

Клинический случай
УДК 617-089.844

ТРАНСЮГУЛЯРНОЕ ВНУТРИПЕЧЕНОЧНОЕ ПОРТОСИСТЕМНОЕ ШУНТИРОВАНИЕ — НОВЫЙ СТАНДАРТ ЛЕЧЕНИЯ ХИЛЕЗНОГО АСЦИТА, АССОЦИИРОВАННОГО С ЦИРРОЗОМ ПЕЧЕНИ

Р.В. Карпова², В.Ф. Зубрицкий^{1,3}, П.М. Молодова², И.М. Васалатий², Ф.С. Неустроев¹

¹ Медицинский институт непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)». Москва, Россия

² ФГАУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова». Москва, Россия

³ Главный клинический госпиталь МВД РФ. Москва, Россия

АННОТАЦИЯ

В статье описывается клинический случай лечения рефрактерного хилезного асцита с помощью TIPS у пациента с циррозом печени, перенесшего две разобщающие портокавальную систему операции: лигирование ВРВП и операцию Пациоры (разобщение системы воротной и непарной вен). В результате проведенного лечения пациент в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара, в течение дальнейших 7 месяцев амбулаторного наблюдения не было рецидивов хилезного асцита или других признаков скопления свободной жидкости в брюшной полости. Предлагаемый метод лечения имеет особое значение, поскольку хилезный асцит является редким осложнением цирроза печени, при котором летальность пациентов с циррозом печени составляет 40-70%. До сих пор остается актуальным вопрос о выборе оптимальной тактики лечения. Общим начальным подходом к лечению является назначение диуретиков, коррекция диеты пациентов — уменьшение потребления соли и жиров, в случае неэффективности применяют лапароцентез. Однако в связи с тем, что основой этиопатогенеза ХА является синдром портальной гипертензии, операциями выбора стали различные варианты порто-кавального шунтирования или разобщающие операции при декомпенсации портальной гипертензии, по типу операции Пациоры. Но наиболее безопасным и надежным подходом является трансюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: хилезный асцит, портосистемный шунт, лимфорей, портальная гипертензия, цирроз печени

КОРРЕСПОНДЕНЦИЯ: Неустроев Федор Сергеевич, e-mail: fedorntustroev@mail.ru

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ: Карпова Р.В., Зубрицкий В.Ф., Молодова П.М., [и др.] Трансюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование — новый стандарт лечения хилезного асцита, ассоциированного с циррозом печени // Вестник Медицинского института непрерывного образования. — 2024. — Т. 4, № 1. — С. 95–101. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-1-95-101.

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ: Авторы заявляют об отсутствии финансирования при проведении исследования.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ: Авторы декларируют об отсутствии явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

TRANSJUGULAR INTRAHEPATIC PORTOSYSTEMIC SHUNT IS A NEW STANDARD FOR TREATMENT OF CHYLUS ASCITES ASSOCIATED WITH LIVER CIRRHOSIS

R.V. Karpova², V.F. Zubritsky^{1,3}, P.M. Molodova², I.M. Vasalatiy², F.S. Neustroev¹

¹ Medical Institute of Continuing Education of the Russian Biotechnological University (ROSBIOTECH). Moscow, Russia

² First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov. Moscow, Russia

³ Main Clinical Hospital of the Ministry of Internal Affairs of Russia. Moscow, Russia

ABSTRACT

The article describes a clinical case of treatment of refractory chylous ascites using TIPS in a patient with cirrhosis of the liver who underwent 2 operations disconnecting the portacaval system: ligation of the varicose veins and the Patziara operation (division of the portal and azygos veins). As a result of the treatment, the patient was discharged from the hospital in satisfactory condition; during a further 7 months of outpatient observation, there were no relapses of chylous ascites or other signs of free fluid accumulation in the abdominal cavity.

The proposed treatment method is particularly important because chylous ascites is a rare complication of liver cirrhosis, with a mortality rate of 40–70%. The question of the optimal treatment tactic remains relevant. The general initial approach to treatment is the administration of diuretics and correction of the patient's diet: reducing salt and fat intake; if ineffective, laparocentesis is used. Since CA's aetiopathogenesis is based on portal hypertension syndrome, the operations of choice have become various options for porto-caval shunting or uncoupling operations for decompensation of portal hypertension, such as the Patziora operation. Still, the safest and most reliable approach is transjugular intrahepatic portosystemic shunting.

