

УДК 616:424+616.25-089

**ГОСТРИЙ ПАНКРЕАТИТ ЯК ПРОЯВ ПОЗАОЧЕРЕВИННОГО
ЛІМФАНГІОМАТОЗУ**

І.Д. Дужий, д-р мед. наук, професор;

М.Г. Арсхов;

Г.І П'ятикоп, доцент;

В.В. Мадяр, канд. мед. наук, асистент,

Медичний інститут Сумського державного університету, м. Суми

Базуючись на даних літератури, автори показують рідкісність даного патологічного процесу, що зумовлює труднощі його діагностики. Мета роботи – оптимізувати діагностичний процес. Наведено спостереження лімфангіоматозу заочеревинного простору, який двічі маніфестував хілоперитонеумом із клінікою гострого панкреатиту. Двічі виконувалася лапаротомія.

Ключові слова: *лімфангіоматоз, прояви, діагностика*

На основани даних літератури автори показали рідкість цього патологического процесса, что определяет сложности его диагностики. Цель работы – усовершенствовать диагностический процесс. Приводится наблюдение лимфангиоматоза забрюшинного пространства, которое дважды манифестировало хилоперитонеумом с клиникой острого панкреатита. Дважды выполнялась лапаротомия.

Ключевые слова: *лимфангиоматоз, манифестация, диагностика*

ВСТУП. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Лімфангіоматоз – рідкісне природжене захворювання лімфатичної системи, яке може маніфестувати як у дитячому, так і у зрілому віці [4]. До цього часу описані поодинокі спостереження [1-5]. Патоморфологічно захворювання характеризується наявністю розширеної протоки, яка має множинні аневризматичні утворення. Стінка протоки по всій довжині характеризується підвищеною проникністю для лімфи, яка має відцентровий напрямок чітко визначеною схильністю до виходу в інтерстиціальний простір та ті чи інші порожнини людського тіла: грудна порожнина, черевна порожнина, заочеревинний простір, межистіння, перикард [4]. Оскільки грудочеревна перепона у задньомедіальному відділі має невелику ділянку, не прикриту серозною оболонкою, через неї порожнина може сполучатися із заочеревинним простором, а відтак – із черевною порожниною [2]. Отже, у деяких випадках запалення із останніх може переходити на плевральну порожнину і навпаки, що «збиває» напрямок діагностичного процесу та термін верифікації захворювання [4]. Зрозуміло, це призводить до заваження хвороби, різноманітних ускладнень та непередбачених наслідків. У існуючих повідомленнях згадується про ураження грудної протоки у басейні середостіння, черевної порожнини та у заочеревинному просторі [2, 4]. Проте жоден із авторів не спостерігав більше одного випадку лімфангіоматозу. Стосовно внутрішньогрудного лімфангіоматозу ми повідомляли раніше [2].

НЕВИРШЕНІ ЧАСТИНИ ПРОБЛЕМИ

Необізнаність лікарів із даною хірургічною проблемою призвела до повторного втручання.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

У даний час зіткнулися із локалізацією процесу під діафрагмою, який, попри існування клінічної картини «гострої катастрофи» у животі, мав безперечні докази захворювання лівої плевральної порожнини, що супроводжувалося синдромом плеврального випоту. Обстеження хворого проводилося за загальноприйнятими методиками. Але провідними були ультрасоноскопія, визначення амілази у крові, сечі та плевральному випоті. Патогномонічним дослідженням була якісна реакція «випоту» із Суданом-III.

Наводимо короткий витяг із історії хвороби. Хворий III. 40 років, мешканець села. Госпіталізований у хірургічне відділення в ургентному порядку із ЦРЛ. Два роки тому захворів відносно гостро. Впродовж 1 доби з'явилися біль у черевній порожнині, здуття. В ургентному порядку в районній лікарні виконана верхньосередина лапаротомія, під час якої у черевній порожнині виявлено близько 2000 мл «молокоподібного гною». Черевна порожнина осушена. Дефектів порожнистих органів та додаткових утворень не виявлено. Збільшених лімфовузлів також не виявлено. Черевна порожнина дренована у типових місцях, призначені антибіотики. Післяопераційний період проходив без ускладнень. Впродовж 2 років почував себе відносно задовільно. Перед госпіталізацією у хворого з'явилися біль у животі, слабкість, втратив апетит. З огляду на лапаротомію в анамнезі хворого з діагнозом «гострий панкреатит» направлено до хірургічного відділення обласної клінічної лікарні.

