

DOI: 10.24835/1607-0771-2019-3-57-64

Бронхогенная киста желудка у ребенка четырех лет: клиническое наблюдение

А.А. Юсуфов^{1,2}, Г.Н. Румянцева², Ю.Ф. Бревдо¹, С.В. Трухачев¹,
В.В. Светлов¹, Ю.Г. Портенко¹, А.А. Иванов¹

¹ ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”, г. Тверь

² ФГБОУ ВО “Тверской государственный медицинский университет”
Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь

В статье приведен краткий обзор литературы по бронхогенным кистам желудка. Изучение литературы показало редкость данной патологии. В мировой литературе описаны 39 случаев бронхогенной кисты желудка, из них один в детской практике. Представлено клиническое наблюдение бронхогенной кисты желудка у четырехлетнего мальчика, поступившего в стационар с жалобами на дисфагию с предварительным диагнозом: объемное образование брюшинного пространства. После ультразвукового исследования с доплерографией заподозрены объемное образование поддиафрагмального пространства, аномалия развития желудка или пищевода. Выполнена компьютерная томография с внутривенным контрастированием, ко-

торая подтвердила принадлежность образования к желудку и кистозный его характер. Киста была удалена путем лапароскопии.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, компьютерная томография, бронхогенная киста желудка, поддиафрагмальная киста.

Цитирование: Юсуфов А.А., Румянцева Г.Н., Бревдо Ю.Ф., Трухачев С.В., Светлов В.В., Портенко Ю.Г., Иванов А.А. Бронхогенная киста желудка у ребенка четырех лет: клиническое наблюдение // Ультразвуковая и функциональная диагностика. 2019. № 3. С. 57–64.
DOI: 10.24835/1607-0771-2019-3-57-64

А.А. Юсуфов – д.м.н., доцент, заведующий отделением лучевой диагностики ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”; доцент кафедры лучевой диагностики ФГБОУ ВО “Тверской государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь. Г.Н. Румянцева – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой детской хирургии ФГБОУ ВО “Тверской государственный медицинский университет” Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Тверь. Ю.Ф. Бревдо – заведующий отделением плановой хирургии ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”, г. Тверь. С.В. Трухачев – к.м.н., хирург отделения плановой хирургии ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”, г. Тверь. В.В. Светлов – к.м.н., хирург отделения плановой хирургии ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”, г. Тверь. Ю.Г. Портенко – к.м.н., заместитель главного врача по хирургии ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”, г. Тверь. А.А. Иванов – к.м.н., заведующий патологоанатомическим отделением ГБУЗ “Детская областная клиническая больница”, г. Тверь.

Контактная информация: 170001 г. Тверь, наб. Степана Разина, д. 23, ГБУЗ ДОКБ, отделение лучевой диагностики. Юсуфов Акиф Арифович. Тел.: +7 (960) 711-91-61. E-mail: usufov@yandex.ru

Бронхогенная киста – врожденная аномалия формирования легочного зачатка из вентрального отдела первичной кишки на 3–7-й неделе эмбрионального развития [1–3]. Как правило, бронхогенные кисты тонкостенные, выстланы цилиндрическим или кубовидным реснитчатым эпителием, в стенке могут присутствовать гладкомышечные волокна и хрящ, просвет заполнен густым содержимым. Не имеют прямого сообщения с трахеей или бронхиальным деревом. Чаще всего бронхогенные кисты расположены в средостении, перикардальных областях, а также паренхиме легкого [1–3]. Впервые о бронхогенной кисте сообщил в 1859 г. Н. Meyer. В 1948 г. Н.С. Maier на основании накопленного опыта выделил следующие формы бронхогенных кист: 1) паратрахеальная, 2) бифуркационная, 3) корневая, 4) околопищеводная, 5) смешанная или отшнуровавшаяся киста [2]. Смешанная форма бронхогенных кист встречается редко, локализация зависит от эмбриональной стадии развития, на которой произошла миграция зачатка дыхательного дерева. Отшнуровавшаяся киста может локализоваться в брюшной полости, забрюшинном пространстве, диафрагме, подкожной клетчатке и коже [1–5]. В брюшной полости бронхогенные кисты встречаются крайне редко, чаще локализуются в брыжейке тонкого кишечника и желудочно-печеночной связке [6, 7]. Еще более редкой является локализация бронхогенных кист в стенке желудка [3, 8–11]. Первое описание такого случая сделали S.B. Dewing et al. в 1956 г. [11]. Изучение доступной литературы показало, что на сегодняшний день зарегистрированы 39 случаев бронхогенных кист желудка, из них только в одном случае патология выявлена в детской практике (девочка 17 лет) [3, 8, 9]. В русскоязычной литературе нами не выявлено ни одного случая описания бронхогенных кист желудка.

