

**В.К.Літовка, С.В.Веселий,
К.В.Латишов, Г.О.Сопов,
О.В.Черкун, П.О.Лепіхов**

Клініка дитячої хірургії ім. проф. М.Л.Куца
Донецького національного медичного університету
ім. М.Горького
(м. Красний Лиман, Україна),
Обласна дитяча клінічна лікарня
(м. Донецьк, Україна)

Ключові слова: бронхогенна кіста, ентерогенна кіста, діти.

Резюме. Кісти первинної кишки у дітей зустрічаються рідко. В клініці дитячої хірургії імені професора М.Л.Куца за останні 30 років перебувало на лікуванні 43 дитини з кістами первинної кишки у віці від одного місяця до п'ятнадцяти років. Бронхогенні кісти було діагностовано у 32 хворих, ентерогенні – у 11. Осіб жіночої статі було 23, чоловічої – 20. Внутрішньолегеневе розташування бронхогенних кіст було у 23 дітей, медіастінальне – у 9. Визначені показання до хірургічного лікування, проаналізована його ефективність. Своєчасна діагностика й адекватне оперативне лікування значно зменшують кількість несприятливих результатів.

Вступ

Кісти первинної кишки у дітей зустрічаються порівняно рідко. Вони діляться на бронхогенні й ентерогенні [2, 8]. Бронхогенні кісти зустрічаються частіше, ніж ентерогенні [1-3, 5-10]. Їх поява обумовлена порушенням розвитку первинної кишки. Ці вроджені кістозні утворення за розташуванням можуть бути центральними, що сформовані вздовж трахеї, розташовані в межостінні або в межах паренхіми кореня легені, та периферичними [1, 6, 7, 9]. Бронхогенні кісти, як правило, тонкостінні, заповнені густою, в'язкою рідиною зі дескватоманим епітелієм, містять у стінці невелику кількість гладких м'язів, іноді - хрящі. Зсередини кісти вкриті бронхіальним епітелієм [1, 3, 10].

Бронхогенні кісти можуть бути абсолютно безсимптомними аномаліями та виявляються лише під час рентгенологічних досліджень грудної клітини (флюорографії). В інших випадках вони можуть здавлювати дихальні шляхи і бути причиною респіраторного дистресу або респіраторної інфекції. Також клінічні симптоми з'являються при інфікуванні кісти або прориву її в плевральну порожнину, бронх [1, 7, 9]. При цьому з'являється лихоманка, кашель з виділенням гноєвидного мокротиння, вкрай рідко відзначається кровохаркання. Ризик розвитку ускладнень обумовлює необхідність ранньої діагностики та своєчасного лікування дітей з вродженими кістами легенів і середостіння [1, 6, 7].

Основним методом діагностики бронхогенних кіст є рентгенологічний [1-3]. Рентгенологічними ознаками даної патології є: обмежене кулясте утворення та розширення тіні центрального відділу середостіння, поява округлої тіні з чіткими контурами. За наявності сполучення з дихальними шляхами ці утворення можуть бути наповнені повітрям. Кісти, наповнені рідиною та повітрям, характеризуються рівнем рідини з газовим пухирем.

Ентерогенні кісти середостіння (ентерокісто-

ма) у дітей зустрічаються набагато рідше за бронхогенні. За даними різних авторів, вони складають 0,7-5,0% всіх пухлиноподібних утворень середостіння [2, 7]. Стінки ентерокістом нагадують будову стінок травного тракту. Ентерогенні кісти утворюються в період ембріонального розвитку з дорсальних відділів первинної кишкової трубки зародка, локалізуючись у нижніх відділах заднього середостіння, часто примикають до стравоходу [2, 3, 7].

Залежно від ступеня подібності їх будови з різними відділами травного тракту прийнято виділяти: стравохідні, шлункові, кишкові. Шлункові кісти зустрічаються дещо частіше, локалізуються переважно у задньонижньому відділі середостіння, праворуч. Вони, як правило, однокамерні. Кишкові кісти, що подібні за будовою до стінки кишки, відносяться до найбільш рідкісних кіст середостіння, мають також однокамерну будову. Стравохідні кісти в літературі майже не висвітлені і зустрічаються казуїстично рідко [9].

Найбільш частими клінічними симптомами ентерокістом середостіння є кашель, задишка, ціаноз, тахікардія, біль у грудях, дисфагія і нездужання. Здавнення судин кістою, що зростає, досить швидко призводить до різних порушень серцевої діяльності. Лише в 25% випадків ентерокістами протікають безсимптомно [3, 7, 9].

