

Случай миксомы левого предсердия.

Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова
Клиника пропедевтики внутренних болезней, гастроэнтерологии и гепатологии
им. В.Х. Василенко
(директор клиники академик РАМН В.Т.Ивашкин)

Балахонова Н.П., Драпкина О.М.

Резюме - представлено клиническое наблюдение редко встречающейся патологии - миксомы левого предсердия. Особенностью клинического случая явилось внезапное начало и быстрое прогрессирование заболевания, выраженные проявления правожелудочковой недостаточности, характерная аускультативная картина сердца, размеры опухоли, занимавшей всю полость левого предсердия. Правильный и своевременно установленный диагноз и оперативное лечение спасли жизнь данной пациентки.

Многие симптомы заболеваний отличаются низкой чувствительностью и специфичностью, часто одни и те же симптомы наблюдаются при различных заболеваниях, затрудняя диагностику. В то же время от быстроты и правильности постановки диагноза часто зависит жизнь пациента.

Редко встречающиеся заболевания, такие как опухоли сердца, не исчезли из нашей практики. Однако, клинически они часто проявляются именно общеклиническими симптомами, поэтому врач – интернист нередко испытывает трудности при постановке диагноза.

Одно из таких редких заболеваний - миксома сердца - внутрисполостная опухоль сердца, гистологически доброкачественная, но часто при не вовремя установленном диагнозе приводящая к внезапной смерти.

По данным разных авторов (2, 3), миксомы составляют до 50% от числа всех доброкачественных опухолей сердца. Миксома чаще локализуется в полости предсердий.

До 75% всех миксом – в полости левого предсердия (4), около 20% - в правом предсердии, очень редко - в желудочках сердца.

Этиология миксом до конца не ясна. Захаровой В.П.(1) разработана оригинальная концепция морфогенеза миксом, согласно которой это новообразование возникает в результате опухолевой трансформации эндотелиоцитов мелких артерий коронарного русла.

Клинические проявления миксомы многообразны. По данным различных авторов, (2,3,4) отмечаются - одышка при физической нагрузке у 75 % больных, пароксизмальная одышка в покое – у 25 %, лихорадка – у 50 %, уменьшение массы тела – у 25 %, синкопальные состояния – у 20 %, кровохаркание – у 15 %, внезапная смерть – у 15 %.

Объективными признаками являются: диастолический (в 75 % наблюдений и систолический (в 50 %) шум в проекции соответствующего предсердно-желудочкового клапана, меняющие свою интенсивность при изменении положения тела больного, легочная гипертензия (в 70 %), правожелудочковая недостаточность (в 70 %), эмболия легочной артерии (в 25 %), анемия (в 33 %), при аускультации сердца- появление третьего тона (“шлепок” опухоли – в 33 %), фибрилляция предсердий (в 15 %); гиперглобулинемия (в 10 %), симптом “барабанных палочек” (в 5 %), синдром Рейно (в 5 %).

Гистология. Предполагают, что клетки опухоли развиваются из эмбриональной мукоидной ткани или эндотелия с последующей миксоматозной дегенерацией.

Размеры опухоли могут варьировать от горошины до опухоли диаметром 8-10 см.

Размер и локализация опухоли определяют клиническую картину у данного пациента.

Выделяют три группы клинических признаков – эмболии, обструкция кровотока, реакция организма на опухоль.

Эмболии возникают вследствие фрагментации опухоли и заноса данных фрагментов с кровотоком в тот или иной орган. Это может приводить к инфаркту миокарда, нарушению мозгового кровообращения, эмболии легочной артерии и т.д.

Обструкция кровотока. Располагаясь в полости сердца, опухоль создает препятствие кровотоку, часто имитируя картину стеноза левого атриовентрикулярного отверстия или другого порока сердца. В таком случае в клинической картине заболевания имеют место симптомы недостаточности кровообращения - одышка, увеличение печени, отеки, асцит. Аускультативно над областью сердца выслушивается расщепление 1 тона, что объясняется затрудненным опорожнением предсердий, систолический и диастолический шумы. Один из характерных для миксомы признаков - изменение шумов при перемене положения тела, что обусловлено смещением опухоли относительно клапана. При обструкции миксомой отверстия клапанов могут наблюдаться кратковременные потери сознания.

Реакция организма на опухоль. Основные симптомы – лихорадка, ускорение СОЭ, снижение массы тела, анемия, изменение белкового состава сыворотки крови. Эти проявления могут быть обусловлены аутоиммунной реакцией организма на высвобождение в кровь белковых субстанций опухоли.

