

Неотложные хирургические вмешательства при хилоперитонеуме И.А.ЮСУПОВ, В.В.МЕЛЬНИКОВ, В.В.АСТАФЬЕВ

Urgent surgical intervention in case of chilo-peritoneum

I.A.YUSUPOV, V.V.MELNIKOV, V.V.ASTAFYEV

Астраханская государственная медицинская академия

Образование хилоперитонеума (ХП) связано с истечением хилуса из системы лимфатических сосудов тонкой кишки или млечной цистерны. Мы наблюдали 6 больных с ХП в возрасте от 20 лет до 71 года. Принципиально различают травматический и не травматический ХП. Гораздо чаще наблюдается не травматический ХП, который возникает при непроходимости лимфатических сосудов, вызванной сдавлением воспалительными или метастатическими поражениями лимфоузлов брыжейки тонкой кишки и забрюшинного пространства, внутрибрюшными спайками, аневризмой брюшной аорты, увеличенной железой при панкреатите, кистой поджелудочной железы. ХП возможен при лимфэктазии млечных сосудов, лимфангиомах, хилезных кистах [1, 2].

Пациентка К., 45 лет, доставлена 12.12.07 г. с жалобами на острые боли в правой половине и внизу живота. Заболела внезапно, за час до поступления. УЗИ: в правой подвздошной области лоцируется жидкостное образование размерами 104,0 x 67,0 мм, возможно связанное с правыми придатками. 12.12.07 г. произведена нижне-срединная лапаротомия по поводу предполагаемого перекрута ножки кисты яичника. В брюшной полости обнаружена молочноподобная жидкость без запаха, липкая, в количестве 300,0 мл. В 20,0 см от связки Трейца, у брыжеечного края тонкой кишки между листками брюшины расположено округлое образование мягко-эластичной консистенции размерами 14,0 x 12,0 см. У верхнего полюса образования имеется точечное отверстие, откуда вытекает хилезная жидкость. Вскрыт листок брюшины над кистой, она вылущена и удалена. Лимфатический сосуд, связанный с кистой, перевязан. Содержимое кисты: стерильная жидкость, соответствующая хилусу. Гистологическое исследование стенки кисты: волокнистая соединительная ткань с хроническим воспалением. Послеоперационный период протекал гладко и на 9-е сутки больная выпи-

сана. Течение ХП может быть острым, подострым и хроническим. Острое течение характеризуется симптомами острого живота. При этом предполагают наличие острого аппендицита, прободной язвы желудка, острого холецистита, панкреатита, кишечной непроходимости.

Больной М., 33 лет, поступил в клинику 10.04.02 г. с жалобами на боли в животе, которые постепенно усилились и локализовались в правой подвздошной области. Накануне выпил около 3-х литров молока. Страдает хроническим алкоголизмом. Общее состояние тяжелое. Пульс 108 ударов в минуту. АД 130/80 мм рт. ст. Язык обложен серым налетом. Живот напряжен и болезнен в правой половине. Положительные симптомы Щеткина-Блюмберга, Ровзинга, Ситковского. В крови лейкоцитов $11,2 \times 10^9$ /л. Диагноз: «Острый аппендицит, перитонит». Во время лапаротомии из брюшной полости эвакуировано свыше 1 л хилуса. Печень желтовато-зеленого цвета, значительно увеличена в размерах, плотная. Головка поджелудочной железы уплотнена. Забрюшинная клетчатка и корень брыжейки обильно инфильтрированы жидкостью молочного цвета. Место истечения хилуса не выявлено. Червеобразный отросток вторично изменен, произведена аппендэктомия. Диагноз после операции: «Гепатит с переходом в цирроз, ХП, панкреатит, катаральный аппендицит». Анализ жидкости из брюшной полости: жидкость молочного цвета, белок 30 г/л. Много нейтрального жира, кристаллов жирных кислот, лимфоцитов. Послеоперационное течение тяжелое. 13.04.06 г. больной умер. Патологоанатомический диагноз: «Цирроз печени. Очаговый некротический панкреатит. Хилоперитонеум. Отек легких».

При циррозе печени в 6-7 раз увеличивается продукция лимфы, расширяются, переполняются и становятся проницаемыми для лимфы и хилуса лимфатические сосуды и грудной лимфатический

проток. Из-за узкого устья грудного протока становится невозможным адекватный лимфоотток.

Предрасполагающим фактором к развитию ХП является обильное употребление жирной и богатой белками пищи и жидкости. Подострое течение ХП характеризуется менее выраженной симптоматикой, при хроническом течении ведущим симптомом является постепенное увеличение живота.

