

МИКСОМА СЕРДЦА — СЛОЖНОСТИ ДИАГНОСТИКИФурсов А. А.¹, Гордеев В. В.^{1,3}, Демко И. В.^{2,3}, Гордеева Н. В.^{2,3}, Крапошина А. Ю.², Соловьева И. А.^{2,3}, Мосина В. А.^{2,3}, Собко Е. А.^{2,3}

Клиническая картина миксом сердца крайне многообразна, что затрудняет их прижизненную диагностику, несмотря на внедрение новых диагностических методов. Данная патология сердца при “естественном” течении характеризуется неблагоприятным прогнозом, большинство больных обречены на летальный исход в ближайшие годы после появления первых клинических симптомов.

Российский кардиологический журнал 2016, 11 (139): 87–89

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-11-87-89>

Ключевые слова: миксома, сердце, клинический случай.

¹ФГБУ Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, Красноярск; ²ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В. Ф. Войно-Ясенецкого Минздрав России, Красноярск; ³КГБУЗ Краевая клиническая больница, Красноярск, Россия.

Фурсов А. А. — зав. отделением анестезиологии и реанимации, Гордеев В. В. — врач анестезиолог-реаниматолог, Демко И. В. — профессор, д.м.н., зав. кафедрой внутренних болезней № 2 с курсом ПО, Горде-

ева Н. В.* — к.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО, Крапошина А. Ю. — к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО, Соловьева И. А. — к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО, Мосина В. А. — к.м.н., ассистент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО, Собко Е. А. — д.м.н., доцент кафедры внутренних болезней № 2 с курсом ПО.

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):
natagorday@yandex.ru

АВ — атриовентрикулярное, АД — артериальное давление, ЛЖ — левый желудочек, ЛП — левое предсердие, МК — митральный клапан, МСКТ — мульти-спиральная компьютерная томография, СДЛА — систолическое давление в легочной артерии, ЧД — частота дыхания, ЧСС — частота сердечных сокращений, ЭКГ — электрокардиография.

Рукопись получена 21.06.2016

Рецензия получена 11.07.2016

Принята к публикации 28.07.2016

CARDIAC MYXOMA — CHALLENGE IN DIAGNOSTICSFursov A. A.¹, Gordeev V. V.^{1,3}, Demko I. V.^{2,3}, Gordeeva N. V.^{2,3}, Kraposhina A. Yu.², Solovyova I. A.^{2,3}, Mosina V. A.^{2,3}, Sobko E. A.^{2,3}

Clinical presentation of myxomas is diverse, so it is not easy to diagnose this pathology even with available modern instrumental methods. With its “natural” course this pathology is associated with poor outcome, most patients die in several years from the first clinical signs onset.

Russ J Cardiol 2016, 11 (139): 87–89

<http://dx.doi.org/10.15829/1560-4071-2016-11-87-89>

Первичные опухоли сердца у пациентов кардиологического профиля — явление довольно редкое. По данным литературы, частота их встречаемости составляет порядка 0,0017–0,28%. Около 75% опухолей сердца являются доброкачественными, наиболее распространены среди них миксомы [1]. Миксома сердца — внутрисердечная опухоль, составляет до 50% всех первичных новообразований сердца. В 75% случаев она поражает левое предсердие (ЛП), в 20% — правое, в остальных случаях располагается в желудочках сердца, иногда поражая клапанный аппарат. Миксома сердца может иметь разные формы, размеры и плотность, быть асимптомной, вызывать острые состояния, являться причиной эмболических осложнений. Миксомы относятся к доброкачественным опухолям, однако имеют неблагоприятный прогноз клинически, часто вызывая осложнения (эмболия, обструкция митрального клапана; являются триггером нарушений ритма [2]). Наличие ножки — отличительная черта миксомы, вследствие чего опухоль подвижна в сердечном цикле [3, 4].

Клиническая картина миксом сердца крайне многообразна, что затрудняет их прижизненную диагно-

Key words: myxoma, heart, clinical case.

¹Federal Center of Cardiovascular Surgery, Krasnoyarsk; ²V. F. Voino-Yasenetsky Krasnoyarsk State Medical University, Krasnoyarsk; ³Regional Clinical Hospital, Krasnoyarsk, Russia.

стику, несмотря на внедрение новых диагностических методов. Данная патология сердца при “естественном” течении характеризуется неблагоприятным прогнозом, большинство больных обречены на летальный исход в ближайшие годы после появления первых клинических симптомов [1, 3]. Единственный метод успешного лечения этого контингента больных — хирургический, который при условии своевременного и радикального удаления новообразования нередко приводит к излечению [2, 5]. Актуальность данной проблемы также обусловлена увеличением заболеваемости первичными опухолями (в том числе миксомами) сердца с каждым годом [3, 5].

