

Разин М.П., Скобелев В.А., Помелов С.А., Батуров М.А.

## ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ ДЕТЕЙ С ХИЛОТОРАКСОМ И С ХИЛОПЕРИТОНЕУМОМ (ОБМЕН ОПЫТОМ)

ГБОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации; КОГБУЗ «Кировская областная детская клиническая больница»

Razin M.P., Scobelev V.A., Pomelov S.A., Baturov M.A.

## EXPERIENCE IN TREATING CHILDREN WITH CHILOTHORAX AND HILOPERITONEUMOM (EXCHANGE OF EXPERIENCE)

Kirov State Medical Academy; Kirov Children's Hospital

### Резюме

Проанализированы 5 случаев хилоторакса и хилоперитонеума у новорожденных и младенцев; летальность составила 40%. Определены показания к современному комплексному лечению патологии, высказано свое видение проблемы хилосерозитов в детской практике, определена ее возрастающая актуальность.

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

### Abstract

The authors analyzed 5 cases observed and hiloperitoneuma chylothorax in neonates and infants, mortality was 40%. Indications for modern comprehensive treatment pathology, expressed his vision problems hiloserozitolov in pediatric practice and its increasing relevance.

**Key words:** chylothorax, hiloperitoneum octreotide

### Введение

Хилоторакс (ХТ) и хилоперитонеум (ХП) – это патологические состояния, связанные с накоплением лимфатической жидкости в плевральной или брюшной полости. Состояния серьезные, а иногда и угрожающие жизни, часто вызывающие сердечно-легочную недостаточность, метаболические, электролитные и иммунологические расстройства.

Еще недавно основными причинами развития этой патологии считались преимущественно травматические повреждения. В настоящее время очевидно, что этиология этих состояний гораздо более гетерогенная [2]: выделяют врожденные ХТ, обусловленные врожденными пороками развития грудного лимфатического протока, его родовой травмы; травматические ХТ и ХП (после травмы и оперативных вмешательств на органах грудной клетки и брюшной полости); нетравматические ХТ и ХП (опухолевые обструкции, лимфангиоматоз кишечника – болезнь Вальдмана, тромбоз верхней полой и подключичной вены и др.). В последние годы повышающаяся выживаемость новорожденных с экстремально низкой массой тела способствова-

ла существенному росту этих, еще недавно редких, состояний. Летальность от ХТ и ХП у новорожденных, по литературным данным, составляет 30–50% [2, 3], что объясняет проблематичность и высокую значимость патологии.

### Материал и методы исследования

В клинике детской хирургии Кировской ГМА с 2009 по 2013 г. было пролечено 5 больных с данной патологией: 3 недоношенных новорожденных с ХТ, 1 девочка 2 мес с ХП и 1 новорожденная, у которой на фоне лечения ХТ сменился ХП. Всех больных вели консервативно с периодическими плевральными (абдоминальными) пункциями по показаниям.

### Результаты исследования и их обсуждение

Манифестирующие симптомы ХТ чаще проявляются острой дыхательной недостаточностью – тахипноэ и цианоз кожных покровов. При физикальном исследовании выявляются симптомы накопления жидкости в плевральной полости (выбухание грудной клетки на стороне поражения, расширение межреберных промежутков, укорочение

перкуторного тона, ослабление дыхания, смещение сердечных тонов в здоровую сторону). Скопление лимфатической жидкости в плевральной полости всегда приводит к метаболическим нарушениям: гипопроотеинемии, метаболическому ацидозу, водно-электролитным и иммунологическим расстройствам. Иногда при травматическом ХТ хилома под медиастенальной плеврой растет несколько недель, а ее прорыв в плевральную полость и клинические проявления развиваются позже. Выпот в плевральных полостях выявляется при УЗИ и рентгенографии. Плевральная пункция обнаруживает жидкость соломенно-желтого цвета (если ребенка не кормили энтерально) или молочную (у ранее кормившихся детей). В таком выпоте повышено содержание липидов (более 4–6 г/л), белка (более 1/2 его содержания в плазме), содержание триглицеридов превышает 1,3 ммоль/л, при микроскопии преобладают лимфоциты (80–90% от всех клеток) [2].

Хилезная жидкость может инфильтрировать средостение и накапливаться в полости перикарда, хилоперикард опасен тампонадой сердца. ХП может протекать как самостоятельное состояние, а может сочетаться с ХТ. Кроме того, эти состояния могут сменять друг друга в разные периоды лечения. ХП прежде всего характеризуется значительным увеличением размеров живота и асцитом. При выраженном асците из-за высокого стояния куполов диафрагмы возможно развитие дыхательной недостаточности. Жидкость в брюшной полости верифицируется по данным рентгенографии, УЗИ и пункции брюшной полости. Первичная кишечная лимфангиоэктазия (болезнь Вальдмана, при которой в подслизистом слое кишечника и в брыжейке определяются клубки кавернозно расширенных лимфатических и кровеносных сосудов, а лимфа пропотевает в свободную брюшную полость), помимо вышеизложенного, может клинически проявляться злокачественной лихорадкой неясного генеза, что связано с течением подострого хилезного перитонита. Длительное нахождение лимфы в грудной полости тоже не проходит бесследно – примерно через 2 недели в плевральных полостях манифестирует довольно выраженный спаечный процесс. Видимо, случаи ХТ и ХП следует относить к хилосерозитам.

