

Судакова Н.М.¹, Османов И.М.¹, Острейков И.Ф.², Майкова И.Д.¹, Подкопаев В.Н.¹, Лагошин Г.Н.¹, Довнар Ю.Н.¹, Соколов Ю.Ю.²

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С ХИЛОПЕРИТОНЕУМОМ

¹ Детская городская клиническая больница им. З.А. Башляевой, Москва, Россия² Российская медицинская академия непрерывного профессионального образования, МоскваSudakova N.M.¹, Osmanov I.M.¹, Ostreykov I.F.², Maykova I.D.¹, Podkopaev V.N.¹, Lagoshin G.N.¹, Dovnar Y.N.¹, Sokolov Yu.Yu.²

EXPERIENCE WITH TREATMENT OF A NEWBORN WITH CHYLOPERITONEUM

¹ Z.A. Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Moscow, Russia² Russian Medical Academy of Continuous Professional Education, Moscow**Резюме**

В статье приведен клинический случай лечения новорожденного с хилоперитонеумом на фоне тяжелой сопутствующей патологии бронхолегочной системы. Хилезный характер выпота явился находкой при проведении оперативного вмешательства. В консервативном лечении использовали парентеральное питание, октреотид, искусственную вентиляцию легких. Продолжительность полного парентерального питания составила 8 суток. Общая длительность пребывания ребенка на ИВЛ с учетом сопутствующей патологии составила 86 суток. Ребенок переведен на второй этап выхаживания с последующей выпиской домой в возрасте 4 мес. жизни.

Ключевые слова: новорожденный, хилоперитонеум

Abstract

The article describes a clinical case of treatment of a newborn with chyloperitoneum against the background of a severe concurrent pathology of the bronchopulmonary system. Chylous effusion was useful during a surgery. In the conservative therapy they used parenteral feeding, octreotide and artificial pulmonary ventilation. The complete parenteral feeding was given for 8 days. The total use of APV considering the concurrent pathology accounted for 86 days. The child was shifted to the second stage of care and discharged when he was 4 months old.

Key words: newborn, chyloperitoneum

Скопление лимфатической жидкости во внутренних полостях организма довольно редкое явление для периода новорожденности. В литературе появляются сообщения о случаях развития хилоторакса, реже хилоперитонеума у новорожденных, однако единого понимания этиологии, тактики ведения таких пациентов пока нет [1]. Причины хилоперитонеума многообразны – это мальформации лимфатических сосудов, атрезии лимфатических протоков, врожденные кисты лимфатических сосудов [2]. Однако более чем в половине случаев установить точно причину подобного состояния не удается, в такой ситуации мы имеем дело с идиопатическим хилоперитонеумом.

Клинические проявления хилезных выпотов носят неспецифический характер и протекают под маской наиболее распространенных для периода

новорожденности заболеваний – пневмония, энтероколит, во всех случаях имеет место нарастающая дыхательная недостаточность. Основным методом диагностики является лабораторное исследование характера полученной жидкости. Хилезный характер выпота определяет высокое, практически 100%-ное содержание лимфоцитов, повышение общего количества клеток более 1000 в мкл, уровень липидов более 1,1 ммоль/л [3, 4].

Поскольку круг диагностического поиска для заболеваний достаточно широк и тактика ведения зависит от основной патологии, мы посчитали интересным представить свой опыт ведения новорожденных с хилезным выпотом.

Целью исследования явилось описание клинического случая успешного лечения ребенка с хилоперитонеумом.

В отделении реанимации и интенсивной терапии новорожденных (ОРИТН) ДГКБ им З.А. Башляевой на лечении находился ребенок, который поступил в возрасте 10 суток жизни из роддома. Из анамнеза известно, что мальчик родился с массой тела 1190 г в гестационном возрасте 29–30 нед. Сразу после рождения ребенку потребовалось проведение искусственной вентиляции легких (ИВЛ), эндотрахеально был введен сурфактант. Энтеральное питание не получал, попытки его назначить были неэффективны из-за отсутствия усвоения. В ОРИТН ДГКБ им З.А. Башляевой ребенок поступил в тяжелом состоянии, была продолжена ИВЛ. Рентгенологически отмечалась картина течения пневмонии. Клинически выражены симптомы инфекционного токсикоза, дыхательная недостаточность, в неврологическом статусе синдром общего угнетения, гидроцефальный синдром вследствие постгеморрагической дилатации желудочков после внутрижелудочкового кровоизлияния 2–3-й степени.

