

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ • CLINICAL OBSERVATIONS

КИСТА МИТРАЛЬНОГО
КЛАПАНА: КЛИНИКО-
ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ РЕДКОЙ
ПАТОЛОГИИШевченко Ю.Л., Попов Л.В.,
Гудымович В.Г., Волкова Л.В.,
Травин Н.О., Катков А.А.

УДК: 616.126.42-006.2.004.12

MITRAL VALVE CYST: CLINICAL
AND DIAGNOSTIC CHARACTERISTICS
OF THE REAR PATHOLOGYShevchenko Y.L., Popov L.V., Gudymovich V.G.,
Volkova L.V., Travin N.O., Katkov A.A.

Кисты створок — редкая патология митрального клапана (МК). Впервые они описаны Elsasser в 1844 году. В доступной литературе удалось найти не более тридцати клинических наблюдений кист МК у взрослых пациентов.

Существует ряд гипотез развития кист. Согласно первой, они образуются при развитии клапана, когда кровь скапливается и сдавливается в складках ткани, которые потом закрываются. Согласно второй, кисты МК образуются в результате формирования гематомы в субвальвулярной области вследствие окклюзии мелких конечных ветвей артерий из-за воспаления, аноксии или геморрагий. Третья гипотеза сопряжена с возможными гетеропластическими изменениями в ткани, происходящей из примитивного перикардального мезотелия. Четвертая и пятая гипотезы предполагают, что кисты образуются в результате либо эктазии, либо дилатации сосудов ткани МК.

Чаще кисты располагаются на передней створке, реже — на задней или на обеих створках.

Как правило, у пациентов наблюдается достаточно скудная симптоматика: периодически повторяющаяся боль в области грудной клетки, часто без связи с физической нагрузкой, а также симптомы, характерные для порока МК.

В основном кисты МК являются случайной находкой при ЭхоКГ. Следует

проводить дифференциальную диагностику с миксомами, вегетациями, эхинококкозом, тромбозами, злокачественными опухолями.

Приводим клиническое наблюдение. Пациентка Р., 39 лет поступила в отделение кардиохирургии НЦГССХ им. Св. Георгия в июне 2011 года с жалобами на общую слабость и беспокоящий в течение месяца дискомфорт в области сердца.

При физикальном обследовании патологических изменений не обнаружено.

По данным рентгенографии патологических изменений со стороны органов грудной клетки не выявлено.

При ЭхоКГ камеры сердца не расширены; глобальная и регионарная систолическая функция левого желудочка (ЛЖ) в пределах нормы; створки митрального клапана тонкие, движение в противофазу. В полости ЛЖ лоцируется четко очерченное округлое двухкамерное тонкостенное образование с эхонегативным содержимым диаметром 30 мм, прикрепленное к подклапанным структурам (хорды, папиллярные мышцы) подвижное, совершающее переднесистолическое движение в фазу сердечного цикла, вызывающее умеренную обструкцию выходного отдела ЛЖ. Диастолическая

скорость на МК в пределах нормы. Митральная регургитация не определяется. Заключение: киста митрального клапана неясного генеза (рис. 1).

Учитывая наличие внутрисердечного образования, возможность паразитарной этиологии, высокую эмбологенную и тромбогенную опасность, риск возникновения обструкции отверстия МК, вероятность развития инфекционного эндокардита, принято решение о необходимости удаления кисты МК.

Операция выполнена из правосторонней передне-боковой торакотомии в IV межреберье. После системной гепаринизации, канюляции аорты и полых вен начато искусственное кровообращение. Пережата аорта; доступ к МК осуществлен через левое предсердие кзади от межпредсердной борозды.

