

С.С. Александров¹, О.Н. Гуськова², А.А. Редников³, С.А. Александров¹

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МИКСОМЫ ПРАВОГО ПРЕДСЕРДИЯ

¹Кафедра пропедевтики внутренних болезней,
²кафедра патологической анатомии,
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России,
³ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7»

Миксома – самая частая доброкачественная опухоль сердца, составляющая 50% всех случаев первичных опухолей. Распространенность у женщин в 2–3 раза выше, чем у мужчин. Клинические проявления опухолей сердца многообразны, а в связи с редкой встречаемостью правильный диагноз обычно устанавливается не сразу. Особенности миксомы правого предсердия представлены в данном клиническом наблюдении.

Ключевые слова: миксома правого предсердия, клинический случай.

CLINICAL CASE OF RIGHT ATRIAL MYXOMA

S.S. Alexandrov, O.N. Guskova, A.A. Rednikov, S.A. Alexandrov

Tver State Medical University,
Municipal clinical hospital № 7

Myxoma – the most common benign tumor of the heart, is 50% of all cases of primary tumors. Its prevalence in women is 2–3 times higher than in men. The clinical manifestations of heart tumors are diverse, and due to the rare occurrence, the correct diagnosis is usually not immediately established. This clinical observation presents the features of the right atrial myxoma.

Key words: right atrial myxoma, clinical case.

Введение

Первичные опухоли сердца встречаются с частотой от 17 до 500 на 1 млн патологоанатомических исследований, причем 75–80% случаев приходится на доброкачественные новообразования [1, 2]. Миксомы составляют до 50% от числа всех доброкачественных опухолей сердца [3]. Наиболее часто миксома диагностируется в возрасте 30–60 лет, у женщин данная патология встречается в 2–3 раза чаще, чем у мужчин [4, 5]. В абсолютном большинстве случаев (80%) миксомы локализуются в левом предсердии, в 20% случаев – в правом предсердии [6, 7]. Миксома левого предсердия имитирует клиническую картину митрального порока, которая проявляется симптомами левожелудочковой недостаточности. Миксома правого предсердия стенозирует правое атрио-вентрикулярное отверстие и проявляется клинической картиной изолированного трикуспидального стеноза и правожелудочковой недостаточности.

В настоящей публикации приводится собственное **клиническое наблюдение** пациента с миксомой правого предсердия.

Больной Б., 50 лет, поступил в кардиологическое отделение ГБУЗ «Городская клиническая больница № 7» г. Твери 03.10.2016 года. Из анамнеза заболевания известно, что больным себя считал с июня 2016 г., когда при обычной физической активности появилась одышка, усиливающаяся в положении лежа, отечность правой стопы. В августе 2016 года при регистрации ЭКГ выявлено снижение вольтажа зубцов R во всех отведениях, признаки пе-

регрузки правого предсердия. Ухудшение самочувствия в виде нарастающей слабости, одышки в покое, приступообразного кашля в положении лежа – отмечил с сентября 2016 г.

Объективно при поступлении: общее состояние тяжелое. Сознание ясное, контакту доступен. Положение ортопноэ. Кожа, видимые слизистые бледные. Акроцианоз. Гипоакротермия. Температура тела – 36,6 °С. Масса – 80 кг. Рост – 192 см. Тип конституции – астенический. Периферические лимфоузлы не увеличены. Мышечный корсет снижен. Подкожно-жировой слой выражен слабо. Позвоночник без особенностей. Суставы без видимой патологии. Выраженные отеки нижних конечностей и нижней половины туловища. Грудная клетка симметричная. Дыхание спонтанное через естественные пути. Перкуторный звук легочный, ниже углов лопаток укорочен, при перкуссии размеры легких и сердца не изменены. В легких дыхание везикулярное, в нижних долях ослаблено, больше справа, хрипов нет. Частота дыхания 24–26 в мин. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Дополнительных тонов и шумов нет. Пульс 98 /мин, ритмичный, слабого наполнения и напряжения. АД 60/40 мм рт. ст. Язык влажный, обложен желтым налетом. Живот увеличен в объеме за счет асцита, при пальпации болезненный. Определяется притупление перкуторного звука в отлогах местах живота. Положительный симптом флюктуации. Печень увеличена, выступает на 4,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Поколачива-

ние по поясничной области безболезненно. Мочится маленькими порциями.

