

УДК 616.12—006.04—035.13—07—039.11



О. І. Полунін, В. Г. Непрелюк, М. І. Линник, М. О. Головка,
Н. П. Линник, А. О. Фоменко

Первинні пухлини серця: можливості раннього діагностування

Наведено клінічний випадок міксому лівого передсердя у хворої віком 47 років. Для практичних лікарів широкого профілю подано низку клінічних ознак наявності в хворого пухлини серця.

Ключові слова: первинні пухлини серця, міксосома, клінічні прояви, ехокардіографія.

Первинні пухлини серця (ППС) були донедавна маловивченим розділом клінічної медицини, що пояснюється рідкісністю цієї патології, надзвичайно поліморфною її клінічною картиною та складністю прижиттєвого діагностування. Саме тому протягом тривалого часу пухлини серця виявляли переважно під час розтину або випадково під час торакальних і кардіохірургічних втручань. Однак з нагромадженням клінічного досвіду, впровадженням нових діагностичних методів дослідження, з'явилася можливість розглядати більшість пухлин серця як потенційно виліковні хвороби.

За сучасними даними, частота виявлення ППС під час патологоанатомічних розтинів не перевищує 1,5% [5]. За останнє десятиліття захворюваність на пухлини серця зростає майже в 1,7 разу порівняно з попереднім. Цей факт може свідчити як про вдосконаленість прижиттєвої діагностики, так і про зростання частоти виникнення патології.

Важливими умовами успішного лікування цього важкого контингенту хворих є своєчасність та точність діагностики захворювання, невідкладність хірургічного лікування з виконанням певних умов проведення операцій, спрямованих на радикальність оперативного лікування. Тому вивчення характерних діагностичних ознак пухлини серця є нині надзвичайно актуальною проблемою в кардіології. Практика свідчить, що обізнаність лікарів практичної охорони здоров'я щодо цієї патології є недостатньою. Своєчасне діагностування ППС в умовах лікувальних закладів загального профілю багато в чому визначає успішність лікування таких хворих. У зв'язку з цим виникла потреба подати й систематизувати дані про різноманітність клінічної картини та основні діагностичні ознаки пухлини серця.

Морфологічно серед ППС найчастіше виявляють доброякісні пухлини, однак це є умовним, оскільки за локалізацією всі ППС є «злоякісни-

ми» і без хірургічного лікування неминуче призводять до летального кінця. Серед доброякісних пухлин спостерігають рабдоміоми, гемангіоми, фіброми, ліпоми та інші пухлини. Абсолютну більшість (96,9%) становлять міксосоми серця. З огляду на це, на них потрібно звернути особливу увагу, до того ж вони мають клінічні прояви, багато в чому подібні з іншими новоутворами.

Ці внутрішньопорожнинні пухлини можуть локалізуватися в будь-якій камері серця, переважно (88,7%) — у лівому передсерді, фіксуються найчастіше у міжпередсердній перегородці в зоні овальної ямки короткою ніжкою на вузькій або широкій основі, лишаячись рухомими під час її росту. Макроскопічно міксосома серця подібна до поліпа або грона винограду, має желеподібну, м'яко- або твердоеластичну консистенцію. Часто в неї немає капсули, через це можлива фрагментація (відрив часток) новоутвору під час серцевих скорочень з подальшою емболією артеріальних судин. Для міксосоми звичайно є характерною доброякісність, однак нерідко виникають рецидиви, що разом з емболічними ускладненнями та ймовірністю раптової смерті внаслідок заклинювання клапанних отворів відносить це захворювання до числа надзвичайно небезпечних [5].

Наводимо клінічний випадок з нашої практики.

Хвора С., вік 47 років, службовець, прийнята до терапевтичного відділення вузлової лікарні на станції Іловайськ 09.10.07 о дев'ятій годині за направленням бригади швидкої медичної допомоги зі скаргами на задишку, відчуття нестачі повітря, запаморочення, слабкість, біль за грудниною — «стискання», серцебиття, біль у ногах.

