

В.П. Приходько, В.А. Миронов*, М.Д. Нуждин*

Случай папиллярной фиброэластомы с частичной окклюзией устья левой коронарной артерии

454076, Челябинск,
Медгородок, Областная
клиническая больница,
ул. Воровского, 70,
Pri-Vladimir@narod.ru

* ГОУ ДПО «Уральская
государственная
медицинская академия
дополнительного
образования», 454136,
Челябинск, ул. Молодогвар-
дейцев, 51

УДК 616.12
ВАК 14.01.05

Поступила в редакцию
15 марта 2010 г.

© В.П. Приходько,
В.А. Миронов, М.Д. Нуждин,
2011

Представлен случай папиллярной фиброэластомы сердца с локализацией на створке аортального клапана с частичной окклюзией устья левой коронарной артерии и развитием острого коронарного синдрома.

Ключевые слова: папиллярная фиброэластома; аортальный клапан; острый коронарный синдром.

Папиллярная фиброэластома (ПФ) является первичной доброкачественной опухолью сердца [1, 2]. Частота встречаемости, по данным аутопсийных случаев, составляет от 0,002 до 0,33% [4]. Среди первичных доброкачественных опухолей сердца ПФ занимает третье место, следуя после миксомы и липомы сердца [4]. ПФ могут возникать из эндокарда любой локализации, но чаще они развиваются из клапанного эндокарда, так, в 44% случаев ПФ развивается на аортальном клапане, в 35% – на митральном, в 15% – на трехстворчатом, в 8% – на клапане легочной артерии [4, 5]. Учитывая тот факт, что ПФ может приводить к опасным эмболиям в большой и малый круг кровообращения, коронарные артерии, у пациентов при эмболии или прямой окклюзии опухолью коронарных сосудов возможно развитие стенокардии и инфаркта миокарда [1, 3, 5, 7]. Основным методом диагностики ПФ является доплер-эхокардиография, чувствительность которой достигает 89% [6]. В связи с опасностью эмболических осложнений всем пациентам с ПФ показано оперативное лечение [1, 2, 3].

Пациентка Г. 66 лет поступила в экстренном порядке в отделение реанимации и интенсивной терапии Челябинской областной клинической больницы 22. 12. 2009 г. с диагнозом: ишемическая болезнь сердца. Острый повторный инфаркт миокарда. ПИК (ОИМ – 19. 11. 2009 г.). ХСН 2 а стадии, ФК IV. Гипертоническая болезнь 3 стадия, риск 4. При поступлении состояние пациентки было тяжелым, предъявляла жалобы на интенсивные давящие боли за грудиной, возникавшие в покое, и чувство

нехватки воздуха. Кожные покровы бледные. При аускультации над всеми легочными полями выслушивались диффузные влажные мелкопузырчатые хрипы, ЧДД = 25 в минуту. Тоны сердца приглушены, ритмичные, шумы не выслушиваются. АД = 100/70 мм рт. ст. справа и слева. Живот при пальпации мягкий, печень не увеличена. Отеков на нижних конечностях нет. Пульсация на периферических артериях сохранена.

Из анамнеза заболевания известно, что приступы стенокардии беспокоят пациентку в течение нескольких лет, учащение приступов отмечает в течение последних 6 месяцев. Ухудшение своего состояния больная отметила 19. 11. 2009 г., когда возник приступ давящих болей, с локализацией за грудиной, который не купировался анальгетиками. Пациентка за медицинской помощью не обращалась. Повторно болевой синдром рецидивировал 2. 12. 2009 г., пациентка была госпитализирована в стационар по месту жительства с диагнозом: острый инфаркт миокарда заднебоковой стенки левого желудочка (19. 11. 2009), рецидивирующее течение. Несмотря на проводимое лечение, болевой синдром рецидивировал. 14. 12. 2009 г. пациентке была выполнена коронароангиография, по данным которой поражений коронарных артерий не обнаружено, тип кровоснабжения миокарда – левый. Для дальнейшего лечения пациентка была переведена в Челябинскую областную клиническую больницу.

