

УДК 616.381-003.24-089-053.6

С.В. Веселий<sup>1</sup>, О.І. Юдін<sup>1</sup>, М.Д. Убоженок<sup>2</sup>

## Випадок ідіопатичного хілоперитонеума у підлітка

<sup>1</sup>Донецький національний медичний університет, м. Лиман, Україна<sup>2</sup>КЗ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ», Україна

PAEDIATRIC SURGERY.UKRAINE.2018.3(60):105-109; DOI 10.15574/PS.2018.60.105

Хілоперитонеум (ХП) – патологічний стан, що пов'язаний з накопиченням лімфи у черевній порожнині і характеризується збільшенням розмірів живота та асцитом. Етіологія даного захворювання залишається незрозумілою. Комплексне лікування включає консервативні заходи та оперативне втручання. Метою терапії є зниження вироблення лімфи, осушення порожнин, відновлення втрат рідини. Радикальні способи лікування цієї патології відсутні.

У статті наведено клінічний випадок ХП у дитини підліткового віку. Хлопчик хворіє з 2014 р., коли помітили збільшення правої половини калитки. У 2015 р. виникли явища асциту. Лапароскопічно причину асциту не знайдено. 22.10.2015 р. оперований з приводу напруженої водянки правого яєчка, через рік – з приводу пахової грижі зліва та напруженого хілоперитонеуму – проведено видалення грижі, аспірація лімфи. Ознаки накопичення лімфи з'явилися на третю добу після втручання. У віці 17 років дитина була госпіталізована з ознаками напруженого ХП. 08.04.2018 р. проведено операцію – ендовідеохірургічну ревізію органів живота. Екстракція лімфи з черевної порожнини. Видалення двостороннього хілоцеле. Видалення грижі по Шпітці. Дренування черевної порожнини. Під час операції з черевної порожнини було евакуйовано до 12 літрів лімфи. Операція завершилася постановою дренажу у порожнину малого тазу.

Післяопераційний період перебігав без хірургічних ускладнень на тлі гіпопротеїнемії (36 г/л), тривалої лімфореї. Хворий виписаний на вимогу батьків у задовільному стані. Діагноз при виписці: «Аномалія розвитку лімфатичної системи. Хвороба Вальдмана? Напружений хілоперитонеум. Пупкова грижа. Двостороннє напружене хілоцеле. Лімфостаз правої нижньої кінцівки».

**Ключові слова:** хілоперитонеум, діти, лапароскопія, хілоцеле.

### Idiopathic chyloperitoneum in adolescent: a case report

S.V. Veselyy<sup>1</sup>, O.I. Yudin<sup>1</sup>, M.D. Ubozhenok<sup>2</sup><sup>1</sup>Donetsk National Medical University, Lyman, Ukraine<sup>2</sup>CI «City Oncology Dispensary», Kramatorsk, Ukraine

Chyloperitoneum (ChP) is a pathological condition associated with the lymph accumulation in the abdominal cavity and characterized by abdominal distention and ascites. The aetiology of the disease remains unclear. The comprehensive treatment comprises conservative measures and surgical interventions. The aim of the therapy is a decrease in the lymph production, drainage of cavities, restoring fluid loss. There are no radical treatment option of this pathology.

The article presents a clinical case of ChP in an adolescent. A boy, 15 years old, has been ill since 2014, when an increase in the right half of scrotum was noted. In 2015 the emergence of ascites was admitted. Laparoscopically the causes of ascites were not found. On 22/10/2015 the patient underwent operation for the right tense hydrocele, a year later for the left inguinal hernia and tense chyloperitoneum that required herniotomy and lymph aspiration. The lymph accumulation appeared on the 3rd postoperative day. At the age of 17, the teenager was hospitalized for tense chyloperitoneum. On 08/04/2018 there was endovideosurgical revision of the abdominal cavity provided. Aspiration of lymph from the abdominal cavity was performed. Bilateral chylocele was removed. The herniotomy according to Spitzzy was carried out. There was peritoneal cavity drainage performed. During the operation, up to 12 liters of lymph were evacuated from the abdominal cavity. The operation was completed by insertion of the drainage in the small pelvis.

