



## ГАСТРОЭНТЕРОЛОГ ДИАГНОСТИРУЕТ МИКСОМУ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНОГО ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Белозерова Н. Е., Гусейн-Заде М. Г., Селезнева Э. Я., Конев Ю. В., Лазебник Л. Б., Ефремов Л. И.

ГУ Центральный научно-исследовательский институт гастроэнтерологии ДЗ г. Москвы

Селезнева Эльмира Яватовна

E-mail: gastroenter@rambler.ru

### РЕЗЮМЕ

Описан клинический случай выявления гастроэнтерологом первичной опухоли сердца (миксома левого предсердия) у больного гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (ГЭРБ).

**Ключевые слова:** клинический случай, миксома левого предсердия, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ).

### SUMMARY

The authors presents the clinical case of the left atrial myxoma diagnosed by gastroenterologist in patient with gastroesophageal reflux disease.

**Keywords:** clinical case, myxoma of the left atrium, gastroesophageal reflux disease (GERD).

Старые французские клиницисты утверждали, что «сердце — слишком благородный орган для того чтобы в нем развивались опухоли» [1, 2]. Действительно, отсутствие в сердце эпителиальных и других активно пролиферирующих тканей обуславливает относительную редкость первичных опухолей сердца, особенно злокачественных. В большинстве своем опухолевые поражения сердца представляют собой метастазы опухолей других органов.

Опухоли сердца встречаются 1: 200000 населения, из них более 50% — это миксомы предсердий. Кроме этого, описаны доброкачественные опухоли — липомы, рабдомиомы, фибромы, гемангиомы, мезотелиомы атриовентрикулярного узла; злокачественные — фибросаркомы, рабдомиосаркомы, липосаркомы и ангиосаркомы.

Метастазируют в сердце и перикард чаще такие опухоли как меланома кожи, рак легкого, молочной железы, рак поджелудочной железы и других органов желудочно-кишечного тракта. Описаны и такие клинические раритеты как метастазирование в миокард опухоли Вильмса у 73-летней больной [3].

В сердце также могут локализоваться лейкозные инфильтраты. В 75% миксома локализуется в левом предсердии и в 20% — в правом. В желудочках сердца миксома локализуется редко. Развиваться она

может в любом возрасте, наиболее часто миксома встречается в возрасте 30–50 лет.

Спорадические миксомы у женщин возникают в 4 раза чаще, чем у мужчин, наследственные формы — с одинаковой частотой у обоих полов. Около 20% пациентов с наследственными формами миксом имеют сопутствующие онкологические заболевания (адренкортикальную узловую дисплазию, опухоли из клеток Сертоли, опухоли эпифиза, множественные миксоидные фиброаденомы молочной железы, кожные миксомы, множественные невусы лица и губ), так называемый синдром Карни (\*160980, 2p16, ген CNC). Опухоли, как правило, локализируются в предсердиях, слева в три раза чаще, чем справа, на широком основании (обычно в желудочках) или на фиброзной ножке (в этом случае ножка чаще располагается в области бывшего овального отверстия), а также в виде полипообразных разрастаний.

В 1948 г. А. Р. Stout [4] определил миксому как доброкачественную мезенхимальную опухоль, состоящую из редких, свободно расположенных звездчатых и веретенообразных клеток в очень рыхлой миксоматозии строме с ретикулиновыми и коллагеновыми волокнами.

В зависимости от локализации в полостях сердца миксома создает картину:

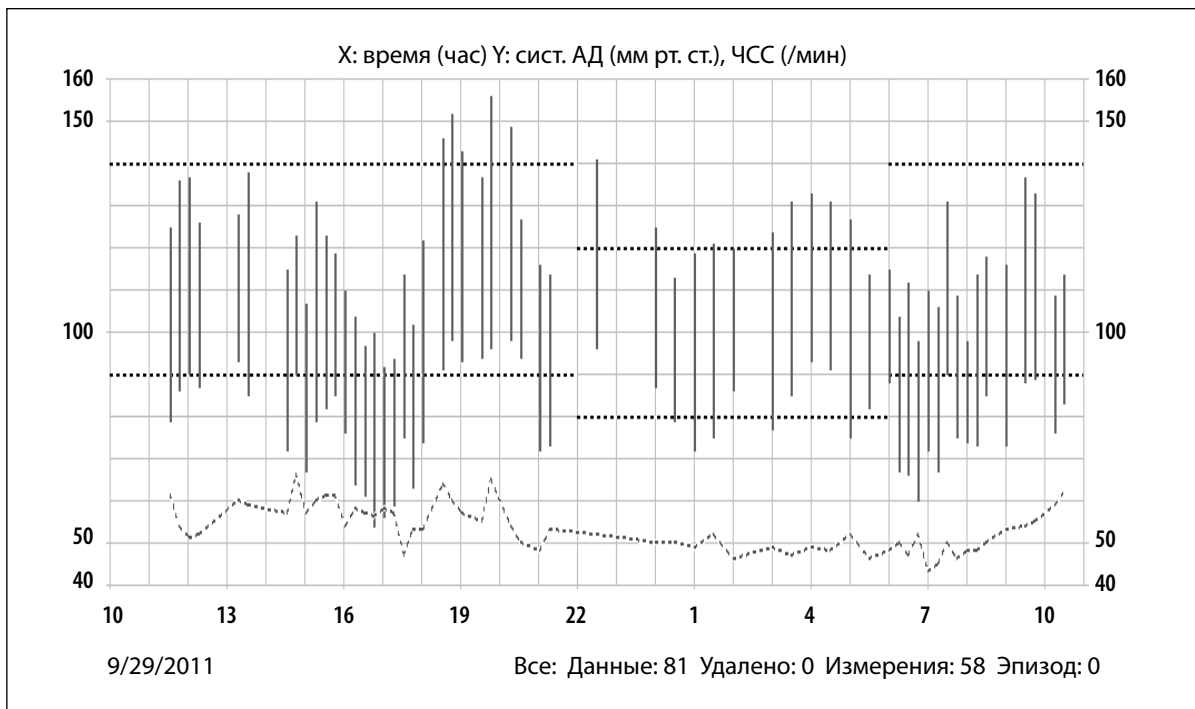


Рис. 1. Суточное мониторирование АД 29.09.11.