Рентгенологічно ентерогенні кісти проявляються неправильно-круглястим або овоїдним утворенням з вертикальним розташуванням довгого його діаметру. Ентерокістома частіше розташовується в середньому і нижньому відділах заднього середостіння. Конттури тіні ентерокістом нечіткі.

У зв'язку з ризиком можливого розвитку ускладнень кіст первинної кишки, більшість авторів є прихильниками раннього видалення кістозного утворення після його виявлення, незалежно від віку пацієнта. Виконується бокова торакотомія або торакоскопічне видалення кістозного утворення середостіння [4-6, 8-10].

Мета і завдання дослідження: оптимізація тактики лікування дітей із кістами первинної кишки.

Матеріали та методи

У клініці дитячої хірургії імені професора М.Л.Куца за останні 30 років перебувало на лікуванні 43 дитини з кістами первинної кишки у віці від одного місяця до п'ятнадцяти років. Бронхогенні кісти діагностовані у 32 хворих, ентогенні - у 11. Осіб жіночої статі було 23, чоловічої - 20. Внутрішньолегеневе розташування бронхогенних кіст мало місце у 23 дітей, медіастинальне - у 9. Для діагностики використовували оглядову рентгенографію органів грудної клітки, комп'ютерну томографію (КТ) та магнітно-резонансну томографію (МРТ). Для отримання якісних зрізів дітям молодшого віку дослідження доводилося проводити під загальною анестезією. Загальнодоступним і не менш інформативним, на наш погляд, є ультразвукове дослідження (УЗД).

Результати та їх обговорення

При бронхогенних кістах середостіння майже у половини (4) пацієнтів захворювання перебігало безсимптомно, кісти виявилися випадковою знахідкою при рентгенографії органів грудної клітки. У 5 дітей відзначався нав'язливий кашель, болі в грудній клітці, задишка. Ці хворі неодноразово лікувалися з приводу бронхіту, пневмонії. У п'яти пацієнтів мали місце ознаки інтоксикації: слабкість, знижений апетит, гіпертермія, швидка стомлюваність. Прорив кісти в плевральну порожнину з розвитком пневмотораксу спостерігався в одного хворого.

Бронхогенні кісти легені в 11 випадках протікали безсимптомно. У 8 хворих відзначалися часті респіраторні захворювання. У маленьких пацієнтів відзначалися епізоди виражених дихальних розладів через удушення значних за обсягом легневих ділянок (2 дитини). У 8 спостереженнях хворі скаржилися на періодичні болі в грудях, покашлювання, задишку. У 4 дітей відзначалися ознаки інтоксикації: гіпертермія, слабкість, знижений апетит, швидка стомлюваність, у 1 - кровохаркання, у 3 - кашель з виділенням гнійного мокротиння, що було характерно для дренажу кісти в бронх. Прорив бронхогенної кісти в плевральну порожнину з розвитком пневмотораксу спостерігався у 1 хворого. У 5 дітей відмічено відставання у фізичному розвитку.

З метою отримання максимальної інформації УЗД проводили в різних положеннях пацієнта: лежачи на спині, на животі, правому, лівому боці і сидячи. У передбачуваній зоні інтересу для уточнення інформації виконували поперечні й косі зрізи під різними кутами широкосмуговим лінійним датчиком з частотою випромінювання 5-12 МГц (рис. 1).

Об'єм оперативного лікування визначали в кожному випадку індивідуально, залежно від розміру та локалізації кісти, а при ускладненні - від його характеру. Серед наших спостережень в усіх випадках кісти були поодинокими. Після попередньої підготовки усі пацієнти з бронхогенними кістами були прооперовані. Енуклеація бронхогенних кіст проведена у 18 дітей, видалення кісти шляхом атипичної резекції легені - у 10 дітей,

лобектомія - у 4 пацієнтів. Летальних випадків не відзначалося.

Наводимо наше спостереження, в якому поряд з бронхогенною кістою була трахеомаліяція. Дитина К., 15 років (історія хвороби № 12953), поступила в клініку дитячої хірургії 07.11.2007 р. зі скаргами на періодичний кашель. З анамнезу захворювання встановлено, що у вересні 2007 року, під час проведення флюорографії, виявлено пухлиноподібне утворення верхнього середостіння праворуч.