The postoperative course was without surgical complications against the background of hypoproteinemia (36 g/L) and continuing lymphorrhea. The patient was discharged in satisfactory condition at his parents' request. Diagnosis at discharge: developmental abnormality of lymphatic system. Primary intestinal lymphangiectasia (Waldman's disease)? Tense chyloperitoneum. Umbilical hernia. Bilateral tense chylocele. Lymphostasis of the right lower limb.

**Key words:** chyloperitoneum, children, laparoscopy, chylocele.

### Случай лечения больного с хилоперитонеумом в отделении детской хирургии

С.В. Веселий<sup>1</sup>, А.И. Юдин<sup>1</sup>, М.Д. Убоженок<sup>2</sup><sup>1</sup>Донецкий национальный медицинский университет, г. Лиман, Украина<sup>2</sup>КУ «Городской онкологический диспансер г. Краматорск», Украина

Хилоперитонеум (ХП) – патологическое состояние, связанное с накоплением лимфы в брюшной полости, которое характеризуется увеличением размеров живота и асцитом. Этиология данного заболевания остается неясной. Комплексное лечение включает консервативные меры и

## Клінічний випадок

оперативное вмешательство. Целью терапии является снижение выработки лимфы, осушение полостей, восполнение потерь жидкости. Радикальные способы лечения этой патологии отсутствуют.

В статье описан клинический случай ХП у ребенка подросткового возраста. Мальчик болеет с 2014 г., когда заметили увеличение правой половины мошонки. В 2015 г. возникли явления асцита. Лапароскопически причины асцита не найдены. 22.10.2015 г. оперирован по поводу напряженной водянки правого яичка, через год – по поводу паховой грыжи слева и напряженного ХП, проведено удаление грыжи, аспирация лимфы. Признаки накопления лимфы появились на третьи сутки после вмешательства. В возрасте 17 лет подросток поступил с признаками напряженного ХП. 08.04.2018 г. проведена операция – эндовидеохирургическая ревизия органов брюшной полости. Экстракция лимфы из брюшной полости. Удаление двустороннего хилоцеле. Удаление грыжи по Шпитци. Дренажирование брюшной полости. Во время операции из брюшной полости были эвакуированы до 12 литров лимфы. Операция завершилась постановкой дренажа в полость малого таза.

Послеоперационный период протекал без хирургических осложнений, на фоне гипопроотеинемии (36 г/л), продолжающейся лимфорееи. Больной выписан из отделения по настоянию родителей в удовлетворительном состоянии. Диагноз при выписке: «Аномалия развития лимфатической системы. Болезнь Вальдмана? Напряженный хилоперитонеум. Пупочная грыжа. Двустороннее напряженное хилоцеле. Лимфостаз правой нижней конечности».

**Ключевые слова:** хилоперитонеум, дети, лапароскопия, хилоцеле.

Хілоперитонеум (ХП) – патологічний стан, що пов'язаний із накопиченням лімфи у черевній порожнині. Хілоперитонеум є важким, іноді небезпечним для життя, станом, часто викликає серцево-легеневу недостатність, метаболічні, електролітні та імунологічні розлади. На думку багатьох авторів, ХП, разом з хілотораксом (ХТ) та хілоперикардом, слід відносити до хілосерозитів [1,2,6].