Ребенок находился в отделении 37 суток, из которых длительность ИВЛ составила 33 дня. Энтеральное питание стал получать с первых дней госпитализации через зонд, в объеме минимального трофического кормления, постепенно объем расширялся. За 1-й месяц жизни ребенок прибавил 460 г. С клиническим диагнозом: Бронхолегочная дисплазия средней тяжести. Пневмония. Дыхательная недостаточность 1–2-й ст. Гипоксически-геморрагическое поражение ЦНС, внутрижелудочковое кровоизлияние 2–3-й ст. справа, постгеморрагическая вентрикулодилатация. Синдром угнетения. Недоношенность 30 недель. Анемия недоношенных смешанного генеза 2-й ст. (проведение гемотрансфузии).

В постконцептуальном возрасте 36 нед. ребенок был переведен в отделение выхаживания новорожденных для дальнейшей реабилитации. В отделении патологии новорожденных мальчик находился в течение 30 дней. За этот период состояние с положительной динамикой – рентгенологически пневмония разрешилась, отмечалась умеренная кислородозависимость после кормлений в виде появления периорального цианоза, акроцианоза. Энтеральное питание адекватное, усваивал смесь, срыгиваний не отмечалось. Стул регулярный, кашицеобразный. В неврологическом статусе постепенно нарастала двигательная активность.

Завершен курс антибактериальной терапии. Проводилась ингаляционная терапия беродуалом и пульмикортом в связи с симптомами бронхообструкции. Получал лечение дигоксином в связи с развитием постгипоксической кардиомиопатии с нарушением сократимости миокарда левого желудочка на фоне бронхолегочной дисплазии.

Ребенок готовился на выписку из стационара. Однако в возрасте 2 мес. жизни состояние ухудшилось, увеличилась потребность в кислороде, на фоне кислородотерапии по показателям кислотно-основного состояния выявлена гиперкапния, неврологически усилилась вялость, срыгиваний не было. Не лихорадил. Аускультативно появилось ослабленное дыхание, крепитирующие хрипы, частота сердцебиений увеличилась до 180 в минуту. С клиническим диагнозом «пневмония» ребенок был переведен в ОРИТН. При поступлении состояние оценено как очень тяжелое. В течение нескольких часов после поступления появились длительные апноэ, ребенок интубирован и переведен на ИВЛ. Параметры ИВЛ «жесткие» – концентрация кислорода 100%. Клинически выражен общий отечный синдром, кожные покровы бледные с серым оттенком, «мраморные». Нормотермия. Энтеральное кормление минимальное по 5 мл смеси через зонд. Дыхание в легких выслушивалось равномерно, жесткое, крепитирующие хрипы во всех отделах. Тоны сердца ритмичные, приглушены, частота сердцебиений 167 в минуту. По данным кислотно-основного состояния несмотря 100%-ную подачу кислорода сохранялась гипоксемия до 29 мм рт. ст. Учитывая неэффективность традиционной вентиляции, сохраняющуюся десатурацию до 72%, гипоксемию ребенок переведен в режим высокочастотной ИВЛ. На рентгенограмме выявлена пневмония на фоне бронхолегочной дисплазии.

В течение последующего периода состояние продолжало оставаться крайне тяжелым – сохранялась выраженная кислородная зависимость. На фоне антибактериальной терапии стали нарастать симптомы инфекционного токсикоза, сохранялся общий отечный синдром, серость кожных покровов. Лабораторно отмечались высокие показатели активности воспалительного процесса: С-реактивный белок – 134 мг/л, прокальцитонин – 18 нг/мл. Ребенку продолжена высокочастотная ИВЛ, антибактериальная терапия, инфузионная терапия с ограничением введения жидкости с учетом

отечного синдрома, проведена пассивная иммунотерапия пентаглобином, кардиотоническая, посиндромная. Объем разового энтерального питания постепенно расширялся с 5 мл до 17 мл смеси для недоношенных детей. На этом фоне уменьшились кислородная зависимость и симптомы дыхательной недостаточности, что позволило перевести ребенка в режим традиционной ИВЛ. Однако появились клинические симптомы со стороны ЖКТ – выраженная болезненная реакция при поверхностной пальпации, вздутие живота, увеличение окружности в течение суток +2 см. Перистальтика кишечника слабо выслушивалась справа, слева не выслушивалась. Печень +5 см от края реберной дуги, край плотный, селезенка +1 см.

Клинически усилилось общее беспокойство ребенка, тахикардия, в неврологическом статусе появились преходящие клонические подергивания нижних конечностей. Срыгиваний не было. Диурез сниженный, в связи с чем проводилась стимуляция фуросемидом внутривенно капельно 6–8 мг/кг/сут. Стула не было. Показатели кислотно-основного состояния крови: pH – 7,5, pCO₂ – 37,5 мм рт. ст.; pO₂ – 49,3 мм рт. ст.; ABE – 7,4 ммоль/л; SBE – 7,2 ммоль/л; HCO₃ – 30,5 ммоль/л; Нв – 110 г/л; глюкоза – 7,1 ммоль/л, натрий – 137 ммоль/л, калий – 3,8 ммоль/л. Продолжена ИВЛ SIMV с параметрами: РЕЕР 8→15 мбар, Tin=0,40, FiO=90→85%, PIP=36 мбар, VR=55, Sat O288–92%.

