

УДК 616-005.756.6-006.325.03	UDC 616-005.756.6-006.325.03
<b>ЦЕРЕБРАЛЬНАЯ ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА КАК КЛИНИЧЕСКАЯ МАНИФЕСТАЦИЯ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ</b>	<b>CEREBRAL TRANSIENT ISHEMIC ATTACK AS CLINIC MANIFESTATION OF LEFT ATRIUM MYXOMA</b>
Антипова Людмила Николаевна – к.м.н. ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	Antipova Ludmila Nikolaevna – MD SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
Маремкулов Азамат Русланович – к.м.н. ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	Maremkulov Azamat Ruslanovich – MD SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
Кузьменко Николай Николаевич ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	Kuz'menko Nikolai Nikolaevich SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
Мороз Ирина Алексеевна ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	Moroz Irina Alexeevna SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
Артемьева Дарья Евгеньевна ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар, Россия	Artem'eva Darya Evgenievna SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar, Russia
Представлен редкий клинический случай транзиторной ишемической атаки в каротидном бассейне у пациентки 59 лет с миксомой левого предсердия. Первичная диагностика миксомы сердца осуществлена в период госпитализации в первичное сосудистое отделение при проведении регламентированного обследования сердечно-сосудистой системы. После диагностики миксомы левого предсердия пациентка переведена в кардиохирургическое отделение Центра грудной хирургии ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1», где была прооперирована. Диагноз миксомы подтвержден. Представлен краткий литературный обзор манифестации миксомы сердца переходящей церебральной неврологической симптоматикой.	The rare clinic case of transient ischemic attack in carotid pool in 59-age female with left atrium myxoma is presented. The primary diagnostics of cardiac myxoma was revealed during hospitalization in primary vascular unit and routine examination of cardio-vascular system. The patient was transported to cardio-surgical unit of chest surgery Centre in SBIHC "SRI RCH Nr 1" and underwent surgery. Myxoma diagnosis was confirmed. The brief literature review of cardiac myxoma with transient cerebral neurological semiotics was presented.
Ключевые слова: ТРАНЗИТОРНАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ АТАКА, МИКСОМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ	Key words: TRANSIENT ISHEMIC ATTACK, LEFT ATRIAL MYXOMA

Миксома левого предсердия нередко ассоциируется с синкопами [1] или преходящей церебральной симптоматикой, что является основанием для направления пациента в сосудистое отделение с целью исключения, в числе прочих патологий, острого нарушения мозгового кровообращения. Механизм возникновения преходящей церебральной ишемии в таких случаях обусловлен нарушением внутрисердечной гемодинамики пролабирующей в атриовентрикулярное отверстие подвижной опухолью или эмболизмом фрагментами опухоли. Преимущественный возраст заболевших составляет от 40 до 60 лет; статистически чаще опухоль выявляется у женщин.

**Цель исследования:** демонстрация клинического случая транзиторной ишемической атаки в каротидном бассейне, ассоциированной с миксомой левого предсердия.

### **Материал и методы исследования**

Пациентка З., 59 лет, проходившая лечение в отделении для оказания помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2» МЗ Краснодарского края (ККБ № 2) в декабре 2015 г.

Исследование сердца и головного мозга проводилось по стандартным протоколам на рентгеновском компьютерном томографе Aquilion Prime TOSHIBA (160 срезов) и Aquilion 32 TOSHIBA. Трансторакальная эхокардиоскопия была выполнена на портативном ультразвуковом диагностическом сканере Sonosite Edge 03Y1LD.

### **Результаты исследования**

Пациентка З., 59 лет, экстренно доставлена бригадой скорой помощи в отделение для оказания помощи больным с острым нарушением мозго-

вого кровообращения (первичное сосудистое отделение – ПСО) ГБУЗ «ККБ № 2» 13.12.2015 через 6 ч 30 мин от появления симптомов.

Заболевание развилось остро с появлением нарушения речи, слабости и неловкости левых конечностей. За медицинской помощью обратилась через 6 часов после появления симптомов. Вызванной бригадой скорой медицинской помощи после предварительного звонка дежурному неврологу ККБ № 2 пациентка доставлена в стационар. Она была осмотрена неврологом, по результатам выполненной компьютерной томографии (КТ) очагового поражения головного мозга выявлено не было. В связи с симптомокомплексом инсульта в правом каротидном бассейне пациентка была госпитализирована в БИТР ПСО-Невро для лечения и обследования.