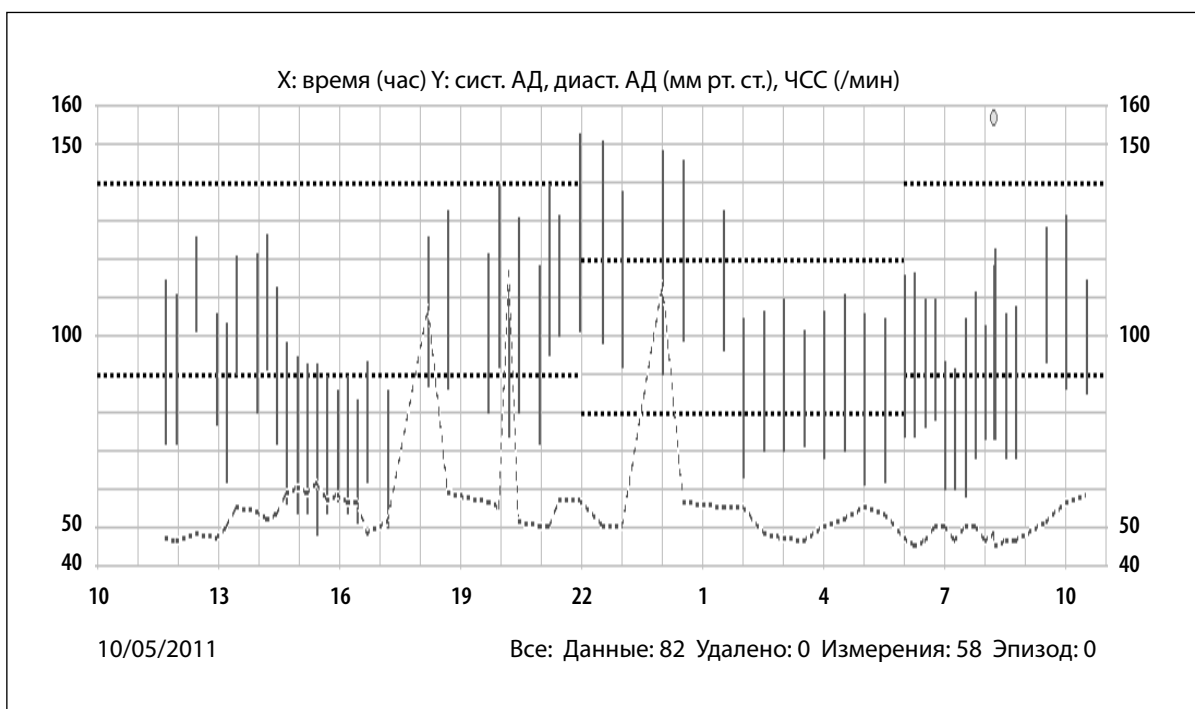


Рис. 2. Суточное мониторирование АД 05.10.11.

1. митрального стеноза (миксома левого предсердия),
2. митральной недостаточности или субаортального стеноза (миксома левого желудочка),
3. трикуспидального порока, сдавливающего перикардита (миксома правого предсердия),
4. стеноза легочного ствола (миксома правого желудочка).

Миксома сердца нередко протекает под маской инфекционного эндокардита с наличием лихорадки различного типа.

Имеется ряд признаков, по которым можно заподозрить миксому сердца:

- отсутствие четкого ревматического анамнеза;
- небольшая давность заболевания;
- быстрое прогрессирование сердечной недостаточности;
- неэффективность медикаментозной терапии;
- несоответствие рентгенологических изменений сердца степени расстройств кровообращения;
- головокружение или внезапные обмороки с кратковременной потерей сознания;
- мелодия митрального стеноза, аускультативно и графически характеризующаяся скудностью и непостоянством формы и амплитуды диастолического шума;
- изменение аускультативной и графической картины в положении больного стоя;
- неполная блокада правой ножки пучка Гиса, синусовый ритм при значительном нарушении кровообращения.

При частой локализации в левом предсердии миксомы могут проявляться обмороками вследствие нарушения притока. Шумы в сердце зависят от расположения опухоли и ее формы и обычно соответствуют характеристикам митрального стеноза. При аускультации в фазу ранней или средней диастолы выслушивается низкочастотный звук (шум), называемый опухолевым хлопком. Симптомы эмболий возникают у 30–40% пациентов.

При разрушении поверхности миксомы возможные эмболии протекают как:

- тромбоэмболия сосудов головного мозга (ишемический инсульт, гемипарез) (около 50% эмболий происходит в экстра- или интракраниальные артерии головного мозга),
- тромбоэмболия сосудов нижних конечностей,
- тромбоэмболия коронарных артерий (инфаркт миокарда),
- тромбоэмболия артерий почек (артериальная гипертензия, инфаркт почки).

В последние годы разработана оригинальная концепция морфогенеза миксом, согласно которой это новообразование возникает в результате опухолевой трансформации эндотелиоцитов мелких артерий коронарного русла.

Это позволяет проводить иммуногистохимическую диагностику с помощью маркеров,

выявляющих все клетки мезенхимного происхождения (антивиментин) и эндотелиоциты (CD31, CD34).

Течение миксомы обычно прогрессирующее — при естественном течении болезни средняя продолжительность жизни после появления первых симптомов миксомы сердца редко превышает 2 года. Причины смерти — окклюзия клапанных отверстий сердца или опухолевая эмболия.

