и инструментального исследования

Состояние ребёнка при поступлении удовлетворительное, пациент жалоб не предъявлял. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Над лёгкими выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет, перкуторный звук легочный. Частота дыхательных движений 26 в мин. Тоны сердца чистые, ясные. Пульс 94 в мин., удовлетворительных качеств. Артериальное давление 97/60 мм рт. ст. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Физиологические отправления в норме. Клинические анализы крови и мочи без особенностей. Реакция Касони слабоположительная.

Рентгенография органов грудной клетки. Справа в области нижней доли на фоне неизменной легочной ткани имеется объёмное образование округлой формы с ровной, гладкой поверхностью диаметром около 6 см; нижней полуокружностью образование касается купола диафрагмы [2]. Других изменений не обнаружено (рис. 1).

Диагноз

На основании клинико-рентгенологических данных поставлен диагноз «эхинококковая(?) киста нижней доли правого лёгкого».

Лечение

Ребёнок прооперирован 11.07.1971 — выполнена правосторонняя переднебоковая торакотомия в VI межреберье. При ревизии над диафрагмой обнаружено объёмное образование размерами 6,5×5,0 см, рыхло окутанное нижней поверхностью лёгкого; местами висцеральная плевро нижней доли спаяна с капсулой образования. Спайки устранены, а нижняя доля слегка приподнята вверх. На этом этапе стало ясно, что образование не имеет отношения к лёгкому, но остаётся значительно ограниченным

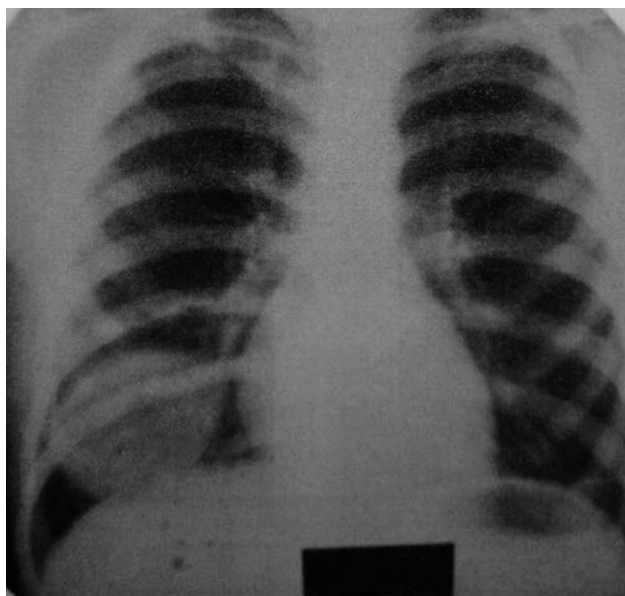


Рис. 1. Рентгенограмма органов грудной клетки: опухоль видна как шаровидное образование над диафрагмой справа.

Fig. 1. X-ray of the chest organs: the tumor is visible as a spherical formation above the diaphragm on the right.

в подвижности и его невозможно отделить от диафрагмы. При дальнейшей ревизии выяснилось, что от нижнего полюса образования отходит мощный, плотный тяж диаметром около 4 см, но очень короткий. Тяж «уходит» в брюшную полость через врожденное отверстие в зоне купола диафрагмы и тут же переходит в другое объёмное образование, то есть другой узел, который располагается в правой доле печени. На этом этапе операции стало ясно, что мы имеем дело с пороком развития — гантелевидная форма опухоли удивительно редкой грудобрюшной локализации. К тому же важно, что половина опухоли располагалась не просто в брюшной полости, а внутрипечёночно — в правой доле печени [3].

Отверстие в диафрагме, диаметр которого составлял 4 см, расширено вправо и влево до 8 см. После этого осторожно, методично удалось произвести энуклеацию второй половины опухоли из печени без малейшего кровотечения. После удаления внутрипечёночной части опухоли выяснилось, что паренхима печени по всему периметру отделялась от опухоли тончайшей пленочной оболочкой белесоватого цвета. Внутрипечёночная полость значительно уменьшилась в размерах, поэтому не было необходимости её тампонировать. Сам процесс энуклеации второго узла из печени проходил без малейших технических затруднений. Более того, по ходу операции создавалось впечатление, что узел чем-то подталкивается, поэтому на тракцию этого узла из печени мы практически не затратили никаких усилий. Капсула печени была ушита с оставлением микроирригатора (отделяемого не было), затем восстановлена диафрагма и послойно ушита плевральная полость.