Больная М., 20 лет, поступила в больницу 06.04.07 г. с жалобами на увеличение живота в объеме, отеки нижних конечностей, сыпь по всей поверхности тела, общую слабость. 30.03.07 г. она съела 1 кг креветок, много корейской капусты и выпила 3 л пива. После этого появилась папулезная сыпь на коже и стали нарастать отеки на нижних конечностях, увеличился в объеме живот. Общее состояние средней тяжести. По всей поверхности тела папулезная сыпь розового цвета, преимущественно на туловище. Живот увеличен в объеме, мягкий, умеренно болезненный во всех отделах. Перитониальные симптомы отрицательные. УЗИ от 06.04.07 г.: в брюшной полости и малом тазу лоцируется большое количество свободной жидкости. С диагностической целью произведена пункция брюшной полости через задний свод влагалища и эвакуировано около 5,0 л хилуса. Лабораторное исследование подтвердило хилусный характер жидкости. Диагноз: «Острый аллергоз, крапивница. ХП». 12.04.07 г. после повторной пункции удалено 3,5 л хилуса. Накопление его в животе прекратилось. Проведено лечение: преднизолон, тавегил, фуросемид, ципрофлоксацин, диета с ограничением приема жирной пищи. 25.04.07 г. в удовлетворительном состоянии выписана на амбулаторное лечение.

Отток лимфы в венозную систему затрудняется при повышенном давлении в системе полых вен, а при тромбозе подключичных вен вообще невозможен. Гипопротеинемия, возникающая при нефротическом синдроме, способствует развитию хилезного асцита из-за изменения проницаемости лимфатических сосудов кишечника.

Мы наблюдали образование ХП на почве гипопротеинемии, возникшего вследствие дуоденального язвенного кровотечения и тромбоза подключичных вен после катетеризации у больной Э., 71 года. На аутопсии у нее в брюшной полости было обнаружено свыше 2,0 л хилезной жидкости, в плевральных полостях по 0,5-0,7 л лимфы.

Консервативное лечение ХП пункциями или дренированием брюшной полости на фоне безжировой диеты и парентерального питания может быть эффективным, особенно при умеренном накоплении хилуса.

Больной А., 46 лет поступил в клинику 09.03.98 г. с жалобами на боли внизу живота, которые появились 3 дня назад после обильного приема жирной пищи. Состояние больного средней тяжести, живот при пальпации болезнен в нижних отделах, в области пупка и в правой подвздошной области. Симптомы раздражения брюшины сомнительные. В крови лейкоцитов $9,4 \times 10^9$ /л. Диагноз: «Острый аппендицит?». В связи с неясностью диагноза больному произведена лапароскопия. Из брюшной полости эвакуировано 500 мл хилуса. Другой патологии не выявлено. Через троакарное отверстие в брюшную полость введена дренажная трубка. Ограничена диета, исключена жирная и молочная пища. В последующие дни состояние больного постепенно улучшалось, в сутки из брюшной полости выделялось до 250,0 мл хилуса, истечение которого прекратилось 13.03.98 г. Выписан в удовлетворительном состоянии. Осмотрен через 2 года, здоров.

Причиной травматического ХП является закрытая травма живота с разрывом лимфатических путей, либо он возникает после операций забрюшинной лимфаденэктомии, резекции аневризмы брюшной аорты, панкреатодуоденальной резекции, наложения спленоренального анастомоза. Мы наблюдали интраоперационное повреждение кишечного лимфатического ствола у места впадения его в млечную цистерну во время выполнения панкреатодуоденальной резекции у больного К., 61 года. Повреждение своевременно обнаружено по истечению хилуса. Произведена перевязка обоих концов протока. Приводящий конец кишечного лимфатического ствола наполнился хилусом и расширился до 3,0 мм. Осложнений в послеоперационном периоде в связи с этим действием не наблюдалось.

В практике неотложной хирургии хилоперитонеум встречается нечасто, как и публикации на эту тему, но когда во время обследования или операции хирург сталкивается с хилоперитонеумом, он нередко попадает в затруднительное положение в плане диагностики, тактики и правильного выбора лечения. В связи с этим, знакомство с данной патологией имеет существенное клиническое значение.

Список литературы

1. *Перельман М.И., Юсупов И.А., Седова Т.Н.* Хирургия грудного протока. М.: Медицина, 1984; 135.
2. *Юсупов И.А.* Проблемы хирургической лимфологии. Астрахань 1999; 50.

Поступила 26.03.09 г.

Информация об авторах

1. Юсупов Ильдар Абдрахманович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Астраханской государственной медицинской академии, e-mail: okb1@rambler.ru
2. Мельников Владимир Витальевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры общей хирургии Астраханской государственной медицинской академии, e-mail: okb1@rambler.ru
3. Астафьев Валерий Викторович – врач-хирург высшей категории отделения хирургии городской клинической больницы №3 г. Астрахани, e-mail: okb1@rambler.ru