Результаты лабораторного исследования крови (03.10.2016): эритроциты – $6,03 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 150 г/л, лейкоциты – $26,3 \times 10^9/л$, э. 1%, п. 20%, с. 49%, лимф. 15%, мон. 15%, тромбоциты – $105 \times 10^9/л$, СОЭ – 21 мм/ч; глюкоза – 4,2 ммоль/л, АСТ – 1,54 мккат/л, АЛТ – 0,53 мккат/л; креатинин – 97 мкмоль/л, мочевина – 10,5 ммоль/л, общий белок – 75 г/л, альфа-амилаза – 18 МЕ/л; кальций – 2,6 ммоль/л, хлориды – 102 ммоль/л, натрий – 143 ммоль/л. В динамике от 04.10.2016: глюкоза – 3,5 ммоль/л, АСТ – 5,0 мккат/л, АЛТ – 2,2 мккат/л; билирубин общий – 110,0 мкмоль/л, прямой – 12,0 мкмоль/л; креатинин – 110 мкмоль/л, мочевина – 12,3 ммоль/л, общий белок – 74 г/л, общий холестерин – 2,1 ммоль/л, липопротеиды низкой плотности – 3100 мг/л, калий – 4,5 ммоль/л. Коагулограмма: АЧТВ 42 сек, МНО 1,1, ПТИ 59%, фибриноген 2,5 г/л.

Общий анализ мочи: удельный вес – 1,015, pH – 6,5, белок – 1,4 ‰, сахар отсутствует, эпителий – 2–4, лейкоциты – 30–40 в поле зрения, эритроцитов значительное количество.

При поступлении на ЭКГ регистрировалась синусовая тахикардия (108/мин), электрическая ось сердца отклонена влево, вольтаж зубцов во всех отведениях снижен.

На обзорной рентгенографии легкие без свежих очаговых и инфильтративных изменений, жидкость в плевральных полостях – справа до 9 ребра, слева – в пределах синуса; сердце не увеличено в поперечнике.

При УЗИ органов брюшной полости и грудной клетки (03.10.16): гепатомегалия, УЗ-признаки диффузных изменений паренхимы печени и почек, симптом «выделяющихся пирамидок», свободная жидкость в брюшной и плевральной полостях.

При эхокардиоскопии: аорта – 32 мм, левое предсердие – 20 мм, правое предсердие – 52 мм (объем – 80 мл), конечный диастолический размер левого желудочка – 30 мм, конечный диастолический объем левого желудочка – 45 мл, задняя стенка ЛЖ – 10 мм, межжелудочковая перегородка – 13 мм, нарушений локальной сократимости не выявлено, фракция выброса – 69% (по Симпсону), проксимальный размер выносящего тракта правого желудочка – 35 мм, в 4-камерной позиции 49–46–78 мм, толщина свободной стенки правого желудочка – 4 мм. Трехстворчатый клапан: скорость кровотока – 2,43 м/с, максимальный градиент давления – 23,7 мм рт. ст., регургитация I степени. Перикард – сепарация листков над правым предсердием 7 мм, за правым желудочком – 15 мм, по боковой стенке левого желудочка – 10 мм, выпот в полости перикарда объемом около 580 мл. Нижняя полая вена расширена до 30 мм, спадается на вдохе менее 50%. В полости правого предсердия визуализируется округлое подвижное гиперэхогенное образование размером 69×50 мм, прикрепляющееся посредством нитевидной структуры к верхней трети межпредсердной перегородки, в диастолу проникающее в полость

правого желудочка. В левой плевральной полости – выпот, в брюшной полости – асцит. Заключение: УЗ-признаки объемного образования правого предсердия с нарушением внутрисердечной гемодинамики, признаками выраженной обструкции приносящего тракта, а также нарушением кровотока в выносящем тракте правого желудочка. Дилатация правых отделов сердца. Признаки повышения центрального венозного давления. Компрессия левого желудочка.

Эффекта от проводимого лечения не наблюдалось. Смерть наступила 4.10.2016.

Основной клинический диагноз: миксома правого предсердия с признаками обструкции приносящего тракта. Осложнения: острая сердечная недостаточность IV класс по Killip. Острая правожелудочковая недостаточность. Асистолия 04.10.2016.

Причина смерти: острая сердечная недостаточность.