KEYWORDS: chylous ascites; portosystemic shunt; lymphorrhea; portal hypertension; cirrhosis of the liver

CORRESPONDENCE: Fedor S. Neustroev, e-mail: fedorntustroev@mail.ru

FOR CITATIONS: Karpova R.V., Zubritsky V.F., Molodova P.M., [et al.] Transjugular intrahepatic portosystemic shunting is a new standard for the treatment of chylous ascites associated with cirrhosis of the liver // Bulletin of the Medical Institute of Continuing Education. — 2024. — T. 4, No. 1. — P. 95–101. — DOI 10.36107/2782-1714_2024-4-1-95-101.

FUNDING SOURCE: The authors declare no funding for the study.

DECLARATION OF COMPETING INTEREST: The authors declare no apparent or potential conflicts of interest related to the publication of this article.

АКТУАЛЬНОСТЬ

Хилезный асцит (ХА) — это накопление молочноподобной жидкости с содержанием триглицеридов более 200 мг/дл (2,28 ммоль/л) в брюшной полости [1]. ХА является редким осложнением цирроза печени и встречается у 0,5–1% пациентов с данной патологией [2]. Одновременно с этим цирроз печени (или так называемый хилезный асцит портальной этиологии) занимает не более одной трети в спектре всех причин развития ХА, в то время как лидирующие позиции по частоте развития ХА занимают «непортальные» причины: в развитых странах — злокачественные новообразования брюшной полости и забрюшинного пространства и травматические повреждения грудного протока и его цистерны, а в развивающихся странах — такие инфекционные болезни, как туберкулез брюшной полости и филяриатоз [3, 4]. Несмотря на низкие показатели заболеваемости ХА, летальность пациентов с циррозом печени при данном осложнении составляет 40–70% [5,6].

Основными звеньями патогенеза развития ХА при циррозе печени являются синдром портальной гипертензии, сопровождающийся повышением давления в системе полых и печеночных вен, и вторичные компенсаторные изменения лимфатического аппарата печени и желудочно-кишечного тракта: расширение пространства Диссе, гиперплазия подпеченочного коллектора, увеличение лимфооттока и давления в грудном лимфатическом протоке [2, 3]. Эта особая патогенетическая цепь увеличивает риски травматизации эндотелия лимфатических сосудов, расширения серозных лимфатических каналов, и создает предпосылки для истечения лимфы (лимфореи) в брюшную полость с дальнейшим развитием ХА [6, 7].

Остается актуальным вопрос выбора оптимальной тактики лечения пациентов с ХА из-за редкости этого осложнения. Общеизвестным подходом в начале консервативной терапии является назначе-

ние диуретиков и парентерального питания с низким содержанием натрия и жиров и заменой длинноцепочечных триглицеридов на триглицериды со средней длинной цепи [4]. Также в единичных исследованиях описано применение длительной терапии октреотидом и применение орлистата, ингибитора липазы [8, 9, 10]. В случае неэффективности консервативного лечения возникает необходимость инвазивных вмешательств: лапароцентез с целью удаления жидкости из брюшной полости или перитонеовенозное шунтирование для предотвращения развития мальнутриции и электролитного дисбаланса [11, 12]. Однако в связи с тем, что основой этиопатогенеза ХА является синдром портальной гипертензии, операциями выбора стали различные варианты порто-кавального шунтирования или разобщающие операции при декомпенсации портальной гипертензии, по типу операции Пациоры [8, 13]. Среди вышеперечисленных вмешательств самым безопасным и эффективным считается трансюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование, уменьшающее печеночное и желудочно-кишечное лимфообразование за счет портальной декомпрессии и улучшающее общую симптоматику пациентов [3, 8]. На сегодняшний день трансюгулярное внутрипеченочное портосистемное шунтирование является операцией выбора и первой линией в лечении ХА, ассоциированного с циррозом печени [8].