Лечение миксомы хирургическое. Методы оперативного лечения: иссечение опухоли и площадки ее прикрепления. Хирургическое вмешательство вплоть до последнего времени выполнялось в условиях искусственного кровообращения. 14 сентября 2011 г. в России, в Национальном медико-хирургическом центре им. Н. И. Пирогова проведена уникальная операция по удалению опухоли правого предсердия. Впервые в мире подобное вмешательство выполнено на открытом работающем сердце без использования аппарата искусственного кровообращения. Время остановки кровообращения в ходе операции составило всего три минуты.

Приводим наше клиническое наблюдение миксомы левого предсердия.

Больной С., 1956 г.р. (55 лет), находился на лечении в отделении патологии желчных путей ЦНИИ гастроэнтерологии с 27.09–14.10.2011 (и / б № 7040). При поступлении предъявлял жалобы на периодические ноющие боли в левом подреберье, усиливающиеся после еды; ощущение горечи во рту, изжогу, сниженный аппетит (вес стабильный); на боли тупого характера в левой половине грудной клетки, возникающие периодически, не связанные с приемом пищи и физической нагрузкой, общую слабость, утомляемость, сонливость.

Из анамнеза известно, что с 2005 г. беспокоят изжога, периодические боли в левом подреберье. В 2005 г. находился на стационарном лечении в ЦНИИГ с диагнозом: ГЭРБ в стадии эрозивного эзофагита. Хронический эрозивный гастрит, неассоциированный с *Helicobacter pylori*. Холестероз желчного пузыря, полипозная форма. Хронический панкреатит. На фоне терапии ингибиторами протонной помпы, антацидами и ферментами отмечалась положительная динамика. Настоящее ухудшение самочувствия с августа 2011 г., когда появились боли в левой половине грудной клетки, левом подреберье, изжога, общее недомогание, слабость. Ежедневно отмечает повышение АД во второй половине дня до 220/120 мм рт. ст., не купирующееся приемом Рениприла до 3 таб. в день (30 мг). 27.09.2011 госпитализирован в ЦНИИГ.

*Анамнез жизни:* родился 8 июля в 1956 г. в г. Москве. Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. Работал водителем, в настоящее время не работает, инвалидность не имеет. Женат, воспитывает дочь.



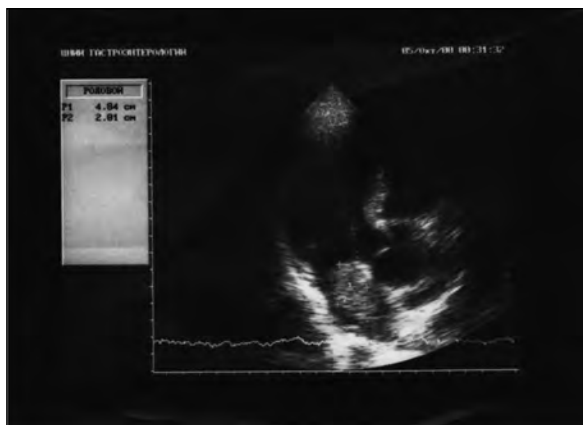


Рис. 3. ЭхоКГ больного С.

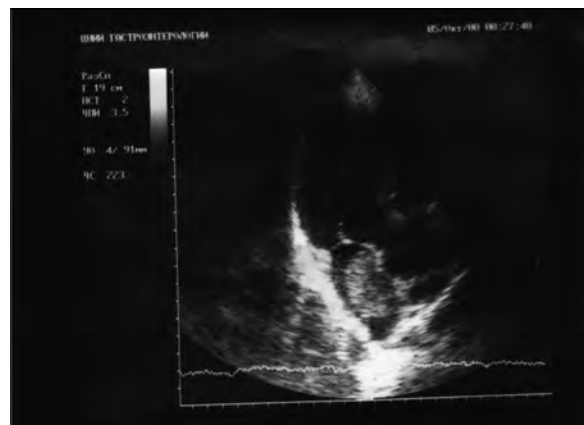


Рис. 4. ЭхоКГ больного С.