С целью исключения хирургической патологии – некротизирующего энтероколита – выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: выявлена свободная жидкость в латеральном канале до 10 мм, в межпетлевых пространствах 5–7 мм, в проекции малого таза – 5 мм, отмечено снижение перистальтики кишечника, инфильтрация и утолщение его стенки до 1,5 мм. Ребенок был осмотрен хирургом, и ему был выставлен диагноз некротизирующего энтероколита, гнойного перитонита. В экстренном порядке выполнена операция – срединная лапаротомия. При вскрытии брюшной полости в умеренном количестве выделился серозный выпот. При ревизии петли тонкой и толстой кишки без особенностей. Червеобразный отросток не изменен. Париетальная брюшина без признаков воспаления. Состояние расценено как хилезный асцит, при этом источник лимфорей установить не удалось. Через лапароцентезную рану в правой подвздошной области установлен контрольный дренаж,

уложен в полость малого таза. Результаты лабораторного исследования выпота брюшной полости: лимфоциты – 100%, белок – 38 г/л, сахар – 7,6 ммоль/л, липиды – 0,9 ммоль/л, цитоз – 6240/мкл.

В доступной литературе описаний случаев лечения новорожденных с хилезными выпотами крайне мало, а общепризнанного протокола ведения таких детей нет. В этой связи, после установления диагноза хилоперитонеума, принимая во внимание сопутствующую патологию – течение тяжелой формы бронхолегочной дисплазии, постгеморрагической вентрикулодилатации, нами была принята следующая тактика лечения пациента.

В послеоперационном периоде энтеральное питание полностью отменено, с парентеральным питанием ребенок получал минимальное количество жиров – не более 0,5 г/кг/сут, проводилась коррекция по белку с увеличением его дотации до 3,5 г/кг/сут. Медикаментозное лечение в составе комплексной терапии сопутствующей патологии включало применение синтетического аналога соматостатина – препарата октреотид в дозе 1 мкг/кг через 6 часов на протяжении двух суток. На фоне лечения октреотидом проводили контроль глюкозы крови каждые 4 часа, гипергликемии не отмечено.

В раннем послеоперационном периоде отделяемое по дренажу было в небольшом количестве – до 10–15 мл/сут и в течение 5 суток прекратилось. Энтеральное питание начато белковым гидролизатом на 8-е сутки после операции в минимальном объеме с постоянным, после каждого кормления, контролем отделяемого по дренажу. Дренаж удален на 16-е сутки после операции. На контрольных УЗИ брюшной полости свободная жидкость в брюшной полости не определялась. По дыхательным функциям состояние стабилизировалось, симптомы дыхательной недостаточности регрессировали, ребенок был экстубирован на 53-и сутки от начала проведения ИВЛ. Общая продолжительность ИВЛ составила 86 суток. В нутритивном статусе в послеоперационном периоде развилась постнатальная гипотрофия 1-й ст. В состоянии компенсации в возрасте 4 мес жизни ребенок был переведен на 2-й этап выхаживания с объемом разового энтерального питания 55 мл и в последующем выписан домой.

Заключение: данный случай представляет интерес в том плане, что клинические симптомы дисфункции ЖКТ на фоне течения тяжелой патологии

дыхательной системы, продолжительной ИВЛ, в совокупности с результатами лабораторно-инструментальных тестов у недоношенного ребенка были расценены как хирургическая стадия развивающегося некротического энтероколита. Хилезный характер выпота в брюшной полости явился наход-

кой при выполнении оперативного вмешательства. Не исключено, что тяжесть дыхательных нарушений поддерживалась именно выявленной патологией. После определения тактики лечения хилоперитонеума стали регрессировать и дыхательные нарушения.

Литература/References

1. *Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.* Детская хирургия. Т. I. СПб., 1996.
Ashkraft K. U., Holder T.M. Pediatric surgery. T. I. SPb., 1996. (In Russ.)
2. *Bellini C., Ergaz Z., Radicioni M., Forner-Cordero I., Witte M., Perotti G., Figar T., Tubaldi L., Camerini P., Baroz B., Yatsiv I., Arad I., Traverso F., Bellini T., Boccardo F., Campisi C., Dalmonte P., Vercellino N., Manikanti S., Bonioli E. C.* Congenital fetal and neonatal visceral chylous effusions: neonatal chylothorax and chylous ascites revisited: A multicenter retrospective study // *Lymphology* 2012; 45 (3):91–102.
3. *Ашкрафт К.У., Холдер Т.М.* Детская хирургия. Т. III. СПб., 1999.
Ashkraft K. U., Holder T.M. Pediatric surgery. T. III. SPb., 1999. (In Russ.)
4. *Андреев Д.А., Вербин О.И.* Хилоторакс у детей // Бюллетень Волгоградского научного центра РАМН. 2009. № 4. С. 55–58.
Andreev D.A., Verbin O.I. Chylotorax in children // *The Bulletin of Volgograd scientific centre of Russian Academy of medical Sciences.* 2009. No. 4. P. 55–58. (In Russ.)