ОПИСАНИЕ СЛУЧАЯ

Пациент В., 55 лет, поступил в хирургическое отделение УКБ №1 в марте 2022 г. В детстве рос и развивался нормально, анамнез жизни без особенностей, инвалид второй группы. Предъявлял жалобы на увеличение живота в размерах, грыжевое выпячивание по средней линии живота, которое увеличивается в вертикальном положении, на чувство дискомфорта в этой области, одышку.

При первичном осмотре живот увеличен, в объеме 180 см, подкожные вены не расширены, «головы Медузы» нет, по средней линии послеоперационный рубец. В вертикальном положении по средней линии в мезогастрии определяется грыжевое выпячивание размером 20x10 см, мягко-эластичной консистенции, состоящее из нескольких мешков, самостоятельно вправляется в горизонтальном положении, грыжевые ворота 10 см. Живот участвует в акте дыхания всеми отделами, при пальпации мягкий, безболезненный. перкуторно определить размеры печени и селезенки невозможно из-за наличия жидкости в брюшной полости. Во всех отделах брюшной полости определено притупление перкуторного звука. Симптомы раздражения брюшины отрицательны.

В 2016 г. пациенту впервые установлен диагноз «цирроз печени алиментарно-токсической этиологии». С 2016 по 2018 гг. семикратные кровотечения из ВРВП, 6 из 7 были остановлены консервативными мероприятиями. В 2018 г. возникло кровотечение из ВРВП, по поводу чего выполнено лигирование варикозно-расширенных вен пищевода. В июле 2018 г. — рецидив кровотечения, выполнена лапаротомия, гастротомия, прошивание ВРВ желудка (операция Пациоры). Неоднократно проходил лечение в условиях терапевтического, гастроэнтерологического стационара с временным положительным эффектом. После операции при УЗИ было выявлено около 2 литров жидкости, при аспирации получена хилезная жидкость. Проводилась гипотензивная терапия для снижения портальной гипертензии. Осенью 2021 г. после перенесенного COVID-19 отметил увеличение живо-

та в объеме, появилось грыжевое выпячивание. При УЗИ наличие свободной жидкости более 20 литров. В стационаре г. Орла выполнено дренирование брюшной полости под контролем УЗИ — эвакуировано 24 литра хилезной жидкости. Проводимая базисная терапия, направленная на снижение портальной гипертензии, без эффекта. В связи с нарастанием вышеуказанных жалоб самостоятельно обратился к хирургу в УКБ №1, и был госпитализирован для обследования и лечения (рис. 1).

В анализах крови при поступлении отмечается снижение гематокрита, тромбоцитопения, лимфоцитопения, высокий показатель СОЭ — 40, креатинин и билирубин также выше нормы.

При проведении исследования выпотной жидкости в ней обнаружен белок, нейтрофилы, лимфоциты, лейкоциты, эритроциты и белок в умеренном количестве, также слабopоложительный билирубин (рис. 2).

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

На КТ от 01.04.2022 г. морфологическая картина цирроза печени, портальной гипертензии, а также асцит, спленомегалия, лимфоаденопатия. Печень умеренно увеличена за счет левой доли, с бугристыми контурами, неоднородной структуры, обычной плотности. Воротная вена в диаметре 20 мм, селезеночная — до 16 мм, верхняя брыжеечная — 16 мм. Определяются множественные расширенные извитые вены пищевода и желудка, брюшной полости, умбиликальные. Селезенка размером 167x75x171 мм, несколько неоднородная. В брюшной полости и полости таза большое количество



Рис. 1. Пациент до проведения TIPS

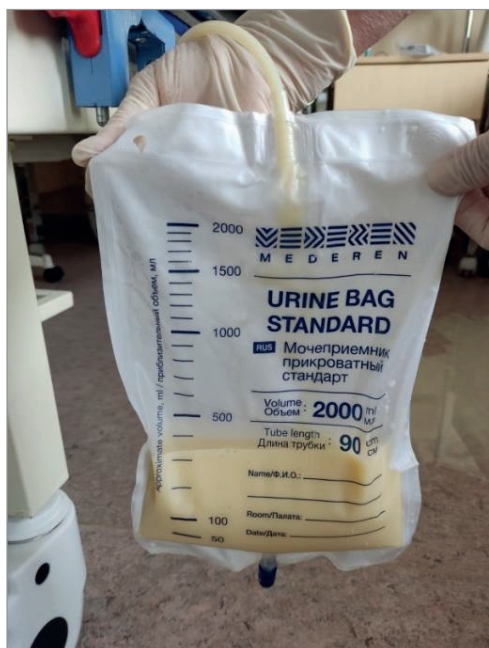


Рис. 2. Хилезный выпот

жидкости. По передней брюшной стенке определяются множественные грыжи, содержащие жидкость. Визуализируются множественные лимфоузлы размером в брыжейке до 14x10 мм, чревные — до 14x9 мм, в воротах печени и печеночно-двенадцатиперстной связке — до 17x10 мм, паракавалыные — до 10 мм.