При обследовании по данным электрокардиографии (ЭКГ) (23. 12. 2009): выраженная субэндокардиальная ишемия миокарда

заднебоковой стенки левого желудочка. Депрессия сегмента ST на 1,5 мм в отведениях II, III, aVF. По данным рентгенографии органов грудной клетки (РГ) (23.12.2009): двусторонняя диффузная инфильтрация, признаки респираторного дистресс-синдрома II–III ст. Правосторонняя верхнедолевая пневмония. По данным доплер-эхокардиографии (ДЭхоКГ) (22. 12. 2009): внутренний диаметр клапанного кольца аорты – 2,4 см; синусов Вальсальвы – 3,5 см; восходящей аорты – 3,3 см; в просвете аорты на уровне некоронарного синуса регистрируется дополнительное округлое образование, размером 1,2–1,7 см, гипозоногенное, умеренно подвижное, расположено на расстоянии 1,0–1,1 см от клапанного кольца аорты. Раскрытие створок аортального клапана – 1,4 см. Размер левого предсердия (ЛП) – 3,9 см; конечно-диастолический размер левого желудочка (КДР ЛЖ) – 4,7 см; конечно-систолический размер (КСР) ЛЖ – 3,5 см; фракция выброса (ФВ) – 54%; фракция сокращения (ФС) – 26%. Нарушений локальной сократимости не выявлено. Правый желудочек (ПЖ) – 2,8 см; диаметр выводного тракта ПЖ – 2,3 см; диаметр фиброзного кольца легочной артерии (ЛА) – 2,5 см.

Размер правого предсердия (ПП) – 3,7 × 5,6 см. Регургитации на клапанах нет. По данным спиральной компьютерной томографии (СКТ) восходящего отдела аорты отмечено умеренное расширение восходящего отдела аорты.

Анализ крови на Тропонин Т положительный – 1,14; КФК-МВ 166 ммоль/л; АСТ 116 ЕД; АЛТ 27 ЕД; прокальцитонин-тест – отрицательный. В общем анализе крови отмечен лейкоцитоз до $20,2 \times 10^9/\text{л}$.

26. 12. 2009 проведена операция: удаление опухоли аортального клапана. Пластика аортального клапана по Мерфи. Доступ к сердцу путем срединной стернотомии. Проведение нормотермического искусственного кровообращения по стандартной методике. Защита миокарда: постоянная антеградная селективная фармакологическая кровяная кардиоopleгия и наружное охлаждение сердца. При ревизии отверстие аортального клапана щелевидное, около 1,8 см. Аортальный клапан трехстворчатый, отмечается умеренный фиброз створок клапана. В области комиссуры между некоронар-

Рис. 1.

Увеличение $\times 50$. Окраска: гематоксилин-эозин. На микропрепарате образование представлено бессосудистым остовом с многочисленными тонкими удлиненными ветвящимися папиллярными выростами, состоящими из миксоидного матрикса с переменным количеством волокон и немногочисленными вытянутыми мелкими клетками. Внешняя поверхность покрыта одним слоем эндотелиоподобных клеток.

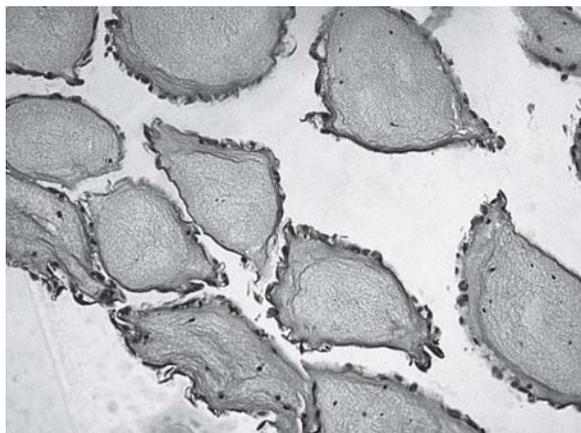
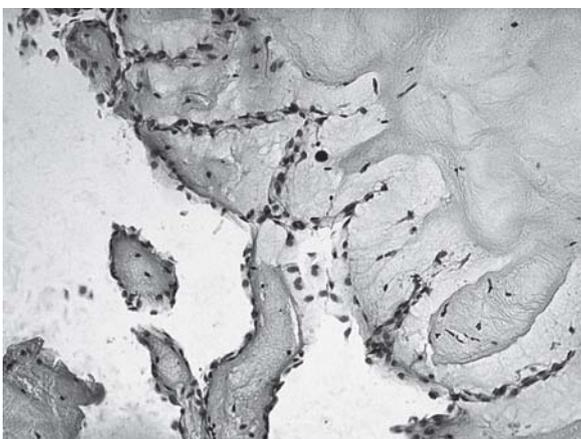


Рис. 2.