По данным литературы, бронхогенные кисты желудка в три раза чаще встречаются у женщин, медиана возраста которых 43 года [3, 8, 9]. Примерно в половине случаев данная патология была бессимптомна: бронхогенная киста в стенке желудка выявлена случайно при инструментальном исследовании другой патологии органов брюшной полости. У остальных 50% паци-

ентов отмечен болевой синдром в эпигастральной области, что было связано с большим размером или вторичным инфицированием и перфорацией бронхогенной кисты [3].

Представляем собственное наблюдение бронхогенной кисты желудка у ребенка.

Клиническое наблюдение

Мальчик И., 4 лет, поступил в ГБУЗ “Детская областная клиническая больница” г. Твери 5 марта 2018 г. с направляющим диагнозом: объемное образование забрюшинного пространства. Из анамнеза известно, что с января 2018 г. ребенка беспокоят периодические боли в животе, эпизодически рвота и подъем температуры тела до субфебрильных цифр. В январе 2018 г. наблюдался инфекционистом по месту жительства из-за повышения цифр билирубина, однако анализы на гепатиты отрицательные. По данным ультразвукового исследования от 14 февраля 2018 г. выявлено объемное образование левой доли печени. 21 февраля 2018 г. в амбулаторных условиях проведена компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости без контрастного усиления. Заключение: КТ-картина объемного образования поддиафрагмального забрюшинного пространства: лимфатический узел? стромальная опухоль? В связи с этим ребенок был госпитализирован в хирургическое отделение стационара для дообследования и лечения.

При поступлении в стационар состояние удовлетворительное. Ребенок активен. Appetit сохранен, кашля нет. Температура тела – 36,6 °С. Кожные покровы чистые. Частота дыхания – 26/мин. В легких дыхание проводится во все отделы, хрипов нет. Частота сердечных сокращений – 100 уд/мин. Тоны сердца ритмичные. Живот не вздут, симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный. Стул ежедневно, оформлен. Диурез не нарушен.

В условиях стационара 6 марта 2018 г. выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости (Aplio 500 (Canon, Япония), конвексный датчик частотой 3,5–5,0 МГц): кпереди от абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка определяется гипоехогенное округлое образование с тонкой капсулой, размерами 30,1 × 18,3 × 24,0 мм (рис. 1). При цветовом и энергетическом доплеровском картировании в образовании сосудистый рисунок не регистрируется (рис. 2). Образование интимно прилежит к пищеводу



Рис. 1. Бронхогенная киста пищевода-желудочного перехода. В В-режиме представлена гипозоногенным образованием с тонкой капсулой (отмечено маркерами).



Рис. 2. Бронхогенная киста пищевода-желудочного перехода (стрелка). При энергетическом доплеровском картировании кровотока не регистрируется.

и кардиальному отделу желудка (возможно, исходит из стенки) (рис. 3). Стенка желудка дифференцирована четко, не утолщена (3,5 мм). Пищеводное отверстие диафрагмы – 8,1 мм (не расширено). Патологии со стороны паренхиматозных органов брюшной полости и забрюшинного пространства не выявлено. Определяется единственный чревной лимфатический узел (10,6 мм). На основании полученных эхографических данных сделано заключение: ультразвуковая картина объемного образования поддиафрагмального пространства (аномалия развития желудка, пищевода, нейрогенная или лимфогенная опухоль).

