

КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ

РАЗВИТИЕ ЭНДОФИТНОГО РАКА ПИЩЕВОДА С ИЗОЛИРОВАННЫМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕМ В МИОКАРД ПРАВЫХ ОТДЕЛОВ СЕРДЦА И МАССИВНЫМ ТРОМБООБРАЗОВАНИЕМ В ИХ ПОЛОСТИ.

Т.Г.ТРАЯНОВА, Н.П.ТАРАПАТА, А.А.ШЕЛЕПИН, А.КОРОВИНА

Кафедра внутренних болезней РУДН. Москва. 117198, ул. Миклухо-Маклая, д.8.

Медицинский факультет

Авторы описывают клиническое наблюдение развития у 69-летнего больного эндофитного рака пищевода с ранним изолированным метастазированием в миокард правых отделов сердца и массивным тромбообразованием в их полостях, которые манифестировали симптомами рецидивирующей тромбоземболии ветвей легочной артерии.

Ключевые слова: опухоли, нарушения свертываемости крови.

Вторичные опухоли сердца составляют 5,1% всех его опухолей и обусловлены либо отдаленными метастазами, либо прорастанием в него злокачественных опухолей соседних органов [6]. За возможным исключением опухолей центральной нервной системы, практически каждый вид злокачественной опухоли любого органа способен стать источником метастазов в сердце [3,4,9]. Так, при раке пищевода метастазы в сердце наблюдались в 23-35%, раке легкого - 28-31%, раке щитовидной железы - 30-32%, меланоме любой локализации - в 37-60%, лимфоме - 15% случаев [8,9,11]. Изолированные метастазы в сердце наблюдаются исключительно редко. Как правило, одновременно метастазы выявляются не только в сердце, но и в других жизненно важных органах. Приводим собственное наблюдение особенностей клинического течения и танатогенеза больного раком пищевода с эндофитным ростом и изолированными метастазами в сердце.

Больной С., 69 лет, поступил в ГКБ №64 г. Москвы с диагнозом "Острая левосторонняя пневмония" с жалобами на сухой кашель, одышку при нагрузке, ноющие боли в левой половине грудной клетки, субфебрильную температуру.

В течение последних 5 лет отмечал перебои в работе сердца, периодически повышалось АД. В 1998 г. перенес микроинфаркт миокарда с последующими редкими приступами стенокардии. С 15.11. по 4.12.2000 г. наблюдался в поликлинике по поводу предполагаемой пневмонии, получал ципролет. Ухудшение состояния с 12.12.2000 г., когда повысилась температура тела до 38 °С, усилились одышка и кашель.

В 1998 г. лечился по поводу лейкоплакии губ электрокоагуляцией.

При поступлении: состояние средней тяжести, акроцианоз, одышка до 22 дыханий в минуту. Перкуторно: легочный звук с коробочным оттенком, ослабленное везикулярное дыхание, в нижних отделах легких единичные влажные хрипы. Границы сердца не изменены. Тоны приглушены, шумов нет. Число сердечных сокращений - 88 в минуту (5-6 экстрасистол в минуту) АД 130/80 мм рт.ст.

Глотание свободное. Живот мягкий, печень выступает из-под нижнего реберного края на 2 см, болезненная при пальпации.

На рентгенограмме органов грудной клетки от 15.12.2000 г.: усиление легочного рисунка. Тень с нечеткими контурами в нижней части левого легкого, не исключающая воспалительный процесс.

На ЭКГ: синусовая аритмия (80-120 в минуту), единичные предсердные экстрасистолы. Блокада левой передней ветви пучка Гиса. Изменения миокарда бокового отдела левого желудочка.

В крови: лейкоцитоз до $8,3 \times 10^9$, палочкоядерных 6% эритроциты $3,9 \times 10^{12}$, НВ 11,4 г/л, тромбоцитопения до 65000. СОЭ 21 мм/час. Повышен уровень ЛДГ до 1589 ед/л (норма до 276 ед/л) и КФК до 337 ед/л (норма до 195 ед/л).

В моче: белок 0,033%, мочевого осадок не изменен.

В последующие дни, несмотря на проводимое лечение ампиоксом, дигоксином, анальгином, капотеном, наблюдалось прогрессирующее ухудшение состояния: нарастала слабость, преходящие боли в грудной клетке с обеих сторон, присоединились приступы одышки в горизонтальном положении, вновь наблюдались эпизоды повышения температуры тела до 38 °С. Назначен гентамицин 160 мг в сутки. При повторных (22 и 28.12.2000 г.) рентгенологических исследованиях выявлены мигрирующие изменения в легких, позволившие заподозрить тромбоземболию мелких ветвей легочной артерии. В последние дни отмечалось драматическое ухудшение самочувствия и состояния больного. Появились выраженные признаки перегрузки правых отделов сердца (набухшие шейные вены и вены верхних конечностей), систолический шум над 3 створчатым клапаном, симптомы легочной гипертензии (акцент 2 тона на art. pulmonalis), участились приступы удушья. При ЭХОКГ от 28.12.2000 г. отмечена дилатация правого желудочка. В полости правого предсердия зарегистрировано округлое подвижное образование (3,4 x 3,4 см).

