

Случай успешного удаления редко наблюдаемого “гигантского” шаровидного тромба левого предсердия, расцененного до операции как миксома

Т.Р. Рафаели^{1*}, И.В. Исаева¹, И.С. Арабаджян¹, Л.С. Барац¹, Р.Ю. Попов¹,
А.Ж. Абильдинова¹, А.Ж. Асанова¹, А.В. Степанов¹, Н.В. Кучкина¹,
М.В. Пекарская¹, Л.М. Поплавская¹, Г.А. Нефедова²

¹ ГБУЗ “Научно-практический центр интервенционной кардиоангиологии”, Москва

² ГУЗМ “Научно-исследовательский институт скорой помощи имени Н.В. Склифосовского”, Москва

В литературе описаны единичные наблюдения касающиеся шаровидного тромба левого предсердия. В статье приведен случай успешного хирургического удаления шаровидного тромба левого предсердия, фиксированного к межпредсердной перегородке. До операции он был расценен как миксома левого предсердия из-за сходства данных ультразвукового исследования именно с этой патологией. Особый интерес представляет тот факт, что тромб образовался у пациентки без каких-либо анамнестических данных, указывающих на наличие нарушения ритма сердца, клапанной патологии или патологии эндокарда.

Ключевые слова: шаровидный тромб левого предсердия, диагностика миксомы, хирургическое лечение новообразования сердца.

По данным литературы, новообразования в полости левого предсердия в основном представлены тромбами (1) и первичными опухолями сердца (8). Тромбы левого предсердия, как правило, являются следствием нарушения внутрисердечной гемодинамики в этой камере сердца вследствие порока митрального клапана или ишемической болезни сердца (1–5). Тромбообразованию (при отсутствии явной инфекции) в большинстве случаев предшествуют мерцательная аритмия и увеличение полости левого предсердия (явления застоя). Формирование тромба в силу определенных анатомических и гемодинамических причин первоначально происходит в ушке левого предсердия (1).

Первичные опухоли сердца по данным аутопсии встречаются в 0,0017–0,19% случаев (6, 7). Примерно в половине случаев речь идет о миксомах. Они чаще встречаются у женщин в возрасте 35–55 лет. В 80–90% случаев миксома поражают левое предсердие (ЛП), значительно реже – правое и еще

реже – желудочки (8). Миксома ЛП в преобладающем большинстве случаев произрастают из области овальной ямки межпредсердной перегородки (МПП).

Мы представляем описание случая расхождения клинического, интраоперационного и патологоанатомического диагноза образования, находящегося в ЛП. При клинико-лабораторном обследовании больших размеров шаровидное подвижное новообразование ЛП, фиксированное к МПП, было расценено как миксома левого предсердия. Однако при гистологическом исследовании был поставлен диагноз “гигантского” шаровидного тромба.

Приводим клиническое наблюдение.

Больная Л., 62 года, поступила в отделение сердечно-сосудистой хирургии НПЦ интервенционной кардиоангиологии 03.05.2010 с диагнозом “новообразование левого предсердия [миксома (?)]”.

В анамнезе: гипертоническая болезнь III ст., в течение последних нескольких лет периодически беспокоили боли в левой половине грудной клетки, не связанные с физическими нагрузками, умеренная одышка при нагрузке. В связи с описанными жалобами больная обратилась в поликлинику по месту жительства. При ЭхоКГ-обследовании в районной поликлинике было обнаружено новообразование в левом предсердии, и больная была направлена в наш Центр.

* Адрес для переписки:

Рафаели Т.Р.

Научно-практический центр

интервенционной кардиоангиологии

Россия, 101000 Москва, Сверчков пер., 5.

Тел. (+7 495) 624-96-36. Факс (+7 495) 624-67-33

E-mail: rafaelli50@yandex.ru

Статья получена 16 февраля 2012 г.

Принята в печать 1 марта 2012 г.



Рис. 1. ЭхоКГ. Тромб в левом предсердии.

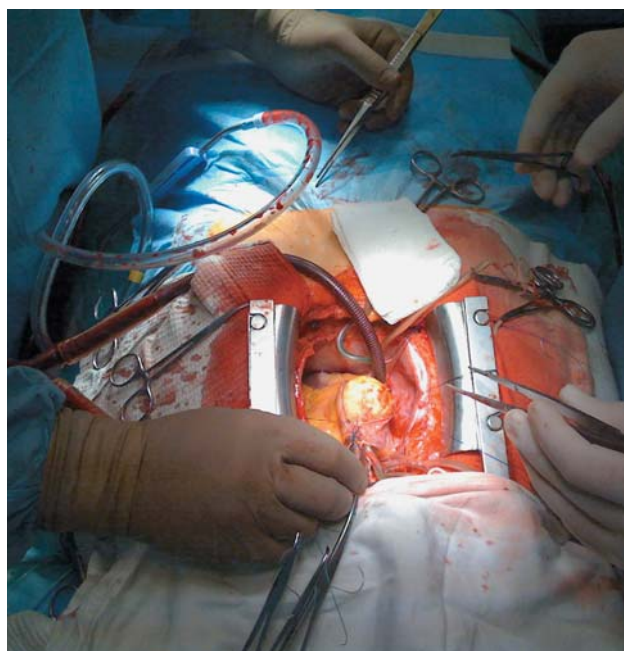


Рис. 2. Доступ через правое предсердие.