Под общим обезболиванием 7 марта 2018 г. выполнено эндоскопическое исследование желудка и двенадцатиперстной кишки (GIF-Q180, Olympus, Япония). Пищевод свободно проходит. В области пищевода-желудочного перехода имеется сужение просвета из-за вдавления извне по правой стенке. Самостоятельного раскрытия нет. При надавливании аппаратом проходит. Слизистая желудка отекает, очагово гиперемирована. Слизистая двенадцатиперстной кишки отекает, рыхлая. Заключение: сужение пищевода-желудочного перехода из-за вдавления извне. Гастродуоденит.

12 марта 2018 г. выполнена КТ живота с внутривенным контрастированием (Somatom Emotion 16 (Siemens, Германия), контрастный препарат – Ультравист 300). В поддиафрагмальном пространстве кпереди от абдоминального отдела пищевода определяется образование округлой формы; с четкими, ровными контура-

ми; однородной структуры; плотностью 28–30 HU; размерами 28,0 × 19,5 × 22,0 мм (рис. 4). На постконтрастных изображениях образование не накапливает контрастное вещество (рис. 5). По нижнему контуру образования проходит левая желудочная артерия. Заключение: КТ-картина кистозного образования поддиафрагмального пространства.

Учитывая анамнез, жалобы и данные дополнительных методов исследования, ребенку был установлен предварительный диагноз: кистозное образование пищевода-желудочного перехода.

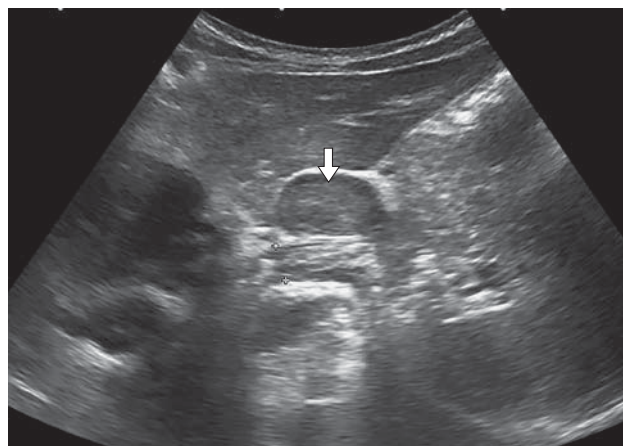


Рис. 3. Бронхогенная киста пищевода-желудочного перехода. Образование локализуется кпереди от абдоминального отдела пищевода и кардиального отдела желудка. Образование отмечено стрелкой, пищевод – маркерами.

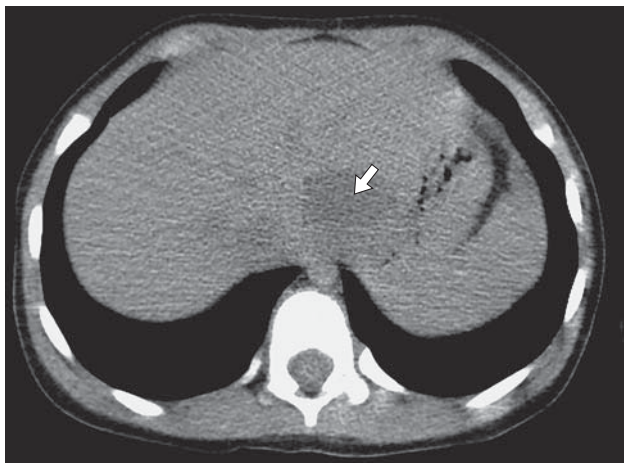


Рис. 4. Компьютерная томограмма. Нативная фаза. В поддиафрагмальном пространстве клепеди от абдоминального отдела пищевода определяется округлое образование плотностью 28–30 HU (стрелка).



Рис. 5. На постконтрастных изображениях образование не накапливает контрастный препарат (стрелка).

В связи с невозможностью исключить внутристеночное (пищевод, желудок) расположение образования ребенку решено провести диагностическую лапароскопию для определения локализации образования и дальнейшей хирургической тактики в зависимости от операционных находок.