На гистологическом исследовании одного тканевого фрагмента биопсийного (операционного и диагностического) материала — дольковое и балочное строение печени нарушено: паренхима разделена на фрагменты разного размера широкими и узкими прослойками зрелой фиброзной ткани, соединяющими портальные тракты звездчатой формы; отдельные центральные вены дислоцированы. Слабый полиморфизм гепатоцитов.

В ходе лечебно-диагностической ЭГДС подтверждено варикозное расширение вен пищевода II ст., эрозивный эзофагит, эрозивный гастрит.

В период диагностических мероприятий не было отмечено каких-либо осложнений и ситуаций, подвергавших пациента лишнему дискомфорту. При проведении вышеуказанных исследований были получены точные данные, позволяющие хорошо визуализировать патоморфологическую картину заболевания. Они подтверждают следующий диагноз — хилезный перитонит. Цирроз печени алиментарной этиологии класс В по Чайлд-Пью. Портальная гипертензия. ВРВП II-III ст. кровотечение из вен пищевода в 2018 г. (лигирование 2018 г, операция Пациоры). Гепатоспленомегалия. Асцит. Гигантская послеоперационная вентральная грыжа.

Прогноз при продолжении консервативной медикаментозной терапии неблагоприятный, так

как она не способна сдерживать прогрессирование осложнений цирроза, таких как портальная гипертензия и асцит, а также не корректирует текущее состояние пациента, которое, как мы предполагаем, обусловлено отдаленными осложнениями операции Пациоры. Пациент нуждается в срочном хирургическом лечении с последующей поддерживающей схемой лекарственных препаратов.

Пациенту в отделении проводились базисная терапия, переливание белковых препаратов, плазмы, мочегонная терапия, гепатопротекторная, антибактериальная, антикоагулянтная, симптоматическая терапия. Коррекция водно-электролитного баланса проведена в реанимационном отделении. На фоне проводимого лечения удалось стабилизировать состояние пациента, водно-электролитные нарушения компенсированы.

Хронологически:

- 01.04.2022 выполнено дренирование брюшной полости под контролем УЗИ: Постепенно, по 5 л в день, на фоне плазмозамещающей терапии эвакуировано около 24 л хилезной жидкости.
- 05.04.2022: прошивание грудного лимфатического протока. Грыжесечение, пластика грыжевых ворот с формированием дубликатуры.
- 18.04.2022: отмечено-желудочно-кишечное кровотечение из эрозий нижней трети пищевода. Остановлено консервативными мероприятиями в отделении реанимации.
- 19.04.2022: проведено TIPS для снижения портальной гипертензии. Послеоперационный период протекал без особенностей.

При контрольном УЗИ брюшной полости 20.04.2022 г.: количество свободной жидкости около 200 мл в подпеченочном пространстве и в области сальниковой сумки. Линейная скорость кровотока в воротной вене 12 см/с, в селезеночной вене — 14 см/с, в TIPS — 9 см/с.

Пациент в удовлетворительном состоянии выписывается под наблюдение хирурга по месту жительства (рис. 3).