Принята к печати: 27.02.2018 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

<p>СУДАКОВА Наталья Михайловна Natalia M. SUDAKOVA</p>	<p>Доктор медицинских наук, врач-неонатолог отделения реанимации новорожденных ДГКБ им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы. 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28. E-mail: tdgb-oritneo@yandex.ru <i>Dr.Sci (Med), Neonatologist of the Department of Neonatal Reanimatology of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373. E - mail: tdgb-oritneo@yandex.ru</i></p>
<p>ОСМАНОВ Исмаил Магомедович Ismail M. OSMANOV</p>	<p>Доктор медицинских наук, профессор, главный врач ДГКБ им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы. 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28 <i>Dr.Sci (Med), Prof., Chief Medical Officer of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373</i></p>
<p>ОСТРЕЙКОВ Иван Федорович Ivan F. OSTREIKOV</p>	<p>Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой анестезиологии, реаниматологии и токсикологии детского возраста Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования. 123836, Россия, Москва, ул. Баррикадная, д. 2/1 <i>Dr.Sci (Med), Prof., Head of the Department of Anesthesiology, Reanimatology and Toxicology of Childhood, Barrikadnaya str., 2/1, Moscow, Russia, 123836</i></p>
<p>МАЙКОВА Ирина Дмитриевна Irina D. MAIKOVA</p>	<p>Кандидат медицинских наук, заместитель главного врача по лечебной работе ДГКБ им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы. 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28 <i>Cand. Sci. (Med.), Deputy of Chief Medical Officer of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373</i></p>

<p>ПОДКОПАЕВ Владимир Николаевич Vladimir N. PODKOPEV</p>	<p>Кандидат медицинских наук, заведующий отделением реанимации новорожденных детей ДГКБ им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы. 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28 <i>Cand. Sci. (Med.), Head of the Department of Newborns Reanimation of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373</i></p>
<p>ЛАГОШИН Глеб Николаевич Gleb N. LAGOSHIN</p>	<p>Врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации новорожденных детей ДГКБ им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы. 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28 <i>The Department of Newborns Reanimation of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373</i></p>
<p>ДОВНАР Юлия Николаевна Julia N. DOVNAR</p>	<p>Врач анестезиолог-реаниматолог отделения реанимации новорожденных детей ДГКБ им З.А. Башляевой Департамента здравоохранения г. Москвы. 125373, Россия, Москва, ул. Героев Панфиловцев, 28 <i>The Department of Newborns Reanimation of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373</i></p>
<p>СОКОЛОВ Юрий Юрьевич Yury Yu. SOKOLOV</p>	<p>Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Российской медицинской академии последипломного образования. E-mail: sokolov-surg@yandex.ru <i>Dr.Sci (med), professor, Head of the Department of Pediatric Surgery Russian Medical Academy of Postgraduate Education</i></p>

Для корреспонденции: Судакова Наталья Михайловна – доктор медицинских наук, врач неонатолог отделения реанимации новорожденных ДГКБ им З.А.Башляевой Департамента здравоохранения г.Москвы. 125373, Россия, Москва, ул Героев Панфиловцев, 28 E - mail: tdgb-oritneo@yandex.ru, тел.8495-496-30-39

For correspondence: Natalia M. Sudakova, Dr.Sci (med), Neonatologist of the Department of Neonatal Reanimation of ZA Bashlyaeva Children's Municipal Clinical Hospital, Geroev Panfilovtsev str., 28 Moscow, Russia, 125373, E - mail: tdgb-oritneo@yandex.ru

Для цитирования: Судакова Н.М., Османов И.М., Острейков И.Ф., Майкова И.Д., Подкопаев В.Н., Лагошин Г.Н., Довнар Ю.Н., ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ НОВОРОЖДЕННОГО С ХИЛОПЕРИТОНЕУМОМ

Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии 2018;8(1): 66-70
DOI:10.30946/2219-4061-2018-8-1-66-70

For citation: N. M. Sudakova, I. M. Osmanov, I. F. Ostreykov, I. D. Maykova, V. N. Podkopaev, G. N. Lagoshin, Y. N. Dovnar, Sokolov Yu.Yu., EXPERIENCE WITH TREATMENT OF A NEWBORN WITH CHYLOPERITONEUM

Journal of Pediatric Surgery, Anesthesia and Intensive Care 2018;8(1): 66-70
DOI:10.30946/2219-4061-2018-8-1-66-70