Донедавна основними причинами розвитку цієї патології вважалися травматичні ушкодження. На разі очевидно, що етіологія ХП гетерогенна [2]. Виділяють вроджений ХП, що обумовлений вродженими вадами розвитку регіонарних лімфатичних вузлів, судин і великих лімфатичних колекторів позаочеревинного простору, які дають початок грудному (лімфатичному) потоку. Деякі автори наполюгають на таких факторах, як пологова травма, травматичні та ятрогенні пошкодження після оперативних втручань на органах грудної клітки та черевної порожнини [2]. Щодо формування так званого «нетравматичного хілоперитонеуму», до етіопатогенетичних чинників відносять пухлинні обструкції, лімфангіоматоз кишечника – хвороба Вальдмана, тромбоз верхньої порожнистої і підключичної вени тощо. Летальність від ХП та хілосерозитів у новонароджених, за даними літератури, становить 30–50% [2,3,6]. У доступній літературі ми не знайшли посилань на статистику летальності у дітей старшого віку, що, ймовірно, обумовлено рідкістю цього захворювання.

Хілоперитонеум насамперед характеризується значним збільшенням розмірів живота та хілоасцитом. При виразному асциті через високе стояння куполів діафрагми можливий розвиток дихальної недостатності. Рідина у черевній порожнині верифікується за даними рентгенографії, УЗД і пункції черевної порожнини. Первинна кишкова лімфангіоектазія (хвороба Вальдмана), при якій у підслизовому шарі кишечника і у брижі виникають клубки кавернозно розширених лімфатичних і

кровоносних судин, а лімфа пропотіває у вільну черевну порожнину, крім того може клінічно проявлятися «злоякісною лихоманкою неясного генезу», що пов'язано з перебігом підгострого хільозного перитоніту.

На даний час радикального лікування ХП не існує. Діти з ХП найчастіше отримують ад'ювантне лікування, яке включає консервативні заходи та оперативні втручання. Метою терапії є зниження вироблення лімфи, підвищення резорбтивних якостей парієтальної очеревини, заміщення втрат рідини і поживних речовин, профілактика ускладнень. Для підтвердження діагнозу, поліпшення стану хворого і декомпресії черевної порожнини показано виконання пункції або лапароцентезу. Зменшення вироблення лімфи досягається шляхом відмови від ентерального годування і призначення повного парентерального харчування. Альтернативою такому підходу може стати призначення харчування спеціальними сумішами у вигляді тригліцеридів з короткими і середніми ланцюгами. Швидкому розсмоктуванню випоту сприяє призначення октреотиду (синтетичний аналог соматостатину) внутрішньовенно у дозі 3,5–12 мкг/кг/год. Зазвичай стартують з дози 5 мкг/кг/год. Оперативне лікування при ХП є менш успішним, ніж при ХТ [1,4,5].

Ще не знайдено уніфікованих методик успішного відведення лімфи з черевної порожнини. Багаторазові пункції можуть не дати стійкого позитивного результату. Тривале функціонування абдомінального дренажу призводить до так званого «лімфатичного виснаження», у результаті чого швидко розвиваються гіпопротеїнемія, анемія, серцева та судинна недостатність з усіма їх наслідками. Описані поодинокі операції прошивання та лігування поперекових лімфатичних протоків, однак віддалені результати невідомі. Дехто, як «операцію відчаю», пропонує прошивання та перев'язку м'язових мас і клітковини позаочеревинного простору між аортою, нижньою порожнистою веною та діафрагмою [3,4].



Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3

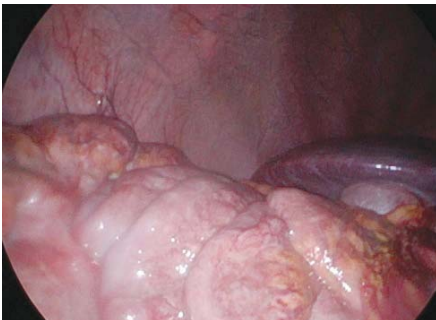


Рис. 4



Рис. 5



Рис. 6

Результати лікування дітей старшого віку, які страждають на ХП, дуже неоднозначні. Наводимо випадок спостереження ідіопатичного ХП у підлітка.