Представляем клиническое наблюдение пациентки 62 лет, обратившейся 24.11.2006 на консультацию в поликлиническое отделение клиники пропедевтики внутренних болезней им. В.Х.Василенко в связи с наличием слабости, утомляемости, похудания, одышки. В коридоре пациентка неожиданно кратковремененно потеряла сознание и была госпитализирована в кардиологическое отделение клиники.

При поступлении пациентка предъявляла жалобы на слабость, сердцебиение при незначительных нагрузках, отеки ног, похудание на 4 кг за последние 3 месяца, эпизоды обморочных состояний.

Из анамнеза - с сентября 2006 стала беспокоить одышка, сердцебиения, появились отеки ног. Симптомы прогрессивно нарастали. С октября 2006 стал нарастать асцит. В ноябре 2006 имел место эпизод кратковременного синкопального состояния. Пациентка направлена в клинику для консультации.

Анамнез жизни- росла и развивалась нормально. Редко болела ОРВИ. Работала юристом.

Профессиональных вредностей не имеет. Не курит. Наследственность не отягощена.

При осмотре - состояние средней тяжести. Сознание ясное. Положение вынужденное - сидя в кровати. Температура тела 37,0. Рост 164 см. Масса тела 56 кг. ИМТ 22.8 кг/м².

Кожные покровы бледные, цианоз губ, акроцианоз. Выраженные отеки нижних конечностей. Набухшие шейные вены. ЧСС 26 в 1 минуту. Перкуторно над легкими коробочный звук, притупление от углов лопаток. Дыхание ослаблено в нижних отделах, от углов лопаток не проводится. Границы относительной сердечной тупости смещены влево до передней аксиллярной линии, вверх до 2 ребра.

I тон на верхушке громкий, акцент II тона на легочной артерии. Выслушивается диастолический шум на верхушке, меняющий интенсивность при изменении положения тела, систолический шум на верхушке, систолический шум вдоль левого края грудины усиливающийся в положении сидя. Ритм сердечных сокращений правильный, пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 110 и 80 мм рт. ст. Язык влажный, живот увеличен в объеме за счет асцита, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги по правой среднеключичной линии на 2 см. Селезенка перкуторно не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный.

ЭКГ - ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС 90 в 1 минуту. Блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки перегрузки правого желудочка. (рис 1)

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки - в наружных синусах - небольшое количество выпота. Легочные поля повышенной прозрачности, диффузно усилен легочный рисунок. Корни тяжисты, застойны. Сердце по форме приближается к треугольной, увеличение размеров сердца за счет всех отделов.

ЭХО КГ - аорта уплотнена. ЛП 4,3 x 5,0 x 6,0см, ЛЖ 4,7см, МЖП 1,0см, ЗС 1,0см, ПП 4,6 x 6,0см, ПЖ 3,4 см. В полости ЛП большое овальной формы образование 4,0 x 7,0мм, объемом 44 куб см гомогенной структуры по эхогенности близкой к миокарду. (рис 2,3) Образование перемещается в полость ЛП соответственно потоку

крови - в диастолу ЛЖ образование перемещается в его полость, создавая препятствие потоку. В систолу ЛЖ перемещается в полость ЛП, почти полностью выполняя его объем. ФВ 75% СДЛА 52 мм рт. ст, ДДЛА 29 мм рт. ст. Заключение- миксома левого предсердия

По данным УЗИ органов брюшной полости - признаки диффузного изменения печени, асцит, гидроторакс.

В клиническом анализе крови обращало на себя внимание наличие гипохромной железодефицитной анемии.

В биохимическом анализе крови - гипоальбуминемия - (общий белок 5,9 г/дл, альбумины -2,7 г/дл). В анализе мочи отклонений выявлено не было.

Был сформулирован клинический диагноз:

Миксома левого предсердия.

Осложнения: Нарушение проводимости: блокада правой ножки пучка Гиса. НК IIБ ст. NYHA III ф.кл Железодефицитная анемия.

Пациентка была срочно переведена в кардиохирургическое отделение, где проведено оперативное лечение - иссечение миксомы из левого предсердия. Опухоль выполняла полностью весь объем левого предсердия, размеры опухоли 7x10 см. (рис 4).

Гистологически подтверждено наличие миксомы. Послеоперационный период протекал гладко. В настоящее время пациентка чувствует себя хорошо.

