

В.Д. Паршин, Т.Н. Седова, А.Я. Самохин

ХИРУРГИЯ ГРУДНОГО ПРОТОКА

2-е издание, дополненное



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

ХИЛОПЕРИКАРД

Изолированное скопление хилезной жидкости в перикарде наблюдаются чрезвычайно редко. В зарубежной литературе к 1984 г. найдено 57 таких наблюдений.

Этиология и патогенез

Хилоперикард иногда возникает у больных после операций на сердце и некоторых операций на легких, у больных с лимфангиэктазией легких и средостения, с лимфангиомой средостения, после тупой травмы грудной клетки. Однако почти в половине опубликованных случаев причина хилоперикарда осталась неизвестной.

Анатомические факторы, предрасполагающие к возникновению хилоперикарда, — аномалии, сдавление грудного протока, нарушение его клапанного механизма, тромбоз подключичной и плечеголовной вен; функциональные факторы — повышение давления в системе верхней полой вены и грудном протоке при сдавлении грудной клетки, сильном кашле. Возможно проникновение хилуса в перикард путем транссудации через измененную стенку лимфатических сосудов, а эмальгированного жира — через измененную стенку кровеносных сосудов.

М. Servelle, P. Levitcharov, J. Andrieux с сотрудниками (1972) исследовали механизм возникновения хилоторакса и хилоперикарда у 3 больных с помощью предоперационной и интраоперационной лимфографии [289]. У всех обнаружены различные аномалии грудного протока и лимфатической системы. Нарушение тока хилуса по аномалийному грудному протоку приводит к расширению лимфатических сосудов легкого и средостения, перикарда и сердца, недостаточности клапанов, обратному току лимфы и хилуса с накоплением их в полости плевры или перикарда (рис. 4.1).

Хилоперикард после операций на сердце и легких (описано 12 таких случаев) возникает, по-видимому, вследствие повреждения грудного протока или впадающих в него крупных лимфатических сосудов в зоне хирургических манипуляций.

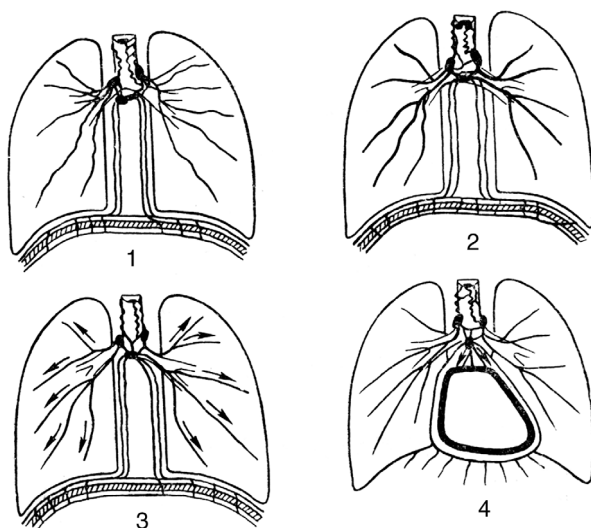


Рис. 4.1. Патогенез хилоторакса и хилоперикарда: 1 — рефлюкс хилуса в медиастинальные лимфатические сосуды; 2 — застой хилуса в легких, расширение лимфатических сосудов и нарушение клапанного механизма; 3 — рефлюкс хилуса в лимфатические сосуды легких; 4 — рефлюкс хилуса в лимфатические сосуды перикарда и сердца [289]

Клиническая картина и диагностика

Хилоперикард наблюдают в любом возрасте с одинаковой частотой у мужчин и женщин. Постепенное накопление хилуса в перикарде (даже в объеме более 1 л) обычно не вызывает серьезных субъективных ощущений вследствие растягивания его эластичной неизменной стенки. Иногда отмечают сухой кашель, слабость, чувство тяжести в эпигастрии, отсутствие аппетита. В дальнейшем появляются одышка, приступы удушья, цианоз, увеличение живота, отеки нижних конечностей. При лимфагизтации легких возможно откашливание «гноной» мокроты или свертков хилуса в форме бронхиальных слепков.