Приводим данные собственного наблюдения. Пациентка Ч., 57 лет, поступила в отделение кардиохирургии Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии г. Красноярск с жалобами на одышку при минимальной физической нагрузке, чувство комка в горле, ритмичное, приступообразное сердцебиение, купирующиеся самостоятельно жгучие боли в левой половине грудной клетки, иррадиирующие в межлопаточное пространство и возникающие без четкой связи

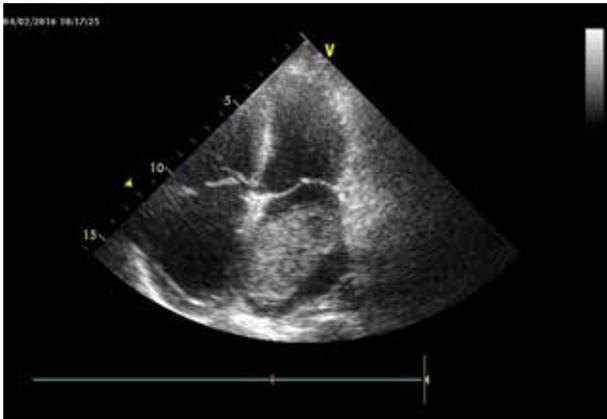


Рис. 1. Эхокардиография больной Ч. Апикальная четырехкамерная позиция. Миксома ЛП размером 6,8х3,5 см, с основанием на короткой тонкой ножке в области овальной ямки. Диагноз подтвержден гистологически.

Рис. 2. Эхокардиография больной Ч. Апикальная четырехкамерная позиция. Миксома ЛП с основанием в области овальной ямки, пролабирует во время диастолы через отверстие МК в ЛЖ. Тем самым опухоль значительно затрудняет антеградный трансмитральный кровоток.

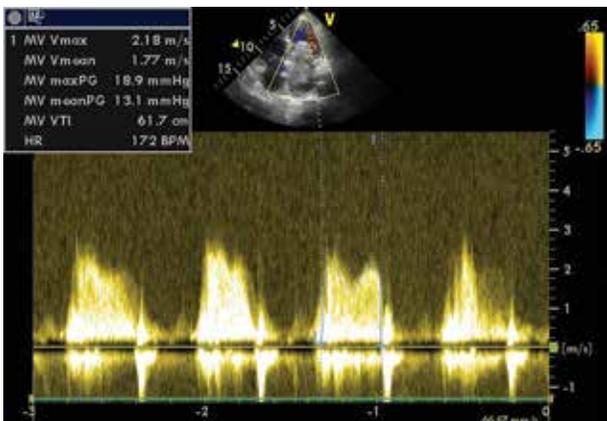


Рис. 3. Эхокардиография больной Ч. Постоянно-волновая доплерография трансмитрального кровотока в области обструкции опухолью. Апикальная четырехкамерная позиция.

с физической нагрузкой, быструю утомляемость, общую слабость, повышение АД максимально до 200/100 мм рт.ст.

Из анамнеза известно: в течение 10 лет отмечает повышение артериального давления. Более 10 лет назад во время гипертонического криза был эпизод потери сознания. В течение года стала отмечать одышку при обычной физической нагрузке, которая быстро прогрессировала и в последние 6 месяцев возникала при минимальной нагрузке. Постоянно принимала по поводу гипертонической болезни валсартан, индапамид, бисопролол, амлодипин. С вышеперечисленными жалобами неоднократно обращалась в поликлинику по месту жительства, где по результатам обследования был выставлен диагноз хронический бронхит и назначена соответствующая бронхолитическая терапия. Несмотря на проводимое лечение, состояние ухудшалось, одышка стремительно прогрессировала, и пациентка самостоятельно обратилась в частную клинику, где по результатам эхокар-

диографического исследования выявлено образование в ЛП. Больная была направлена в Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии для обследования и определения дальнейшей тактики.

Данные объективного обследования пациентки: общее состояние тяжёлое, одышка возникает при незначительной физической нагрузке, ЧД 21 в мин. Верхушечный толчок локализован, ограниченный. Сердечный толчок не пальпируется. Границы относительной сердечной тупости расширены в поперечнике. Тоны сердца ясные ритмичные, ЧСС 72 уд./мин. Выслушивается систолический шум у основания грудины, на верхушке. Пульс 72 уд./мин, ритмичный на обеих руках. Артериальное давление на правой руке 140/90 мм рт.ст. Пульсация на периферических артериях отчётливая. Шумы на магистральных артериях не выслушиваются. На ЭКГ регистрировался синусовый ритм с ЧСС 100 уд./мин, гипертрофия ЛП и левого желудочка (ЛЖ), нарушение внутрижелудочковой проводимости. При эхокардиографии выявлено: объемное образование ЛП с основанием на короткой тонкой ножке в области овальной ямки, 6,8х3,5 см, с обструкцией левого атриовентрикулярного отверстия, аорта уплотнена, митральная недостаточность 1 степени, площадь МК по Допплеру 2,0 см², трикуспидальная недостаточность 3 степени, высокая легочная гипертензия, СДЛА 120 мм рт.ст., расширены полости предсердий и правого желудочка, расширение ствола легочной артерии. Сократительная способность миокарда ЛЖ удовлетворительная. Минимальный перикардиальный выпот вдоль ЛЖ 0,5 см. Для уточнения характера образования проведена МСКТ грудной клетки и сердца: структурных изменений органов грудной полости не выявлено, в ЛП определяется дополнительное образование с основанием в области овальной ямки, и пролабированием через левое атриовентрикулярное отверстие в ЛЖ. Размеры образования — 64х34 мм (вероятнее всего — миксома).

