

УДК 616.381-003.24

РАЗБОР РЕДКОГО КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ С РАЗЛИТЫМ ХИЛЕЗНЫМ ПЕРИТОНИТОМ

Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Абрамович А.А., Белова Е.Ю.

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск

Резюме. перитонит является наиболее частым осложнением заболеваний, встречающихся в абдоминальной хирургии. Исходы перитонита могут варьироваться от полного выздоровления до летального исхода в зависимости от своевременной диагностики и выбранной тактики лечения. Поэтому врачу необходимо знать ранние клинические признаки и закономерности течения данной нозологии, чтобы получить благоприятный исход заболевания и скорейшее выздоровление пациента. В статье представлен анализ клинического случая разлитого хилезного перитонита с выявлением причины его возникновения у пациентки в возрасте 59 лет, которая проходила лечение в БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование проводилось без спонсорской поддержки.

Ключевые слова: разлитой хилезный перитонит, окололоханочная киста почки, клинический случай.

Для цитирования: Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Абрамович А.А., Белова Е.Ю. Разбор редкого клинического случая с разлитым хилезным перитонитом // Вестник медицинского института «Реавиз». – 2020. – № 3. – С. 106–110.

GENERALIZED CHYLOUS PERITONITIS: A CASE REPORT

Styazhkina S.N., Akimov A.A., Abramovich A.A., Belova E.Yu.

Federal State Budgetary Institution of Higher Education 'Izhevsk State Medical Academy,'
Ministry of Health of the Russian Federation, Izhevsk

Abstract. Peritonitis is the most common complication in abdominal surgery. The outcomes of peritonitis may vary from complete recovery to death, depending on time to diagnosis and treatment strategy. Therefore, the doctor has to know early clinical signs and patterns of this disease in order to ensure a favorable outcome of the disease and rapid recovery of the patient. In this article, we report a case of generalized chylous peritonitis (with identified cause) in a 59-year old female patient treated in the First Republican Clinical Hospital, Ministry of Health of the Udmurt Republic.

Competing interests. The authors declare no competing interests.

Funding. The authors received no external funding for this work.

Kew words: generalized chylous peritonitis, parapelvic renal cyst, case report.

To cite: Styazhkina S.N., Akimov A.A., Abramovich A.A., Belova E.Yu. Generalized chylous peritonitis: a case report // Bulletin of Medical University Reaviz. – 2020. – № 3. – P. 106–110.



Введение

Перитонит – воспаление брюшины, возникающее в ответ на проникновение в брюшную полость микроорганизмов, сопровождающееся комплексом тяжёлых патофизиологических реакций с нарушением функции всех систем организма [2]. Перитонит может быть вызван микрофлорой, не имеющей отношения к желудочно-кишечному тракту, – гонококками, пневмококками, гемолитическими стрептококками, микобактериями туберкулеза. К перитониту может привести воздействие на брюшину агрессивных факторов неинфекционного характера: кровь, желчь, желудочный сок, хилезная жидкость, панкреатический сок, моча. Однако очень быстро микробы из кишечника в результате повышенной проницаемости стенки проникают в брюшную полость, поэтому все асептические перитониты начинают развиваться с участием микрофлоры. Предрасполагающими факторами являются повреждения серозного покрова (высыхание брюшины, инородные тела, термические воздействия, облучение ультрафиолетом, химические вещества). Играет роль и снижение защитных сил организма, в том числе брюшины, при аллергиях, авитаминозах, лучевой болезни [5].

Хилезный перитонит (ХП) является одним из малоизученных на настоящий момент заболеваний. В хирургической практике хилезный перитонит встречается довольно редко, окончательный диагноз можно установить лишь интраоперационно. ХП возникает в результате повреждения внутрибрюшинных коллекторов, застоя лимфы при лимфатической гипертензии, разрыве лимфатических кист. Хилезные кисты представляют собой замкнутую полость, наполненную лимфой; расширения крупных экстраорганных лимфатических сосудов. Развиваются они в результате травматических повреждений, воспалительных процессов, после чего возникает закупорка лимфатического сосуда и развивается лимфостаз. Лимфа накапливается выше уровня закупорки сосуда, в результате чего киста растёт, после чего может произойти лимфоррея в результате разрыва