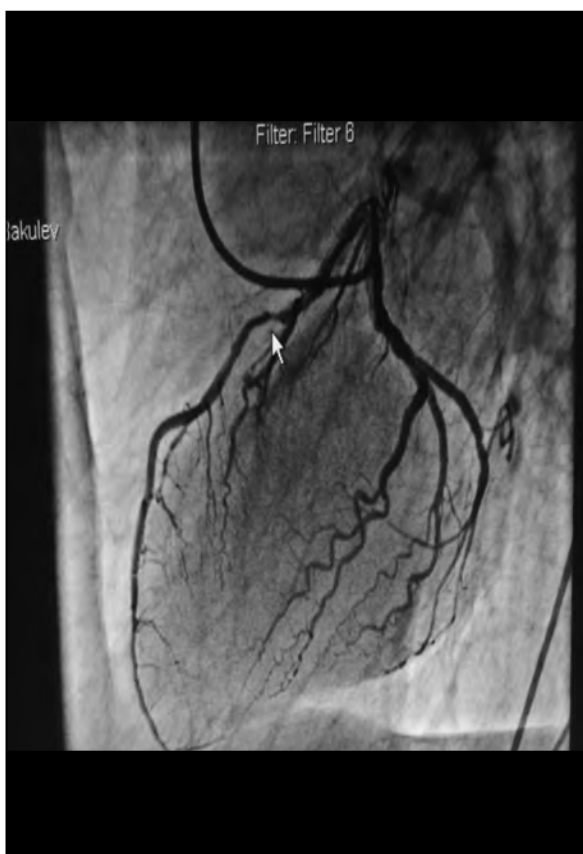


Рис. 5. Гемодинамически значимый стеноз в бассейне левой коронарной артерии (передняя межжелудочковая ветвь).



Рис. 6. Многочисленные стенозы в средней трети правой коронарной артерии.



Рис. 7. Аневризма брюшного отдела аорты (максимальный размер аневризматического расширения 27 мм).

Наследственность неотягощена. Аллергологический анамнез без особенностей. Вредные привычки: курит в течение 30 лет по одной пачке сигарет в день, в молодом возрасте злоупотреблял алкоголем. Последние 30 лет прием алкоголя отрицает.

*При поступлении:* состояние удовлетворительное. Масса тела 72 кг, рост 182 см, ИМТ = 22 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, обычной окраски, влажные. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферических отеков нет. Температура тела 36,7 град. С. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в мин. Область сердца и крупных сосудов шеи не изменена. Верхушечный толчок в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии. Границы относительной сердечной тупости не изменены: верхняя — по III ребру слева; левая совпадает с верхушечным толчком; правая — на 1 см кнаружи от правого края грудины. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. ЧСС 95/мин. АД 170/100 мм рт. ст. Язык влажный, у корня обложен белым налетом. Живот обычной формы, в объеме не увеличен, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. Печень не увеличена, размеры по Курлову 9 x 8 x 7 см. Селезенка не увеличена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

*Данные дополнительных методов исследования.* В общем анализе крови без патологии. В биохимическом анализе крови отмечается незначительное повышение мочевины до 9,95 (норма 1,7–8,3 ммоль/л), креатинина 116,7 (норма 74–110 ммоль/л). Коагулограмма без отклонений от нормы.

ЭКГ: полувертикальное положение ЭОС. Ритм синусовый, единичные желудочковые экстрасистолы. ЧСС-95/мин. Выраженные диффузные изменения миокарда.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: легкие эмфизематозны, без очагов и инфильтратов. Легочный рисунок прослеживается до краев легочных полей. Корни дифференцируются. Контуры диафрагмы четкие. Синусы свободны. Аорта уплотнена. Сердце обычной формы и величины, с удлинением дуги левого желудочка, в пределах возрастных изменений. Заключение: возрастная эмфизема легких. Умеренно выраженный пневмосклероз.

Эзофагогастродуоденоскопия: эрозивный эзофагит с наличием линейных эрозий до 1,5–2,0 см в нижней трети. Грыжа пищеводного отверстия диафрагмы. Антральный гастрит с наличием хронических эрозий.

Морфологическое исследование: эпителизированная хроническая язва пищевода.