При объективном исследовании больных — физическом и рентгенологическом — часто совершенно неожиданно выявляют типичную картину экссудативного перикардита. В более поздних стадиях болезни наблюдают выраженную дыхательную недостаточность вплоть до признаков тампонады сердца. Истощение, гиполиппротеинемия и нарушение электролитного баланса у больных с хилоперикардом, как правило, не возникают, ибо потеря хилуса бывает относительно небольшой и продолженной во времени.

При подозрении на экссудативный перикардит всегда важно убедиться в наличии жидкости в полости перикарда и исключить кардиомегалию. Для этого обычное клинико-рентгенологическое исследование дополняют электрокардиографией, ультразвуковым или радиоизотопным сканированием сердца, а затем производят **диагностическую пункцию перикарда**.

Классическое место для пункции — угол между левой реберной дугой и мечевидным отростком. При получении из полости перикарда жидкости, похожей на молоко или сметану и по составу соответствующей хилусу, диагноз хилоперикарда не вызывает сомнения.

Дифференциальную диагностику проводят с гнойным и холестериновым перикардитом. При холестериновом перикардите, который иногда возникает при туберкулезе, раке, гипертонической болезни, артрите, стенозе митрального клапана, дефекте межпредсердной перегородки, жидкость имеет золотисто-желтый цвет и содержит кристаллы холестерина [133].

Диагностическую пункцию продолжают как лечебную и стараются удалить из перикарда весь хилус. При этом соответствия между объемом хилуса в перикарде, с одной стороны, и состоянием больного и размерами сердечной тени на рентгенограммах, с другой, может и не быть. Иногда при бессимптомном течении заболевания аспирируют из перикарда 1000–1600 мл хилуса.

После аспирации хилуса в полость перикарда с диагностической целью можно ввести воздух, кислород или углекислый газ (50–300 см³) и затем сделать рентгенографию. Такая **пневмоперикардиография** позволяет более точно установить истинные размеры сердца и степень утолщения перикарда, выделить и лучше контурировать тень опухоли сердца или перикарда. После пневмоперикардиографии иногда слышен шум плеска, который исчезает по мере рассасывания газа.

Для определения анатомической связи полости перикарда с грудным протоком изредка применяют окрашивание хилуса липофильным красителем и радионуклидное сканирование, но чаще — лимфографию. Окрашивание липофильным красителем [196] выполняют после частичного удаления хилуса из перикарда. Больной принимает 50 мг судана III, растворенного в 200 мл сливок, оливкового или кукурузного масла. Через 12–24 ч повторно пунктируют полость перикарда. Хилус не всегда заметно окрашен, и краску выявляют путем экстрагирования жира эфиром с последующим выпариванием. В осадке обнаруживают судан III, который имеет оранжевый цвет.

Радионуклидное сканирование проводят после предварительной блокады щитовидной железы йодистыми препаратами. Больному на-

значают внутрь [^{131}J] препарат (7400 МБк). Через сутки сканируют область сердца или пунктируют полость перикарда и обнаруживают многократное увеличение радиоактивности хилуса по сравнению с сывороткой крови, взятой у больного [282].

Лимфография позволяет выявить не столько связь грудного протока с перикардом, сколько патологию системы грудного протока. При лимфангиоме средостения грудной проток часто не обнаруживают, и контрастное вещество продвигается по избыточно развитым коллатеральным путям.

При лимфангиэктазии на уровне бедер, таза и поясницы иногда определяют развитую сеть извитых лимфатических сосудов и признаки лимфостаза. Млечная цистерна может не контрастироваться, а через диафрагму к интраперикардиальному отделу нижней полой вены идут дополнительные лимфатические пути. При отсутствии контрастирования грудного протока выявляют паравертебральные, бронхиальные и легочные лимфатические пути. Если грудной проток, как в описанном ниже наблюдении, контрастирован, в нем обнаруживают задержку хилуса в виде отдельных «лужиц» контрастного вещества. Поступление контрастного вещества в полость перикарда во время лимфографии отмечено, по данным литературы, у 5 больных. Такая же картина наблюдалась и у описанного больного. Возможно, этому способствовало выполнение лимфографии на фоне пневмоперикарда. При «идиопатическом» хилоперикарде, когда изменений лимфатической системы выявить не удается, иногда через несколько дней после лимфографии в полости перикарда видно контрастное вещество, как в приведенном наблюдении.