Захворіла раптом, 09.10.07 приблизно о 8 годині, коли після фізичного навантаження з'явилися зазначені скарги. Самопочуття хворої протягом години погіршувалося, зростала задишка, запаморочення, через біль у ногах не могла самостійно пересуватися, викликала бригаду швидкої медич-

ної допомоги та було негайно госпіталізована. Під час розпитування з'ясували, що протягом півроку їй турбували слабкість, періодичні запаморочення, зменшення апетиту. Зверталася до поліклініки, аналізи крові виявили анемію, підвищення ШОЕ. Проведені дослідження (флюорографія, огляд гінеколога, ультразвукове дослідження органів черевної порожнини, щитоподібної залози) причину змін показників крові не виявили. Приймала заліззовмісні препарати, від подальшого дослідження та консультації онколога відмовилася.

На момент госпіталізації стан хворої тяжкий. Шкірний покрив блідий, ціаноз губ. Периферійні лімфовузли не збільшені. Частота дихальних рухів у стані спокою — 30 за 1 хв. Під час аускультативного огляду легень з обох боків вислуховувалися вологі хрипи. Діяльність серця ритмічна, тахікардія, частота скорочень 130 за 1 хв, акцент другого тону над легеневою артерією, шуми не вислуховувались. Артеріальний тиск (АТ) 160/100 мм рт. ст. Язик вологий, живіт м'який, під час пальпації безболісний. Печінка біля краю ребрової дуги, гомілки та стопи прохолодні на дотик. Пульсації на артеріях стоп та підколінних артеріях не виявили. На стегнових артеріях пульсація задовільна. Рух у стопах обмежений, чутливість у пальцях стоп знижена.

Дані лабораторно-інструментального обстеження:

Електрокардіограма (ЕКГ) — синусова тахікардія, частота скорочень серця — 133 за 1 хв, відхилення електричної осі серця вліво, ознаки перенавантаження передсердь, великовогнищевий інфаркт міокарда задньо-діафрагмової ділянки, гостра стадія.

Рентгенографія органів грудної клітки — межі серця розширені, корені легень розширені, повнокровні. Легеневий рисунок посилений за рахунок повнокров'я артеріальних та венозних судин, а також набряку проміжної тканини. Мала міжчасткова щільна ущільнена. Висновок: набряк легень.

Загальний аналіз крові: Нв — 96 г/л, еритроцити — 2,8 Т/л, кольоровий показник 1,0, ШОЕ 47 мм/год, лейкоцити — 11,1 Г/л, еозинофіли — 1%, сегментоядерні — 65%, лімфоцити — 30%, моноцити — 3%.

Загальний аналіз сечі: білок — 0,099 г/л, реакція кисла, глюкоза (—), відносна густина — 1014, лейкоцити — 8—10 у полі зору, еритроцити — 6—8 у полі зору, циліндри зернисті — 3—4 у полі зору.

Біохімічний аналіз крові: цукор — 5,8 ммоль/л, білірубін — 12,2 ммоль/л, АсАТ — 1,25 мкмоль/(л·с), АлАТ — 1,75 мкмоль/(л·с), сечовина — 20,62 ммоль/л, креатинін — 0,23 ммоль/л.

Коагулограма: протромбіновий індекс 80%, тромботест — 6 ст., активований час рекальцифікації 1 хв 20 с, фібриноген — 6,0 г/л.

Діагноз на час госпіталізації: ішемічна хвороба серця, гострий інфаркт міокарда задньо-діафрагмової ділянки лівого шлуночка від 09.10.07. Гостра лівошлуночкова недостатність, набряк легень. Тромбоемболія легеневої артерії? Тромбоз обох підколінних артерій.