Трансабдоминальная ультрасонография: хронический холецистит. Аденомиоматоз желчного пузыря. Холестероз желчного пузыря, полипозная форма. Гиперкинезия желчного пузыря. Хронический панкреатит.

Учитывая нестабильные цифры АД (снижение в первой половине дня до 90 и 50 мм рт. ст. и повышения во второй до 220/120 мм рт. ст.), а также неэффективность проводимой антигипертензивной терапии (ингибиторы АПФ, β-блокаторы, антагонисты кальция), больному проведено суточное мониторирование артериального давления (СМАД) (рис. 1, 2).

Заключение: по данным СМАД, выявлено повышение АД в ночные часы (ВИ САД 69% и ВИ ДАД 57%). При повторном исследовании через неделю на фоне антигипертензивной терапии (рениприл 15 мг/сут, атенолол 25 мг/сут) — по данным СМАД, выявлено повышение АД в ночные часы (ВИ САД и ДАД 46%) с эпизодами гипотонии в дневные часы (до 84 и 48 мм рт. ст. в 16 ч 26 мин).

Больной консультирован кардиологом: учитывая повышение АД в вечернее время, резистентное к антигипертензивной терапии, а также эпизоды гипотензии в первой половине дня, рекомендовано проведение ЭхоКГ.

ЭхоКГ: систолическая функция левого желудочка (ЛЖ) сохранена. Нарушено диастолическое расслабление ЛЖ. Стенки аорты и створки аортального клапана умеренно уплотнены. Нарушений локальной сократимости ЛЖ не выявлено. В полости перикарда жидкости нет. Митральная регургитация I ст. Аортальная регургитация I ст. В левом предсердии определяется образование размерами 4,0 x 3,2 см, имеющее широкое основание, с ровными контурами, умеренно подвижное, не выступающее в полость ЛЖ. Гемодинамических нарушений в момент исследования нет. Заключение: миксома левого предсердия. Показана консультация кардиохирурга (рис. 3, 4).

17.10.2011 г. больной госпитализирован в Научный центр сердечно-сосудистой хирургии им. А. Н. Бакулева РАМН.

По данным повторной ЭхоКГ, диагноз миксома левого предсердия подтвердился: в полости левого предсердия лоцируется дополнительное образование округлой формы, с ровными контурами, размерами 3,0 x 4,0 см, умеренно подвижное, крепящееся на широком основании к межпредсердной перегородке в средней ее трети.

При ультразвуковом доплеровском сканировании сосудов выявлено: УЗДС брахиоцефальных артерий: стеноз бифуркации обеих общих сонных артерий — 30%; аневризма брюшного отдела аорты; стеноз обеих бедренных артерий 35–40%; глубокая и поверхностная венозные системы на обеих нижних конечностях проходимы, клапаны состоятельны, кровотоков не изменен.

При аортокоронарографии: передняя межжелудочковая ветвь стенозирована в нижней трети до отхождения диагональной ветви I до 70% и после отхождения диагональной ветви I в средней



трети критически стенозирована. Диагональная ветвь 1 и диагональная ветвь 2 без локальных гемодинамически значимых стенозов. Собственно огибающая ветвь стенозирована в устье до 80–90%. Ветвь тупого края делится в нижней трети на две равнозначные ветви, одна из которых стенозирована в устье до 50–60%. Задняя боковая ветвь огибающей ветви стенозирована в средней трети до 70%. Правая коронарная артерия диффузно изменена в средней трети с многочисленными стенозами в средней трети до 70–80%, образует заднюю межжелудочковую ветвь — без видимых гемодинамически значимых стенозов. При тугом контрастировании брюшного отдела аорты диаметр инфраренального отдела 20 мм, максимальный размер аневризматического расширения 27 мм. Левая и правая почечные артерии без сужений (рис. 5, 6, 7).

Больному выполнено оперативное лечение: удаление объемного образования левого предсердия; маммарокоронарное шунтирование передней межжелудочковой ветви (ПМЖВ) левой коронарной артерии; аортокоронарное шунтирование правой коронарной артерии в условиях искусственного кровообращения (ИК), гипотермии и фармакоолодовой кардиоopleгии.

