

УДК 616.25-003.24

ДИАГНОСТИКА ХИЛОТОРАКСА НА ПРИМЕРЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Стяжкина С.Н.

д.м.н., профессор,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Байрамкулов М.Д.

к.м.н.,

Ставрополь, Россия

Андреева А.Э.

студентка,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Иванова Л.А.

студентка,

Ижевская государственная медицинская академия,

Ижевск, Россия

Аннотация

Хилоторакс – это опасное осложнение разрыва грудного лимфатического протока. Данное состояние может привести к поражениям дыхательной, иммунной систем, а также к нарушению обменных процессов, и поэтому нуждается в своевременной диагностике и адекватном лечении. В нашей статье кратко рассмотрены понятие, этиология и клиническая картина хилоторакса. Также приводятся клиническое наблюдение и методика лечения пациентки с диагнозом: спонтанный разрыв грудного лимфатического протока,

подтвержденным по данным клинических, инструментальных и лабораторных методов исследования, и наличием осложнения - правосторонний хилоторакс. В результате проводимого лечения наблюдалась положительная динамика. Больная выписана с рекомендациями: наблюдение пульмонолога, хирурга, эндокринолога, консультация онколога, гематолога. Пациентке противопоказана работа с большим физическим напряжением и переохлаждением. Необходимо переквалифцирование и рациональное трудоустройство.

Ключевые слова: хилоторакс, разрыв грудного протока, одышка, артериальная гипертензия, плевральная пункция.

DIAGNOSTICS OF HYLOTORAX ON THE EXAMPLE OF A CLINICAL CASE

Styazhkina S.N.

Doctor of Medical Sciences, Professor,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Bayramkulov M.D.

PhD.,

Stavropol, Russia

Andreeva A.E.

student,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Ivanova L.A.

student,

Izhevsk State Medical Academy,

Izhevsk, Russia

Abstract

Chylothorax is a dangerous complication of ruptured thoracic lymphatic duct. This condition can lead to lesions of the respiratory, immune systems, as well as to metabolic disorders, and therefore needs timely diagnosis and adequate treatment. Our article briefly discusses the concept, etiology and clinical picture of chylothorax. Clinical observation and treatment method of a patient with a diagnosis of spontaneous rupture of the thoracic lymphatic duct, confirmed by clinical, instrumental and laboratory research methods, and the presence of a complication - right-sided chylothorax are also given. As a result of the treatment, a positive trend was observed. The patient was discharged with recommendations: observation of a pulmonologist, surgeon, endocrinologist, consultation with an oncologist, hematologist. Work with great physical stress and hypothermia is contraindicated for the patient. Requires retraining and rational employment.

Keywords: chylothorax, rupture of the thoracic duct, dyspnea, arterial hypertension, pleural puncture.

Введение. Хилоторакс – редкая патология, заключающаяся в прогрессирующем истечении в плевральную полость хилуса, обусловленное повреждением грудного протока и париетальной плевры. Причинами хилоторакса могут быть: врожденные (атрезия грудного протока), травматические, хирургические (операции на шее, легком, пищеводе), новообразования с прорастанием в грудной проток или сдавлением его (лимфома Ходжкина, рак легкого), неопухолевые заболевания, сдавливающие или закупоривающие грудной проток (кисты средостения или аневризма грудного отдела аорты) [5]. Большую часть в этиологии хилоторакса занимают ятрогенные и травматические факторы. Неятрогенный хилоторакс составляет до 19% от всех случаев. Клиническая картина хилоторакса зависит от количества лимфы, выделившейся в плевральную полость, поэтому во многих случаях до

накопления значительного объема выпота симптоматика может отсутствовать. В среднем латентный период может составлять 8-11 дней [2,3]. В дальнейшем по мере накопления хилуса происходит сдавление легкого и смещения средостения. В результате развивается дыхательная недостаточность и нарушение кровообращения. Известно, что правый купол диафрагмы менее податлив, поэтому нарушения гемодинамики и дыхания более выражены при правостороннем хилотораксе [4]. Учитывая, что лимфа имеет в своем составе большое количество жира, белков, электролитов и жидкости, ее существенная потеря может привести к истощению больных. В основном пациентов беспокоят общая слабость, потеря массы тела, постоянное чувство голода [3]. Объективно: при осмотре выявляются бледность и сухость кожных покровов, дефицит массы тела, дегидратация организма, акроцианоз. Пациенты принимают вынужденное положение тела - слегка приподняты лежа на больном боку. Пораженная сторона грудной клетки отстаёт в акте дыхания, также наблюдается выбухание и расширение межреберных промежутков. При пальпации отмечается снижение голосового дрожания в области хилоторакса. С помощью перкуссии выявляют притупление над пораженным участком грудной клетки, смещающееся при смене положения тела больного. Аускультативно - ослабление дыхания на стороне поражения, при большом объеме выпота может быть отсутствие легочного звука [3,4], то есть имеется специфическая симптоматика при поражении легочной системы.

