

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ХИЛОПЕРИТОНЕУМА, ИМИТИРУЮЩЕГО ОСТРЫЙ АППЕНДИЦИТ

Х.Х. УСМОНОВ¹, Ф.Б. АЛИДЖАНОВ², А.И. РАДЖАБОВ^{2,3}, Б. МАНСУРОВ³, М.М. САГАТОВ²

¹Центральный госпиталь Министерства внутренних дел Республики Узбекистан,
Ташкент, Узбекистан

²Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников,
Ташкент, Узбекистан

³Университет Альфраганус, Ташкент, Узбекистан

A RARE CASE OF CHYLOPERITONEUM MIMICKING ACUTE APPENDICITIS

КН.КН. USMONOV¹, F.B. ALIDJANOV², A.I. RADZHABOV^{2,3}, B. MANSUROV³, M.M. SAGATOV²

¹Central Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan, Tashkent, Uzbekistan

²Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers, Tashkent, Uzbekistan

³Alfraganus University, Tashkent, Uzbekistan

Описан клинический случай острого хилоперитонеума (хилоперитонита) – редкой патологии, обусловленной поступлением лимфы в брюшную полость и сопровождающейся симптомами «острого живота». Приведён краткий обзор литературы, посвящённой этиологии, диагностике и тактике лечения данного состояния. Диагноз был установлен интраоперационно, на основании данных лапароскопии. Лечебная тактика включала санацию и дренирование брюшной полости, а также применение октреотида в послеоперационном периоде. Пациент выписан в удовлетворительном состоянии. На основании собственного опыта и анализа литературных источников авторы делают вывод, что при выявлении острого хилоперитонеума без признаков другой хирургической патологии целесообразно ограничиться дренированием брюшной полости и включением октреотида в схему терапии.

Ключевые слова: хилоперитонеум, хилоперитонит, острый живот, дифференциальная диагностика аппендицита, хирургическая тактика.

A clinical case of acute chyloperitoneum (chylous peritonitis) is presented – a rare condition caused by the accumulation of lymph in the abdominal cavity and manifested by symptoms of an “acute abdomen.” A brief literature review is provided, covering the etiology, diagnostics, and treatment approaches for this pathology. The diagnosis was established intraoperatively based on laparoscopic findings. Treatment included sanitation and drainage of the abdominal cavity, along with administration of octreotide in the postoperative period. The patient was discharged in satisfactory condition. Based on the clinical experience and literature analysis, the authors recommend limiting surgical intervention to drainage of the abdominal cavity and using octreotide in the treatment regimen when acute chyloperitoneum is identified without signs of other surgical pathology.

Keywords: chyloperitoneum, chylous peritonitis, acute abdomen, differential diagnosis of appendicitis, surgical management.

https://doi.org/10.54185/TBEM/vol18_iss3/a7

Введение

Хилоперитонеум (или хилёзный асцит) представляет собой редкую форму асцита, характе-

ризующуюся накоплением в брюшной полости молокоподобной жидкости, обогащённой триглицеридами, вследствие поступления лимфы в

перитонеальное пространство. Данное состояние развивается при нарушении проходимости или целостности лимфатической системы в результате её травматического повреждения либо при механической обструкции различного генеза (доброкачественного или злокачественного) [1, 2].

Хилёзный асцит является малораспространённой патологией: например, за 20 лет наблюдения в крупном университетском стационаре он был диагностирован лишь в одном случае на 20 000 госпитализаций [3]. Тем не менее, в последние десятилетия отмечается рост выявляемости данного состояния. По мнению Huang Q. и соавт., увеличение частоты диагностики хилёзного асцита связано с расширением объёмов агрессивных торакальных и ретроперитонеальных вмешательств, а также с увеличением продолжительности жизни пациентов с онкологическими заболеваниями [4].

