

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИЛОТОРАКСОМ

Клейменов Е.В., Тен Ю.В., Каширин С.Д., Елькова Д.А.

Алтайский государственный медицинский университет, Барнаул, Россия

Обоснование. Хилоторакс — заболевание, связанное с накоплением лимфатической жидкости в плевральной полости вследствие врожденного порока развития лимфатических протоков или травмой при хирургических операциях на органах грудной полости, пункции центральных вен. Потеря лимфы приводит к метаболическим, электролитным нарушениям, гипоальбуминемии, иммунологическим расстройствам, что угрожает летальным исходом. Лечение хилоторакса требует своевременного и активного подхода.

Цель: обобщить опыт лечения детей с хилотораксом на базе нашей клиники за последние 10 лет.

Методы. На базе нашей клиники за последние 10 лет пролечено 8 детей с хилотораксом от новорожденных до возраста 4 лет. Причинами хилоторакса являлись: врожденный порок развития лимфатических путей (у двух новорожденных с диагностированным хилотораксом сразу после рождения), медицинские вмешательства у 5 (у 3 — торакотомия по поводу врожденного порока сердца, у 2 — катетеризация подключичной вены (у 1 справа, у 1 слева), по поводу соматического заболевания). У одного ребенка причина развития хилоторакса не установлена. Двусторонний процесс отмечен у 2 детей (после срединной стернотомии при операции по поводу ВПС). Правосторонний — у 4, левосторонний — у 2.

Результаты. Клинически во всех наблюдениях отмечены признаки дыхательной недостаточности, нарушение проведения дыхания на стороне поражения. При рентгенографии и УЗИ отмечено скопление жидкости в плевральной полости от 50 до 540 мл. Окончательный диагноз устанавливался после плевральной пункции и проведении биохимического и цитологического исследования. Следует отметить, что только у 3 детей выпот имел характерный «молочный» характер. У остальных пациентов, не получавших на момент заболевания энтерального питания, получена прозрачная желтоватая жидкость, и диагноз хилоторакса установлен после цитологического исследования (выявлен лимфоцитоз более 80 %). После дренирования плевральной полости у всех детей сохранялось истечение жидкости от 50 до 400 мл в сутки.

В лечении у двух детей (11 мес. и 4 лет) успешно применено частичное парентеральное питание и энтеральное питание с использованием диетических питательных смесей. Остальные дети на первом этапе получали полное парентеральное питание. У 2 пациентов на фоне полного парентерального питания хилоторакс купирован на 5 и 6 сут. 4 детям проводилась терапия синтетическим аналогом соматостатина по общепринятой схеме, при этом положительного эффекта удалось достичь у 3. Одному пациенту 2 мес. при сохраняющихся потерях лимфы до 100 мл в сутки на фоне полного парентерального питания и терапии соматостатином в течение 10 сут проведен плевродез 4 % раствором повидон-йода с положительным эффектом через 3 дня. Хирургическое лечение не потребовалось ни в одном из наблюдений. Средний срок сохранения лимфарей составил 21 день, максимальный — 54 дня.

Заключение. На этапе диагностики хилоторакса обязательно проведение цитологического и биохимического исследования плеврального выпота. Применение в лечении хилоторакса полного парентерального питания и синтетического аналога соматостатина позволяет в большинстве случаев добиться положительного результата. Плевродез раствором повидон-йода может применяться при неэффективности терапии соматостатином. Считаем, что решение о хирургическом лечении при хилотораксе следует принимать только в случае неэффективности вышеуказанных мероприятий.

Ключевые слова: хилоторакс; дыхательная недостаточность; повреждение лимфатического протока.