

Бочаров Р.В., Погорелко В.Г., Варламов К.Г., Караваяев А.В., Юшманова А.Б.

## ХИЛОПЕРИТОНЕУМ У РЕБЕНКА 5 МЕСЯЦЕВ

Областное государственное автономное учреждение здравоохранения «Больница скорой медицинской помощи №2»

Bocharov R.V., Pogorelko V.G., Varlamov K.G., Karavaev A.V., Yushmanova A.B.

### A CASE OF CHYLOPERITONEUM DEVELOPMENT IN A 5-MONTH OLD CHILD

Regional State Autonomous Healthcare Institution Emergency Hospital No. 2

#### Резюме

Проанализирован случай успешного лечения хилоперитонеума у младенца 5 месяцев. Изложены клинико-лабораторная картина патологии, визуальные морфологические изменения в брюшной полости, оценка перитонеального выпота по объективным маркерам. В комплексной терапии использованы современные принципы: разгрузка кишечника, полное парентеральное питание, коррекция водно-солевого и белкового баланса, октреотид (синтетический аналог соматостатина).

**Ключевые слова:** хилоперитонеум, интенсивная терапия, октреотид

#### Abstract

A case of successful chyloperitoneum therapy in a 5-month-old infant was analyzed. Clinical and laboratory picture of pathology, visual morphological changes in the abdomen are described and the peritoneal effusion using objective markers is evaluated. The complex therapy uses modern methods such as intestinal unloading, complete parenteral nutrition, correction of electrolyte and protein balance, octreotide (somatostatin synthetic analogue).

**Key words:** chyloperitoneum, intensive therapy, octreotide

#### Введение

Патологические состояния, при которых происходит накопление лимфатической жидкости в плевральной (хилоторакс), брюшной (хилоперитонеум) или перикардиальной (хилоперикард) полости, возникают у пациентов детского возраста очень редко [1]. Патогенез хилоперитонеума (ХП) в период новорожденности, особенно у недоношенных детей с сопутствующими патологиями, связывают с задержкой созревания или гипоплазией млечных капилляров и цистерн, что способствует трансудации лимфы [2, 3, 4]. У младенцев пропотевание лимфы происходит при первичной кишечной лимфангиоэктазии (болезнь Вальдмана, когда в подслизистом слое кишечника и в брыжейке определяются клубки кавернозно-расширенных лимфатических и кровеносных сосудов), при мальформации, атрезии лимфатических протоков, врожденных лимфатических кистах, а также после травмы и оперативных вмешательств в брюшной полости [1, 5, 6]. В настоящее время сохраняются трудности диагностики и лечения ХП у детей [2].

#### Материалы и методы

Проведен ретроспективный анализ лечения пациента О. Р., 5 месяцев, медицинская карта №5716. За 14 часов до обращения в стационар у ребенка возникло беспокойство, стул был кашицеобразный, газы отходили, получал грудное кормление. Через 6 часов стул и газы перестали отходить, появилось вздутие живота, усилилось беспокойство. При поступлении: плач беспричинный, вздутие живота во всех отделах, болевая реакция на пальпацию, ограничение в дыхании, отека и гиперемии передней брюшной стенки нет, перистальтика не выслушивается. Выяснено дополнительно, что ребенок 5 суток назад упал с детского кресла высотой около 50 см.

#### Результаты и обсуждения

Комплексное обследование выявило признаки динамической кишечной непроходимости – УЗИ органов брюшной полости: отсутствие перистальтики кишечника, кишки увеличены в диаметре до 25 мм, свободная жидкость в межпетельных

пространства; обзорная рентгенография органов брюшной полости: петли кишок расширены с единичными уровнями преимущественно в левой половине и желудке. Лабораторные данные указывали на течение воспалительной реакции и эксикоза: число лейкоцитов  $18,8 \times 10^9$ , СРБ 56 мг/л, фибриноген 4,92 г/л, число эритроцитов  $5,8 \times 10^{12}$ , гемоглобин 160 г/л, гематокрит 46,5%. В течение 12 часов проводилась инфузионная терапия из расчета 100 мл/кг. По желудочному зонду отходил секрет светло-желтого цвета, перистальтика аускультативно не выслушивалась, после стимуляции кишечника получен скудный стул желтого цвета: слизь ++++, детрит ++, лейкоциты сплошь, эритроциты до 10 в поле зрения.