Хворій призначили терапію, спрямовану на усунення больового синдрому, набряку легень з використанням наркотичних (морфін) та ненаркотичних анагетиків, нітратів (нітрогліцерин в/в), ацетилсаліцилової кислоти, гепарину в/в, метаболічних препаратів («Корвітин», мілдронат в/в), «Лазиксу», «Берліприлу», «Спазмалгону». Протягом двох годин прояви набряку легень злікувалися. АТ тримався на рівні 100/60 мм рт. ст., пульс 100 за 1 хв. Задишка, біль за грудниною зменшилися, але біль у ногах, прояви артеріальної непрохідності наростали. Хірург діагностував тромбоемболію стегнових артерій з обох боків. Хвору перевели до хірургічного відділення, терміново по лінії санітарної авіації викликали ангіохірурга з обласної лікарні. У хворої діагностовано емболію біфуркації аорти з подальшою фрагментацією тромба в обидві стегнових артерій, гостру артеріальну недостатність обох ніг, третього А — Б ступеня. 10.10.07 о 2.30 хворій за життєвими показниками виконали операцію — непряму тромбоектомію із стегнових, підколінних, гомілкових артерій обох ніг. Після операції до терапії додали «Плавікс», «Вазиліп», «Трентал», «Реополіглюкін», «Небілет», «Кардіомагніл». У ранній післяопераційний період у хворої виникла гостра ниркова недостатність, яку згодом усунули.

17.10.07 у хворої знову з'явився загруднинний біль, за даними ЕКГ — рецидивний перебіг інфаркту міокарда із залученням до процесу передньоперегородкових відділів, верхівки, бічної стінки. Лікувати хвору продовжували з використанням «Кардіомагнілу», «Плавіксу», нітратів, «Небілету», флксипарину, «Вазиліпу». Стан хворої поступово поліпшувався, зменшився біль у ногах, біль за грудниною не турбував, зменшилася задишка. За результатами аналізів крові зберігалася гіпохромна анемія, підвищення ШОЕ до 57 мм/год.

Ехокардіографії, ультразвукового дослідження внутрішніх органів хворої не проводили за браком у лікувальному закладі апаратури для ультразвукового дослідження. Із поліпшенням загального стану хворої і стану ран у ділянках післяопераційних рубців руховий режим хворої розширювався. 09.11.07 хвору виписали з хірургічного відділення на подальше амбулаторне лікування під наглядом хірурга та кардіолога.

14.11.07 хвору направили до обласної клінічної лікарні, де їй виконали ехокардіографію і ви-

вили міксому лівого передсердя. Терміново направили до кардіохірургічного відділення. 15.11.07 хвору прооперували.

Хірургічна тактика в разі встановлення діагнозу пухлини серця полягає в проведенні невідкладної операції. Її негайність продиктована небезпекою пухлинної емболії та оклюзії передсердношлуночкових отворів, коли пухлина має великий розмір, значну рухливість та схильність до фрагментації, особливо в разі рухливої міксоми на довгих ніжках.

Природний прогноз у хворих з ППС є незадовільним. Здебільшого вони помирають у середньому за 1,5—2,5 року після появи перших клінічних ознак хвороби. Основною причиною їхньої смерті є оклюзія клапанних отворів або пухлинна емболія. У 10—30 % випадків смерть настає раптово.

Розпізнати ППС надзвичайно складно, оскільки патогномонічних ознак немає, перебіг хвороби може бути безсимптомним. До цього часу клінічно пухлини серця, зокрема міксоми, діагностують під час первинного звертання лише в 5—10 % хворих. Переважну більшість пацієнтів спостерігають у терапевтичних стаціонарах з підозрою на ревмокардит, ревматичну мітральну або трикуспідальну ваду серця, констриктивний перикардит, рецидивну тромбоемболію легеневої артерії, інфекційний ендокардит тощо.

Локалізуючись у різних камерах серця, пухлини найчастіше симулюють клінічну картину стенозу того або того клапанного отвору. При цьому клінічні прояви хвороби найчастіше інтерпретують як ревматичні ураження клапанів. Певна клінічна настороженість в інтерпретації анамнезу захворювання та деяких інших фізикальних даних дає змогу запідозрити ППС.

Клінічна симптоматика пухлини серця залежить перш за все від локалізації, розміру та ступеня рухливості новоутвору. Для великих неоплазм, що пролабують у клапанні отвори, найхарактернішою є триада симптомів: обструкція, емболізація та конституційні ознаки. За малих неоплазм механічного чинника обструкції клапанних отворів може зовсім не бути.