Підліток 3., 15 років, спостерігається в ОДХВ м. Краматорська з 2015 р. Зі слів матері, дитина хворіє з 2014 р., коли батьки помітили збільшення правої половини калитки. У лютому 2015 р., на тлі повного благополуччя, у дитини виникли явища асцити. У квітні 2015 р. у ДУ ІПАГ м. Києва була проведена діагностична лапароскопія, евакуація лімфи з черевної порожнини, тоді ж з'явився набряк правого стегна. Причину асцити не знайдено. Був виписаний на амбулаторне лікування. 22.10.2015 р. оперований в Обласному дитячому хірургічному відділенні м. Краматорська з приводу напруженої водянки правого яєчка, було виконано видалення водянки за Вінкельманом справа. Післяопераційний період перебігав без ускладнень. 20.10.2016 р. хворий знову був оперований в ОДХВ м. Краматорська з приводу лівосторонньої пахової грижі та напруженого ХП – було проведено видалення грижі за Мартиновим зліва, аспірація лімфи в об'ємі 6 л з черевної порожнини. Післяопераційний період без ускладнень, однак клінічні та сонографічні ознаки накопичення лімфи у черевній порожнині з'явилися вже на третю добу після втручання. Наприкінці 2017 р. пацієнт був консультований у лікувальному закладі Ізраїлю, де від оперативного втручання було вирішено тимчасово утриматися. Дотепер зберігається збільшення в обсязі живота, грижового випинання у ділянці пупка.

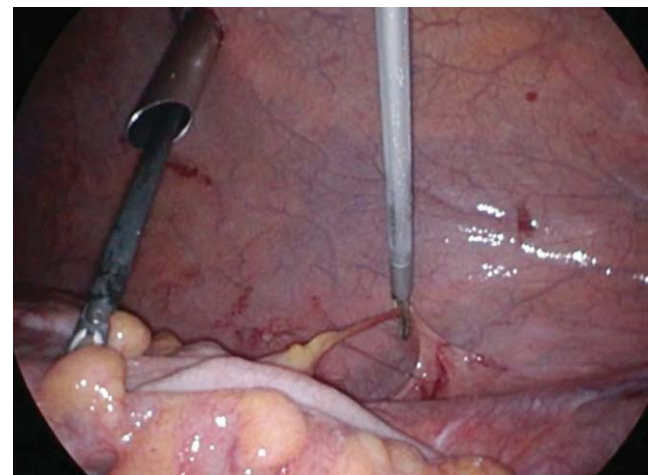


Рис. 7

17.04.2018 р., у віці 17 років, підліток госпіталізований у відділення зі скаргами на слабкість, збільшення в обсязі живота, грижове випинання пупка, збільшення в обсязі правої нижньої кінцівки, калитки. Стан хворого важкий, самопочуття погане. Правильної статури. Підшкірно-жирова клітковина розвинена слабо. Кістково-м'язовий апарат без патології. Шкірні покриви та слизові чисті, звичайного кольору. Периферійні лімфовузли не збільшені. Над легенями ясний легеневої звук, аускультативно дихання везикулярне. Тони серця ясні, ритм правильний. ЧСС 90 уд/хв; АТ 110/70 мм рт. ст. Язик чистий, вологий. Живіт значно збільшений в обсязі за рахунок вільної рідини, напружений. Візуалізується венозна сітка на передній черевній стінці. Печінку, селезінку і нирки пальпувати не-

## Клінічний випадок

можливо внаслідок асцити. Випорожнення регулярні, сечовипускання не порушено. У ділянці пупка грижове випинання, що напружене та практично не вправляється, розмірами 4,0×3,0 см. Пупкове кільце розширене до 2,5 см у діаметрі. Калитка збільшена у розмірах (більше зліва) за рахунок асцитичної рідини. Обсяг правої нижньої кінцівки збільшений порівняно з лівою у верхній та середній третині на 1,5–2,0 см.