Больной Б., 16 лет, поступил с жалобами на одышку при физической нагрузке и сердцебиение. За 3 года до поступления появились одышка, повышение температуры, боли в правой половине грудной клетки, кашель со слизисто-гноющей с прожилками крови мокротой. Иногда откашливал фибринозные слепки бронхов. В стационаре проведен курс противовоспалительной терапии по поводу пневмонии. В последующие 2 года пневмонии возникали неоднократно. Проводились антибиотикотерапия, санационная бронхоскопия. На рентгенограммах замечено увеличение тени сердца, но состояние оставалось удовлетворительным.

При радионуклидном и ультразвуковом сканировании сердца диагностирован выпот в полости перикарда. В Московской центральной клинической туберкулезной больнице пунктирован перикард, получено 350 мл жидкости, по виду напоминающей молоко и содержащей нейтральный жир и белок. При повторной пункции перикарда эвакуировано еще 950 мл хилезной жидкости. Диагностирован хилоперикард. Больной направлен в Центр хирургии для хирургического лечения.

При поступлении общее состояние удовлетворительное. Признаки дыхательной и сердечной недостаточности отсутствуют. Дыхание везикулярное, единичные сухие хрипы. Границы сердца расширены в обе стороны, тоны приглушены, шумов нет. Пульс 94 в минуту, ритмичный. АД 130/80 мм рт.ст. В крови эритроцитов $5 \times 10^{12}/л$, содержание гемоглобина 150 г/л, эозинофилов 7%, небольшой палочкоядерный сдвиг (5%), билирубин общий 58,14 мкмоль/л, прямой — 22,23 мкмоль/л, общий белок 93,5 г/л. ЭКГ: вольтаж снижен, отмечено замедление внутрижелудочковой проводимости, признаки увеличения левого желудочка. На рентгенограммах грудной клетки легочные поля прозрачны, легочный рисунок усилен, тени корней легких несколько расширены. Сердце больших размеров, сердечные дуги сглажены (рис. 4.2). При рентгеноскопии отмечено ослабление пульсации сердца.

Выполнена пункция перикарда под мечевидным отростком. Получено 120 мл хилезной жидкости, введено 80 мл воздуха. На фоне пневмоперикарда выполнена лимфография. После подкожного введения красителя (патентованный синий 6,1 мл) в межпальцевые промежутки нижних конечностей через кожные разрезы на тыльных поверхностях обеих стоп выделены и канюлированы окрашенные лимфатические сосуды из медиального поверхностного коллектора. Введено контрастное вещество — Липидол Ультра-флюид 13 мл (1 мл за 5–6 мин). На 56-й минуте от начала введения контрастирован на всем протяжении грудной проток, идущий общим стволом. На уровне V–VI грудного позвонка слева — накопление контрастного вещества в виде отдельных «лужиц» (рис. 4.3). В процессе исследования выявлено свободное поступление контрастного вещества в полость перикарда.

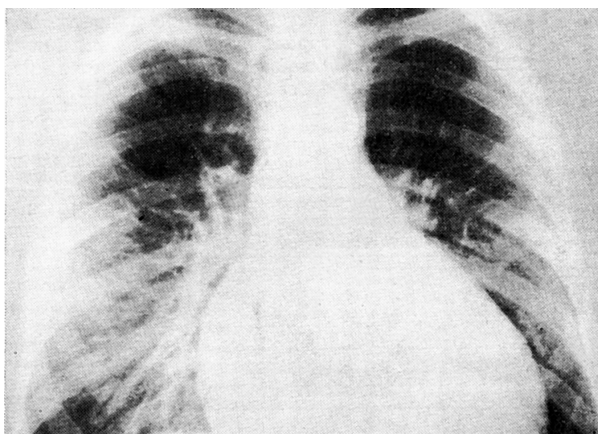


Рис. 4.2. Рентгенограмма грудной клетки больного Б. до операции