Заключение. Таким образом, данное клиническое наблюдение демонстрирует редко встречающуюся патологию - миксому левого предсердия. Особенностью клинического случая явились: внезапное начало и быстрое прогрессирование заболевания, выраженные проявления правожелудочковой недостаточности, характерная аускультативная картина, размеры опухоли, занимавшей всю полость левого предсердия. Быстрая постановка диагноза, сотрудничество кардиологов-терапевтов и кардиологов-хирургов позволили вовремя провести оперативное лечение и спасти жизнь данной пациентки.

Список литературы-

1. Миксомы сердца. Захарова В. П. Издательство: Книга плюс Год: 2003
2. Amoah A.G. Atrial myxoma: a case report and review of the literature // Qest Afr. J. Med. – 1998. – Vol. 17, № 1. – P. 50-54.
3. Lammers R.J., Bloor C.M. Pathology of cardiac tumors // Cancer of the Heart / Ed. A.S. Kapoor. – N.Y.: Springer-Verlag, 1986. – P. 1. – 688 p.
4. Tsukamoto S. Left atrial myxoma with an atrial septal defect: a case report and review of literature // Ann. thorac. cardiovasc. Surg. – 1998. – Vol. 4, № 3. – P. 113-117.

ЭКГ-



Рис.1

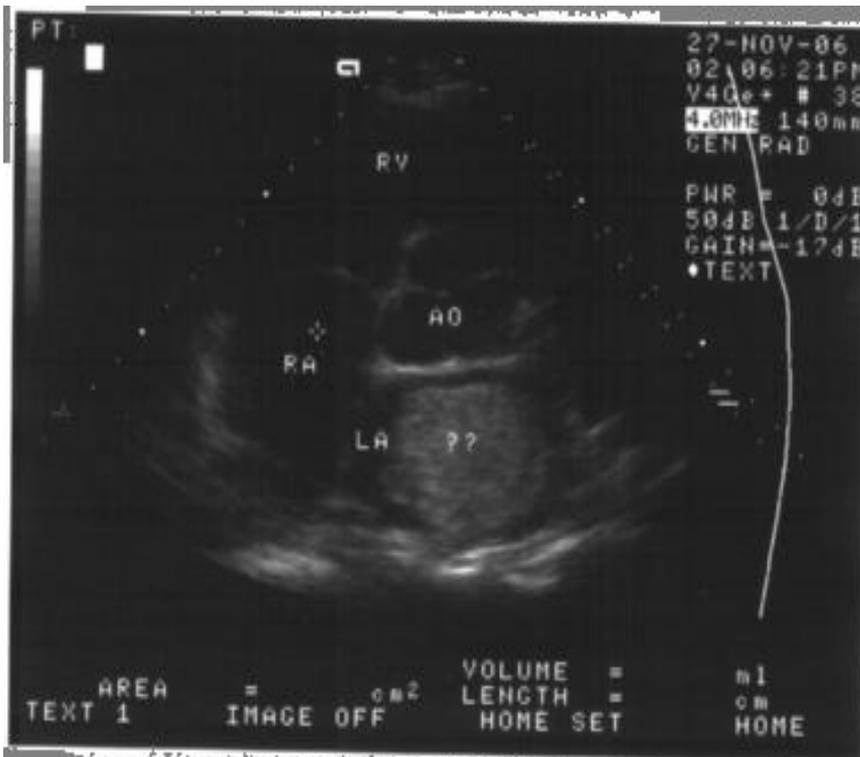


рис 2

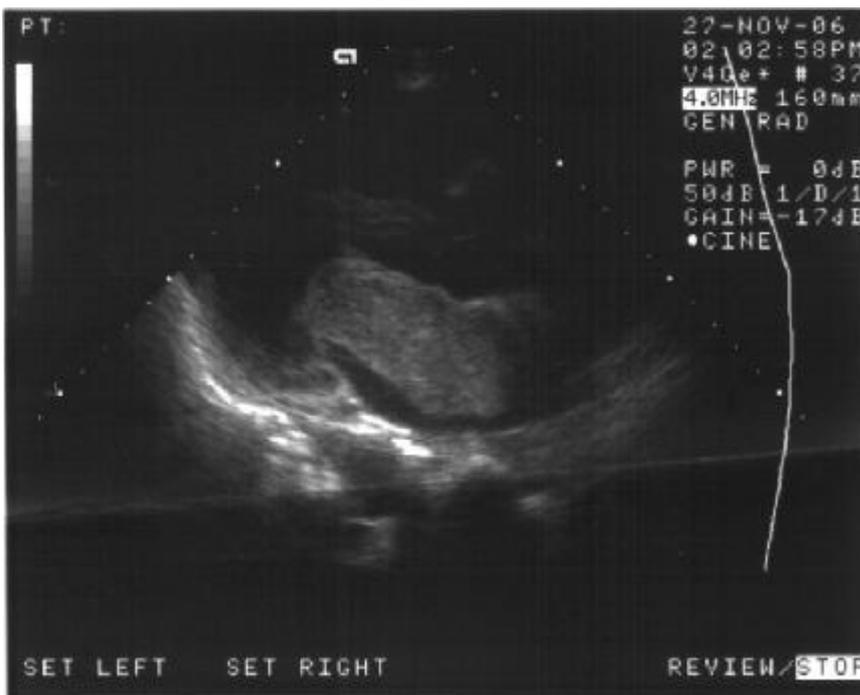


рис 3.

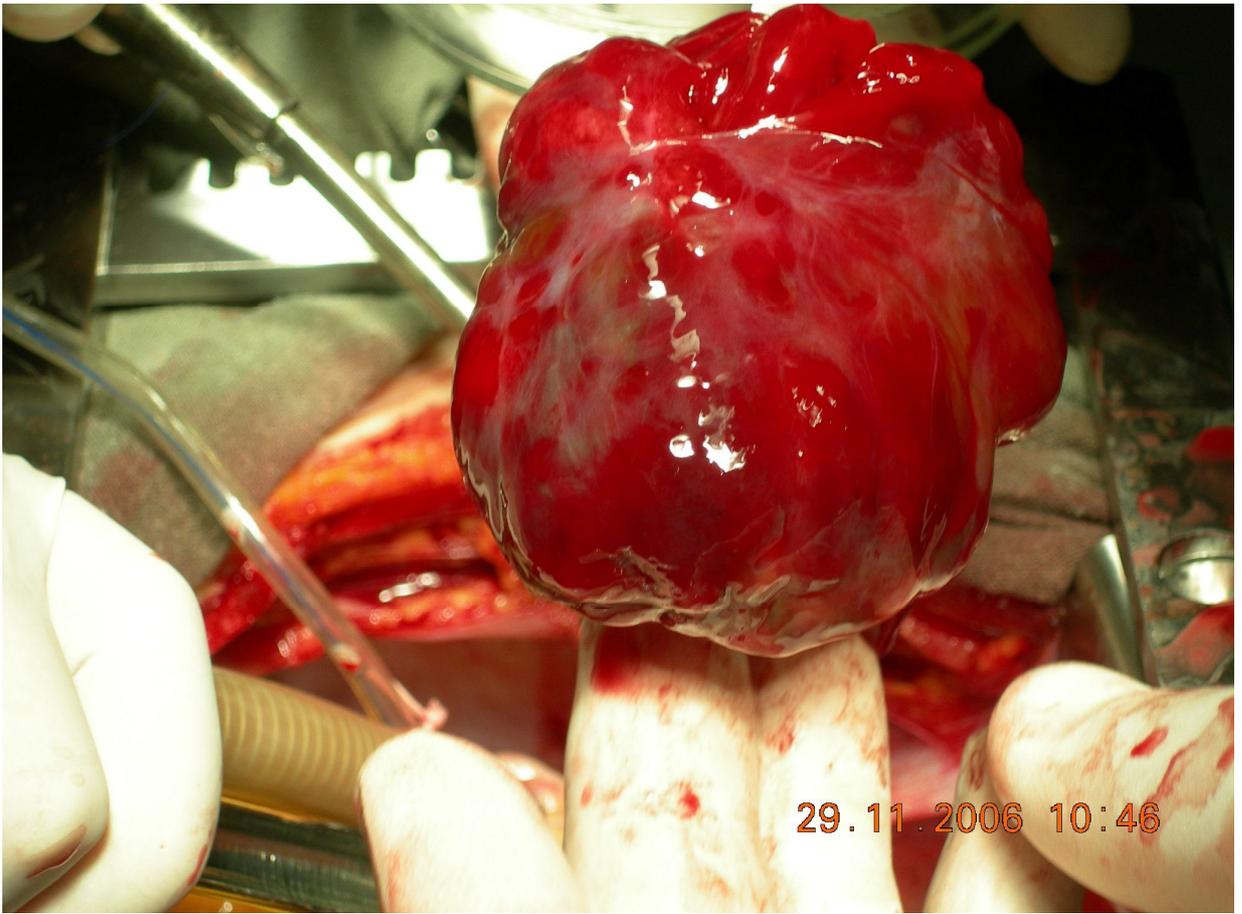


Рис 4