У відділенні був обстежений. Гр. крові О (I) перша, Rh – негативний. Загальний аналіз крові (17.04.2018 р.): Нв – 134 Г/л; Ер – 4,7 Г/л; L – 4,8 Г/л; ШОЕ – 3 мм/год.; е – 1; п – 5; з – 55; л – 35; м – 4; Тг – 234 Г/л; Нт – 41%. Біохімічний аналіз крові 17.04.2018 р.: білок – 81,9 Г/л; білірубін загальний – 12,4 мкм/л, прямий – 2,5 мкм/л; АСТ – 19,21; АЛТ – 17,46; α-амілаза – 41,6 г/чхл; сечовина – 4,7 мм/л; креатинін – 0075 мкм/л; глюкоза – 5,2 мм/л. Загальний аналіз сечі (17.04.2018 р.) без патологічних змін.

Оглядова рентгенографія органів грудної порожнини (12.04.18 р.): легеневий малюнок посилений з обох боків у нижніх відділах. Корені неоднорідні. Реберно-діафрагмальні синуси вільні.

Ультразвукове дослідження від 04.04.2018 р.: ехографічні ознаки гіперплазії печінки з помірно вираженими дифузними змінами; ехографічні ознаки анатомічної деформації жовчного міхура з явищами хронічного холециститу; ехографічні ознаки асцити; помірні дифузні зміни паренхіми обох нирок, ознаки сольового діатезу нирок.

У зв'язку з явищами напруженого ХП було вирішено провести відеохірургічну ревізію органів живота, евакуацію лімфи з черевної порожнини. 08.04.2018 р. операція: ендовідеохірургічна ревізія органів живота. Екстракція лімфи з черевної порожнини. Видалення двостороннього хілоцеле. Видалення грижі за Шпіткою. Дренування черевної порожнини.

Під час операції з черевної порожнини було евакуйовано до 12 л лімфи молочного кольору і консистенції (рис. 1).

Парієтальна та вісцеральна очеревина значно гіперемовані, ін'єктовані судинами (рис. 2).

Стінки петель тонкої і товстої кишки набрякли, ін'єктовані лімфатичними судинами (рис. 3).

Великий сальник потовщений, гіперемований, ін'єктований кровоносними та лімфатичними судинами (рис. 4).

Очеревина порожнини малого тазу вкрита нальотом фібрину сіро-зеленого кольору, контактно кровоточить (рис. 5).

Під час втручання було виявлено двостороннє хілоцеле, яке пролабірувало з пахового каналу у черевну порожнину. Останнє видалено з обох сторін (рис. 6).

Сигмоподібна кишка деформована шнуроподібними спайками. Спайки між сигмоподібною кишкою і парієтальною очеревиною коагульовані, пересічені (рис. 7).

Операція завершилася постановкою монофокального дренажу у порожнину малого тазу.

Післяопераційний період перебігав без хірургічних ускладнень. Хворий отримував знеболювальні та антибактеріальні препарати, нестероїдні протизапальні засоби, інгібітори фібринолізу, інфузійну та замісну терапію, сечогінні препарати. Проводилися трансфузії односторонньої лейкофільтрованої свіжозамороженої нативної плазми, альбуміну. Протягом перших семи днів ексудатія лімфи з черевної порожнини зменшилася, припинилася, потім, при збільшенні фізичних навантажень, знову посилилася до 1,5–1,7 л на добу. У відділенні лихоманки не було. З огляду на дедалі більше протеїнове виснаження (у біохімічному аналізі крові мала місце гіпопротеїнемія до 36 г/л) на тлі триваючої лімфорей, дренаж із черевної порожнини був видалений на 17 добу після оперативного втручання. Хворий виписаний із відділення за власним бажанням та наполяганням батьків у задовільному стані.