лимфатической кисты. Кроме того, лимфостаз может вызывать грубые изменения структуры внутренних органов, чаще всего печени (гепатомегалия, асцит) [3]. Также причиной лимфостаза может быть окололоханочная киста почки, которая представляет собой резко расширенный лимфатический сосуд с признаками воспаления и облитерации просвета, располагается глубоко в почечном синусе и сращена с почечной лоханкой и с сосудистой ножкой. Данная патология встречается достаточно редко в клинической практике. Диагностика окололоханочной кисты затруднена, так как за эту кисту можно принять простую кисту, расположенную в синусе почки. Тем не менее, основным диагностическим исследованием является КТ забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием. У большинства пациентов околопочечная киста почек протекает бессимптомно и может обнаруживаться случайно при использовании этого метода диагностики или же интраоперационно [1, 4].

Выделяют острое, подострое и хроническое течение ХП. Для острого течения характерна симптоматика острого живота. Поэтому часто предполагают наличие прободной язвы желудка, острого холецистита, кишечной непроходимости, панкреатита, острого аппендицита. При подостром течении симптоматика менее выражена, при хроническом ХП основополагающий симптом – увеличение живота [6].

Материалы и методы

Рассмотрен клинический случай по данной нозологии на базе хирургического отделения БУЗ УР «Первая республиканская клиническая больница МЗ УР».

Результаты и обсуждение

Пациентка Н., 59 лет 27 июля 2019 года поступила экстренно позже 24 часов после начала заболевания в хирургическое отделение БУЗ УР «1РКБ МЗ УР» с жалобами на умеренные боли в правой подвздошной области, иррадиирующие в правую половину поясницы. Тошноты, рвоты не было. Стул, диурез сохранен. Анамнез болезни: считает

себя больной с вечера 26.07.2019, когда появились незначительные боли в правой подвздошной области. Принимала кеторолак, эффекта не было. 27.07.2019 боли усилились, приобрели постоянный ноющий характер. В связи с ухудшением состояния вызвала бригаду скорой медицинской помощи, была доставлена в дежурную хирургию Первой РКБ, была осмотрена дежурным хирургом, госпитализирована в хирургическое отделение Первой РКБ. Общий анамнез: перенесенные заболевания: ОРВИ, хронический пиелонефрит, перитонит в 2001 году. Вирусные гепатиты, туберкулез, ВИЧ, сахарный диабет, онкопатологию отрицает. Перенесенные операции: холецистэктомия в 2006 году, ФЭ н/к в 2009 и 2011 году. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез не отягощён.

При общем осмотре – общее состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание везикулярное, выслушивается над всей поверхностью легких. Хрипов нет. Перкуторно-ясный легочной звук. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт. ст., пульс – 68 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот обычной формы, не вздут, равномерно участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в правой подвздошной области. Симптом Щёткина-Блюмберга, Ровзинга, Образцова, Бартомье-Михельсона сомнительные. Шумы кишечной перистальтики выслушиваются. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Отеков нет. Ректальное исследование: объемные образования не пальпируются. Кал коричневого цвета. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного исследования установлен предварительный диагноз: острый аппендицит под вопросом. Осложнение: перитонит неуточненный.

Результаты лабораторной диагностики от 27.07.2019. В общем анализе крови – гемоглобин повышен (171 г/л), Средняя концентрация гемоглобина в эритроците увеличена (360 г/л). Вечером того же дня в общем анализе крови относительный лим-

фоцитарный лейкоцитоз (20,3 %), средняя концентрация гемоглобина в эритроците снизилась относительно предыдущего исследования (356 г/л). Биохимический анализ крови – повышен фибриноген (9,56). В общем анализе мочи – лейкоцитурия.