**Анамнез жизни.** Туберкулез, малярию, вирусные гепатиты, венерические заболевания, ВИЧ-инфицированность, онкопатологию, приступы потери сознания с судорогами, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), травмы головы и позвоночника пациентка отрицает. Контакт с инфекционными больными на протяжении последних 30 дней также отрицает. Беременностей – 3, роды – 2. Около 10 лет страдает гипертонической болезнью с подъемами артериального давления (АД) до 220/160 мм рт. ст. (регулярно принимает гипотензивные препараты), ранее страдала ожирением (снижение индекса массы тела (ИМТ) – с 39 кг/м<sup>2</sup> до 32 кг/м<sup>2</sup>). В 2014 г. перенесла оперативное вмешательство: эндопротезирование левого тазобедренного сустава (регулярно принимает препараты кальция и КардиАСК).

Стаж курения составляет примерно 20 лет (количество выкуренных в сутки сигарет – 10).

**Анамнез заболевания.** Пациентка около 5 лет отмечает одышку при ранее хорошо переносимой физической нагрузке, эпизоды внезапной потери сознания, чаще при наклонах. Детально не обследовалась, наблюдалась кардиологом с целью коррекции повышенного артериального давления.

**Объективный статус.** Рост – средний, 164 см, вес – 86 кг, ИМТ – 32 кг/м<sup>2</sup>. Правильного телосложения, повышенного питания. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски и влажности, сыпи нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Периферические отеки отсутствуют. Температура тела – 36,6°С. Грудная клетка не деформирована, при пальпации безболезненная, обе ее половины симметрично участвуют в акте дыхания, дыхание везикулярное, проводится во все респираторные зоны, хрипы не выслушиваются, частота дыхательных движений (ЧДД) – 16 в минуту, SpO<sub>2</sub> – 98 % на атмосферном кислороде. Область сердца не деформирована, сердечный толчок не визуализируется, границы относительной сердечной тупости расширены влево +1 см, тоны сердца ритмичные и обычной звучности, частота сердечных сокращений (ЧСС) – 96 ударов в минуту, Ps – 96 ударов в минуту удовлетворительных качеств, АД на правом предплечье – 148/90 mm Hg, АД на левом предплечье – 150/90 mm Hg. Живот в объеме умеренно увеличен за счет подкожной жировой клетчатки, при пальпации мягкий и безболезненный во всех отделах, печень не пальпируется, селезенка не пальпируется, перистальтика выслушивается активная, симптомов раздражения брюшины не выявлено, нарушения стула отрицает. Область почек не изменена, почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, нарушения мочеиспускания отрицает. Область щитовидной железы не изменена, щитовидная железа при пальпации мягко-эластической консистенции, безболезненная, уплотнений не выявлено, повышенного блеска глаз и экзофтальма нет.

**Неврологический статус.** Счет баллов по шкале комы Глазго – 15, по шкале FOUR – 16. Клинически: в сознании, контактна, ориентирована во времени, месте, собственной личности. На вопросы отвечает правильно. Инструкции выполняет верно. Нарушений речевосприятия не выявлено. Легкая дизартрия. Глазные щели D = S. Зрачки d = s = 3мм в диаметре. Фо-

тозрачковые реакции живые. Корнеальные рефлексы живые, равные. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Нистагм отсутствует. Диплопию отрицает. Гемианопсия не выявлена (при молоточковой пробе и пробе с полотенцем). Страбизма нет. Лицо асимметрично за счет легкой сглаженности левой носогубной складки. Язык с легкой девиацией влево. Глоточные рефлексы симметричные живые. Глотание не нарушено, мягкое небо подвижно при фонации. Тонус мышц левых конечностей легко снижен, справа не изменен. Сила мышц правых конечностей – 5 баллов, слева снижена до 4-х баллов. Глубокие рефлексы с верхних и нижних конечностей S ~ D, высокие, патологические стопные знаки не выявлены. Определяется левосторонняя гемигипестезия поверхностной чувствительности. Координаторные приемы правыми конечностями выполняет удовлетворительно, слева – с легкой дисметрией. В позе Ромберга устойчива. Менингеальные знаки отрицательные. Функции тазовых органов контролирует. Счет баллов по шкале NIHSS – 4, шкале Ривермид – 7, шкале Рэнкин – 2.

Согласно Порядку оказания помощи больным с инсультом пациентке при поступлении был выполнен регламентированный объем обследования.

13.12.2015 г. Компьютерная томография головного мозга (6 ч 30 мин от начала заболевания). На топограмме, серии аксиальных срезов и реконструкций получены изображения суб- и супратенториальных структур головного мозга от большого затылочного отверстия до крыши черепа в нативном виде. Срединные структуры без девиации. Желудочки не смещены, не деформированы, не расширены; боковые желудочки слегка асимметричны. Участков патологической плотности, подозрительных на отек, объемное образование, очагов инфаркта и кровоизлияний в паренхиме мозга и оболочечных пространствах не выявлено. Признаков нарушения диффе-

ренцировки серого и белого вещества, в том числе нарушений структуры подкорковых образований не отмечено.