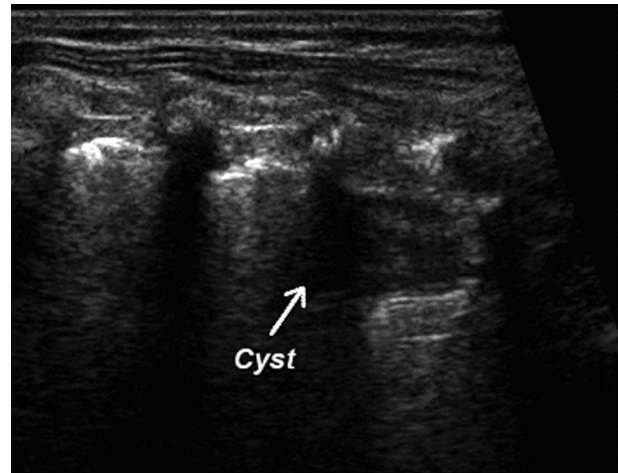


Рис. 1. Бронхогенна кіста при УЗД

Загальний стан дитини середньої тяжкості, самопочуття задовільне. Ознак дихальної недостатності немає. Шкірні покриви помірно бліді, чисті. Грудна клітка правильної форми, симетрична. Обидві половини її рівномірно беруть участь в акті дихання, перкуторно зліва легневий звук на усьому протязі, праворуч укорочення в задньоверхніх відділах паравертебрально. Аускультативно дихання прослуховується над усіма легневими полями, хрипів немає.

Оглядова рентгенографія органів грудної клітки (7.11.07 р.): у проекції верхнього середостіння праворуч тень об'ємного утворення до 5 см в діаметрі, округлої форми. Спиральна КТ (9.11.07 р.) органів грудної клітки: додаткових утворень, інфільтратів в обох легенях не виявлено. Легневий малюнок з обох сторін не змінений, корені легенів структурні, не розширені. Плевральні порожнини з обох сторін вільні. У задньоверхньому середостінні праворуч візуалізується округлої форми утворення з рівними чіткими контурами, м'якотканинної щільності, розмірами 4×3,8×6 см. Деструктивних змін кісткових структур на рівні дослідження не виявлено. З попереднім діагнозом: кіста (бронхогенна?, дермоїдна?) задньоверхнього середостіння праворуч, пухлина (гангліоневрома?), дитина оперована 14.11.2007 р. (хірург - к.мед.н. В.К.Літовка).

Передньобокова торакотомія праворуч довжиною до 15 см. Верхня доля пухки підпаяна до медіастинальної плеври та пухлиноподібного утворення в задньоверхньому середостінні. Тупим і гострим шляхом доля відокремлена. При ревізії встановлено, що пухлиноподібне утворення еластичної консистенції, нерухоме, розмірами 6,5×4,5×3,5 см, прилягає до хребта і непарної вени. Над пухлиною розсічена медіастинальна плевра у

поперечному напрямку, виділено кістозне утворення, що йде своєю основою до трахеї. Пункція утворення - отримано тягучий, білястий вміст з фібрином. Капсула його розсічена - евакуйоване ще до 2,5 см³ аналогічного вмісту, частина оболонки висічена. Встановлено, що оболонки утворення, що примикають до трахеї, мають з нею загальну стінку. У цій зоні хрящові кільця трахеї не визначаються (є трахеомаліяція). При гіпервентиляції легень в рану вибухає у вигляді дивертикула стінка трахеї (розмірами 3×2,5 см). При спробі демукоїзації дна кісти, остання з'єдналася з просвітом трахеї. У поперечному напрямку зроблений розріз над інтубаційною трубкою довжиною 1,5 см, з подальшим ушиванням стоншеної стінки трахеї із задньою стінкою оболонки кісти, що залишилися. Відновлена цілісність медіастінальної плеври. Рана ушита наглухо до поліхлорвінілового дренажу, поставленого у VIII міжребер'я через окремий розріз. Система по Бюллау.

Висновок патогістологічного дослідження (№ 8891-94): багатокамерна кіста, стінки якої представлені сполучною тканиною, зсередини вистелені респіраторним епітелієм. У стінках кісти розташовані ділянки гіалінового хряща, вогнища запалення. Просвіт кісти частково заповнений слизовим ексудатом і деформованим респіраторним епітелієм. У задовільному стані дівчинка виписана додому 29.11.2007 р. Оглянута через 2, 3 місяці, 1, 2 і 4 роки. Скарг немає. Рентгенологічно осередкові тіні в середостінні не визначаються. Під час трахеоскопії визначається незначна деформація в зоні ушитої трахеї.