15 марта 2018 г. ребенку выполнена операция: лапароскопия, удаление кисты пищеводно-желудочного перехода. Под общим обезболиванием после обработки операционного поля создан карбоксиперитонеум (12 мм рт. ст.). В 4 типичных местах заведены троакары (четыре – 5 мм). Ревизия брюшной полости: пищеводное отверстие диафрагмы не расширено,

абдоминальный отдел пищевода длиной до 2 см, пищеводно-желудочный переход выражен. В проекции пищеводно-желудочного перехода по передне-боковой поверхности ближе к малой кривизне визуализируется образование округлой формы, до 3 см в диаметре, интимно прилежащее к пищеводу и желудку, малоподвижное, покрытое брюшиной (рис. 6). При помощи аппарата Enseal (Ethicon Endo-surgery, США) вскрыта брюшина. Острым и тупым путем произведено выделение образования из окружающих тканей (рис. 7). При выделении кисты ее стенка вскрылась, получено белое густое слизистое отделяемое, удалено электроотсосом (рис. 8). Образование полностью удалено, отправлено

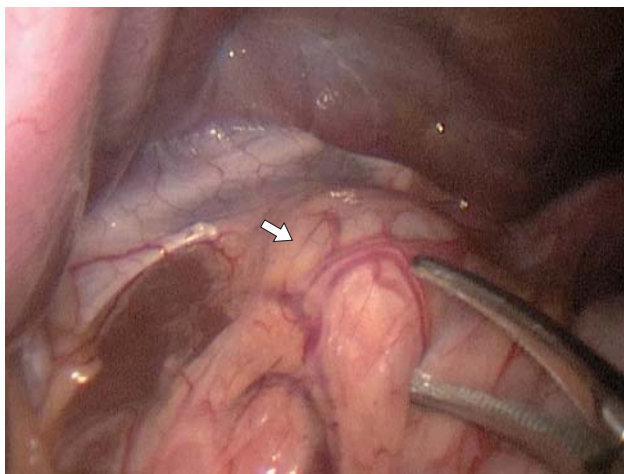


Рис. 6. Интраоперационное фото. Бронхогенная киста желудка (стрелка).



Рис. 7. Интраоперационное фото. Выделение кисты из окружающих тканей.

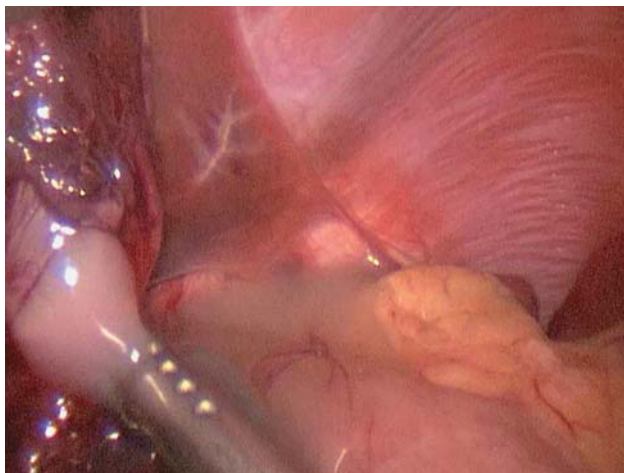


Рис. 8. Интраоперационное фото. Вскрытие кисты. Удаление электроотсосом густого слизистого содержимого кисты.

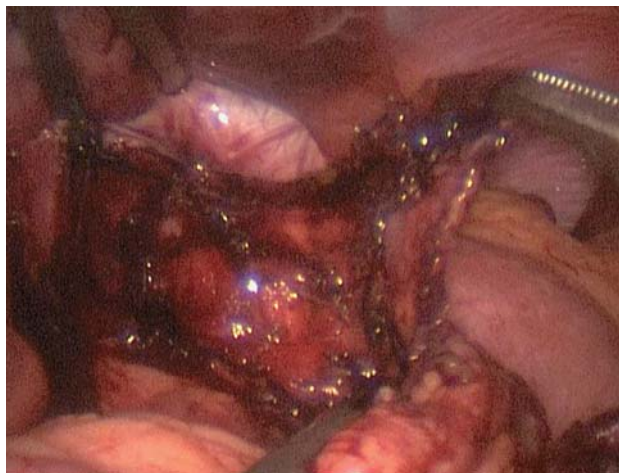


Рис. 9. Интраоперационное фото. Обзор после удаления кисты. Повреждения всех слоев стенки желудка нет.