Під час госпіталізації, окрім наведених скарг у черевній і лівій плевральній порожнині, визначалася наявність випоту. При ФГДС виявлено каскадний характер шлунка та тиск на нього із заочеревинного простору. При дослідженні біоптату слизової оболонки патологічні зміни не виявлені. При КТ об'ємних утворень у черевній порожнині і заочеревинному просторі не встановлено; виявлена інфільтрація тканини заочеревинного простору; ознак метастазів у паренхіматозні органи, регіонарні і віддалені лімфовузли не встановлено. Пункція лівої плевральної порожнини виконана до операції, отримано 800 мл молокоподібної рідини, яка при якісній пробі із Суданом – III виявилася лімфою. 26.10.09 виконана лікувально-діагностична лапаротомія. Під час останньої виявлено близько біля 3000 мл молокоподібної рідини у черевній порожнині. Якісна реакція рідини із Суданом – III підтвердила її лімфатичний характер. У заочеревинному просторі виявлено імбібіцію тканин лімфою та близько 300 см³ згустків лімфи за типом «молозива». Згустки лімфи видалено, а заочеревинний простір, по можливості, оброблено тричі 5% спиртовим розчином йоду, дреновано мікроіригатором, через який тричі на добу вводили 5% амінокапронову кислоту з метою стимуляції розвитку склерозу та антибіотики. Черевна порожнина дренована у типових місцях. Післяопераційний період проходив без особливостей. Виділення із черевної порожнини фібринового випоту спостерігалися впродовж 2 діб. Шви знято на 9-ту добу.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

У хворого 40-річного віку, який дуже любляв жирну їжу, двічі розвивався «гострий живіт» за рахунок просочування у черевну порожнину лімфи із заочеревинного простору. Таке проникнення лімфи відбувалося після значного її накопичення у заочеревинному просторі, що створювало «надлишковий» її тиск, який спрямовував переміщення лімфи у перитонеальному напрямку і спричиняв хілоперитонеум. Оскільки причин, які б механічно порушували відтік лімфи грудною

протокою із черевної порожнини, де вона накопичувалася у надлишковій кількості через гурманні схильності пацієнта, не було, потрібно вважати, що у хворого мало місце природжене дифузне ураження заочеревинного відділу грудної протоки за типом лімфангіоматозу, який призвів до лівобічного хілотораксу, імбібіції заочеревинного простору лімфою і хілоперитонеуму. «Надлишкове» накопичення лімфи у заочеревинному просторі призводило до її «прориву» у черевну порожнину в обмежений термін з розвитком «гострого живота» за типом панкреатиту. Після лапаротомії і дій, спрямованих на розвиток склеротичних процесів у заочеревинному просторі та обмежене споживання жирів сприяє ремісії, яка тягнеться більше року.

ВИСНОВОК

Лімфангіоматоз як природжений патологічний процес грудної протоки може проявитись у будь-якому віці при «створенні» умов, що підвищують у ній тиск, який призводить до механічного порушення її стінки та виходу лімфи у перивазальний простір. Маніфестація процесу і подальший його перебіг визначаються місцем превалюючого накопичення лімфи (хілоторакс, хілоперитонеум, хілоперикард, хіломедіастинум, хілоскротум). У нашого хворого було уражено дві зони, але максимальне накопичення лімфи мало місце у черевній порожнині, що й маніфестувало ознаками «панкреатиту».

ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ РОЗВІДОК

При клініці гострого панкреатиту без ознак інтоксикації, що мало місце у нашого хворого, та за наявності значної кількості випоту у черевній порожнині можливий лапароцентез для отримання «асцитичної» рідини із одночасним її дослідженням із Суданом – III. При підтвердженні наявності лімфи останню можна видалити і спробувати консервативне лікування шляхом парентерального харчування та заборони жирів.

SUMMARY

ACUTE PANCREATITIS AS MANIFESTATION OF LYMPHANGIOMATOSIS OF RETROPERITONEAL SPACE

*I.D. Duzhy, M.G. Aryekhov, H.I. Pyatikop, V.V. Madyar,
Medical Institute of Sumy State University, Sumy*

Based on literature data the authors showed rarity of this pathological process that determines the complexity of its diagnosis. The purpose of the work is to improve the diagnostic process. Given observation of lymphangiomas of retroperitoneal space, which manifested chyloperitoneum twice with the clinic of acute pancreatitis. Double laparotomy was performed.

Key words: lymphangiomas, manifestation, diagnosis.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Андреев С.А. Хирургическая коррекция персистирующего хилоторакса / С.А. Андреев, С.Д. М'ясоєдов, М.В. Бульба [та ін.] // Клінічна хірургія. - 2008. - № 9 (785). - С. 36-39.
2. Дужий И.Д. Редкое наблюдение лимфангиоматоза / И.Д. Дужий // Клиническая хирургия. - 1987. - № 5. - С.51.
3. Миланов А.О. Возможности восстановительной микрохирургии в лечении лимфангиоматоза мошонки и полового члена. Клиническое наблюдение / А.О. Миланов, Р.Т. Адамлин, О.И. Старцев // Андрология и генитальная хирургия. - 2005. - №3. - С.17-19.
4. Перельман М.И. Хирургия грудного протока / М.И. Перельман, И.А. Юсупов, Т.Н. Седова. - М., 1984. - 115 с.
5. Строкова Л.А. Лучевая диагностика почечного лимфангиоматоза / Л.А. Строкова // Материалы 4-го Российского научного форума «Радиология. - 2003».- Москва, 2003. - С. 287-288.

Надійшла до редакції 7 грудня 2010 р.