Макропрепарат. Удаленная опухоль имела форму гантели с примерно одинаковыми размерами обеих половин

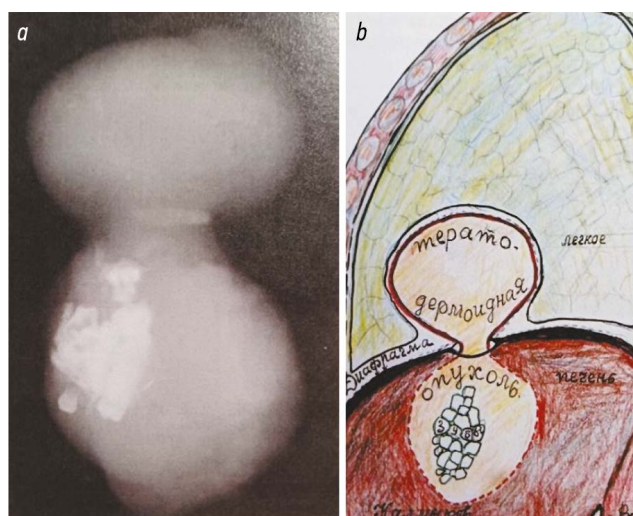


Рис. 2. Тератодермоидная опухоль: *a* — рентгенограмма опухоли (в нижней половине видны зубы); *b* — рисунок расположения опухоли (автор Калмыков, г. Воронеж).

Fig. 2. Teratodermoid tumor: *a* — tumor X-ray picture (teeth are visible in the lower half); *b* — a drawing of the location of the tumor (author Kalmykov, Voronezh).

(6,0×6,5×5,5 см), плотную толстостенную капсулу с ровной гладкой поверхностью. На разрезе опухоль солидно-кистозного строения, серовато-розового цвета (рис. 2). В узле, который располагался внутрипечёночно, обнаружен 21 зуб (все они одинаковые, белоснежные, размерами около 0,5×0,5 см).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Неймарк М.И. Диагностика тератодермоидных образований средостения // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 1980. Т. 124, № 2. С. 14–19.
2. Сарыева О.П., Золотухина А.О., Проценко Е.В., Шарыгин С.А. Врожденные незрелые тератомы. Описание двух наблюдений // Архив патологии. 2021. Т. 83, № 2. С. 37–33. EDN: VGAIMP doi: 10.17116/patol20218302133

REFERENCES

1. Neimark MI. Diagnosis of teratodermoid masses of the mediastinum. *Bulletin Surg I.I. Grekov*. 1980;124(2):14–19. (In Russ).
2. Saryeva OP, Zolotukhina AO, Protsenko EV, Sharygin SA. Congenital immature teratomas. Two case reports. *Arch Pathology*. 2021;83(2):37–33. EDN: VGAIMP doi: 10.17116/patol20218302133

ОБ АВТОРЕ

Бессарабов Виктор Иванович, канд. мед. наук;
адрес: Россия, 400066, Волгоград, пл. Павших борцов, д. 1;
e-mail: yura.bessarabov.96@mail.ru

Исход и результаты последующего наблюдения

Ребёнок выписан домой 25.07.1971 в удовлетворительном состоянии. При изучении обзорных рентгенограмм после операции никаких признаков внутрибрюшинного (внутрипечёночного) расположения второго узла тератодермоидной опухоли обнаружить не удалось, несмотря на наличие зубов в этой половине «гантели».

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Топография врождённой тератодермоидной опухоли у ребёнка в нашем редком клиническом наблюдении имеет большой интерес для широкого круга врачей, особенно для хирургов, поэтому мы решили его опубликовать. Подобного в доступной литературе мы не нашли.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Источник финансирования. Статья публикуется без спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов.

ADDITIONAL INFORMATION

Funding source. The publication had no sponsorship.

Competing interests. The authors claim that there is no conflict of interest in the article.

3. Борисов А.Е., Кубачев К.Г., Кукушкин А.В., и др. Диафрагмальные грыжи. Диагностика и хирургическое лечение // Вестник хирургии им. И.И. Грекова. 2012. Т. 171, № 6. С. 38–42. EDN: PFPOIH

3. Borisov AE, Kubachev KG, Kukushkin AV, et al. Diaphragmatic hernias. Diagnosis and surgical treatment. *Bulletin Surg I.I. Grekov*. 2012;171(6):38–42. EDN: PFPOIH

AUTHOR'S INFO

Viktor I. Bessarabov, MD, Cand. Sci. (Medicine);
address: 1 Pavshikh Bortsov square, 400066 Volgograd, Russia;
e-mail: yura.bessarabov.96@mail.ru