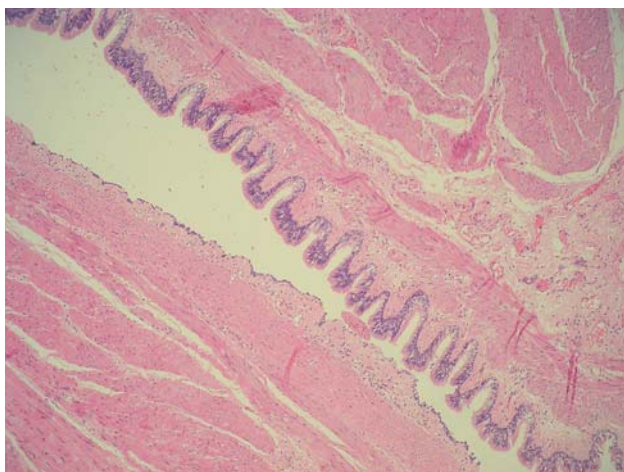


Рис. 10. Микрофотография. Окраска гематоксилином и еозином. Увеличение $\times 250$. Стенки кисты выстланы зрелым мерцательным респираторным эпителием.

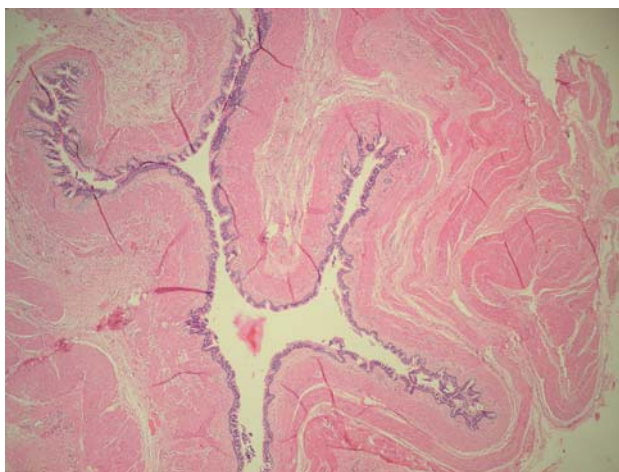


Рис. 11. Микрофотография. Окраска гематоксилином и еозином. Увеличение $\times 250$. В стенке кисты определяются зрелые гладкомышечные волокна и очаги хрящевой ткани.

на гистологическое исследование. При осмотре повреждения слизистого слоя желудка не определяются, пищевод интактен (рис. 9). При обзорной лапароскопии другой патологии со стороны органов брюшной полости не обнаружено.

Морфологическое исследование. Макроскопическое описание: частично вскрытая киста размерами $2,5 \times 2,0$ см, стенка белая плотная – 1,0 мм, внутренняя поверхность гладкая. Микроскопическое описание: выстилка кисты – зрелый мерцательный эпителий бронхиального типа, вокруг него определяются зрелые гладкомышечные волокна, нервные стволы и микроочаги хрящевой ткани (рис. 10, 11). На осно-

вании этих данных сделано гистологическое заключение: бронхогенная киста.

Ребенок выписан в удовлетворительном состоянии. Обследован через 1 и 6 мес после операции. В анамнезе состояние ребенка удовлетворительное, эпигастральные боли и симптомы дисфагии не беспокоят. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, при котором патологические изменения не выявлены.

Приведенный клинический пример показывает крайнюю редкость данной патологии, особенно в детской практике, и трудно-

сти диагностики в дооперационном периоде. Бронхогенные кисты желудка чаще локализуются по передней или задней стенке ближе к пищеводно-желудочному переходу [3]. Размеры кисты, по данным разных источников, варьируют от 1,7 до 15,0 см в диаметре, что, видимо, связано с возрастом пациента, в котором обнаружена киста [3, 8, 9]. Применение лучевых методов диагностики позволяет получить информацию о четкой локализации и определить кистозный характер процесса. Однако методы визуализации не позволяют отличить бронхогенные кисты от других кист и кистозных образований. В нашем случае при первичном ультразвуковом исследовании бронхогенная киста желудка была ошибочно интерпретирована как образование левой доли печени. Вероятно, ошибка была связана с тем, что врач не уделил должного внимания топографической принадлежности кисты и не провел доплерографию для оценки кровотока в образовании. При проведении ультразвукового исследования в условиях стационара мы обратили внимание, что при дыхательной экскурсии образование было связано с желудком, а не с печенью. Отсутствие кровотока внутри образования навело на мысль о кистозном характере с высоким содержанием белка.