Селлярная область без видимых патологических изменений. Цистерны основания мозга и конвекситальные ликворные пространства прослеживаются, не деформированы, расширены. Дополнительных образований и жидкостных скоплений в воздухоносных полостях височных костей с обеих сторон, в полости носа и придаточных пазухах не выявлено. Содержимое глазниц визуализируется без особенностей. Признаков остеолитического, пластического процессов, аномалий развития и/или травматических повреждений костей черепа исследованного уровня не выявлено.

Заключение: КТ-признаков острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) не выявлено. Умеренная энцефалопатия.

13.12.2015 г. ЭКГ в 12 отведениях: P = 0,08'', PQ = 0,16'', QRS = 0,09'', QT = 0,34'', синусовый ритм с ЧСС – 75 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца.

13.12.2015 г. Исследование гемостаза: активированное частичное тромбопластиновое время (АЧТВ) = 24,1'', протромбиновое время (ПТВ) = 12'', фибриноген = 3,5 г/л, растворимый фибрин мономерного комплекса (РФМК) = 10 мг%, МНО = 0,9 ед.

13.12.2015 г. Триплексное сканирование артерий брахиоцефальной системы (транс- и экстракраниально). Дистальные отделы плечеголового ствола, сонные артерии (общие, наружные, внутренние) визуализированы, проходимы, окрашиваются при цветном дуплексном картировании. Комплекс интима-медиа (КИМ) с локально нарушенной дифференцировкой на слои, в зоне 1,5 см проксимальнее бифуркации общей сонной артерии (ОСА) справа – 0,8 мм, слева – 0,7 мм. Эхогенность КИМ повышена локально. В области бифуркации правой ОСА по задней стенке лоцируется атеросклеротическая бляшка (АСБ) 4 типа, стенозирующая просвет до 22 % по диаметру. В области бифуркации левой ОСА лоцируются локаль-

ные нестенозирующие АСБ 4 типа с кальцием. Визуализируются: S-образный ход правой ОСА, С-образный ход левой ОСА, С-образные изгибы левой наружной сонной артерии (НСА) и левой внутренней сонной артерии (ВСА). Кровоток в сонных артериях с обычными спектральными характеристиками. Количественные показатели кровотока:  $V_{ps}$ ПОСА = 68 см/с,  $V_{ps}$ ЛВСА = 48 см/с,  $V_{ps}$ ПНСА = 106 см/с,  $V_{ps}$ ЛОСА = 93 см/с,  $V_{ps}$ ЛВСА = 62–102 см/с,  $V_{ps}$ ЛНСА = 102 см/с,  $V_{ps}$ ППА = 55 см/с,  $V_{ps}$ ЛПА = 28 см/с – асимметрия кровотока в позвоночных артериях (ПА). ПА визуализированы, проходимы, окрашиваются при цветовом доплеровском картировании (ЦДК). В костном канале обе ПА имеют умеренно непрямолинейный ход. Кровоток в обеих ПА с обычными скоростными и спектральными характеристиками. Диаметр правой ПА = 3,2 мм, левой ПА = 2,9 мм. Внутренние яремные вены визуализированы, проходимы, внутрипросветных образований не выявлено. Кровоток фазный. Диаметры обеих вен в пределах нормы.

Транскраниальное дуплексное сканирование: нет височного эхоокна.

Заключение. Эхографические признаки стенозирующего атеросклероза БЦА (ПОСА 22 %), деформации БЦА (S-образный ход ПОСА, С-образный ход ЛОСА, С-образные изгибы ПНСА и ЛВСА, умеренной непрямолинейности хода обеих ПА в костном канале), асимметрии кровотока в ПА на экстракраниальном уровне.

13.12.2015 г. Трансторакальная эхокардиоскопия: Левый желудочек: величина полости КДР – 51 (35–55 мм). Толщина стенок: задняя 11 (7–10) мм, межжелудочковая перегородка (МЖП) – 13 (6–11) мм, масса миокарда – 240,63 г, сократимость не снижена – ФИ более 0,55 ЕД, характер движения МЖП – нормальный, непрерывность перегородочно-аортального соединения сохранена, экскурсия стенок – нормальная, без видимых зон гипокинеза. Правые отделы – без особенностей. Митральный клапан – створки уплотнены, корень аорты – 34 мм, стенки уплотнены, с единич-

ными гиперэхогенными наслоениями, аортальный клапан: створки уплотнены, с вкраплениями кальция, амплитуда раскрытия нормальная. Трикуспидальный клапан – без особенностей. Пульмональный клапан – без особенностей. Полость левого предсердия – 36 (25–40) мм. Д-Эхо-КГ МР ++, ТР +, поток на МК с преобладанием ППН. В полости левого предсердия лоцируется неоднородной эхо-структуры образование повышенной эхогенности размерами 50×27×30 мм, исходящее из межпредсердной перегородки (МПП).