С учетом общей клинической картины, данных ЭХОКГ диагностируется миксома правого предсердия.

При повторной ЭХОКГ (29.12.2000 г.) подтверждено наличие подвижного образования в полости правого предсердия размером уже 4,6 x 3,1 см, "рождающегося" в момент диастолы в полость правого желудочка и обтурирующего правое а-в отверстие. Расширены правые отделы сердца (правый желудочек 3,9 см, правое предсердие 4,5 см). Полость левого желудочка 5,1 см, фракция выброса 56%. При доплер-ЭХОКГ: признаки легочной гипертензии; митральная, аортальная и трикуспидальная регургитация I ст. 30.12.2000 г. кардиохирургом, д.м.н. профессором Нечаско М.А. констатировано объемное образование правого предсердия, рекомендовано оперативное лечение. В ночь на 31.12.2000 г. состояние резко ухудшилось: развилось удушье с пепельным цианозом, тахикардия до 100 ударов в минуту, снижение АД до 110/70 мм рт.ст., увеличилась печень. Больной для дальнейшего лечения был переведен в НЦССХ РАМН им. А.Н. Бакулева.

Состояние оставалось тяжелым. Сохранились ЭКГ-признаки перегрузки правых отделов сердца, выросли явления венозного застоя, появились признаки интерстициального и начальные признаки альвеолярного отека легких. Сердце несколько увеличилось в размерах. Одышка до 44-46 дыханий в минуту. Кожные покровы бледно-землистого оттенка, акроцианоз.

На ЭХОКГ- значительное расширение правых отделов сердца. В полостях правого предсердия и желудочка определялись опухолевидные образования однородной плотности с неровными контурами. Размеры образований в правом предсердии 1,5 x 0,9 см, в правом желудочке 3,0 x 1,9 и 5,7 x 2,0 см.

В связи с тяжестью состояния больного лечение началось в реанимационном отделении. С помощью малых доз инотропной поддержки, сердечных гликозидов, диуретиков, введения нитроглицерина удалось стабилизировать состояние больного, добиться уменьшения признаков дыхательной и сердечной недостаточности. Однако на следующие сутки отмечалось внезапное нарастание одышки до 46 в минуту, озноба при нормальной температуре тела, акроцианоза, тахикардии до 140 ударов в минуту, гипотензии, метаболического ацидоза. Несмотря на проводимую интенсивную терапию явления дыхательной и сердечной недостаточности нарастали, развилось апноэ, синусовая брадикардия с переходом в полную а-в блокаду, фибрилляция желудочков. Проводимые в полном объеме реанимационные мероприятия безуспешны.

Данные патологоанатомического исследования. В полости перикарда содержится около 50 мл прозрачной желтоватой жидкости. Сердце весом 550 г. В правом предсердии на эндокарде по задней и передней поверхности располагаются опухолевидные образования и тромбы округлой и уплощенной формы серо-розового цвета размерами от 0,5 до 2 см в диаметре. Один из опухолевидных узлов локализуется в области задней створки 3-х створчатого клапана. Большая часть полости правого желудочка от верхушки до конусной части выходного отдела и в синусном отделе занята рыхлой, крошащейся тканью серо-розового цвета, включающей тромботические массы. В легочном стволе и правой ветви легочной артерии содержатся тромботические массы, полностью обтурирующие просвет сосудов. Легкие увеличены в размерах, их задне-нижние отделы уплотнены, темно-красного цвета, на разрезе в этих зонах встречаются участки суховатого вида, красного цвета с мелкозернистой тусклой поверхностью. Пищевод – слизистая оболочка бледная, сероватого цвета. В его средней части слизистая оболочка слегка бугристая, под ней располагается опухолевидное образование уплощенной формы размерами 4 x 4 x 1 см.

Микроскопическое исследование. Опухоль пищевода имеет строение плоскоклеточного ороговевающего рака. Опухолевидные образования в миокарде правого предсердия и желудочка, которые располагаются небольшими узлами трансмурально и включены в тромбы на поверхности обеих камер, очевидно, представляют собой метастазы рака пищевода и состоят из структур со строением плоскоклеточного неороговевающего рака. В средних и мелких ветвях легочных артерий содержатся эмболы из фрагментов плоскоклеточного рака и тромботических масс. Ткань легких полнокровна, со свежими геморрагическими инфарктами и выраженным антракозом.