Проведение КТ в амбулаторных условиях без внутривенного контрастирования также не дало информацию о кистозном характере образования. Ряд авторов советуют провести тонкоигольную биопсию для уточнения характера образования [3, 9]. По данным С. Tu et al. [3], только в 3 случаях пациентам была проведена биопсия до операции и установлен правильный гистологический диагноз. Во всех остальных случаях в предоперационном периоде неправильно был установлен диагноз, чаще всего пациентов брали на хирургическое вмешательство с предварительным диагнозом “стромальная опухоль или другое доброкачественное образование желудка”. В одном случае неправильно был установлен диагноз из-за сопутствующей карциномы желудка [3]. В нашем случае отказались от дооперационной биопсии в силу возраста пациента и сложной локализации образования, отдав при этом предпочтение лапароскопии. В детском возрасте редко встречаются солидные образования желудка. Чаще

у детей встречаются пороки развития данной области, в частности кистозные удвоения желудка [12].

Бронхогенные кисты желудка подлежат хирургическому удалению в связи с высоким риском осложнений и невозможностью установить точный предоперационный диагноз. Как было отмечено выше, в литературе описаны 39 случаев бронхогенных кист желудка, удаленных хирургическим путем и подтвержденных гистологически. Нами впервые выявлен случай бронхогенной кисты желудка у ребенка в четырехлетнем возрасте и проведено успешное ее удаление при лапароскопическом доступе. Проведение ультразвукового исследования с доплерографией и компьютерной томографии с внутривенным контрастированием в предоперационном периоде позволило уточнить локализацию и кистозный характер образования.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Платов И.И. О кистах легких // *Consilium Medicum. Хирургия*. 2014. № 2. С. 15–18.
2. Смирнов А.В., Калинин В.Д., Берелавичус С.В., Кармазановский Г.Г., Кригер А.Г. Робот-ассистированное удаление ретроперитонеальной бронхогенной кисты // *Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова*. 2014. № 10. С. 118–121.
3. Tu C., Zhu J., Shao C., Mao W., Zhou X., Lin Q., Li Z., Zhang J., Zhou Q., Chen W. Gastric bronchogenic cysts: a case report and literature review // *Exp. Ther. Med*. 2016. V. 11. No. 4. P. 1265–1270.
4. Разумовский А.Ю., Гераськин А.В., Батаев С.-Х.М., Митупов З.Б., Шарипов А.М., Феоктистова Е.В., Куликова Н.В., Задвернюк А.С. Случай одномоментного торакоскопического удаления бронхогенной кисты заднего средостения и пластики левого купола диафрагмы // *Вопросы практической педиатрии*. 2011. Т. 6. № 6. С. 95–98.
5. Юрескул И.В. Бронхогенная киста нетипичной локализации у ребенка 10 лет // *Вестник рентгенологии и радиологии*. 1994. № 3. С. 54–55.
6. Petrina A., Boselli C., Cirocchi R., Covarelli P., Eugeni E., Badolato M., Finocchi L., Trastulli S., Noya G. Bronchogenic cyst of the ileal mesentery: a case report and a review of literature // *J. Med. Case Rep*. 2010. V. 4. P. 313. Doi: 10.1186/1752-1947-4-313.
7. Gou Y., Wang Y., Fang H., Xu X., Yu W., Zhang K., Yu Y. Bronchogenic cyst in the hepatogastric ligament masquerading as an esophageal mesenchymal tumor: a case report // *Int. J. Clin. Exp. Pathol*. 2015. V. 8. P. 15307–15311.
8. Chhaidar A., Ammar H., Abdessayed N., Azzaza M., Gupta R., Abdennaceur N., Bdioui A., Mokni M., Ali A.B. Large bronchogenic cyst of stomach:

- a case report // Int. J. Surg. Case Rep. 2017. V. 34. P. 126–129. Doi: 10.1016/j.ijscr.2017.03.021.
9. Sun L., Lu L., Fu W., Li W., Liu T. Gastric bronchogenic cyst presenting as a gastrointestinal stromal tumor // Int. J. Clin. Exp. Pathol. 2015. V. 8. No. 10. P. 13606–13612.
 10. Haddadin W.J., Reid R., Jindal R.M. A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region // J. Clin. Pathol. 2001. V. 54. No. 10. P. 801–802.
 11. Dewing S.B., Roessel C.W., Olmstead E.V. Enterogenous cyst of the stomach wall, a rare benign lesion; case report // Ann. Surg. 1956. V. 143. No. 1. P. 131–135. Doi: 10.1097/0000658-195601000-00019.
 12. Соколов Ю.Ю., Зыкин А.П., Донской Д.В., Ольхова Е.Б., Туманян Г.Т., Шувалов М.Э., Хаспеков Д.В., Тимохович Е.В., Леонидов А.Л., Антонов Д.В. Диагностика и хирургическая коррекция удвоений пищеварительного тракта у детей // Детская хирургия. 2017. Т. 21. № 3. С. 121–127.

REFERENCES

1. Platov I.I. Bronchogenic cysts // Consilium Medicum. Surgery. 2014. No. 2. P. 15–18. (Article in Russian)
2. Smirnov A.V., Kalinin V.D., Berelavichus S.V., Karmazanovsky G.G., Kriger A.G. Robot-assisted excision of retroperitoneal bronchogenic cyst // Pirogov Russian Journal of Surgery. 2014. No. 10. P. 118–121. (Article in Russian)
3. Tu C., Zhu J., Shao C., Mao W., Zhou X., Lin Q., Li Z., Zhang J., Zhou Q., Chen W. Gastric bronchogenic cysts: a case report and literature review // Exp. Ther. Med. 2016. V. 11. No. 4. P. 1265–1270.
4. Razumovsky A.Yu., Geraskin A.V., Bataev S.-Kh.M., Mitupov Z.B., Sharipov A.M., Feoktistova E.V., Kulikova N.V., Zadvernyuk A.S. A case of single-stage thoracoscopic removal of a bronchogenic cyst of the posterior mediastinum and plastic surgery of the left dome of the diaphragm // Clinical Practice in Pediatrics. 2011. V. 6. No. 6. P. 95–98. (Article in Russian)
5. Yureskul I.V. Atypical bronchogenic cyst in child aged 2 years // Journal of radiology and nuclear medicine. 1994. No. 3. P. 54–55. (Article in Russian)
6. Petrina A., Boselli C., Cirocchi R., Covarelli P., Eugeni E., Badolato M., Finocchi L., Trastulli S., Noya G. Bronchogenic cyst of the ileal mesentery: a case report and a review of literature // J. Med. Case Rep. 2010. V. 4. P. 313. Doi: 10.1186/1752-1947-4-313.
7. Gou Y., Wang Y., Fang H., Xu X., Yu W., Zhang K., Yu Y. Bronchogenic cyst in the hepatogastric ligament masquerading as an esophageal mesenchymal tumor: a case report // Int. J. Clin. Exp. Pathol. 2015. V. 8. P. 15307–15311.
8. Chhaidar A., Ammar H., Abdessayed N., Azzaza M., Gupta R., Abdennaceur N., Bdioui A., Mokni M., Ali A.B. Large bronchogenic cyst of stomach: a case report // Int. J. Surg. Case Rep. 2017. V. 34. P. 126–129. Doi: 10.1016/j.ijscr.2017.03.021.

НОВИНКИ издательства ВИДАР



Ультразвуковая диагностика приобретенных пороков сердца Л.О. Глазун

Книга посвящена вопросам ультразвуковой диагностики приобретенных пороков сердца и основана на большом собственном опыте практической работы и преподавания ультразвуковой диагностики в системе дополнительного профессионального образования, а также данных отечественной и зарубежной литературы. В книге излагаются основные методические и диагностические аспекты ультразвукового исследования при приобретенных пороках сердца. Приведена современная оценка тяжести пороков, позволяющая правильно определить тактику ведения больных. Показано значение различных методов ультразвуковой диагностики в постановке диагноза порока сердца, в выявлении его осложнений, сопутствующей патологии и признаков декомпенсации кровообращения.