Лечение детей комплексное, оно включает консервативные мероприятия и оперативные моменты. Цели терапии – снижение выработки лимфы, осушение полостей, восполнение потерь жидкости

и питательных веществ, профилактика осложнений. Для подтверждения диагноза, улучшения состояния больного и декомпрессии грудной и/или брюшной полости показано выполнение пункций или торако (лапаро)центеза. Уменьшение выработки лимфы достигается путем отказа от энтерального кормления и назначения полного парентерального питания. Альтернативой такому подходу может стать назначение питания специальными смесями в виде триглицеридов с короткими и средними цепями, которые непросто найти в российских клиниках. Быстрому рассасыванию выпота способствует назначение октреотида (синтетический аналог соматостатина) внутривенно в дозе 3,5–12 мкг/кг/ч [1]. Обычно стартуют с дозы 5 мкг/кг/ч.

Оперативное лечение при ХП бывает менее успешным, чем при ХТ. Пока не найдено унифицированных методик успешного отведения лимфо-содержащего выпота из брюшной полости. Многократные пункции могут не приводить к стойкому положительному результату. Травматический ХТ при безуспешном ведении на плевральных пункциях или с помощью торакоцентеза может быть прооперирован, если у больного отсутствует положительная динамика в течение 2-х недель и развиваются выраженные нарушения метаболизма. На операции нужно перевязать (клипировать) грудной лимфатический проток. Если интраоперационно визуализировать его не удастся, мышечные массы и клетчатку можно прошить (по литературным данным) между аортой и *v. azigas* над диафрагмой.

Результаты лечения больных, пролеченных нами, неоднозначны. Из 3-х новорожденных с ХТ летальный исход констатирован в 2-х случаях у глубоко недоношенных детей.

1 больная выжила (пролечена пункционно, консервативная терапия включала полное парентеральное питание, октреотид в максимальной дозе до 10 мг/кг/ч, далее энтеральные смеси без триглицеридов (моноген), иммунозаместительная терапия интраглобином (выполняли и торакоскопию, но в ее ходе визуализировать грудной лимфатический проток не удалось). Больная изначально характеризовалась крайне тяжелым состоянием, выраженной дыхательной недостаточностью, метаболическими и электролитными расстройствами, количеством лимфоцитов в крови 0,4 тыс./мкл (1%), тромбоцитов 5 тыс./мкл, общим белком 20 мг/л, общей потерей лимфы в плевральные полости до 4000 мл (мас-

са ребенка при рождении 2400 г). Полный регресс ХТ отмечен на 12-е сутки комплексного лечения. Двухмесячная больная в периоде новорожденности была прооперирована по поводу субтотальной формы болезни Гиршпрунга (асцендостомия), в последующем наблюдалась с диагнозом лихорадка неясного генеза, которая имела довольно злокачественное течение. В возрасте 2 месяцев прооперирована повторно, выявлен лимфангиоматоз кишечника (болезнь Вальдмана), в настоящее время получает курсовое лечение амбулаторно.

Еще 1 новорожденная лечилась консервативно (с пункциями) по поводу неиммунной водянки

плода и лабораторно подтвержденного ХТ, который на фоне лечения сменился ХП, в последующем состояние значительно улучшилось, недавно выписана из педиатрического отделения раннего возраста домой. Таким образом, летальность при лечении детей с ХТ и ХП в нашей клинике составила 40%.

#### Выводы

1. Лечение хилосерозитов у детей – сложная и еще до конца не решенная проблема детской хирургии.

2. Ее актуальность в ближайшие годы будет только возрастать.

#### Список литературы

1. Андреев Д.А., Вербин О.И. Хилоторакс у детей // Вестник Волгоградского научного центра РАМН. 2009. №4. С. 55–58.
2. Детская хирургия: Национальное руководство / Под ред. акад. РАМН проф. Ю.Ф. Исакова, проф. А.Ф. Дронова / Руководство для врачей. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.
3. 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.

#### Авторы

<b>Контактное лицо:</b> <b>РАЗИН</b> <b>Максим Петрович</b>	Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской хирургии Кировской ГМА. Адрес: 610027, Россия, г. Киров, ул. К. Маркса, д. 112. E-mail: mprazin@yandex.ru.
<b>СКОБЕЛЕВ</b> <b>Валентин Александрович</b>	Кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением КОГБУЗ КОДКБ. Адрес: 610050, Россия, г. Киров, ул. Менделеева, д. 16. Тел.: (8332) 62-11-15.
<b>ПОМЕЛОВ</b> <b>Сергей Аркадьевич</b>	Врач анестезиолог-реаниматолог отделения анестезиологии и реанимации КОГБУЗ КОДКБ. Тел.: (8332) 62-02-38.
<b>БАТУРОВ</b> <b>Максим Александрович</b>	Ассистент кафедры детской хирургии Кировской ГМА. Тел.: (953) 676-25-99 (моб.).