При ревизии митральный клапан интактен. Створки тонкие, без признаков воспаления и дегенерации. При разведении створок между ними определяется округлое тонкостенное образование вишневого цвета диаметром около 3 см, плотно фиксированное к подклапанным структурам, исходящее из головки папиллярной мышцы, переходящее в свободный край передней створки МК и участвующее в осуществлении замыкательной функции клапана (рис. 2). Хор-

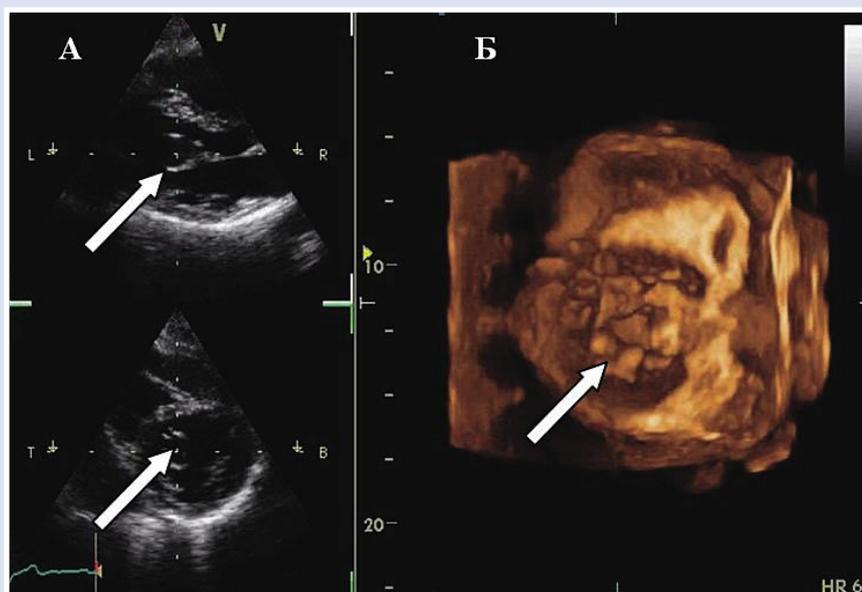


Рис. 1. ЭхоКГ в двухмерном режиме (А) и в трехмерном режиме (Б). На передней створке митрального клапана определяется тонкостенное полостное образование — киста (указано стрелками)

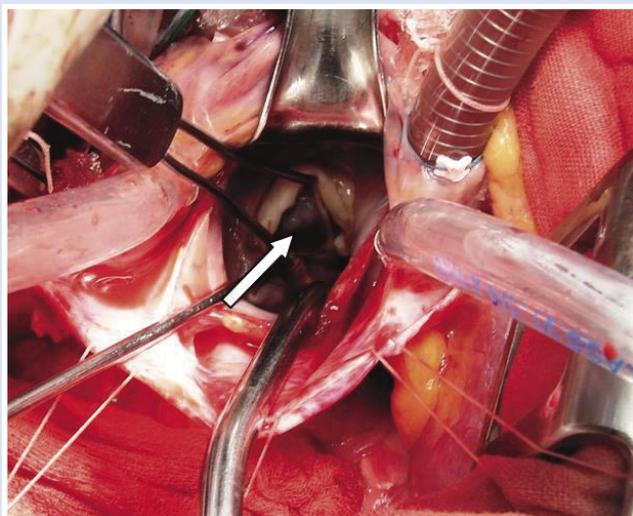


Рис. 2. Интраоперационная фотография. На свободном крае желудочковой поверхности передней створки митрального клапана определяется полостное тонкостенное образование размерами около 30 мм — киста (указана стрелкой)

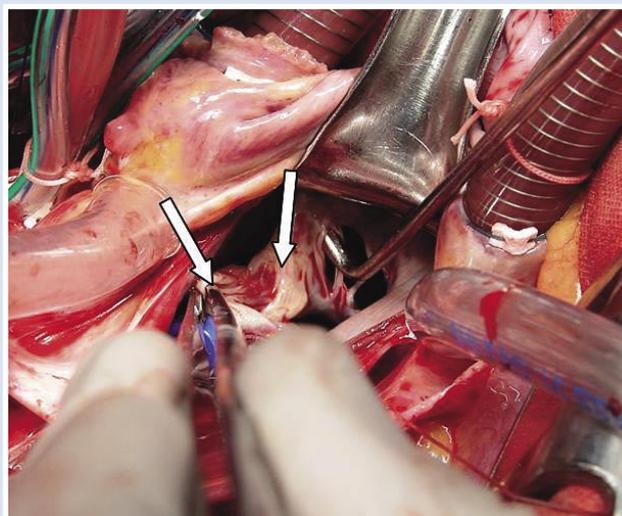


Рис. 3. Интраоперационная фотография. Полость кисты вскрыта. Киста intimately спаяна с тканью створки (обозначено стрелками) и участвует в осуществлении замыкательной функции клапана