На аутопсии были обнаружены следующие изменения сердца: масса – 340 г, размеры камер не изменены, в полости перикарда 70 мл прозрачной желтоватой жидкости, поверхности перикарда и эпикарда гладкие, блестящие. Миокард коричневого цвета, однородный. Толщина стенки правого желудочка – 0,2 см, левого – 0,9 см. Створки и заслонки клапанов тонкие, подвижные. В полостях сердца свертки и жидкая кровь. В правом предсердии со стороны фиброзной части межпредсердной перегородки (область овального окна) обнаружено экзофитное инкапсулированное образование темно-красного цвета, с гладкой поверхностью, размерами 8,0×5,0×4,5 см, мягко-эластичной консистенции, прикрепленное к эндокарду посредством короткой ножки диаметром 1,2 см (рис. 1). Опухоль выполняла всю полость правого предсердия и частично пролабировала в предсердно-желудочковое отверстие.

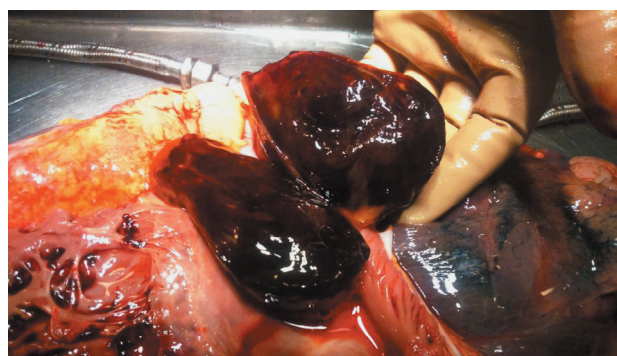


Рис. 1. Внешний вид опухолевого образования правого предсердия

Гистологически опухоль была представлена аморфным оксифильным миксоматозным матриксом, в котором определялись многочисленные овальные и вытянутые клетки, расположенные рассеянно поодиночке или небольшими группами в виде тонких цепочек, напоминающих по внешнему виду капилляры, и более крупных полостей, заполненных эритроцитами. Стенки таких васкулярных структур отличались отсутствием базальной мембраны и были представ-