При ЭхоКГ (01.04.2010), выполненной в консультативно-диагностической поликлинике центра: полости сердца не расширены, сократимость левого желудочка удовлетворительная, фракция выброса – 64%, без существенных нарушений кинетики стенки левого желудочка. Имеются признаки диастолической дисфункции – по гипертрофическому типу. Конечнo-диастолический и конечнo-систолический размер в парастернальной позиции составляют соответственно 4,6 и 3,0 см. Толщина межжелудочковой перегородки в диастолу – 11 мм. Левое предсердие не расширено – 3,8 см. В полости левого предсердия отмечается эхонегативное образование округлой формы, подвижное (амплитуда движения 1,5 см), размерами 31,2 × 37,5 мм, исходящее из средней трети МПП, последнее не касается створок митрального клапана и не пролабирует в левый желудочек (рис. 1). Ушко левого предсердия свободно от

каких-либо образований. Трансмитральный кровоток не нарушен. Имеются незначительные изменения митрального клапана в виде фиброза и утолщения. Аортальный клапан и корень аорты – без существенных изменений. Нижняя полая вена нормальных размеров, коллабирует на вдохе более 50%. ДЭхоКГ: $V_{\max}$ на аортальном клапане – 1,2 м/с. Расчетное систолическое давление в легочной артерии 25 мм рт. ст. Митральная регургитация I ст. На ЭКГ: ритм синусовый. Рентгенологические и другие клинико-лабораторные исследования сопутствующих патологии не выявили. Коагулограмма в норме. Был выставлен диагноз “новообразование левого предсердия [миксома (?)]”. Рекомендовано оперативное лечение.

04.05.2010 в условиях нормотермического ИК (раздельная канюляция полых вен и аорты), гипотермической кардиopleгии (кустодиол) была выполнена операция: иссечение новообразования левого предсердия с частичной резекцией МПП, пластикой МПП синтетической заплатой Гор-текс (3 × 2 см) доступом через правое предсердие. После вскрытия стенки правого предсердия было обнаружено открытое овальное окно в верхней части овальной ямки (4 мм). МПП была рассечена на всем протяжении с верхнего полюса вниз. Обнаружено новообразование в левом предсердии, прикрепленное к средней трети МПП, с основанием примерно 5–7 мм (рис. 2). Задний край основания интимно прилегает к задней стенке левого предсердия. После предварительного накладывания швов-держалок произведено иссечение основания новообразования с краями 5 мм, и последнее было удалено через правое предсердие. Новообразование бело-желтого цвета, плотной консистенции, размерами примерно 4 × 3 см. Осмотрено левое предсердие, других новообразований нет. Промыты полости левых отделов сердца. Эндокард имеет гладкую поверхность. Ятрогенный ДМПП закрыт заплатой Гор-текс (3 × 2 см), фиксированной обвивным шов (Пролен 3/0). Правое предсердие ушито на прокладках. После снятия зажима с аорты сердечная деятельность восстановилась самостоятельно. На ЭКГ наблюдается синусовый ритм. Длительность пережатия аорты – 44 мин. Длительность ИК – 70 мин. Больная была экстубирована через 4 ч после операции. Ритм синусовый, гемодинамика стабильная. Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. При повторных ЭхоКГ-исследованиях сократимость миокарда ЛЖ удовлетворительная, полости сердца не расширены, МПП непрерывна на всем протяжении, просачивания крови из левого предсердия в правое не наблюдается. Полость ЛП – без

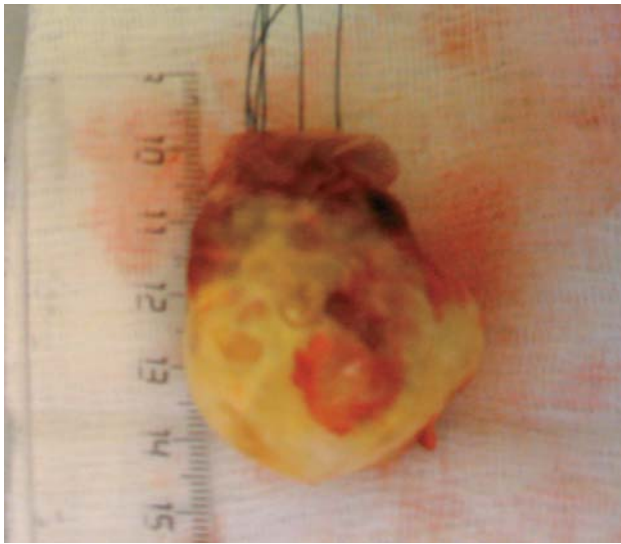


Рис. 3. Удаленный тромб размерами 4 × 3 см.