Наявність неускладненої кісти легень само по собі мало впливає на здоров'я дитини. Ризик пов'язаний з ускладненнями, час виникнення яких важко передбачити. Це змушує ставитися до неускладнених внутрішньолегеневих кіст як до потенційно небезпечного захворювання. У зв'язку з чим доцільно їх радикальне видалення у віці 1-1,5 років. При напружених кістах легень, особливо у новонароджених, необхідно віддавати перевагу терміновим операціям.

Наводимо клінічний випадок, коли кістозне утворення розташовувалося біля кореня долі легень. Дитина К., 1 року (історія хвороби № 2142), поступила до клініки 28.02.11 р. без скарг. З анамнезу захворювання відомо, що внутрішньоутробно, при проведенні УЗД плоду у дитини виявлена кіста лівої легень. У шестимісячному віці на рентгенограмі виявлено зміни у верхній долі лівої легень. З грудня 2010 р. у пацієнта з'явився кашель, фебрильна лихоманка. Лікувався амбулаторно без ефекту, потім стаціонарно в клініці (у січні 2011 р.), отримав антибактеріальну терапію, стан покращився, був обстежений на КТ, виявлено кістозне утворення заднього середостіння.

Загальний стан при надходженні середньої тяжкості за основним захворюванням. У легенях везикулярне дихання, ослаблене зліва у верхніх відділах. Тони серця ритмічні, приглушені. У клініці обстежений. УЗД органів грудної клітини (01.03.2011 р.): зліва у верхній долі легень по передній поверхні візуалізується ділянка безповітряної тканини, розміром 34×21×35 мм. Спіральна КТ (25.01.2011 р.): в задньому серед-

остінні ліворуч визначається неоднорідної структури утворення з ділянками рідини, розмірами 2,9×2,9×4,2 см. У S3 верхньої долі лівої легень визначається неправильної форми ущільнення легеневої тканини, розмірами 4×2 см. Рентгенографія органів грудної клітки (28.02.2011 р.): зліва в верхньозадньому середостінні неоднорідне затемнення з відносно чіткою межею, розмірами 4,5×4 см. У зв'язку з виявленими бронхогенною кістою заднього середостіння й ателектазом верхньої долі лівої легень, хворому 11.03.2011 р. було виконано оперативне лікування (хірург - професор Веселий С.В.).

Передньобочкова торакотомія зліва в IV міжребер'ї довжиною 11 см. Гемостаз. В рану передлежить ліва легень. Верхня доля її спалася, II і III сегменти не вентилюються, синюшного кольору. Нижня доля й язичкові сегменти лівої легень повітряні, еластичні, вентилюються задовільно. Біля кореня верхньої долі лівої легень виявлено округле щільноеластичне утворення, розташоване в паренхімі III сегменту і (частково) в задньому середостінні. Верхня доля виведена в рану. У воротах її розсічена вісцеральна плевра, проведена економна пневмотомія. Визначені верхньодольова і нижньодольова вени, ліва легенева артерія і артеріальні сегменти верхньої долі, верхньодольовий бронх. Пухлиноподібне утворення представлено кістою овоїдної форми, діаметром до 5,0 см, товщина стінок її близько 0,15 см, знаходиться у хілусі верхньої долі, що викликає практично повну конструкцію III сегментарного бронха (рис. 2). Просвіт кісти розкритий, її вміст - гнійний секрет і газ, проведена аспірація. Кіста сполучається з III сегментарним бронхом, діаметр сполучення 0,15 см. Препарування стінок кісти переважно гострим шляхом. Кіста відокремлена від III сегментарного бронха та судин, і видалена. Ушивання дефекту III сегментарного бронха. Вентиляція I і II сегментів задовільна, вентиляція III сегмента не відновлена. Проведено видалення III сегмента лівої легень. Кровотечі немає. Гемостаз. Бронхіальні свищі не встановлені. Місця «альвеолярного продування» і раньова поверхня верхньої долі ушиті окремими вузловими синтетичними швами. Ліва плевральна порожнина дренована за Бюллау в VII міжребер'ї по середній аксиллярній лінії. Торакотомна рана пошарово ушита наглухо. Шви на шкіру. Асептична пов'язка.



Рис. 2. Бронхогенна кіста під час оперативного лікування

Макропрепарат: кіста, діаметром до 5 см, товщина стінок близько 0,15 см, вміст - гнійний гелеподібний в'язкий секрет, газ. Діагноз після операції: бронхогенна кіста верхньої долі лівої легені та середостіння. Компресія лівого III сегментарного бронха. Ателектаз верхньої долі лівої легені.

