

Киреева Н. Б., Пивиков В. Е., Новопольцев Е. А., Тумакова Н. Б., Плохарский Н. А., Бiryukov Ю. П., Привалова Л. П., Ясковец А. А., Новопольцева Е. Г.

## ХИЛОТОРАКС И ХИЛОПЕРИТОНЕУМ У НОВОРОЖДЕННЫХ: СООБЩЕНИЕ О ЧЕТЫРЕХ СЛУЧАЯХ

Нижегородская медицинская академия (НиЖГМА);  
Нижегородская областная детская клиническая больница, г. Нижний Новгород

Kireeva N.B., Pivikov V.E., Novopoltsev E.A., Tumakova N.B., Plokharsky N.A., Biryukov Yu.P., Privalova L.P., Yaskovetz A.A., Novopoltseva E.G.

## CHYLOTHORAX AND CHYLOPERITONEUM IN NEWBORNS: 4 CASE REPORT

Medical Academy of Nizhny Novgorod; Regional Children's Clinical Hospital of Nizhny Novgorod, Nizhny Novgorod

### Резюме

Хилоторакс (ХТ) и хилоперитонеум (ХП) – патологические состояния, связанные с накоплением лимфатической жидкости в плевральной или брюшной полости, обусловленные пороками развития лимфатических протоков, травмой при хирургических вмешательствах. В сообщении представлено описание 3 случаев ХТ и одного ХП. В лечении использовали дренирование плевральной или брюшной полости, полное парентеральное питание, синтетический аналог соматостатина – октреотид. 2 детей выздоровели, у 2 наблюдали летальный исход.

**Ключевые слова:** хилоторакс, хилоперитонеум, октреотид, дренирование

### Abstract

Chylothorax (CT) and chyloperitoneum (CP) are pathological conditions associated with the accumulation of lymphatic fluid in the pleural or abdominal abdomen caused by malformations of the lymphatic ducts and a trauma in surgical interventions. The report describes 3 cases of CT and 1 case of CP. The treatment included drainage of the pleural or abdominal abdomen, complete parenteral nutrition, and use of octreotide as a synthetic analog of somatostatin. 2 children were doing well, 2 others died.

**Key words:** chylothorax, chyloperitoneum, octreotide, drainage

Хилоторакс (ХТ) и хилоперитонеум (ХП) – это патологические состояния, связанные с накоплением лимфатической жидкости в плевральной или брюшной полости, обусловленные пороками развития лимфатических протоков, травмой при хирургических вмешательствах на органах грудной полости, пункции центральных вен, в родах. Летальность от ХТ и ХП, по данным отечественных и зарубежных авторов, составляет 30–50% [1, 2]. Целью терапии является снижение выработки хилуса, осушение плевральной полости, восполнение потерь жидкости и питательных веществ, профилактика инфекций. Для декомпрессии плевральной полости, эвакуации хилезной жидкости устанавливаются плевральные дренажи. Уменьшение выработки хилуса достигается путем назначения

полного парентерального питания. Быстрому рассасыванию выпота способствует введение синтетического аналога соматостатина – октреотида в дозе от 3,5 до 12 мкг/кг/ч внутривенно [2–4].

**Цель нашего сообщения** – описание 4 случаев консервативного лечения хилоторакса и хилоперитонеума у новорожденных.

На базе ГБУЗ «НОДКБ» в 2009–2012 гг. находились на лечении 3 больных с ХТ и ребенок с ХП. Все пациенты – мальчики. У 2 детей имела место врожденная патология лимфатических сосудов, у 2 больных ХТ развился после операций на грудной клетке, выполненных по поводу атрезии пищевода и истинной диафрагмальной грыжи. У 2 детей был правосторонний ХТ, у одного – левосторонний. Во всех случаях отмечался отягощенный аку-

шерский анамнез (беременность на фоне анемии, гипертонии, кольпита, хламидиоза, уреоплазмоза, угрозы прерывания, многоводия).

У новорожденного Б. антенатально был констатирован правосторонний гидроторакс. Сразу после рождения ребенок переведен на ИВЛ и на 2-е сутки доставлен из родильного дома в стационар. На рентгенограмме грудной клетки выявлено тотальное затемнение правой плевральной полости. Выполнен торакоцентез, удалено одномоментно 200 мл хилезной жидкости. Анализ плеврального содержимого: белок – 6,2–10,5 г/л, удельный вес – 1025, сахар – 5,5 моль/л, Le – 35–45 в п/зр.; Eг – 1–2 в п/зр., триглицериды – 2,04 ммоль/л. Цитогарма окрашенного препарата: с/я – 1%, м – 1%, л – 98%. Ребенок находился на полном парентеральном питании. С первых суток установления диагноза ХТ проводилась инфузия октреотида в дозе 6,0–7,5 мкг/кг/час. Потеря лимфы уменьшилась на 6-й день и полностью прекратилась на 8-й день после дренирования плевральной полости. Выписан с выздоровлением.

Новорожденный Р. родился в тяжелом состоянии. После рождения установлена атрезия пищевода с дистальным трахеопищеводным свищом. Оперирован на 3-и сутки жизни: выполнена торакотомия, наложен прямой эзофагоэзофагоанастомоз. На 10-е сутки после операции появилась клиника правостороннего гидроторакса, при дренировании плевральной полости получено хилезное содержимое в объеме 80 мл. Биохимический анализ плевральной жидкости: белок – 11,5 г/л, сахар – 4,2 ммоль/л, лимфоциты – 94%, триглицериды – 2,98 ммоль/л. Ребенок находился на парентеральном питании по гипералиментарному варианту, получал антибактериальное, противогрибковое лечение, иммунотерапию. После установления диагноза ХТ получал октреотид в дозе 6,5 мкг/кг/час в течение 9 суток до купирования явлений ХТ. На фоне проводимой терапии отток хилуса по дренажной системе ежедневно уменьшался, на 9-е сутки явления ХТ купированы. Выписан домой на 29-е сутки жизни с выздоровлением.