ды в этой зоне отсутствуют. Произведена пункция; содержимое — кровянистая жидкость. Интраоперационный диагноз: гигантская кровяная киста митрального клапана.

После опорожнения кисты при контрольной гидравлической пробе определяется тотальная недостаточность клапана (рис. 3). Принято решение о протезировании клапана. Передняя створка МК иссечена, имплантирован механический протез МедИнж-27 с сохранением задней створки.

При морфологическом исследовании: ткань стенки кисты образована плоским эндотелием с включениями фиброзной ткани. Исходя из современной классификации, это истинная врожденная множественная киста (рис. 4).

Непосредственный послеоперационный период протекал гладко, пациентка экстубирована в 1-е сутки после операции и в дальнейшем переведена в профильное отделение для дальнейшего лечения.

По данным ЭхоКГ после операции: глобальная и регионарная систолическая функция ЛЖ не изменена, ФВ ЛЖ — 68%; в проекции МК — тень механического протеза, движение запирающего элемента не нарушено.

На 10-е сутки после операции пациентка в удовлетворительном состоянии выписана под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Таким образом, наличие очень редкой патологии — кисты митрального

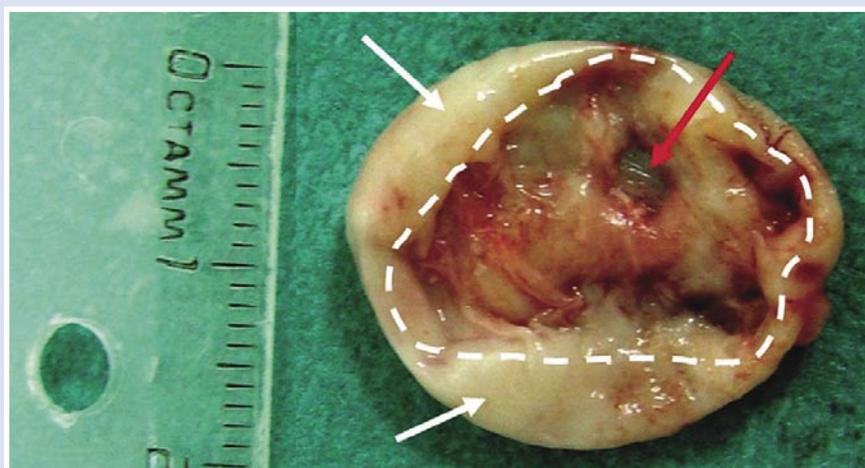


Рис. 4. Макропрепарат удаленной кисты (киста представлена двумя камерами; пунктирной линией обозначены границы кисты, красной стрелкой — сообщение между камерами, белыми стрелками — неизмененные ткани передней створки митрального клапана)

клапана — предполагает выбор одной из двух диаметрально противоположных тактик: либо выжидательной (наблюдение) либо, активной (операция). Выжидательная тактика преследует длительное наблюдение с невозможностью предсказания характера и времени возникновения осложнений. Прежде всего, эмбологенная и обструкционная опасность, невозможность исключить паразитарный генез образования, настороженность в плане развития инфекционного эндокардита являются истинными причинами принятия второго варианта решения — выполнения оперативного

вмешательства. Именно поэтому операция, как залог надежной профилактики предполагаемых осложнений, является вполне оправданной у этой категории больных, что и иллюстрирует данное клиническое наблюдение.

КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Национальный медико-хирургический Центр им. Н.И. Пирогова
105203, г. Москва, ул. Нижняя Первомайская, 70
e-mail: nmhc@mail.ru