

КАРДИОХИРУРГИЯ

УДК 616.12-006.325.04-073-089

© Р.Б. Сахаутдинова, Ф.Ф. Мухамадиева, Э.Н. Камалова, Л.Х. Курбангалиева, В.А. Сурков

Р.Б. Сахаутдинова, Ф.Ф. Мухамадиева, Э.Н. Камалова, Л.Х. Курбангалиева, В.А. Сурков СЛУЧАЙ ДИАГНОСТИКИ И УСПЕШНОГО ЛЕЧЕНИЯ ОПУХОЛИ СЕРДЦА

Республиканская клиническая больница № 2, г. Уфа

Приведен случай диагностики редко встречающейся в терапевтической практике первичной опухоли сердца. Основой диагностики явилась двухмерная эхокардиография, которая выявила объемное образование в левом предсердии с признаками обструкции кровотоку. На основании полученных данных были установлены показания к срочному хирургическому лечению и проведена операция удаления опухоли. Послеоперационное эхокардиографическое исследование показало отсутствие новообразования в сердце. Своевременность постановки диагноза явилась залогом успешного лечения и благоприятного исхода у пациентки.

Ключевые слова: доплер-эхокардиография, описание случая, опухоль, больная, благоприятный результат.

R.B. Sakhautdinova, F.F. Mukhamadieva, E.N. Kamalova, L.H. Kurbangaleeva, V.A. Surkov A CASE OF DIAGNOSTICS AND SUCCESSFUL TREATMENT OF HEART TUMOUR

A rare case of primary heart tumor diagnosed therapeutically is presented. Two-dimensional echocardiography was the basis for diagnosis that detected the volume formation in the left atrium with the signs of obstruction to the flow of blood. Based on the data obtained urgent surgery was indicated. The tumor was removed. Postoperative echocardiographic study showed the absence of neoplasm in the heart. Timely established diagnosis contributed to effective treatment of the female patient and favourable outcome.

Key words: doppler echocardiography, case report, neoplasm, female patient, favourable outcome.

Первичные новообразования сердца являются редкой патологией, встречающейся в основном в практике кардиохирургов и патологоанатомов. Частота таких находок при аутопсиях невелика и колеблется в пределах 0,0017–0,1% [2]. Примерно 75% всех первичных опухолей сердца являются доброкачественными, среди них на долю миксом левого предсердия приходится 60–90%. В 75-80% случаев они произрастают из межпредсердной перегородки, фиксируясь в области овальной ямки ножкой, реже – широким основанием [1, 3].

Миксома представляет собой первичную внутрисердечную, гистологически доброкачественную опухоль. Однако при неустановленном диагнозе и без своевременно оказанной хирургической помощи течение заболевания часто принимает клинически злокачественный характер в связи с обструкцией кровотоку и артериальными эмболиями фрагментами опухоли. Следует отметить, что своевременность диагностики во многом определяет успех лечения и предотвращает фатальные осложнения.

Цель нашего сообщения – продемонстрировать возможности диагностики миксомы левого предсердия больших размеров в условиях терапевтического стационара и тактику ведения больной с данным заболеванием.

Больная Е., 49 лет, поступила в Республиканскую клиническую больницу № 2 с жалобами на одышку при небольшой физической нагрузке и в горизонтальном положении, быструю утомляемость, сердцебиение. Боль-

ной себя считает в течение последних трех месяцев. Общее состояние средней тяжести. Кожные покровы обычной окраски. Дыхание в легких везикулярное. Тоны сердца слегка приглушены, выслушивается слабый систолический шум на верхушке. Ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений 88 в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Отеков нет. На электрокардиограмме регистрируются синусовый ритм с частотой 82 в минуту, горизонтальное положение электрической оси сердца, признаки гипертрофии левого предсердия. При эхокардиографическом исследовании в двухмерном режиме в полости левого предсердия лоцируется неподвижное эхопозитивное образование округлой формы размерами 4,9 x 6,4 см, исходящее из межпредсердной перегородки, заполняющее всю полость левого предсердия, пролабирующее через митральный клапан (рис. 1). Полость левого предсердия умеренно расширена (до 5,2 см). Остальные камеры сердца не увеличены. Сократительная функция левого желудочка удовлетворительная, фракция выброса 70%. В режиме доплеровского исследования лоцируется узкая струя митральной регургитации до задней стенки левого предсердия (рис. 2). В анализах крови обращала внимание повышенная СОЭ до 25 мм/ч.