Тот же препарат. Увеличение $\times 400$. Окраска: гематоксилин-эозин.



ной и левой коронарной створками имеется подвижное опухолевидное образование, частично спаивное со стенкой аорты, размером 1,5 × 1,0 см, округлой формы с ровными краями, мягко-эластической консистенции, темно-серого цвета. Опухоль частично заполняет левый коронарный синус и перекрывает устье левой коронарной артерии. Произведено удаление опухоли. Выполнена пластика левой коронарной створки по Мерфи. При проведении гидравлической пробы аортальный клапан компетентен. Время искусственного кровообращения составило 70 мин, время пережатия аорты – 48 мин.

Послеоперационный период протекал без осложнений, не требовал инотропной стимуляции. При стабильной гемодинамике через 5 ч после оперативного вмешательства пациентка была экстубирована. Болевой синдром у больной не рецидивировал.

Данные гистологического исследования: образование представлено бессосудистым остовом с многочисленными тонкими удлинёнными ветвящимися папиллярными выростами, состоящими из миксоидного матрикса с переменным количеством волокон и немногочисленными вытянутыми мелкими клетками. Внешняя поверхность покрыта одним слоем эндотелиоподобных клеток. Заключение: папиллярная фиброэластома (рис. 1, 2).

Пациентка была выписана на 15-е сутки после оперативного вмешательства в удовлетворительном состоянии. Данные контрольной ДЭхоКГ: аорта – 2,4 см, дополнительные объемные образования не регистрируются. ЛП – 3,6 см; КДР ЛЖ – 5,3 см; КСР ЛЖ – 3,0 см; ФВ – 74%; ФС – 44%; умеренная регургитация на аортальном клапане – 1 степени, систолический градиент давления – 8 мм рт. ст. По данным контрольной ЭКГ – ритм синусовый с ЧСС – 77 в минуту, умеренная ишемия миокарда боковой стенки левого желудочка, сегмент ST в отведениях II, III, aVF до 1 мм.

Пациентка осмотрена через девять месяцев после оперативного вмешательства, приступов стенокардии не отмечает, признаков сердечной недостаточности нет.

Целью нашей демонстрации являлось показать возможность развития острого коронарного синдрома при локализации папиллярной фиброэластомы на створке аортального клапана, вызвавшей частичную окклюзию устья левой коронарной артерии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бокерия Л.А., Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э., Серов Р.А. Кардиоонкология. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2003. 254 с.
2. Boodhwani M., Veinot J.P., Hendry P.J. // Can. J. Cardiol. 2007. V. 23. P. 301–302.
3. Gopaldas R.R., Atluri P.V., Blaustein A.S., Bakaeen F.G., Huh J., Chu D. // Tex Heart Inst. J. 2009. V. 36. P. 160–163.
4. McAllister H.A., Fenoglio J.J. Tumors of the cardiovascular system. In: Atlas of tumor pathology. 2nd series. Washington DC: Armed Forces Institute of Pathology; 1978. Fascicle 15. P. 20–25.
5. Mehmet H.A., Seiffert M., David A. Ott. // Tex Heart Inst. J. 2009. V. 36 (2). P. 158–159.
6. Sun J.P., Asher C.R., Yang X.S., Cheng G.G., Scalia G.M., Massed A.G. et al. // Circulation 2001. V. 103 (22). P. 2687–2693.
7. Yerebakan C., Liebold A., Steinhoff G., Skrabal C.A. // Ann. Thorac. Surg. 2009. V. 87. P. 1953–1954.

Приходько Владимир Петрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры сердечно-сосудистой, торакальной хирургии и трансфузиологии Уральской государственной медицинской академии дополнительного образования. Заведующий кардиохирургическим отделением Челябинской областной клинической больницы.

Миронов Владимир Александрович – доктор медицинских наук, профессор кафедры внутренних болезней и семейной медицины ГОУ ВПО «Челябинской государственной медицинской академии» Росздрава.

Нуждин Михаил Дмитриевич – клинический ординатор кафедры хирургических болезней, реаниматологии и интенсивной терапии ГОУ ВПО «Челябинской государственной медицинской академии» Росздрава.