Для интернистов диагностика основного заболевания (рак пищевода с локальным метастазированием в правое сердце) представляла, несомненно, значительные трудности.

В клинической картине изначально и в последующие 6 недель врачебного наблюдения за больным манифестировали симптомы рецидивирующей тромбоземболии мелких ветвей легочной артерии, которые протекали под маской мигрирующей очаговой пневмонии. Лишь на последнем этапе течения болезни выявились быстропрогрессирующие симптомы недостаточности правого сердца, что позволило заподозрить инородное тело в правом предсердии, подтвержденное при ЭХОКГ. По совокупности результатов клинического и инструментального обследования наиболее вероятным представлялся, несмотря на сравнительную редкость [2,5,7,10], диагноз миксомы правого предсердия. Правосторонние опухоли, в том числе миксомы, помимо общих симптомов (слабость, повышение температуры тела и др.), как правило, сопровождаются признаками недостаточности правого сердца, что наблюдалось в последние дни у данного больного: набухание шейных вен и вен верхних конечностей, гепатомегалия; симптомы регургитации 3-створчатого клапана – систолический шум над 3-створчатым клапаном.

Клинических признаков рака пищевода, обнаруженного на секции, в связи с эндофитным ростом не было зафиксировано. Отсюда следует, что возможность прижизненной диагностики изолированного метастазирования в сердце терапевтами не обсуждалась.

Согласно литературным данным средний временной интервал от первых симптомов первичных опухолей сердца до правильного диагноза может быть весьма длительным [2,10]. С развитием точных кардиологических исследований и возможностью осуществления сложных оперативных вмешательств на сердце интерес к прижизненной диагностике опухолей сердца повысился, так как появилась реальная возможность успешного лечения ранее обреченных на смерть больных [1,5,10].

Однако, по всей вероятности, с момента первого обращения к врачам, за 6 недель до смерти, установление истинного заболевания – эндофитного рака пищевода, не проявлявшего себя клиническими признаками, с изолированным метастазированием в правое сердце, обусловившим тромбоэмболический синдром в легочные сосуды, уже не могли изменить прогноз больного

Литература.

1. Королев Б.А., Добротин С.С., Карнов Е.П. Клинико-диагностические аспекты миксом сердца // Кардиология. 1979;2:109-116.
2. Лякишев А.А. Опухоли сердца // Тер.Архив. 1979;1:112-122.
3. Моисеев В.С., Сумароков А.В. Болезни сердца. М.: Универсум Паблишинг. 2001.
4. Нечаенко М.А. Первичные опухоли сердца. Дис...доктора мед.наук. 1993.
5. Нурмухамедова Е. Первичные опухоли сердца. Обобщение опыта 40-летней работы // Русский медицинский журнал. 1998;4:1-2.
6. Петровский Б.В., Константинов Б.А., Нечаенко М.А. Первичные опухоли сердца. М.: Медицина. 1997.
7. Сторожаков Г.И., Верещагина Г.С., Малышева Н.В. Клинико-эхокардиографическая характеристика миксом сердца // Тер.Архив. 1985;9:66-71.
8. Цукерман Г.И., Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э. Опухоли сердца. М. Изд. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 1999.
9. Шхвацабая Л.В. Первичные и вторичные опухоли сердца // Кардиология. 1984;1:112-116.
10. Colucci W.S., Scoen F.Y., Braunwald E. Primary tumors of the heart Heart Disease. A text book of cardiovascular medicine. Ed. E.Braunwald. 1997:1464-1477.
11. McAlister H.A., Fenoglio J.J. Tumors of the cardiovascular system: In Atlas of tumor pathology. Armed Forces Institute of Pathology. Washington. 1978.

THE DEVELOPMENT OF ENDOPHYTNAL OESOPHAGUS CANCER WITH EARLY ISOLATED METASTASIS INTO THE MYOCARDIUM OF RIGHT SIDE OF THE HEART AND MASSIVE FORMATION OF THROMBUS IN ITS CAVITIES.

T.G. TRAYANOVA, N.P. TARAPATA, A.A. SHELEPIN, E.A. KOROVINA

Department of Internal Medicine of Russian Peoples Friendship University.

Moscow. 117198. M-Maklaya st 8

The authors describe the case of the development of the undisputed endophytal oesophagus cancer with early isolated metastasis into the right side of the heart and massive formation of thrombus in its cavities of the 69-year old patient, which were manifested by the repeated thromboembolism of pulmonary arteries branches.

Key words: tumours, infringement of a coagulability of a blood.