

ЛЕЧЕНИЕ ЛИМФОРЕИ У НОВОРОЖДЕННЫХ

Самороковская М.В.^{1,2}, Кучеров Ю.И.^{1,2}

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова, Москва

² Детская городская больница № 9 им. Г.Н. Сперанского, Москва

Введение. Одной из сложных категорий детей являются пациенты с накоплением хилезной жидкости в плевральных и абдоминальной полости.

Материалы и методы. В отделении хирургии новорожденных ДГКБ № 9 им. Г.Н. Сперанского за период с сентября 2017 г. по июнь 2021 г. находились 12 детей с лимфореей, из них 8 детей с хилотораксом, и 4 детей с хилоперитонеумом. Возраст детей от 2-х недель до 4-х месяцев. При поступлении выполнялось УЗИ плевральной и брюшной полости. Количество жидкости — от 80 до 500 мл. После УЗИ проводилось дренирование полостей с определением характера жидкости. При наличии в ней лимфоцитов более 70%, триглицеридов более 1,1 ммоль/л диагностировали хилезный характер отделяемого. Лечение включало: перевод на полное парентеральное питание, назначение октреотида (соматостатина), в начальной дозе 5 мкг/(кг · ч) с увеличением дозы при отсутствии эффекта до 12 мкг/(кг · ч). Положительным эффектом от консервативной терапии считалось уменьшение количества отделяемого из полостей. Энтеральное питание назначали детям через неделю, после окончания истечения жидкости из полостей, расщепленными смесями, по 1–2 мл дробно, с постепенным увеличением объема кормления. При отделении жидкости более 50 мл/(кг · ч) и/или неэффективности консервативной терапии в течение 2 нед., назначали оперативное вмешательство.

Результаты. Выполнение операций при хилотораксе из 8 пациентов потребовалось у 3-х, выполнялось клипирование грудного лимфатического протока (ГЛП). При хилоперитонеуме из 4 детей операции проведены у двух. Для клипирования ГЛП выполнялась торакоскопия справа, в грудную полость устанавливались 2–3 мм и 1–5 мм троакары, позади пищевода (сразу над диафрагмой) из окружающих тканей выделялся ГЛП и накладывалась пластиковая клипса Hem-o-lock. В обоих случаях оперативное вмешательство прошло успешно, лимфорей полностью прекратилась на третьи сутки. При операциях при хилоперитонеуме затруднена визуализация поврежденного лимфатического протока в брюшной полости. Введение жирорастворимых эмульсий с метиленовым синим через рот перед оперативным вмешательством не помогает визуализации поврежденного лимфатического протока. В последнем случае, при лечении хилоперитонеума, мы выполнили верхне-поперечную лапаротомию справа, мобилизацию двенадцатиперстной кишки по Кохеру. В забрюшинном пространстве выделена нижняя полая вена и брюшной отдел аорты, визуализированы множественные нитевидные лимфатические протоки, которые были клипированы. Место оперативного вмешательства обработано гемостатическим порошком PerClot. После операции состояние ребенка с положительной динамикой, истечение хилезной жидкости прекратилось.

Выводы:

1. При наличии хилоторакса или хилоперитонеума устанавливаются дренажи и проводится консервативная терапия в течении 2 нед., при положительной динамике в виде уменьшения лимфорей, консервативное лечение продолжается до 1 мес.
2. При большом количестве отделяемой хилезной жидкости, более 50 мл/(кг · ч) и невозможности компенсировать потери инфузионной терапией, ставятся показания к более раннему оперативному вмешательству.
3. Торакоскопия — метод выбора при клипировании грудного лимфатического протока.
4. Оперативное вмешательство при хилоперитонеуме требует дальнейшего исследования.