На контрольной УЗИ органов брюшной полости: отмечается появление отека, жидкостной инфильтрации жировой клетчатки забрюшинного пространства, предпузырной и паранефральной клетчатки, наиболее выраженной в правых отделах, а также свободной жидкости под печенью. Выставлен предварительный диагноз: Кишечная непроходимость. Для исключения «острой» хирургической патологии брюшной полости решено выполнить диагностическую лапароскопию. Операция: после постановки порта под пупком выделялся под давлением мутный выпот в большом количестве; обзор в брюшной полости был затруднен; конверсия на срединную лапаротомию. Из брюшной полости удален до 200 мл «молочного» цвета выпот, тонкий кишечник спавшийся, петли толстого расширены до 4 см, серозный покров блестящий, розовый. Целостность желудка и кишечника не нарушена. Ткани забрюшинного пространства в верхних отделах брюшной полости, брыжейка толстой кишки и, в меньшей степени, тонкой кишки, область поджелудочной железы плотные, отечные, белые. При вскрытии забрюшинного пространства минимальное отхождение жидкости.

Стенка ободочной кишки отечная, белая, при компрессии ее выделяется белый, непрозрачный выпот. Ткани сальниковой сумки после вскрытия ее пропитаны белым отделяемым, дифференцировать ткань поджелудочной железы не удалось. Обнаружить источник выпота не удалось. Результаты анализа выпота соответствовали диагностическим признакам ХП [7]: молочный цвет жидкости, все поля усеяны жировыми каплями, содержание хиломикрон 14,1%, триглицеридов 3,3 ммоль/л, общего белка 45 г/л, лимфоцитов 80%. В биохимическом анализе крови: белок 40,5 г/л, альбумин 29 г/л, С-реактивный белок 70 мг/л, амилаза 26 Ед/л.

Согласно современной тактике лечения ХП [1, 2, 3, 5, 6] применена разгрузка кишечника, назначены полное парентеральное питание, коррекция водно-солевого и белкового баланса, октреотид (синтетический аналог соматостатина) в дозе 5 мкг/кг/час. Кормление дробное начато с 6-х суток, характер выпота из брюшной полости на 11-е сутки стал серозным, на 14-е сутки продукция выпота прекратилась, после чего прекращено введение октреотида, биохимия крови на 18-е сутки без особенностей, УЗИ органов брюшной полости на 22-е сутки: свободной жидкости, патологических образований не выявлено. На 26-е сутки ребенок выписан из стационара, контрольный осмотр через 2 недели – развитие соответствует возрасту, жалоб нет, патология в брюшной полости не определяется.

**Выводы.** В описанном случае причиной развития хилоперитонеума стала травма с отсроченной динамикой развития. Основой диагностики данной патологии является биохимический и клеточный анализ перитонеальной жидкости. Комплексная терапия, включающая полное парентеральное питание, голодный покой, октреотид, купировала продукцию лимфы, привела к выздоровлению.

## Литература

1. Арестова С.В., Афуков И.В., Котлубаев Р.С., Мельцин И.И. Случай редкой патологии лимфатической системы у детей // Материалы II съезда детских хирургов России, 21–23 октября 2016 г. Москва, 2016. С. 28.
2. Киреева Н.Б., Пивиков В.Е., Новопольцев Е.А., Тумакова Н.Б., Плохарский Н.А., Бирюков Ю.П., Привалова Л.П., Ясковец А.А., Новопольцева Е.Г. Хилоторакс и хилоперитонеум у новорожденных: сообщение о 4 случаях // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2013. Том III. № 1. С. 108–110.
3. Кучеров Ю.И., Яшина Е.В., Жиркова Ю.В., Чеботаева Л.И., Москвитина Л.Н. Лечение новорожденного с хилотораксом, хилоперикардом и хилоперитонеумом // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2016. Том VI. № 1. С. 95–99.