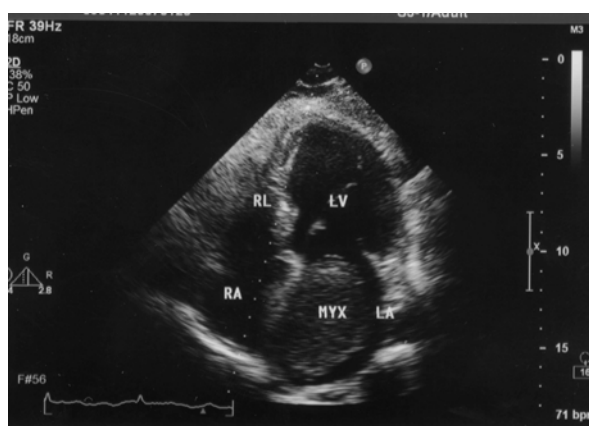


Рис. 1. Трансторакальная двухмерная эхокардиограмма больной Е., 49 лет.
Миксома (MYX) в полости левого предсердия (LA), пролабирующая через митральный клапана в левый желудочек (LV).

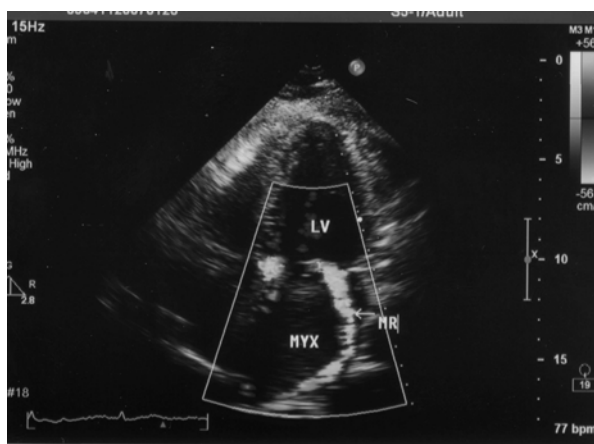


Рис. 2. Трансторакальная двухмерная доплерэхокардиограмма больной Е., 49 лет.
Митральная регургитация (MR) вследствие пролабирования миксомы (MYX) в отверстие митрального клапана.

На основании данных обследования установлен диагноз: миксома левого предсердия, осложненная хронической сердечной недостаточностью 2А стадии и угрозой обструкции митрального клапана.

В срочном порядке проведена консультация кардиохирурга. Диагноз был подтвержден, и установлены показания для срочного оперативного лечения. Больная переведена в

кардиохирургическое отделение Республиканского кардиологического диспансера, где на следующий день была проведена операция. На операции диагноз был подтвержден. Удалена опухоль желеобразной консистенции в тонкой капсуле размерами 7х5х4 см, занимающая почти всю полость левого предсердия, исходящая широким основанием (3 см) из верхней части межпредсердной перегородки с переходом на верхнюю стенку левого предсердия. Область крепления опухоли иссечена с образованием дефекта межпредсердной перегородки, который был закрыт заплатой из ксеноперикарда размером 3х2 см.

При гистологическом исследовании операционного материала установлено, что новообразование является миксомой, состоящей из бесструктурного, аморфного вещества, в котором рассеяны клетки полигональной формы, соединяющиеся между собой с образованием тяжей.

При контрольном эхокардиографическом исследовании в левом предсердии образований нет, регургитации на митральном клапане не отмечается. Больной рекомендованы наблюдение терапевта и кардиолога по месту жительства, очередное эхокардиографическое исследование и консультация кардиохирурга через 3 месяца.

Данное наблюдение показывает необходимость настороженности терапевтов при интерпретации ранних симптомов сердечной недостаточности (одышка, утомляемость, тахикардия) в плане подозрения на редко встречающиеся опухоли сердца. Эхокардиография в настоящее время является основным инструментом в диагностике миксом. Своевременность постановки диагноза является залогом успешного лечения и благоприятного исхода при данном заболевании.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петровский Б.В. Кардиоонкология – новая глава современной хирургии // Грудная хирургия. – 1988. – № 6. – С. 5-10.
2. Цукерман А.И. Опухоли сердца / А.И. Цукерман, А.И. Малащенко, В.Э. Кавсадзе – М.: Издательство НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 1999. – 268 с.
3. Harken B.G. Atrial myxoma: an evaluation of clinical and laboratory manifestations / B.G. Harken, J.S. Fuchs, D.C. Sabiston // Ann. Thorac. Surg. – 1972. – Vol. 10. – P. 65-74.