дополнительных образований. На 12-е сутки после операции больная в удовлетворительном состоянии была выписана домой. Через 6 мес при повторном обследовании жалоб нет, ЭХОКГ без патологии.

Удаленный материал был направлен на гистологическое обследование в НИИ им. Н.В. Склифосовского. Макроскопическое обследование от 05.05.2010: исследуемое образование округлой формы, диаметром 3,5 см с гладкой белесоватой с кровоизлияниями поверхностью, плотной эластической консистенции, с обширными очагами кальциноза (рис. 3). На разрезе – слоистый вид желтого цвета. Гистология: плотные упакованные пласты фибрина, малоклеточные, с очагами отложения кальция в тонкой соединительной капсуле. Заключение: инкапсулированный тромб неопределенной давности. Данных за наличие миксомы нет.

Данный случай представляет интерес для практической кардиохирургии по следующим причинам.

1. В литературе приводятся единичные наблюдения шаровидного тромба левого предсердия (9–11).

2. Однако мы не нашли ни одного сообщения о срастании шаровидного тромба левого предсердия с межпредсердной перегородкой у больного с синусовым ритмом, при отсутствии нарушения кровотока на уровне митрального клапана, без какой-либо патологии эндокарда левого предсердия и наличии нормальных показателей свертывающей системы крови.

3. При изучении анамнеза болезни данной пациентки не было эпизодов, указывающих

на наличие тромбоэмболического поражения сосудов головного мозга или других магистральных артерий. Отсутствие тромбоэмболии в анамнезе при данной локализации тромба и неоспоримость факта постепенного его формирования, т.е. обязательного прохождения цикла от мягкого до организованного и инкапсулированного состояния, с точки зрения практической медицины трудно объяснимо (10).

4. Учитывая характеристики тромба – объем (почти 40 см³) и массу (более 40 г), наличие ножки 5–7 мм, подвижность (амплитуда колебания 1,5 см), тот факт, что он был лишь спаян с МПП, а не произрастал из нее (как это бывает при миксомах) и отсутствие митрального стеноза как потенциального барьера (9), малопонятно, как он не оторвался и не дислоцировался в большой круг кровообращения.

В заключение еще раз следует подчеркнуть, что при наличии внутрисердечных новообразований манипуляции хирурга должны быть очень аккуратными. Тем более что это может быть тромбом, прикрепленным к МПП, разрушение которого неизбежно приведет к самым тяжелым последствиям.

Список литературы

1. Дземешкевич С.Л., Стивенсон Л.У. Болезни митрального клапана. М.: Медицина, 2000.
2. Зотова И.В. Образование тромба в левом предсердии у больных с персистирующей формой мерцательной аритмии. М., 2008.
3. Oquendo I. et al. Free-floating left atrial thrombus in hypertrophic cardiomyopathy. Texas Heart Inst. J. 1998, 16, 1, 56–57.
4. Orbek C. Giant left atrial thrombus without mitral valve disease. Intern. J. Thorac. Cardiovasc. Surg. 2008, 11, 2, 652–654.
5. Doty J., Doty D. Floating left atrial thrombus. New Engl. J. Med. 2002, 5, 347.
6. Reyen K. Cardiac myxomas. New Engl. J. Med. 1995, 333, 1610–1617.
7. Guden M., Akpınar B., Ergenoglu M. et al. Ann. Thorac. Surg. 2004, 78, 1470–1472.
8. Grebenc M., Rosado-de-Christenson M., Green C. et al. Cardiac myxoma: imaging future in 83 patients. Radiographics 2002, 22, 673–689.
9. Vitale M. et al. Asymptomatic large left-atrial ball-thrombus. Secondary to mitral stenosis. Texas Heart Inst. J. 1997, 24, 376–378.
10. Sanae T. et al. Free-floating left atrial thrombus early after mitral valve replacement. Ann. Thorac. Surgery 2000, 6, 408–410.
11. Minatoya K. et al. Calcified ball thrombus in the left atrium. Ann. Thorac. Surgery 1996, 61, 1513–1514.