Материал и методы. В клинической практике торакальной хирургии выявляются единичные случаи хилоторакса, один из которых представлен в данной статье. Больная Т., 1973 г.р. Диагноз основной: спонтанный разрыв грудного лимфатического протока. Осложнения: правосторонний хилоторакс. Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия 1 степени риск 2, хроническая венозная недостаточность 2 степени, варикозная болезнь нижних конечностей, анемия легкой степени.

Жалобы при поступлении: давящие боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле, одышка, возникающая при ходьбе на расстояние более 10 метров, головокружение, общая слабость, появление отеков на ногах к концу дня.

Развитие и течение болезни: больной считает себя после того, как заметила во время работы на тяжелом производстве при поднятии тяжестей умеренные боли в грудной клетке справа с развитием выраженной одышки, слабость во всем теле. Также из анамнеза выяснено, что до этого было несколько падений и ударов на грудную клетку и периоды головокружения и головной боли. За медицинской помощью не обращалась. Ранее часто болела простудными заболеваниями. Была госпитализирована в ЦРБ, где после выполнения рентгенографии грудной клетки был установлен диагноз: “Правосторонний гидроторакс?”. В стационаре хирургического отделения была произведена плевральная пункция. При эвакуации была извлечена жидкость беловатого цвета, похожая на хилезную. После чего выставлен диагноз: “Спонтанный разрыв грудного протока. Правосторонний хилоторакс”. Было проведено лечение: антибактериальная терапия (цефазолин 0.5 4 раза в день, №7; метронидазол 0.25, №7); гепаринотерапия 20 000 МЕ; вено- и лимфотонизирующая терапия (Флебодиа 600); инфузионная терапия; высококалорийная диета с ограничением жирного, жареного, соленого. В результате проводимого лечения наблюдалась положительная динамика. Анамнез отягощен: у отца - артериальная гипертензия 2 степени риск 3, у матери - сахарный диабет 2 типа.

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела вынужденное - лежа на правом боку. Астеничного телосложения, пониженного питания. Язык влажный, имеется бело-желтый налет у корня языка. Кожные покровы бледные сухие, на обеих голених имеется варикозное расширение вен. ЧДД 22 в минуту. Резистентность грудной клетки ослаблена. Голосовое дрожание ослаблено справа, не изменено слева. Над

Дневник науки | www.dnevniknauki.ru | СМИ Эл № ФС 77-68405 ISSN 2541-8327

поверхностью левой половины грудной клетки определяется легочной перкуторный звук, на правой половине грудной клетки с 5 межреберья отмечается притупление перкуторного звука. Аускультативно - над правой поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы. Тоны сердца ритмичные. Второй тон громче первого, отмечается усиление верхушечного толчка. АД 145/95 мм рт. ст., ЧСС 86 уд/мин. Температура тела - 36.7 °С. Живот овальной формы, мягкий безболезненный. Передняя брюшная стенка в акте дыхания участвует. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Симптом Пастернацкого слева и справа отрицательный. Наблюдаются отеки дистальных отделов голеней.

Локальный статус: пациентка жалуется на давящие боли в грудной клетке справа, усиливающиеся при кашле, одышку, возникающую при ходьбе на расстояние более 10 метров, общую слабость. Объективно наблюдается вынужденное положение тела - лежа на правом боку. Кожные покровы бледные сухие. Резистентность грудной клетки ослаблена. Голосовое дрожание ослаблено справа, не изменено слева. Над поверхностью левой половины грудной клетки определяется легочной перкуторный звук, на правой половине грудной клетки с 5 межреберья отмечается притупление перкуторного звука. Аускультативно - над правой поверхностью легких выслушивается ослабленное везикулярное дыхание, влажные незвучные мелкопузырчатые хрипы.

Лабораторные данные.