ОБСУЖДЕНИЕ

Хилезный асцит — редкая форма асцита, возникающая в результате просачивания и накопления в брюшной полости молочно-белой жидкости с большим количеством липидов [3]. ХА может развиваться как осложнение травматических или интраоперационных повреждений грудного лимфатического протока (ГЛП), онкологических заболеваний, инфекций и цирроза печени [3]. Травма главных лимфатических протоков считается основной причиной возникновения ХА у пациентов, перенесших оперативное вмешательство на органах брюшной полости и забрюшинного пространства [14]. В основном ХА наблюдается после операций на поджелудочную железу или толстую кишку, однако описаны случаи развития



Рис. 3. Пациент после проведенного лечения

ХА после разобщающих или шунтирующих операций на портокавальную систему в лечении кровоточащих варикозно расширенных вен пищевода (ВРВП) у больных с циррозом печени [2, 14]. В частности, Barritt, Vargas-Tank et al., Tohda et al. описали случаи возникновения ХА после склеротерапии ВРВП у пациентов с циррозом печени [15–17], а Turner и Maywood et al. указали на развитие ХА после наложения дистального спленоренального анастомоза по Уоррену и предложили установку перитонеовенозного шунта по Денверу для коррекции данного состояния [18, 19]. В представленном нами случае пациенту первоначально для предотвращения проксимальных желудочно-кишечных кровотечений было выполнено лигирование ВРВП и прошивание варикозно расширенных вен желудка через гастротомию (операция Пациоры), после которых произошла манифестация ХА по данным УЗИ и аспирации содержимого брюшной полости. В связи с возможным травматическим генезом ХА и неэффективностью консервативных мероприятий мы провели прошивание ГЛП сразу после дренирования брюшной полости и эвакуации хилезной асцитической жидкости. Основные показания к прошиванию ГЛП и различные варианты этой методики были описаны Parshin [20].

Однако дальнейшее прогрессирование ХА по мере развития цирроза печени без проведения хирургических вмешательств в последующие годы указало нам на развитие недостаточности лимфатической системы портальной этиологии. У больных с циррозом печени за счет портальной гипертензии постепенно увеличивается капиллярная фильтрация, потенцирующая продукцию лимфы и развитие компенсаторных реакций лимфатической системы: ускорение тока

лимфы по протокам, увеличение количества и размеров лимфатических сосудов (лимфангиоэктазия) [21]. Повышенная нагрузка на лимфатические сосуды приводит к повреждению и дисфункции эндотелия, а также к нарушению сократительной способности гладких миоцитов и недостаточности клапанов сосудов, что проявляется в виде недостаточности лимфатической системы [21]. Расширение кишечных лимфатических сосудов (кишечная лимфангиоэктазия) часто сопровождается их разрывом, истечением лимфы в просвет кишечника и соответствующей потерей белков, липопротеинов и лимфоцитов [22]. Патогенез ХА похож на вышеописанное состояние: высокое гидростатическое давление в лимфатической системе на фоне портальной гипертензии способствует разрыву расширенных и морфологически измененных субсерозных лимфатических сосудов с истечением лимфы в брюшную полость [21]. ХА у пациентов с циррозом печени клинически часто сопровождается мальабсорбцией, гиповитаминозами А, D, Е и К, стеатореей, нарушением зрения, миастенией, остеопенией и коагулопатией [22, 23].

Оптимальный алгоритм лечения ХА, ассоциированного с циррозом печени, еще не разработан в виду редкости этого осложнения [8]. Общим начальным подходом является коррекция диеты пациентов: уменьшение потребления соли и жиров, употребление пищи с преимущественным содержанием триглицеридов со средней длинной цепи [3]. Основой консервативного подхода в стационарном лечении является назначение диуретиков и перевод пациента на полное парентеральное питание [3]. В нашем случае пациенту также проводился полный спектр консервативной и интенсивной терапии в пред- и послеоперационном периоде: переливание белковых препаратов и плазмы крови, коррекция водно-электролитного баланса, диуретическая, гепатопротекторная, антибактериальная и антикоагулянтная терапия. В случае рефрактерного ХА, не поддающегося консервативному лечению, необходимо проведение оперативного вмешательства с целью снижения портальной гипертензии (портальная декомпрессия) как основного патогенетического звена [8]. Одним из наиболее эффективных методов является трансюгулярное внутривенное портосистемное шунтирование (TIPS), улучшающее основную симптоматику портальной гипертензии и ХА за счет портальной декомпрессии и уменьшения печеночного и желудочно-кишечного лимфотока [24]. На сегодняшний день ввиду редкости данного осложнения описано всего 7 клинических случаев в 4-х исследованиях, доказывающих эффективность TIPS в лечении ХА [4, 8, 25, 26]. В нашем случае пациенту было проведено TIPS на 14 день после прошивания грудного лимфатического протока, послеоперационный период протекал без особенностей. При контрольном УЗИ брюшной полости определялось не более 200 мл свободной жидкости в подпеченочном пространстве и в области сальниковой сумки, а линейная скорость