Таким образом, на основании жалоб больного, анамнеза, данных осмотра, результатов лабораторных и инструментальных исследований, а также консультаций специалистов был сформулирован заключительный клинический диагноз.

**Основное заболевание:** объемное образование левого предсердия (миксома). Аневризма брюшного отдела аорты. Артериальная гипертензия, риск 4. ИБС: безболевая форма ишемии миокарда. Симультанная операция — удаление объемного образования левого предсердия, маммарокоронарное шунтирование правой межжелудочковой ветви; АКШ правой коронарной артерии в условиях ИК от 18.10.2011, Н 1.

**Сопутствующие заболевания:** Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь в стадии

эрозивно-язвенного эзофагита. Хронический гастрит с наличием хронических эрозий в антральном отделе. Хронический холецистит в фазе ремиссии. Аденомиоматоз желчного пузыря. Холестероз желчного пузыря, полипозная форма. Хронический панкреатит. Эмфизема легких. Пневмосклероз.

**Заключение.** Как видно из сформулированного диагноза, последний с позиций этиологии является поликаузальным, а с позиций нозологии — полиморбидным. Если обратиться к клинической картине, наблюдавшейся у больного, можно отметить, что имевшийся у него синдром торакалгии мог провоцироваться не одним заболеванием, а несколькими, одновременно протекавшими (явление полиморбидности). Перечислим эти заболевания: прежде всего, это миксома левого предсердия, затем стенозирующий атеросклероз нескольких ветвей коронарных артерий, включая переднюю нисходящую ветвь, в прошлом снискавшую себе печальную славу как «артерия внезапной смерти». Наконец, болевой синдром могла провоцировать и гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Иными словами, речь идет о явлении, описанным одним из нас (Лазебник Л. Б., 1984, 1985, 1988) как «феномен поликаузальной моносимптоматики» [5, 6, 7].

В прошлом по ряду причин полиморбидность наблюдалась исключительно редко, что дало основание старым немецким клиницистам сформулировать так называемый «принцип диагностического монизма», в соответствии с которым у определенного больного в определенный момент может наблюдаться только одно основное заболевание. В современных условиях, когда полиморбидность «правит бал» и стала повсеместным явлением, клиницистам следует помнить не только о принципе диагностического монизма, но и о его естественных «противовесах», таких как полиморбидность, преломляющаяся в поликаузальной моносимптоматике и поликаузальном диагнозе, о чем, на наш взгляд, достаточно убедительно свидетельствует приведенное выше клиническое наблюдение.

## ЛИТЕРАТУРА

1. De Senac: цит. по [2].
2. Болезни сердца: Руководство для врачей/Под редакцией Р. Г. Огановой, И. Г. — М.: Литтерра, 2006. — 1106 с.
3. Косицына И. В., Терещенко С. Н., Голубев А. В., Драганенко С. И., Жиров И. В. Метастаз в миокард опухоли Вильмса как причина очаговых изменений на ЭКГ // Тер. архив. — 2010. — Т. 82, № 4. — С. 62–64.
4. Stout A. P. Muxoma, the tumor of primitive mesenchyme // Ann Surg. — 1948, May. — 127 (4). — P. 706–19.
5. Лазебник Л. Б., Токмачев Ю. К., Захарова Т. Н., Ефремов Л. И. и др. Причины диагностических трудностей и ошибок в гериатрии // Тер. архив. — 1984. — № 10. — С. 145–148.
6. Лазебник Л. Б., Токмачев Ю. К., Захарова Т. Н., Ефремов Л. И. и др. Причины диагностических трудностей в гериатрии // Сов. мед. — 1985. — № 1. — С. 93–98.
7. Лазебник Л. Б., Токмачев Ю. К., Ефремов Л. И., Лаврентьев Л. Н. и др. О преподавании гериатрии в клинике внутренних болезней // Сов. мед. — 1988. — № 9. — С. 95–98.