Гістологічний висновок (№ 2183-88): бронхогенна кіста, з ділянками епідермоїдної кісти з вираженим хронічним запаленням. У легені - хронічна інтерстиціальна пневмонія з великою кількістю лімфоїдних фолікулів. Післяопераційний період протікав гладко. Пацієнт оглянутий через 1, 4 місяці, 1 і 2 роки. Стан задовільний.

Серед 11 хворих з ентогенними кістами, що спостерігалися, безсимптомний перебіг мав місце у 3 дітей. У інших випадках відзначалася лихоманка, болі в грудній клітці, швидка стомлюваність, задишка, тахікардія. У всіх пацієнтів кісти були одиничними. У лівій плевральній порожнині кісти розташовувалися у 6 дітей, у правій - у 5. Ознаки запалення мали місце у 6 хворих, нагноєння - у 2 хворих. Розміри кіст варіювали від 3-4 см в діаметрі (4 дітей), до 7-8 см (7 дітей). Явищ пенетрації, кровотечі, перфорації ми не спостерігали. Після попередньої підготовки усі пацієнти оперовані (проведена енуклеація кісти). У одному випадку кіста сполучалася вузьким ходом зі стравоходом. Вона була видалена з ушиванням зони сполучення. У другому спостереженні мала місце загальна м'язова стінка. Кістозне утворення було видалено без розтину просвіту стравоходу. Летальних випадків не відзначалося. За патогістологічним дослідженням кісти, що нагадують будову кишкової трубки, були виявлені у 7 дітей, шлунок - у 4 пацієнтів.

Наводимо опис одного з наших спостережень. Дитина С., 7 років (історія хвороби № 5776), поступила в клініку дитячої хірургії зі скаргами на кашель, болі в області грудної клітини зліва. Хворіє близько 1,5 місяців. Лікувався з приводу передбачуваного бронхіту. Особливої поліпшення не відзначалося. При рентгенографії органів грудної порожнини було зроблене припущення щодо дермоїдної (ентогенної?) кісти середостіння. За УЗД діагноз кісти підтверджений. При надхо-

дженні стан середньої тяжкості. Субфебрильна лихоманка. Перкуторно зліва в задньонижніх відділах притуплення перкуторного звуку, ослаблене дихання. Тони серця приглушені, ритмічні. Живіт м'який, безболісний.

01.08.1995 р. була проведена операція (хірург - доц. Кононученко В.П.). Передньобоківий розріз у V міжребер'ї зліва довжиною до 12 см, поширено розітнута плевральна порожнина. У реберно-хребетному куті верхньої третини заднього середостіння ліворуч виявлено кістозне утворення, яке пов'язане нижнім полюсом зі стінкою перикарду, а верхнім полюсом досягає I ребра. Над утворенням розсічена плевра, яка тупо відшарована на всі боки. У нижнього полюса кісти виділені, перетиснуті та перев'язані судини, що живлять новоутворення. Після чого кіста тупо виділена і видалена. Гемостаз. Ушита медіастінальна плевра. Плевральна порожнина осушена і ушита наглухо. Перед ушиванням ліва легеня активно пневматизована і повністю розправилася. Шви на шкіру. Туалет. Асептична пов'язка. Пункція лівої плевральної порожнини, аспірація повітря до негативного тиску.

Макропрепарат: тонкостінна кіста розмірами 6×5 см з гладкою поверхнею. Кіста не розтиналася. Патогістологічний висновок (№ 5366-5369): кіста вислана багаторядним епітелієм, містить шари м'язових елементів, місцями проглядається м'язова пластинка і в підслизовій оболонці. Структура відповідає стінці кісти травної трубки. Післяопераційний період протікав гладко. Рана загоїлася первинним натягом. Шви зняті. Виписаний додому в задовільному стані 12.08.1995 р. Оглянутий через 3, 6 місяців і 2 роки. Скарг немає, здоровий.

Висновки

Кісти первинної кишки у дітей спостерігаються рідко, у половини хворих вони протікають безсимптомно. УЗД і КТ дозволяють підтвердити діагноз. Об'єм хірургічного втручання залежить від розмірів, локалізації кісти, її взаємовідношення з трахеобронхіальним деревом і стравоходом. Бажане раннє видалення утворення відразу після його виявлення, незалежно від віку пацієнта.