Таблица 1. Причины хилёзного асцита

Неопластические (распространены среди взрослого населения):
→ лимфома
→ другие виды рака
→ лимфангиомиоматоз
→ карциноидные опухоли
→ саркома Капоши
Цирроз печени (распространен среди взрослого населения)
→ Инфекционные:
→ туберкулез
→ филяриоз (<i>Wuchereria bancrofti</i>)
→ <i>Mycobacterium Avium Intracellulare</i>
Врожденные (чаще встречаются в детской популяции):
→ первичная гипоплазия лимфатической системы
→ синдром желтого ногтя
→ синдром Клиппеля-Треноне
→ первичная лимфатическая гиперплазия
→ двусторонняя гиперплазия
→ кишечная лимфангиэктазия
Воспалительные:
→ лучевой панкреатит
→ констриктивный перикардит
→ ретроперитонеальный фиброз
→ саркоидоз
→ целиакия
→ болезнь Уиппла
→ ретрактивный мезентерит
Послеоперационные:
→ иссечение аневризмы брюшной аорты
→ иссечение забрюшинного лимфоузла
→ установка катетера для перитонеального диализа
→ резекция нижней полой вены
Травматические:
→ тупая травма живота
→ синдром забитого ребенка
Другие причины:
→ правосторонняя сердечная недостаточность
→ дилатационная кардиомиопатия

Этиология хилёзного асцита чрезвычайно разнообразна. В западных странах в структуре причин преобладают неопластические процессы и цирроз печени, которые в совокупности составляют более двух третей всех случаев. Напротив, в развивающихся странах Азии основными причинами остаются инфекционные заболевания, преимущественно туберкулёз и филяриоз. Кроме того, в патогенезе могут участвовать врождённые аномалии лимфатической системы, воспалительные и послеоперационные изменения, тупые травмы живота, а также некоторые редкие состояния (табл. 1) [2].

Патогенетически формирование хилёзного асцита связано с нарушением целостности или проходимости лимфатической системы, что может быть обусловлено травматическим повреждением либо её обструкцией [2]. Одним из таких факторов является тупая травма живота, сопровождающаяся повреждением кишечника и брыжейки [5]. Однако в литературе редко описываются случаи хилёзного выпота без явного повреждения органов или смежных структур после тупой травмы [6, 7]. Считается, что переразгибание или сгибание туловища (в том числе при выполнении физических упражнений, как в описанном ниже клиническом наблюдении) способно вызвать растяжение и разрыв лимфатических сосудов [7, 8, 9]. В литературе также упоминается случай спонтанного хилоперитонеума у беременной женщины [10].

Клиническое течение хилоперитонеума может быть острым или хроническим. Острая форма нередко сопровождается симптомами «острого живота», что становится основанием для постановки предварительного диагноза острого аппендицита, прободной язвы желудка, холецистита, панкреатита или кишечной непроходимости [11, 12, 13]. В подобных ситуациях ряд авторов рассматривает это состояние как острый хилёзный перитонит [11, 13].

Диагностика в случаях, сопровождающихся клинической картиной острого живота, чаще всего осуществляется интраоперационно при лапароскопии, лапаротомии или лапароцентезе [6, 10, 13, 14]. В таких случаях в брюшной полости выявляется мутный, молокоподобный экссудат без запаха, не сворачивающийся при контакте с воздухом.

Тактика хирургического вмешательства при остром хилоперитонеуме остаётся предметом обсуждения. При отсутствии другой патологии

часть исследователей [6, 12, 15] считают возможным ограничиться санацией и дренированием брюшной полости, дополненными ограничением энтерального питания и назначением октреотида. Другие [14, 16], напротив, прибегают к конверсии лапароскопического вмешательства в лапаротомию с целью поиска и ушивания повреждённого лимфатического сосуда. Однако в более чем 50% наблюдений достоверный источник лимфоистечения установить не удаётся [17]. Несмотря на это, практически во всех описанных случаях санация и дренирование брюшной полости приводили к клиническому улучшению и благоприятному исходу.

Приводим собственное наблюдение диагностики и успешного лечения пациента с острым хилоперитонеумом, имитировавшим клиническую картину острого аппендицита.

Клиническое наблюдение

Пациент А.А., 2004 года рождения, история болезни № 4365, курсант Ташкентского таможенного института, доставлен в экстренном порядке из поликлиники в хирургическое отделение Центрального госпиталя Министерства внутренних дел Республики Узбекистан с подозрением на острый аппендицит.