кровотока в воротной вене составила 12 см/с, в селезеночной вене — 14 см/с, а в новообразованном портосистемном шунте — 9 см/с. Пациент в удовлетворительном состоянии был выписан из стационара, в течение дальнейших 7 месяцев амбулаторного наблюдения не было рецидивов ХА или других признаков скопления свободной жидкости в брюшной полости.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основным ограничением исследования является отсутствие подробной информации о течении и прогрессировании ХА у пациента с момента возникновения осложнения (июль 2018 г.) до госпитализации в клинику факультетской хирургии (март

2022 г.), за исключением задокументированных периодов обострения ХА, сопровождавшихся лапароцентезом.

Насколько нам известно, это первый описанный клинический случай лечения рефрактерного ХА с помощью TIPS у пациента с циррозом печени, перенесшего две разобщающие портокавальную систему операции: лигирование ВРВП и операцию Пациоры (разобщение системы воротной и непарной вен). Данный случай демонстрирует необходимость проведения тщательного дифференциального диагноза причин развития ХА у пациентов с циррозом печени. Постановка TIPS может быть эффективным и безопасным методом лечения ХА у пациентов с циррозом печени.

ЛИТЕРАТУРА

1. Cárdenas A., Chopra S. Chylous ascites // *The American journal of gastroenterology*. — 2002. — Т. 97. — № 8. — С. 1896–1900.
2. Rector Jr W. G. Spontaneous chylous ascites of cirrhosis // *Journal of clinical gastroenterology*. — 1984. — Т. 6. — № 4. — С. 369–372.
3. Bhardwaj R. et al. Chylous ascites: a review of pathogenesis, diagnosis and treatment // *Journal of clinical and translational hepatology*. — 2018. — Т. 6. — № 1. — С. 105.
4. De Vries G. J. et al. Cirrhosis related chylous ascites successfully treated with TIPS // *European journal of gastroenterology & hepatology*. — 2005. — Т. 17. — № 4. — С. 463–466.
5. Aalami O. O., Allen D. B., Organ Jr C. H. Chylous ascites: a collective review // *Surgery*. — 2000. — Т. 128. — № 5. — С. 761–778.
6. Perehodov, S. N. K. N. S. The role of lymphorrhea in the development of postoperative complications // *Госпитальная медицина наука и практика*. — 2021. — Т. 4. — С 5–14.
7. Кашаева, М. Д. Особенности лимфоденирующих операций при циррозе печени и резистентном асците // *specifics of lymphatic drainage in cirrhosis and resistant ascites*. — 2022.
8. Tsao J. et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for the treatment of chylothorax and chylous ascites in cirrhosis: a case report and systematic review of the literature // *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. — 2016. — Т. 27. — № 1. — С. 112–116.
9. Berzigotti A. et al. Octreotide in the outpatient therapy of cirrhotic chylous ascites: a case report // *Digestive and liver disease*. — 2006. — Т. 38. — № 2. — С. 138–142.
10. Chen J., Lin R. K., Hassanein T. Use of orlistat (xenical) to treat chylous ascites // *Journal of clinical gastroenterology*. — 2005. — Т. 39. — № 9. — С. 831–833.
11. Voros D., Hadziyannis S. Successful management of postoperative chylous ascites with a peritoneojugular shunt // *Journal of hepatology*. — 1995. — Т. 3. — № 22. — С. 380.
12. Wasmuth-Pietzuch A. et al. Congenital chylothorax: lymphopenia and high risk of neonatal infections // *Acta Paediatrica*. — 2004. — Т. 93. — № 2. — С. 220–224.
13. Yarema, I. V. et al. Postoperative external transabdominal severe lymphorrhea (Case report) // *Obs. Reanimatol*. — 2020. — Т.16. — С. 37–44.
14. Weniger M. et al. Treatment options for chylous ascites after major abdominal surgery: a systematic review // *The American Journal of Surgery*. — 2016. — Т. 211. — № 1. — С. 206–213.
15. Barritt 3rd A. S. Chylous ascites and esophageal sclerotherapy // *Gastroenterology*. — 1988. — Т. 94. — № 4. — С. 1109–1110.
16. Vargas-Tank L. et al. Esophageal sclerotherapy and chylous ascites // *Gastrointestinal endoscopy*. — 1994. — Т. 40. — № 3. — С. 396.
17. Tohda S. et al. A case of liver cirrhosis accompanied with chylothorax and chylous ascites after endoscopic sclerotherapy of esophageal varices // *Nihon Naika Gakkai zasshi. The Journal of the Japanese Society of Internal Medicine*. — 1988. — Т. 77. — № 8. — С. 1282–1283.
18. Turner Jr W. W. Chylous ascites: resolution after Denver peritoneovenous shunt // *Southern medical journal*. — 1983. — Т. 76. — № 4. — С. 539–539.
19. Maywood B. T., Goldstein L., Busuttill R. W. Chylous ascites after a Warren shunt // *The American Journal of Surgery*. — 1978. — Т. 135. — № 5. — С. 700–702.
20. Parshin V. D. Chylothorax in practice of thoracic and cardiovascular surgeon // *Khirurgiia*. — 2016. — № 7. — С. 36–44. doi:10.17116/hirurgia2016736-44
21. Kumar R., Anand U., Priyadarshi R. N. Lymphatic dysfunction in advanced cirrhosis: Contextual perspective and clinical implications // *World Journal of Hepatology*. — 2021. — Т. 13. — № 3. — С. 300.
22. Rossi P. et al. Intestinal lymphangiectasis in adults // *Il Giornale di Chirurgia*. — 1996. — Т. 17. — № 4. — С. 171–174.