Література

1. Ашкрафт К.У. Детская хирургия / К.У. Ашкрафт, Т.М. Холдер. - СПб.: Хардфорд, 1996. - С. 200-254.
2. Исаков Ю.Ф. Опухоли и кисты грудной полости у детей / Ю.Ф. Исаков, Э.А. Степанов. - М.: Медицина, 1975. - 312 с.
3. Кривченя Д.Ю. Хирургическое лечение бронхогенной и энтерогенной кисты средостения, осложненной внутригрудной компрессией дыхательных путей у детей / Д.Ю. Кривченя, А.К. Слепов, В.П. Завадий // Клінічна хірургія. - 2001. - № 1. - С. 26-28.
4. Митупов З.Б. Минимально инвазивные вмешательства в торакальной хирургии детского возраста : автореф. дис. на соискание науч. степени док. мед. наук / З.Б. Митупов. - М., 2010. - 48 с.
5. Разумовский А.Ю. Эндохирургические операции в торакальной хирургии у детей / А.Ю. Разумовский, З.Б. Митупов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 304 с.
6. Слепов О.К. Хірургічне лікування внутрішньогрудних компресій дихальних шляхів у дітей : автореф. дис. на соискание науч. степени док. мед. наук / О.К. Слепов. - К., 2004. - 35 с.
7. Шароев Т.А. Клинические проявления и рентгенологическая диагностика опухолей и кист средостения у детей / Т.А. Шароев, Н.А. Кошечкина // Рос. педиатрический журн. - 2004. - №6. - С. 34-37.
8. Jesch N. Thoracoscopic surgery in infants and children / N. Jesch, B. Ure // Eur. J. Pediatr. Surg. - 2005. - Vol. 15, № 5. - P. 314-318.
9. Mediastinal cysts: clinical approach and treatment / F. Le Pimpec-Barthes, A. Cazes, P. Bagan [et al.] // Rev. Pneumol. Clin. - 2010. - Vol. 66, № 1. - P. 52-62.
10. Thoracoscopy in children: is a chest tube necessary? / T.A. Ponsky, S.S. Rothenberg, K. Tsao [et al.] // J. Laparoendosc. Adv. Surg. Tech. A. - 2009. - Vol. 19, № 1. - P. 23-25.

КИСТЫ ПЕРВИЧНОЙ КИШКИ У ДЕТЕЙ

*В.К.Литовка, С.В.Весёлый, К.В.Латышов,
Г.А.Сопов, А.В.Черкун, П.А.Лепихов*

Клиника детской хирургии
им. проф. Н.Л.Куца Донецкого национального
медицинского университета им. М.Горького
(г. Красный Лиман, Украина),
Областная детская клиническая больница
(г. Донецк, Украина)

Резюме. Кисты первичной кишки у детей встречаются редко. В клинике детской хирургии имени профессора Н.Л.Куца за последние 30 лет находилось на лечении 43 ребенка с кистами первичной кишки в возрасте от одного месяца до пятнадцати лет. Бронхогенные кисты диагностированы у 32 больных, энтерогенные – у 11. Лиц женского пола было 23, мужского – 20. Внутрилегочное расположение бронхогенных кист имело место у 23 детей, медиастинальное – у 9. Установлены показания к хирургическому лечению, проанализирована его эффективность. Своевременная диагностика и адекватное оперативное лечение значительно уменьшают частоту неблагоприятных исходов.

Ключевые слова: бронхогенная киста, энтерогенная киста, дети.

CYSTS OF THE PRIMARY GUT IN CHILDREN

*V.K.Litovka, S.V.Veselyy, K.V.Latyshov,
G.A.Sopov, A.V.Chercun, P.A.Lepichov*

The clinic of pediatric surgery named after
prof. N.L.Kusch of Donetsk National Medical
University named after M.Gorky
(Krasnyi Lyman, Ukraine),
Regional Children's Clinical Hospital
(Donetsk, Ukraine)

Summary. Cysts of the primary gut are rare in children. In the clinic of pediatric surgery named after professor N.L.Kusch 43 children with primary gut cysts in age from one month to fifteen years during the last 30 years were on the treatment. Bronchogenic cysts had been diagnosed in 32 patients, enteric – 11. Females were 23, boys – 20. Intrapulmonary bronchogenic cysts location had 23 children, mediastinal - had 9. The indications to surgical treatment and their efficiency have been analyzed. Timely diagnostics and adequate operative treatment considerably reduce frequency of failures.

Keywords: bronchogenic cyst, enteric cyst, children.