Жалобы при поступлении: боли в правой подвздошной области, сухость во рту, тошнота, общая слабость.

Анамнез заболевания: приблизительно за 12 часов до госпитализации появились боли в эпигастральной области, которые впоследствии сместились в правую подвздошную область. Появились тошнота и ощущение сухости во рту. Пациент обратился в поликлинику, откуда был экстренно направлен в стационар с предварительным диагнозом «острый аппендицит».

Анамнез жизни: пациент рос и развивался в удовлетворительных социальных и бытовых условиях. Наследственность не отягощена. Вредных привычек не имеет. Аллергических реакций на лекарственные препараты ранее не отмечалось. На диспансерном учёте не состоит. В 2021 году перенёс COVID-19, вакцинацию не проходил. В течение последних шести месяцев в контакте с инфекционными больными не находился.

Объективный статус при поступлении: общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое: масса тела – 65 кг, рост – 168 см, индекс массы тела – 23,0. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пери-

ферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны. Пульс – 88 уд/мин, артериальное давление – 110/70 мм рт. ст. Язык суховат, покрыт белым налётом. Живот симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания. При пальпации отмечается болезненность в правой подвздошной области. Положительные симптомы Ровзинга, Ситковского и Бартомье – Михельсона. Печень и селезёнка не пальпируются. Перистальтика выслушивается. Перкуторно признаков свободной жидкости в отлогах местах живота не выявлено.

Общий анализ крови: Hb – 140,0 г/л; Эр – $4,2 \times 10^{12}$ /л; ЦП – 1,0; Лейк – $4,2 \times 10^9$ /л; П/я – 2%, С/я – 55%, Эо – 5%, Лимф – 27%, Моно – 11%; СОЭ – 20 мм/ч.

Общий анализ мочи: цвет – соломенно-жёлтый, прозрачная; белок – отсутствует; лейкоциты – 1–2 в п. з.; эпителий – 0–1 в п. з.; соли – оксалаты.

Экспресс-тесты на гепатиты: HBsAg – отрицательный, HCV – отрицательный.

Биохимический анализ крови: общий белок – 66 г/л; мочевины – 4,8 ммоль/л; креатинин – 93,7 мкмоль/л; билирубин общий – 15,9 мкмоль/л, прямой – 5,7 мкмоль/л, непрямой – 12,2 мкмоль/л; АЛТ – 21,5 Ед/л; АСТ – 27,07 Ед/л.

ЭКГ: синусовый ритм, ЧСС – 84 уд/мин, патологических изменений в миокарде не выявлено.

УЗИ органов брюшной полости: свободная жидкость не выявлена.

Рентгенокопия органов грудной клетки: лёгочные поля без очаговых и инфильтративных изменений.

Установлен клинический диагноз: острый аппендицит. Принято решение о выполнении лапароскопической аппендэктомии.

Операция начата под эндотрахеальным наркозом. Разрезом выше пупка произведено введение иглы Вереша и создан пневмоперитонеум. Через тот же доступ установлен первый троакар и введена оптическая трубка. Выполнена первичная лапароскопическая ревизия брюшной полости – брюшина гладкая, блестящая. Под контролем лапароскопа в стандартных анатомических точках введены дополнительные троакары: один – диаметром 10 мм и два – по 5 мм.

При осмотре выявлено, что печень не увеличена, имеет обычную окраску, капсула прозрачная. В области печёночного угла ободочной кишки под серозной оболочкой визуализируется округлое образование размером 3,0×3,0 см, из которого в умеренном количестве выделяется молокоподобная жидкость (рис. 1, 2).