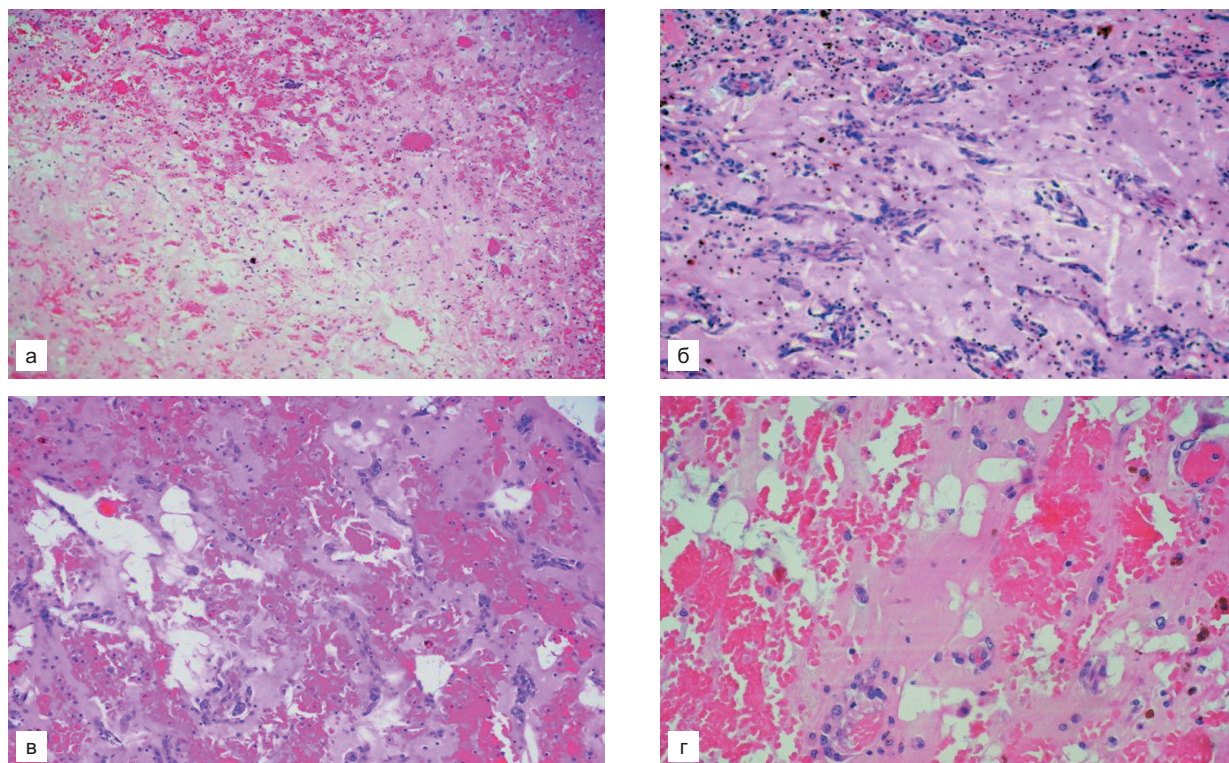


Рис. 2. Микроскопическая характеристика миксомы сердца, окраска гематоксилином и эозином: а – типичное строение миксомы, Ч200; б – групповые скопления миксомных клеток в виде трубчатых структур по типу капилляров, Ч200; в – сосудистые полости среди миксоматозного матрикса, Ч200; г – стенки васкулярных структур образованы миксоидными клетками, базальная мембрана отсутствует, эндоплазматические скопления гемосидерина, Ч400

лены одним или двумя рядами миксомных клеток, что объясняет их легкую ранимость и формирование многочисленных диапедезных кровоизлияний с очаговыми скоплениями гемосидерина. Микроскопическое строение опухоли представлено на рис. 2.

Патологоанатомический диагноз: основное заболевание: миксома правого предсердия; осложнения: хроническая венозное полнокровие (гидроперикард (70 мл), двусторонний гидроторакс (1500 мл), асцит (4000 мл), отеки подкожной клетчатки голени).

Непосредственной причиной смерти явилась хроническая правожелудочковая сердечная недостаточность.

Обсуждение

Представленное клиническое наблюдение поучительно в связи с редкостью локализации патологии, трудностью диагностики и отсутствием разработанных принципов терапии. Результаты патологоанатомического исследования свидетельствуют, что внешний вид опухоли на разрезе и цвет ее ткани определяются степенью васкуляризации и особенностями строения ангиоматозного компонента, обуславливающими наличие множественных диапедезных кровоизлияний.

Литература/References

1. Reijnen, K. Frequency of primary tumors of the heart / K. Reijnen. – Text: visual // Am. J. Cardiol. – 1996. – Vol. 77. – P. 107.
2. Cardiac tumours: diagnosis and management / J. Butany, V. Nair, A. Naseemuddin [et al.]. – Text: visual // Lancet Oncol. – 2005. – Vol. 6. – P. 219–228.

3. Cohn, L.H. Cardiac Surgery in the Adult. 5th ed. / L.H. Cohn // N.Y.: McGraw-Hill, 2017. – 1456 p. – Text: visual.

4. Мухин, Н.А. Опухоли сердца / Н.А. Мухин, С.В. Моисеев, В.В. Фомин // Оганов Р.Г. Болезни сердца: руководство для врачей // Р.Г. Оганов, И.Г. Фомина. – М.: Литтерра, 2006. – 1344 с. – Текст: непосредственный.

5. Atrial myxoma presenting during pregnancy / S. Agosti, L. Casalino, G. Bertero [et al.]. – Text: visual // G. Ital. Cardiol. (Rome). – 2010. – Vol. 11. – P. 498–500.

6. Кнышов, Г.В. Опухоли сердца: проблемы диагностики и хирургического лечения / Г.В. Кнышов, Р.М. Витовский, В.П. Захарова. – Киев: Книга плюс, 2005. – 254 с. – Текст: непосредственный.

7. Knyshov, G.V. Opuholi serdca: problemy` diagnostiki i hirurgicheskogo lecheniya / G.V. Knyshov, R.M. Vitovskij, V.P. Zaharova. – Kiev: Kniga plyus, 2005. – 254 s. – Tekst: neposredstvenny`j.

8. Миксомы сердца (морфологические аспекты) / В.П. Захарова, Е.В. Руденко, К.А. Галахин, Р.М. Буле. – Киев: Книга плюс, 2003. – 142 с. – Текст: непосредственный.

9. Miksomy` serdca (morfologicheskie aspekty`) / V.P. Zaharova, E.V. Rudenko, K.A. Galahin, R.M. Bule. – Kiev: Kniga plyus, 2003. – 142 s. – Tekst: neposredstvenny`j.

Александров Сергей Сергеевич (контактное лицо) – к. м. н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней ФГБОУ ВО Тверской государственной медицинской университет Минздрава России; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4. Тел. 8 (4822) 42-06-38; e-mail: SSAlexandroff@yandex.ru.