Издание предназначено для врачей ультразвуковой диагностики, кардиологов, кардиохирургов, терапевтов, врачей общей практики.

288 стр., формат 1/16 (обычный),
твердая обложка

Эти и другие книги
вы можете купить на сайте

WWW.VIDAR.RU

9. Sun L., Lu L., Fu W., Li W., Liu T. Gastric bronchogenic cyst presenting as a gastrointestinal stromal tumor // *Int. J. Clin. Exp. Pathol.* 2015. V. 8. No. 10. P. 13606–13612.
10. Haddadin W.J., Reid R., Jindal R.M. A retroperitoneal bronchogenic cyst: a rare cause of a mass in the adrenal region // *J. Clin. Pathol.* 2001. V. 54. No. 10. P. 801–802.
11. Dewing S.B., Roessel C.W., Olmstead E.V. Enterogenous cyst of the stomach wall, a rare benign lesion; case report // *Ann. Surg.* 1956. V. 143. No. 1. P. 131–135.
Doi: 10.1097/00000658-195601000-00019.
12. Sokolov Yu.Yu., Zykin A.P., Donskoy D.V., Olkhova E.B., Tumanyan G.T., Shuvalov M.E., Khaspekov D.V., Timokhov E.V., Leonidov A.L., Antonov D.V. Diagnostics and surgical correction of digestive tract duplication in children // *Russian Journal of Pediatric Surgery.* 2017. V. 21. No. 3. P. 121–127. (Article in Russian)

Bronchogenic cyst of the stomach in a child aged 4 years: a case report

A.A. Yusufov^{1,2}, G.N. Rumyantseva², Yu.F. Brevdo¹,
S.V. Trukhachev¹, V.V. Svetlov¹, Yu.G. Portenko¹, A.A. Ivanov¹

¹ Tver Regional Children's Clinical Hospital, Tver

² Tver State Medical University, Tver

*A.A. Yusufov – M.D., Ph.D., Associate Professor, Head of Radiology Department, Tver Regional Children's Clinical Hospital; Associate Professor, Division of Radiology, Tver State Medical University, Tver.
G.N. Rumyantseva – M.D., Ph.D., Professor, Director, Division of Radiology, Tver State Medical University, Tver.
Yu.F. Brevdo – M.D., Head of Surgery Department, Tver Regional Children's Clinical Hospital, Tver.
S.V. Trukhachev – M.D., Ph.D., Department of Surgery, Tver Regional Children's Clinical Hospital, Tver.
V.V. Svetlov – M.D., Ph.D., Department of Surgery, Tver Regional Children's Clinical Hospital, Tver.
Yu.G. Portenko – M.D., Ph.D., Deputy Chief physician, Tver Regional Children's Clinical Hospital, Tver.
A.A. Ivanov – M.D., Ph.D., Head of Pathomorphology Department, Tver Regional Children's Clinical Hospital, Tver.*

The brief literature review on stomach bronchogenic cysts is presented. Analysis of the literature demonstrate the rarity of this pathology. There are only 39 cases of stomach bronchogenic cysts, which described in the world literature and only one of them in children. The article presents the clinical case of the stomach bronchogenic cyst in a four-year-old boy, admitted to the hospital with dysphagia complaints and preliminary diagnosis of retroperitoneal mass. The mass of the subphrenic space, stomach or esophagus development abnormality were suspected after Doppler ultrasound. Contrast-enhanced computed tomography confirmed the cystic mass of the stomach. The cyst was removed by laparoscopy.

Key words: ultrasound, computed tomography, gastric bronchogenic cyst, subdiaphragmatic cyst.

Citation: Yusufov A.A., Rumyantseva G.N., Brevdo Yu.F., Trukhachev S.V., Svetlov V.V., Portenko Yu.G., Ivanov A.A. Bronchogenic cyst of the stomach in a child aged 4 years: a case report // *Ultrasound and Functional Diagnostics.* 2019. No. 3. P. 57–64. (Article in Russian)
DOI: 10.24835/1607-0771-2019-3-57-64