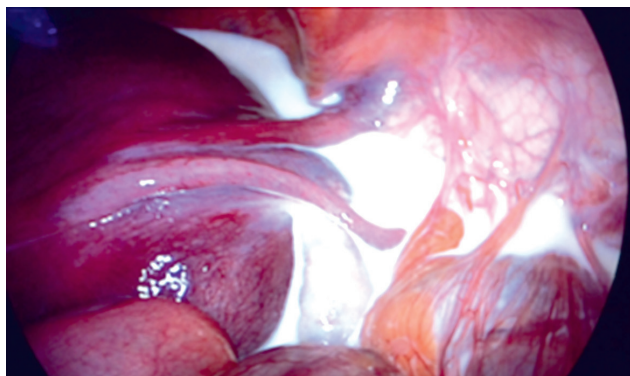


Рис. 1. Интраоперационная лапароскопическая картина хилоперитонита малого таза

При дальнейшем осмотре установлено, что жидкость стекает по правому подвздошному каналу в полость малого таза. Червеобразный отросток интактный. Под серозной оболочкой восходящей ободочной кишки, двенадцатиперстной кишки и гепатодуоденальной связки визуализируется просвечивание молокоподобной жидкости.

С целью расширенной ревизии брюшной полости выполнена верхняя срединная лапаротомия длиной 14 см. Из брюшной полости взята жидкость на бактериологическое исследование и лабораторный анализ. Брыжейка печёночного угла ободочной кишки, а также забрюшинная клетчатка правого верхнего квадранта были пропитаны лимфой.

Произведена мобилизация печёночного угла поперечно-ободочной кишки. Источник лимфоистечения при ревизии не обнаружен. Полость осушена с использованием отсоса и марлевых салфеток. Гемостаз – сухой. В подпечёночное пространство и полость малого таза установлены дренажные трубки, выведенные через контрапертуры. Операционные раны послойно ушиты. Обработка – бетадином, наложена асептическая повязка.

Послеоперационный диагноз: острый хилотроперитонеум с прорывом в брюшную полость, хилоперитонит.

Послеоперационный период: течение без осложнений. Назначены анальгетики, инфузионная терапия, октреотид по 100 мкг × 3 раза в сутки подкожно. В первые сутки из дренажей выделялось до 300 мл молокоподобной жидкости в сутки с постепенным снижением объёма и изменением её характера на серозный. К 7-м суткам дренажные выделения прекратились. Швы сняты на 10-е сутки. На 11-й день послеоперационного периода пациент выписан в удов-



Рис. 2. Интраоперационная лапароскопическая картина хилоперитонита поддиафрагмальной области

летворительном состоянии под амбулаторное наблюдение.

Дополнение к анамнезу: послеоперационно выяснилось, что за два дня до появления симптомов пациент выполнял физические упражнения на гимнастической перекладине, сопровождавшиеся переразгибанием туловища.

Заключение

Вероятно, в представленном клиническом случае выполнение физического упражнения с переразгибанием туловища привело к разрыву лимфатического сосуда, пропитыванию забрюшинной клетчатки и последующему, спустя трое суток, прорыву лимфы в брюшную полость, что проявилось клинической картиной «острого живота».

Описанный редкий случай острого спонтанного хилёзного перитонита, имитирующего острый аппендицит, а также данные литературы подтверждают целесообразность ограниченной хирургической тактики. При выявлении хилоперитонеума во время лапароскопии при отсутствии иной хирургической патологии обоснованным является проведение санации и дренирования брюшной полости. Для ускоренного купирования лимфоистечения патогенетически оправдано применение октреотида или его аналогов.

Представленный клинический пример может рассматриваться как практический алгоритм ведения пациентов, у которых интраоперационно диагностирован хилоперитонит.

Литература

1. Онницев И.Е. Диагностика и лечение хилоперитонеума: дис. ... канд. мед. наук. – Санкт-Петербург, 2009; 124 с. [Onnitsev I.E. Diagnostika i lechenie khiloperitoneuma [dissertation]. Saint Petersburg: [s.n.]; 2009. 124 p. In Russian].
2. Cárdenas A., Chopra S. Chylous ascites. Am. J. Gastroenterol. 2002; 97:1896–1900. doi: 10.1016/S0002-9270(02)04268.