Данные инструментальных методов исследования: компьютерная томография забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием от 27.07.2019 – синусные кисты правой почки. КТ признаки хронического пиелонефрита, больше выраженного справа, с неравномерной атрофией паренхимы и снижением концентрационной функции правой почки. Микролит ЧЛС левой почки. Состояние после холецистэктомии. Компенсаторная холангиоэктазия. Диффузные изменения печени по типу жирового гепатоза. Правосторонний малый гидроторакс. Большое количество жидкости в брюшной полости и забрюшинном пространстве (перитонит под вопросом). УЗИ забрюшинного пространства от 27.07.2019 – забрюшинная клетчатка справа от нижнего полюса почки до подвздошной области инфильтрирована, множественные жидкостные прослойки соотношением до 3 см. В брюшной полости свободная жидкость. В малом тазу за маткой 2,5 см, по правому фланку до 1,0 см. Органы брюшной полости без признаков патологии. Не исключена флегмона забрюшинной клетчатки справа, скопление свободной жидкости в брюшной полости. Пациентка находилась на приеме у уролога в приемном отделении БУЗ УР «Первая Республиканская больница МЗ УР» 27.07.2019 в 17:50, где был поставлен диагноз: кисты правой почки, микролит левой почки. Хронический пиелонефрит вне обострения. Под вопросом о. аппендицит, перитонит, необходима консультация хирурга.

Вечером 27.07.2019 в 19:30 пациентка предъявляет жалобы на боли в правом фланке, гипогастрии. Диурез в норме. Объективно: кожные покровы физиологической окраски, язык сухой, обложен белым налетом. Дыхание везикулярное. Тоны сердца

ясные, ритмичные. Живот умеренно вздут, болезненный, напряженный в правом фланке. Симптом Щеткина-Блюмберга сомнительный. Учитывая клинику деструктивного аппендицита с атипичной локализацией, данные СКТ, показана лапаротомия, ревизия, объем по находке. Согласие получено, пациентка подана в операционную.

27.07.2019 с 21:00 до 22:00 под интубационным наркозом выполнена срединная лапаротомия, во всех отделах брюшной полости «молочный» экссудат, объемом до 800 мл, взят посев (впоследствии обнаружен рост *Pseudomonas aeruginosa* (КП+)). Париетальная и висцеральная брюшина утолщена, гиперемирована. Печень не увеличена, вишневого цвета. Желчный пузырь, желудок, двенадцатиперстная кишка – без видимой патологии. Селезенка 10×8×5 см. Осмотрена тонкая кишка – дефектов не найдено, лимфоангиоэктазии. Поджелудочная железа не увеличена, уплотнена, очагов некроза нет. В правом боковом канале, подпеченочно обнаружено пропитывание забрюшинной клетчатки экссудатом молочного цвета с распространением на корень брыжейки тонкой и толстой кишки, гепато-дуоденальную связку, вдоль поджелудочной железы. Операционная картина не исключает спонтанный разрыв кисты лимфатического протока, хилезный перитонит. По переходной складке правого бокового канала брюшина рассечена, раскрыты затеки брыжейки тонкой и толстой кишки. Аппендикс расположен латероцекально, не изменен. Брюшная полость санирована, осушена, дренирована ПХВ-трубками (малый таз, подпеченочное пространство), резиновая полоска в забрюшинное пространство правого бокового канала под правую почку. Послойно швы на рану, спирт, асептическая повязка.

Состояние после операции (28.07.2019) – жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны, области дренажей, умеренную общую слабость. Тошноты, рвоты нет. Стула не было. Газы не отходили. Диурез в норме. Объективно: состояние средней степени тяжести. Сознание ясное.

Положение активное (в пределах кровати). Кожные покровы физиологической окраски, чистые. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 82 уд/мин. Язык влажный. Живот мягкий, умеренно болезненный в области послеоперационной раны. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения одинаковый с обеих сторон. Повязка сухая. По дренажам брюшной полости молочно-сукровичное отделяемое 50 мл. Рана обработана раствором антисептика. Асептическая повязка. Установлен окончательный диагноз: разрыв лимфатической цистерны; осложнение: разлитой хилезный перитонит.

Консервативное лечение: дротаверин, раствор NaCl 0,9 %, кеторол, раствор Рингера, ципрофлоксацин.

1.08.2019 проведено бактериологическое исследование на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, где был выявлен рост 4-й степени *Pseudomonas aeruginosa* (КП+), чувствительность к цефепиму, гентамицину и устойчивость к меропенему, азтреонаму.