Пациентке поставлен диагноз: объемное образование ЛП с обструкцией левого АВ отверстия. Выраженная функциональная трикуспидальная недостаточность. Высокая легочная гипертензия. Сердечная недостаточность III ст. (IV ф.к. по NYHA). Гипертоническая болезнь III стадии, риск 4.

Принято решение о необходимости проведения оперативного лечения по жизненным показаниям в срочном порядке. Учитывая возраст пациентки, наличие болей в груди, для исключения поражения коронарных артерий пациентке была выполнена коронароангиография: выявлена извитость коронарных артерий, правый тип кровоснабжения миокарда.

После проведения коронароангиографии состояние пациентки резко ухудшилось, появились жалобы на одышку, кашель надсадный практически постоянный. Аускультативно в легких масса мелкопузырчатых хрипов больше в нижних отделах. На рентгенограмме органов грудной клетки выявлен застой по малому кругу кровообращения, снижена прозрачность легочных полей. Учитывая наличие опухоли ЛП с обструкцией атриовентрикулярного отверстия, резкого ухудшения состояния и проявление признаков отека легких пациентки проведено экстренное оперативное лечение по жизненным показаниям. Риск оперативного вмешательства был крайне высок.

В тот же день после медикаментозной коррекции состояния пациентка была прооперирована. Во время операции в условиях искусственного кровообращения была удалена опухоль ЛП, произведена пластика

межпредсердной перегородки заплатой из аутоперикарда, аннулопластика трикуспидального клапана по ДеВега, ревизия митрального клапана. Из особенностей течения послеоперационного периода отмечался однократно пароксизм фибрилляции предсердий (послеоперационный), купированный инфузией кордарона.

Пациентка была выписана из клиники. Состояние при выписке удовлетворительное, гемодинамический эффект оперативной коррекции порока сердца хороший, признаков дисфункции клапанов сердца нет, кровообращение компенсировано, СДЛА 52 мм рт.ст.

Обсуждение

Сложность установления диагноза у нашей пациентки на амбулаторном этапе была обусловлена, в первую очередь, редкой встречаемостью и крайне многообразной клинической картиной данной патологии, а также отсутствием опыта у практических врачей в диагностике данного заболевания. Сыграло роль и отсутствие настороженности в плане опухолей сердца. С появлением эхокардиографии существенно увеличилась частота прижизненной диагностики опухолей сердца, в том числе миксом. Только должная осведомленность терапевтов и других специалистов касательно данного заболевания позволит своевременно диагностировать и проводить радикальное лечение. При этом оперативное лечение миксом в большинстве случаев успешное при своевременном выявлении.

Литература

1. Bokeriya LA, Bokeriya OL, Koasari AK, et al. Heart myxoma — iceberg peak or hidden threat? The Bulletin of A.N. Bakoulev Scientific Center for Cardiovascular Surgery of Russian Academy of Medical Sciences Cardiovascular diseases 2013; 14(2): 59-62. Russian (Бокерия Л.А., Бокерия О.Л., Коасари А.К. и др. Миксома сердца — вершина айсберга или скрытые угрозы? Бюллетень НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН Сердечно-сосудистые заболевания 2013; 14(2): 59-62).
2. Korostelev AN, Kiprenskiy AYU, Kiprenskiy YUV, et al. Results of surgical treatment of cardiac myxomas. Kazan Medical journal 2012; 93(1): 28-33. Russian (Коростелёв А.Н., Кипренский А.Ю., Кипренский Ю.В. и др. Результаты хирургического лечения миксом сердца. Казанский медицинский журнал 2012; 93(1): 28-33).
3. Nikolaenko NV. Echocardiographic diagnosis of the heart tumour. Medical journal of west Kazakhstan 2011; 2(30): 106-8. Russian (Николаенко Н.В. Эхокардиографическая диагностика опухоли сердца. Медицинский журнал Западного Казахстана 2011; 2(30): 106-8).
4. Gaman SA, Shabanova MS, Barysheva NA, et al. Left atrial tumor in patient with acute coronary syndrome. Russian electronic journal of radiology 2014; 4(16): 67-71. Russian (Гаман С.А., Шабанова М.С., Барышева Н.А. и др. Образование левого предсердия у больного с острым коронарным синдромом. Российский электронный журнал лучевой диагностики 2014; 4(16): 67-71).
5. Belozerova NE, Guseyn-Zade MG, Selezneva EYa, et al. Gastroenterologist diagnosing left atrial myxoma in patient with gastroesophageal reflux disease. Experimental and Clinical Gastroenterology 2012; 5: 107-12. Russian (Белозерова Н.Е., Гусейн-Заде М.Г., Селезнева Э.Я. и др. Гастроэнтеролог диагностирует миксому левого предсердия у больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология 2012; 5: 107-12).