3. Press O.W., Press N.O., Kaufman S.D., Aalami O., Allen D.B., Organ C.H. Chylous ascites: a collective review. *Surgery*. 2000; 128:761–778.
4. Huang Q., Jiang Z.W., Jiang J., Li N., Li J.S. Chylous ascites: treated with total parenteral nutrition and somatostatin. *World J. Gastroenterol*. 2004; 10(17): 2588–2591. doi: 10.3748/ wjg.v 10.i17. 2588.
5. Maurer C.A., Wildi S., Müller M.F., Baer H.U., Büchler M.W. Blunt abdominal trauma causing chyloretroperitoneum. *J. Trauma*. 1997; 43(4): 696–697. doi: 10.1097/00005373-199710000-00023.
6. Eren T., Demir M., Orman S., Ozbudak O., Yildiz B., Yildiz H. Isolated chylous injury due to blunt abdominal trauma: report of a case and a review of the literature. *Turk. J. Surg*. 2017; 33(2):119–122. doi: 10.5152/UCD.2015.2925.
7. Haan J.M., Montgomery S., Novosel T.J., Stein D.M., Scalea T.M. Chyloperitoneum after blunt abdominal injury. *Am. Surg*. 2007; 73(8):811–813.
8. Tewari N., Bhalla A., Iftikhar S. Chylous ascites: why exercise is bad for you. *Int. J. Surg. Case Rep*. 2013; 4(1):118–120. doi: 10.1016/j.ijscr.2012.10.010.
9. Zenati H., Jallali M., Korbi A., Chaka A., Jabra S.B., Korbi I., Noomen F. Acute primary chylous peritonitis mimicking acute abdomen: a case report and literature review. *Pan Afr. Med. J*. 2024; 47:131. doi: 10.11604/pamj.2024.47.131.42794.
10. Ермаков И.В., Колыгина А.В., Гасанов М.М., Юдин И.В., Гончарова Н.Н., Сажин А.В. Спонтанный хилезный перитонит во время беременности. *Хирургия*. 2019; (12):100–105 [Ermakov I.V., Kolygina A.V., Gasanov M.M., Yudin I.V., Goncharova N.N., Sazhin A.V. Spontanniy khilezny peritonit vo vremya beremennosti [Spontaneous chylous peritonitis during pregnancy]. *Khirurgiia*. 2019; (12):100–105. In Russian]. doi: 10.17116/hirurgia2019121100.
11. Чичеткина А.А., Бирюкова Л.Н. Хилезный перитонит, симулировавший острый аппендицит. *Вестн. хир.* 1991; (2):44 [Chichetkina A.A., Biryukova L.N. Khileznii peritonit, simulirovavshii ostryi appenditsit [Chylous peritonitis simulating acute appendicitis]. *Vestn. khir.* 1991; (2):44. In Russian].
12. Юсупов И.А., Мельников В.В., Астафьев В.В. Неотложные хирургические вмешательства при хилоперитонеуме. *Вестн. эксп. клин. хир.* 2009; 2(4):330–332 [Yusupov I.A., Melnikov V.V., Astafyev V.V. Neotlozhnye khirurgicheskie vmeshatel'stva pri khiloperitoneume [Emergency surgical interventions for chylous peritoneum]. *Vestn. eksp. klin. khir.* 2009; 2(4):330–332. In Russian].
13. Fazili F., Khawaja F. Acute chylous peritonitis simulating acute appendicitis: a case report and review of the literature. *Ann. Saudi Med*. 1998;19:236–238. doi: 10.5144/0256-4947.1999.236.
14. Fang F.C., Hsu S.D., Chen C.W., Chen T.W. Spontaneous chylous peritonitis mimicking acute appendicitis: a case report and review of literature. *World J. Gastroenterol*. 2006;12(1):154–156. doi: 10.3748/wjg.v12.i1.154.
15. Özgüç H., Narmanlı M., Keskin M.K. Acute chylous peritonitis: report of a case. *Int. J. Surg. Case Rep*. 2013; 4(4):362–364.
16. Vettoretto N., Carrara A., Corradi A., Amore D., Giovanetti M., Berti R. Acute abdomen from chylous peritonitis: a surgical diagnosis: case report and literature review. *Eur. Surg. Res*. 2008; 41(1):54–57.
17. Weichert R.F., Jamieson C.W. Acute primary chylous peritonitis: a case report. *Br. J. Surg*. 1970; 57(3):230–232.