Детально проаналізувавши клінічний перебіг пухлин серця, і зокрема міксом, можна виділити кілька клінічних показників, що дають підставу запідозрити наявність пухлини:

1. Раптова поява характерних клінічних ознак, іноді внаслідок зміни положення тіла.
2. Швидке прогресування серцево-судинної недостатності, попри застосування кардіальної терапії.
3. Невелика тривалість захворювання порівняно з ревматичними вадами серця.
4. Виникнення емболій периферійних судин або судин легень на тлі синусового ритму, а не миготливої аритмії.
5. Задишка або раптове короткочасне знепритомнення.

6. Мелодія ревматичної вади (частіше стенозу мітрального клапана), для якої характерними є мізерність та мінливість шумів під час зміни положення тіла хворого.

7. Перебіг захворювання під маскою інфекційного ендокардиту, слабкість, схуднення, анемія, підвищення ШОЕ, тривалий субфебрилітет, незважаючи на лікування антибіотиками.

Застосування ехокардіографії забезпечило точну та своєчасну діагностику пухлини серця. Цей метод став основним у комплексі діагностичних заходів у разі ППС, інформативність його нині наближається до 100 %. Зокрема, двовимірне сканування надає змогу реєструвати в реальному масштабі часу розмір та форму новоутворів, місце їхнього прикріплення, рухливість, співвідношення з клапанним апаратом, ступінь порушення гемодинаміки. Це допомагає вже в поліклінічних умовах встановити правильний діагноз та визначити оптимальну хірургічну тактику лікування [5].

У наведеному повідомленні ми прагнули виокремити з усієї складної проблеми лікування ППС питання, що належать до компетенції практичних лікарів широкого профілю, до яких первинно звертаються хворі з новоутворами серця. Поінформованість з цих питань має сприяти поліпшенню ранньої діагностики хвороби, що є найважливішим чинником успішного лікування цієї тяжкої патології.

Стаття надійшла до редакції 25.12.2007

Література

1. *Клиническая онкология* / Н. Н. Блохин, Б. Е. Петерсон. — М. : Медицина, 1971. — 37 с.
2. *Клиническая эхокардиография* / Н. Шиллер, М. А. Осипов. — М. : Практика, 2005. — 344 с.
3. *Клиническое руководство по ультразвуковой диагностике* / В. В. Митьков, В. А. Сандрикова. — М. : Видар, 1998. — 458 с.
4. *Опухоли сердца, проблемы диагностики и хирургического лечения* / Г. В. Кнышов, Р. М. Витовский, В. П. Захарова. — К. : Здоров'я, 2005. — 256 с.
5. *Особенности диагностики и хирургического лечения первичных опухолей сердца* / Р. М. Витовский, В. М. Бешляга // *Новости медицины и фармации в Украине*. — 2007. — № 16 (222). — С. 26—29.
6. *Ревматичні паранеопластичні синдроми* / А. С. Свінціцький // *Внутрішня медицина*. — 2007. — № 1. — С. 28—34.
7. *Руководство по кардиологии. Т. 1* / Чазов Е. И. — М. : Медицина, 1982. — 671 с.

А. И. Полунин, В. Г. Непрелюк, Н. И. Линник, М. А. Головки, Н. П. Линник, А. А. Фоменко

Первичные опухоли сердца: возможности ранней диагностики

Описан случай миксомы левого предсердия у больной 47 лет, демонстрирующий трудности установления диагноза для врачей. Дано краткое описание первичных опухолей сердца. Представлен ряд клинических признаков, дающих основания практическим врачам широкого профиля заподозрить у больного опухоль сердца. Наиболее информативный метод диагностики первичных опухолей сердца — эхокардиография.

О. І. Полунін, В. Г. Непреліук, М. І. Линник, М. О. Головки, Н. П. Линник, А. О. Фоменко

Primary cardiac tumors: possibilities of early diagnostics

The article describes a case of left atrium myxoma in a female patient of 47 years old, demonstrating difficulties of the diagnosis making. The brief description of the cardiac primary tumors is given. A number of clinical signs affording grounds for general practitioners to suspect cardiac tumor of a patient is presented. The most informative method of diagnosing of primary cardiac tumors is echocardiography.