Діагноз при виписці: «Аномалія розвитку лімфатичної системи. Хвороба Вальдмана? Напружений хілоперитонеум. Пупкова грижа. Двостороннє напружене хілоцеле. Лімфостаз правої нижньої кінцівки».

Подальша доля пацієнта нам невідома, тому що йому виповнилося 18 років і він перейшов в іншу вікову категорію медичного спостереження.

## Висновки

Таким чином, незважаючи на достатню кількість причин, що сприяли утворенню ХП, етіологія даного захворювання (клінічного синдрому) залишається незрозумілою. Також відсутні будь-які радикальні способи лікування цієї патології. Тому ХП вимагає подальшого вивчення. Лікування хілосерозитів у дітей – складна і ще не вирішена проблема дитячої хірургії, актуальність якої у найближчі роки буде зростати.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

## Література

1. Андреев ДА, Вербин ОИ. (2009). Хилоторакс у детей. Вестник Волгоградского научного центра РАМН. 4: 55–58.

2. Детская хирургия. Национальное руководство. (2009). Под ред. акад. РАМН проф. ЮФ Исакова, проф. АФ Дронова. Москва: ГЭОТАР-Медиа: 1168.
3. Киреева НБ, Пивиков ВЕ, Новопольцев ЕА и др. (2013). Хилоторакс и хилоперитонеум у новорожденных: сообщение о 4 случаях. Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. III; 1: 108–110.
4. Разин МП, Скобелев ВА, Помелов СА, Батуров МА. (2014). Опыт лечения детей с хилотораксом и с хилоперитонеумом (обмен опытом). Российский вестник детской хирургии, анестезиологии и реаниматологии. 1: 39–41.
5. Antao B, Croaker D, Squire R. (2003, Nov, 01). Successful management of congenital chyloperitoneum with fibrin glue. J Pediatr Surg. 38(11): 7–8.
6. Dessalvi S, Boccardo F, Molinari L, Spinaci S, Campisi C, Ferrari GM (2016, Mar, 01). Chyloperitoneum: Diagnostic and Therapeutic Options. Lymphology. 49(1):1-7.

**Відомості про авторів:**

**Веселий Сергій Володимирович** – д.мед.н., проф., зав. каф. хірургії та дитячої хірургії Донецького національного медичного університету. Адреса: м. Краматорськ, вул. Олекси Тихого, 31.

**Юдін Олег Іванович** – ас. каф. хірургії та дитячої хірургії Донецького національного медичного університету. Адреса: м. Краматорськ, вул. Олекси Тихого, 31.

**Убоженок Максим Дмитрович** – зав. відділення дитячої хірургії КЗ «Міський онкологічний диспансер м. Краматорськ». Адреса: м. Краматорськ, вул. Олекси Тихого, 31.

Стаття надійшла до редакції 05.03.2018 р., прийнята до друку 03.09.2018 р.

## Увага!

### Зміни в оформленні списку літератури

Згідно з Наказом МОН України № 40 від 12.01.2017 р. «Про затвердження вимог до оформлення дисертацій» вносяться зміни в оформлення списку літератури у журналі. Відтепер оформлення здійснюється відповідно до стилю APA (American Psychological Association style), що використовується у дисертаційних роботах.

#### Приклади оформлення літературних джерел

**Журнальна публікація**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2005). Назва статті. Назва журналу. 10(2); 3: 49-53.

**Книга**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва книги. Місто: Видавництво: 256.

**Глава у книзі**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва розділу (глави). У кн. Автор книги. Назва книги. Під ред. Прізвище СС. Місто: Видавництво: 256.

**Інтернет-ресурс**

Автор АА, Автор ВВ, Автор СС. (2006). Назва статті. Назва журналу/книги (якщо є). URL-адреса публікації.

Оформлення літератури за новими вимогами підвищить можливості пошукових ресурсів в Інтернеті, та, як наслідок, цитованість авторів.