ЎТКИР АППЕНДИЦИТ КЎРИНИШИДАГИ КАМ УЧРАЙДИГАН ХИЛОПЕРИТОНЕУМ ҲОЛАТИ

Х.Х. УСМОНОВ², Ф.Б. АЛИДЖАНОВ², А.И. РАДЖАБОВ^{2,3}, Б. МАНСУРОВ³, М.М. САГАТОВ²

¹Ўзбекистон Республикаси Ички ишлар вазирлиги Марказий госпитали,
Тошкент, Ўзбекистон

²Тиббиёт ходимларининг касбий малакасини ривожлантириш маркази,
Тошкент, Ўзбекистон

³Альфраганус университети, Тошкент, Ўзбекистон

Мақолада қорин бўшлиғига лимфа тушиши билан боғлиқ бўлган ва “ўткир қорин” клиникаси билан намоён бўлган кам учрайдиган патология – ўткир хилоперитонеум (хилос перитонити) ҳолати баён этилган. Ушбу ҳолатнинг этиологияси, ташхиси ва даволаш усуллари бағишланган адабиётларнинг қисқача шарҳи келтирилган. Ташхис лапароскопик ревизия асосида операция вақтида қўйилган. Даволаш тактикаси сифатида қорин бўшлиғи санацияси ва дренаж қилиш, шунингдек, операциядан кейинги даврда октреотид қўллашдан иборат бўлган. Бемор қониқарли аҳволда амбулатор кузатувга чиқарилган.

Муаллифлар ўз тажрибаси ва адабиётлар таҳлили асосида, агар ўткир хилоперитонеум бошқа хирургик патологиясиз аниқланса, қорин бўшлиғини найчалаш ва октреотидни қўллаш билан чекланиш мақсадга мувофиқ эканлигини таъкидлашган.

Калит сўзлар: хилоперитонеум, хилоз перитонити, ўткир қорин, аппендицитнинг дифференциал таъхиси, жарроҳлик тактикаси.

Сведения об авторах:

Алиджанов Фатих Бакиевич – доктор медицинских наук, профессор кафедры экстренной медицинской помощи Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников.

E-mail: f.alidjanov@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6033-3008

Усманов Хашим Хамитович – кандидат медицинских наук, начальник Центрального госпиталя Министерства внутренних дел Республики Узбекистан.

Раджабов Анвар Исломович – доктор философии (PhD) по медицинским наукам, заместитель начальника по хирургии Центрального госпиталя Министерства внутренних дел Республики Узбекистан.

E-mail: anvarbek-doctor@mail.ru

ORCID: 0009-0006-6845-2953

Мансуров Бакиджан – кандидат медицинских наук, старший преподаватель кафедры клинических дисциплин Университета Альфараганус.

Сагатов Мухтор Миробидович – начальник отделения общей хирургии Центрального госпиталя Министерства внутренних дел Республики Узбекистан.

Поступила в редакцию: 03.09.2025

Information about the authors:

Alidjanov Fatikh Bakievich – Doctor of Medical Sciences, Professor, Professor of the Department of Emergency Medical Care, Center for the Development of Professional Qualifications of Medical Workers.

E-mail: f.alidjanov@gmail.com

ORCID: 0000-0001-6033-3008

Usmanov Khashim Khamitovich – Candidate of Medical Sciences, Head of the Central Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan.

Radzhabov Anvar Islomovich – Doctor of Philosophy (PhD) in Medical Sciences, Deputy Head for Surgery, Central Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan.

E-mail: anvarbek-doctor@mail.ru

ORCID: 0009-0006-6845-2953

Mansurov Bakidzhan – Candidate of Medical Sciences, Senior Lecturer at the Department of Clinical Disciplines, Alfraganus University.

Sagatov Mukhtor Mirobidovich – Head of the Department of General Surgery, Central Hospital of the Ministry of Internal Affairs of the Republic of Uzbekistan.

Received: 03.09.2025