Общий клинический анализ крови: лейкоциты $8.3 \cdot 10^9/\text{л}$, (лимфоциты 9%), эритроциты $3,2 \cdot 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин 104 г/л, тромбоциты $170 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ 32 мм/ч. Биохимический анализ крови: глюкоза 7,6 ммоль/л, холестерин 9,1 ммоль/л, АЛТ 27 Ед/л, АСТ 32 Ед/л. Заключение: анемия легкой степени,

лимфопения, повышение уровня глюкозы (сахарный диабет 2 типа?), повышение уровня холестерина, АСТ, АЛТ.

Инструментальные данные.

Рентгенография органов грудной клетки. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции справа определяется интенсивная тень с горизонтальным уровнем. Заключение: гидроторакс.

Плевральная пункция. Пункция проведена между 7-8 межреберьем справа, между средней и задней подмышечными линиями. Установлена дренажная трубка для последующей санации. В результате извлечено около 200 мл беловатой (хилезной) жидкости [2]. При цитологическом исследовании выявлены лимфоциты, эритроциты, фагоциты. Атипичные клетки не обнаружены.

Повторная рентгенография органов грудной клетки. На обзорной рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции справа отмечается снижение горизонтального уровня тени (по сравнению с предыдущей рентгенограммой).

Результаты и их обсуждение. На основании жалоб, анамнеза, данных объективного, лабораторного и инструментального исследований пациентке был поставлен основной диагноз: спонтанный разрыв грудного лимфатического протока. Осложнения: правосторонний хилоторакс. Сопутствующие заболевания: артериальная гипертензия 1 степени риск 2, хроническая венозная недостаточность 2 степени, варикозная болезнь нижних конечностей, анемия легкой степени. Вероятно, развитие хилоторакса у больной спровоцировали травмы грудной клетки, полученные при падениях, и поднятие тяжестей в сочетании с неблагоприятным коморбидным фоном (артериальная гипертензия 1 степени риск 2, хроническая венозная недостаточность 2 степени, варикозная болезнь нижних конечностей). Благодаря вовремя проведенной диагностике и

лечению исход данного клинического случая благополучный. Рекомендовано наблюдение пульмонолога, хирурга, эндокринолога, консультация онколога, гематолога. Больной противопоказана работа с большим физическим напряжением и переохлаждением. Необходимо переквалифцирование и рациональное трудоустройство.

Выводы. Хилоторакс - одно из редких, но не менее опасных осложнений, развивающихся при повреждении грудного лимфатического протока. В тяжелых случаях патология может осложняться лимфореей до 3-5 л в сутки, что может привести к поражениям в дыхательной, иммунной системах, а также к нарушению обменных процессов. Вследствие чего пациенты могут терять большое количество жиров, белков, витаминов, макро- и микроэлементов, иммунных клеток. Таким образом, клинический случай доказывает, что в предотвращении развития жизнеугрожающих осложнений в результате хилоторакса важную роль играет своевременная диагностика, которая возможна даже в условиях районной больницы, при этом особое значение имеет тщательно собранный анамнез.

Библиографический список:

1. Белов Ю.В., Миланов Н.О. Хилоторакс в торакальной хирургии / Ю.В. Белов, Н.О. Миланов // Хирургия. - 2012. №10. – С. 84-86.
2. Касьянова Н.Ю., Аракелян В.С., Малинин А.А., Гидаспов Н.А., Бокерия Л.А. Медикаментозное лечение хилоторакса. Физиологические аспекты / Н.Ю. Касьянова., В.С. Аракелян, А.А. Малинин, Н.А. Гидаспов, Л.А. Бокерия // Клиническая физиология кровообращения. - 2016; № 13 (2). – С. 85-92.
3. Стяжкина С.Н., Акимов А.А., Абрамович А.А., Белова А. Разбор редкого клинического случая с разлитым хилезным перитонитом / С.Н. Стяжкина, А.А. Акимов, А.А. Абрамович, А. Белова // Вестник медицинского

института «Реавиз»: реабилитация, врач и здоровье. 2020. – Т.3, №45. –С. 106-110.

4. Чучалин А.Г. Пульмонология: Национальное руководство / А.Г. Чучалин - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 960 с.

5. Шапкин А.А., Ефименко И.В. Хилоторакс в хирургической практике: диагностика и лечение / А.А. Шапкин, И.В. Ефименко // *Фундаментальная и клиническая медицина*. -2016. - Т. 1, №1. - С. 69-72.

Оригинальность 94%