23. Lizaola B. et al. The diagnostic approach and current management of chylous ascites // *Alimentary Pharmacology & Therapeutics*. — 2017. — Т. 46. — № 9. — С. 816–824.
24. Rajesh S. et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt in cirrhosis: an exhaustive critical update // *World Journal of Gastroenterology*. — 2020. — Т. 26. — № 37. — С. 5561.
25. Kikolski S. G. et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt for treatment of cirrhosis-related chylothorax and chylous ascites: single-institution retrospective experience // *Cardiovascular and interventional radiology*. — 2013. — Т. 36. — С. 992–997.
26. Kinney T. B. et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt creation as treatment for refractory chylous ascites and chylothorax in a patient with cirrhosis // *Journal of Vascular and Interventional Radiology*. — 2004. — Т. 15. — № 1. — С. 85–м89.

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Зубрицкий Владислав Феликсович — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой хирургии повреждений с курсом военно-полевой хирургии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», главный хирург МВД России; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-4894-2796>

Карпова Радмила Владимировна — д.м.н., доцент, профессор кафедры факультетской хирургии №1 ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ; ORCID <https://orcid.org/0000-0003-0608-9846>

Молодова Полина Максимовна — студентка 6 курса ИКМ им. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ; ORCID <https://orcid.org/0009-0005-2439-4774>

Вассалатий Илья Михайлович — студент 6 курса ИКМ им. Склифосовского ФГАОУ ВО Первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова Министерства здравоохранения РФ; ORCID <https://orcid.org/0000-0001-5830-0127>

Неустроев Федор Сергеевич — преподаватель кафедры хирургии повреждений с курсом военно-полевой хирургии Медицинского института непрерывного образования ФГБОУ ВО «Российский биотехнологический университет (РОСБИОТЕХ)», Заведующий стационаром кратковременного пребывания ГКБ им. М.П. Кончаловского; ORCID <https://orcid.org/0009-0008-6211-670X>

АВТОРСКИЙ ВКЛАД

В.Ф. Зубрицкий — утверждение рукописи для публикации; обзор и редактирование, проверка критически важного содержания

Р.В. Карпова — написание текста рукописи, обзор и редактирование ; концепция и дизайн клинического случая

П.М. Молодова — сбор, анализ данных, написание статьи

И. М. Васалатий — сбор, анализ данных, написание статьи

Ф.С. Неустроев — сбор, анализ и статистическая обработка данных

ПОСТУПИЛА: 17.02.2024

ПРИНЯТА: 10.03.2024

ОПУБЛИКОВАНА: 21.03.2024