За время лечения состояние пациентки улучшилось – 13.08.2019 жалоб не предъявляет. Физиологические отправления в норме. Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание в легких везикулярное, хрипов нет. ЧДД – 18 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные. АД 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 70 уд/мин. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Перистальтика выслушивается. Симптом сотрясения отрицательный с обеих сторон. Повязка сухая. Послеоперационная рана без отделяемого, без признаков воспаления. Швы сняты. Выписана на амбулаторное лечение.

Заключение: пациентка находилась на стационарном лечении в хирургическом отделении 1 РКБ с 27.07.2019 по 13.08.2019 с клиническим диагнозом разрыв лимфати-

ческой цистерны; осложнение: разлитой хилезный перитонит. За время нахождения в стационаре выполнена лапаротомия, ревизия, санация, дренирование брюшной полости и забрюшинного пространства. Другие операции в абдоминальной области (иссечение желточного протока). Также пациентка получала консервативное лечение: дротаверин, кеторол, раствор Рингера, ципрофлоксацин. Выписана с улучшением состояния. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. Швы сняты. Рекомендации при выписке: лечение у хирурга по месту медицинского обслуживания; диспансерное наблюдение, лечение у терапевта (гастроэнтеролога); ношение бандажа в течение года; ограничение физической нагрузки 6 месяцев; контроль УЗИ и лабораторных данных в динамике.

Обсуждение и выводы

На основании вышеперечисленных клинических данных пациентки можно сделать следующее умозаключение: на КТ забрюшинного пространства с внутривенным болюсным контрастированием обнаружены синусные кисты правой почки. Окололоханочные кисты почек представляют собой расширение лимфатического сосуда с признаками лимфостаза. Произошел разрыв такой кисты с излитием лимфы в брюшную полость, вследствие чего развился разлитой хилезный перитонит.

Прогноз для данного заболевания сомнительный. Пациентке рекомендуется наблюдение у хирурга и уролога, контроль УЗИ и лабораторных данных, чтобы исключить возникновение послеоперационных осложнений и возможные рецидивы.

Литература / References

- 1 Antonov A.V. Zhidkostnye obrazovaniya zabryushinnogo prostranstva: diagnostika i lechenie // Urologicheskie vedomosti. – 2012. – Т. 2. – № 4. – С. 32–41.
- 2 Kompleksnoe lechenie gnojnogo peritonita: uchebnoe posobie / S.N. Styazhkina, V.A. Sitnikov, M.V. Varганov. – Izhevsk, 2005. – 56 s.
- 3 Onnicev I.E. Patogenez, diagnostika i lechenie hiloperitoneuma // Vestnik hirurgii im. I.I. Gre-kova. – 2007. – Т. 166. – № 3. – С. 82–85.
- 4 Urologiya: uchebnik / N.A. Lopatkin, A.F. Darepkov, V.G. Goryunov i dr.; pod red. N.A. Lopatkina. – 4-e izd., ster. – M.: Medicina, 1995. – 496 s.
- 5 Hirurgicheskie bolezni: uchebnik. V 2-h tomah. Tom 2. / N.V. Merzlikin, N.A. Brazhnikov, B.I. Al-perovich i dr. – M., 2012. – 600 s.
- 6 Yusupov I.A., Melnikov V.V., Astafev V.V. Neotlozhnye hirurgicheskie vmeshatelstva pri hi-loperitoneume // Vestnik eksperimentalnoj hirurgii. – 2009. –Т. 2. – № 4. – С. 330–332.

Авторская справка

Стяжкина Светлана Николаевна

доктор медицинских наук, профессор кафедры факультетской хирургии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Акимов Антон Александрович

аспирант, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Абрамович Арман Арамович

аспирант кафедры факультетской хирургии с курсом урологии, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Белова Елена Юрьевна

аспирант, ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Ижевск, Россия

Статья поступила 23.04.2020
Одобрена после рецензирования 10.05.2020
Принята в печать 17.05.2020

Received April, 23rd 2020
Approved after reviewing May, 10th 2020
Accepted for publication May, 27th 2020