4. *Онницыв И.В.* Диагностика и лечение хилоперитонеума: автореферат дисс. ... канд. мед. наук. СПб., 2009.
5. *Разин М.П., Скобелев В.А., Помелов С.А., Батуров М.А.* Опыт лечения детей с хилотораксом и с хилоперитонеумом (обмен опытом) // Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 2014. Том IV. № 1. С. 39–41.
6. *Рудакова Э.А., Ковалева О.А., Опеньшиева А.В., Королева М.А.* Результаты лечения хилоперитонеума у новорожденного // Пермский медицинский журнал. 2015. Том XXXII. № 6. С. 78–83.
7. *Тихомиров Г.В.* Сложности диагностического поиска на примере случая врожденного хилоперитонеума // 2-я Всероссийская конференция с международным участием и XIII межрегиональная научная сессия молодых ученых и студентов «Современные решения актуальных научных проблем в медицине». 18–19 марта 2015 г. Нижний Новгород, 2015. – URL: <http://nauka.nizhgm.ru/uploads/shared/5tihomirov.pdf>.

## References

1. *Arestova S.V., Afukov I.V., Kotlubaev R.S., Mel'tsin I.I.* Cases rare pathology of the lymphatic system in children. Proceedings of the II Congress of Children's Surgeons of Russia, October 21–23, 2016, Moskva. P. 28. (in Russian)
2. *Kireeva N.B., Pivikov V.E., Novopol'tsev E. A., Tumakova N.B., Plokharskii N.A., Biryukov Yu.P., Privalova L.P., Yaskovets A.A., Novopol'tseva E. G.* Chylothorax and chyloperitoneum in newborns: report of 4 cases. Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and critical care medicine. 2013. Vol. III. No. 1. Pp. 108–110. (in Russian)
3. *Kuchеров Yu.I., Yashina E.V., Zhirkova Yu.V., Chebotaeva L.I., Moskvitina L.N.* A clinical case of simultaneous treatment chylothorax, chylopericardium and chyloperitoneum in a newborn. The Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and critical care medicine. 2016. Vol. VI. No. 1. Pp. 95–99. (in Russian)
4. *Onnitsev I.V.* Diagnosis and treatment of chyloperitoneum. Extended abstract of candidate's thesis. St. Petersburg, 2009. (in Russian)
5. *Razin M.P., Skobelev V.A., Pomelov S.A., Baturov M.A.* Experience in treating children with chylothorax and chyloperitoneum (Exchange of experience). The Russian Bulletin of pediatric surgery, anesthesiology and critical care medicine. 2014. Vol. IV. No. 1. Pp. 39–41. (in Russian)
6. *Rudakova E.A., Kovaleva O.A., Openysheva A.V., Koroleva M.A.* Results of treatment of chyloperitoneum in newborn children. Perm Medical Journal. 2015. Vol. XXXII. No. 6. Pp. 78–83. (in Russian)
7. *Tikhomirov G.V.* 2-nd All-Russian Conference with International Participation and XIII Interregional Scientific Session of Young Scientists and Students «Modern Solutions to Current Scientific Problems in Medicine». 2015. Available at: <http://nauka.nizhgm.ru/uploads/shared/5tihomirov.pdf>. (in Russian)

Принята к печати: 29.11.2017 г. ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ Не указан. КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить. FINANCING SOURCE Not specified. CONFLICT OF INTERESTS Not declared

## Авторы

<b>БОЧАРОВ Роман Владиславович</b>	Кандидат медицинских наук, врач – анестезиолог-реаниматолог, отделение анестезиологии и реанимации БСМП №2, 634021, г. Томск, ул. Кошевого, 72. E-mail: roman_1967@mail.ru
<b>КАРАБАЕВ Андрей Викторович</b>	Главный врач БСМП №2, врач – детский хирург
<b>ПОГОРЕЛКО Владимир Григорьевич</b>	Заведующий отделением хирургии, врач – детский хирург БСМП №2.
<b>ВАРЛАМОВ Константин Геннадьевич</b>	Заведующий отделением анестезиологии-реанимации, врач – анестезиолог-реаниматолог БСМП №2.
<b>ЮШМАНОВА Анна Борисовна</b>	Врач – детский хирург, отделение хирургии БСМП №2.