Новорожденный К. оперирован по поводу истинной диафрагмальной грыжи слева, диагностированной антенатально в первые сутки жизни. Выполнены лапаротомия, иссечение грыжевого мешка (в нем находились левая доля печени, селезенка, желудок и часть петель тонкого кишечника), френи-

копластика. С первых суток после операции развилась клиника левостороннего ХТ (объем хилезного экссудата достигал 140 мл/сут.). Анализ плевральной жидкости: белок – 7,5 г/л, сахар – 3,2 ммоль/л, лимфоциты – 90%, триглицериды – 3,98 ммоль/л. Ребенок находился на ИВЛ, проводились полное парентеральное питание, антибактериальная, симптоматическая терапия. Получал октреотид в дозе 5–10 мкг/кг/час. Потеря лимфы уменьшилась до 20–40 мл/сут., однако на фоне тяжелой сопутствующей патологии (выраженная морфо-функциональная незрелость, двусторонняя полисегментарная пневмония, открытый артериальный проток) развилась полиорганная недостаточность, наступил летальный исход на 35-е сутки жизни. На аутопсии установлены врожденные лимфоангиоэктазии левого легкого.

Мальчик Д. поступил в клинику в возрасте месяца. На 3-й неделе жизни отмечалось резкое увеличение объема живота. При УЗИ брюшной полости выявлен асцит с экстраорганным скоплением жидкости. При лапароцентезе одномоментно удалено 200 мл хилезной жидкости. Анализ содержимого: белок – 24,6 г/л, лимфоциты – 82%, нейтрофилы – 18%, триглицериды – 3,2 ммоль/л. Ребенок переведен на полное парентеральное питание в гипералиментарном режиме. Получал лечение октреотидом в дозе 5 мкг/кг/час. В связи с сохраняющимся истечением лимфы по дренажу и для исключения лимфангиомы была выполнена диагностическая лапаротомия. При ревизии брюшной полости выявлены явления лимфостаза в области брыжейки кишечника. Установлен диагноз: аномалия развития лимфатической системы, хилезный асцит. Продолжено дренирование брюшной полости, доза октреотида увеличена до 8 мкг/кг/час. Ежедневная потеря лимфы составила 200–350 мл/сут., и на 27-й день на фоне развития полиорганной недостаточности наступил летальный исход. На аутопсии установлен диагноз первичной кишечной лимфангиоэктазии (болезни Вальдмана) с наличием в подслизистом слое кишечника и брыжейки клубков кавернозно расширенных лимфатических и кровеносных сосудов.

Таким образом, причинами развития ХТ и ХП в описанных случаях были врожденные пороки развития лимфатических сосудов и операционная травма. Консервативное лечение с использованием октреотида оказалось эффективным у 50% пациентов.

**Список литературы:**

1. *Ашкрафт К. У., Холдер Т. М.* Детская хирургия. Т. I. СПб., 1996.
2. *Баландина Н. А., Беляева И. Д., Степаненко С. М., Жиркова Ю. В., Цветков И. О.* Хилоторакс у новорожденных // Русский анестезиологический сервер; <http://www.rusanesth.com/intter/st5.htm>.
3. *Андреев Д. А., Вербин О. И.* Хилоторакс у детей // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН, 2009. №4. С. 55–58.
4. *Онницыв И. Е.* Диагностика и лечение хилоперитонеума: диссертация кандидата медицинских наук. Санкт-Петербург, 2009.

**Авторы**

<b>КИРЕЕВА Надежда Борисовна</b>	Доктор медицинских наук, доцент кафедры детской хирургии НижГМА. E-mail: <a href="mailto:www.KireevaNB@yandex.ru">www.KireevaNB@yandex.ru</a>
<b>ПИВИКОВ Виктор Евгеньевич</b>	Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ НО «НОДКБ». E-mail: <a href="mailto:www.mazay8888@mail.ru">www.mazay8888@mail.ru</a>
<b>НОВОПОЛЬЦЕВ Евгений Александрович</b>	Врач-реаниматолог отделения реанимации и интенсивной терапии новорожденных ГБУЗ НО «НОДКБ». E-mail: <a href="mailto:www.novopole@mail.ru">www.novopole@mail.ru</a>
<b>ТУМАКОВА Нина Борисовна</b>	Врач-неонатолог хирургического отделения ГБУЗ НО «НОДКБ». Тел.: 8-910-886-11-97
<b>НОВОПОЛЬЦЕВА Екатерина Геннадьевна</b>	Кандидат медицинских наук, ассистент кафедры педиатрии и неонатологии НижГМА. E-mail: <a href="mailto:www.eknovopol@mail.ru">www.eknovopol@mail.ru</a>
<b>ПЛОХАРСКИЙ Николай Анатольевич</b>	Хирург-неонатолог хирургического отделения ГБУЗ НО «НОДКБ»
<b>БИРЮКОВ Юрий Павлович</b>	Заведующий хирургическим отделением ГБУЗ НО «НОДКБ»
<b>ПРИВАЛОВА Людмила Павловна</b>	Заведующая отделением онкологии ГБУЗ НО «НОДКБ»
<b>ЯСКОВЕЦ Александр Андреевич</b>	Заведующий отделением реанимации и интенсивной терапии ГБУЗ НО «НОДКБ»