Заключение. Эхо-КГ-признаки объемного образования полости левого предсердия (нельзя исключить миксому), гипертрофии миокарда левого желудочка, дилатации левого желудочка, склеродегенеративных изменений АК, атеросклероза аорты (рисунок 1).

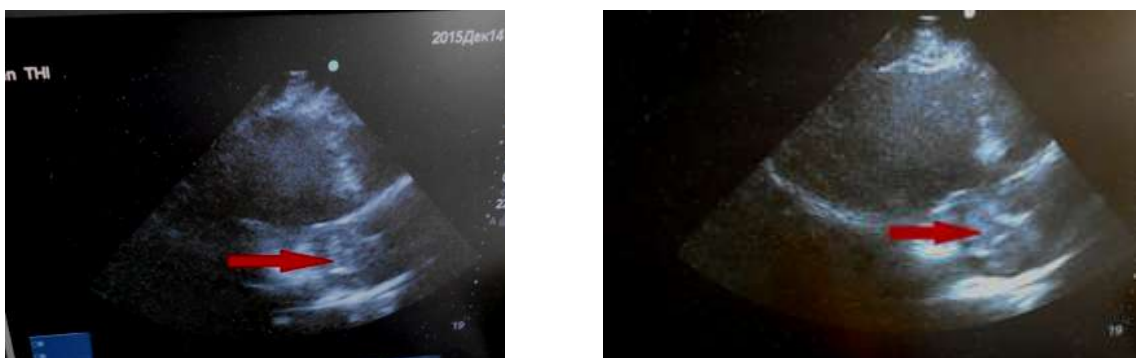


Рисунок 1. Ультразвуковая картина визуализированного объемного образования левого предсердия

14.12.2015 г. Рентгенография органов грудной клетки в палате. Диагноз: признаки застойных изменений в легких.

13.12.2015 г. УЗИ органов брюшной полости: УЗ-признаки диффузных изменений в паренхиме поджелудочной железы.

13.12.2015 г. УЗИ мочеполовой системы: УЗ-признаки кальцината в паренхиме левой почки.

15.12.2015 г. РКТ головного мозга в динамике – КТ-признаков очаговой патологии головного мозга не выявлено.



В ходе соматического обследования патологии не выявлено.

15.12.2015 г. Мультиспиральная рентгеновская компьютерная томография сердца. На прямой топограмме, серии срезов и реконструкций получены изображения сердца и коронарных артерий в нативном виде и после внутривенного введения 80 мл контрастного препарата (Ультравист 300). Границы сердца несколько расширены за счет левых отделов. Тип кровоснабжения: правый. В просвете левого предсердия, тесно прилегая к межпредсердной перегородке, определяется объемное образование неправильной округлой формы, с четкими ровными контурами, размерами 45×32×32 мм. Образование с пониженными плотностными характеристиками, единичными мелкими кальцинатами в своей структуре, слабо накапливающее контрастный препарат. В просветах ЛКА и ПНА определяются частично кальцинированные бляшки, сужающие ее просвет от 20 до 50 %. В проксимальном сегменте огибающей артерии и дистальном сегменте ПКА определяются мелкие кальцинированные бляшки со стенозом просвета менее 20 %. Стенки желудочков не утолщены. Перикард не утолщен. Аорта в видимой части восходящего и нисходящего отделов не расширена. Аортальный клапан сформирован как трехстворчатый. Створки аортального клапана не утолщены, частично обызвествлены. Определяется умеренный кальциноз в проекции фиброзного кольца аортального клапана. При автоматизированном подсчете коронарного кальция результат счета по критериям Agastone составил 181. В соответствии с протоколом Mayo Clinic имеется умеренно высокий риск развития коронарных событий.

Заключение: КТ-признаки объемного образования ЛП, в большей степени соответствующего миксому. Кальцинированные бляшки коронарных артерий со стенозом просвета от 20 до 50 %. риск развития коронарных событий в соответствии с протоколом Mayo Clinic (рисунок 2).

13.12.2015 г. Консультация кардиолога Диагноз: Гипертоническая болезнь III ст., риск 4. Миксома левого предсердия. ХСН IIА, 3 стадия.

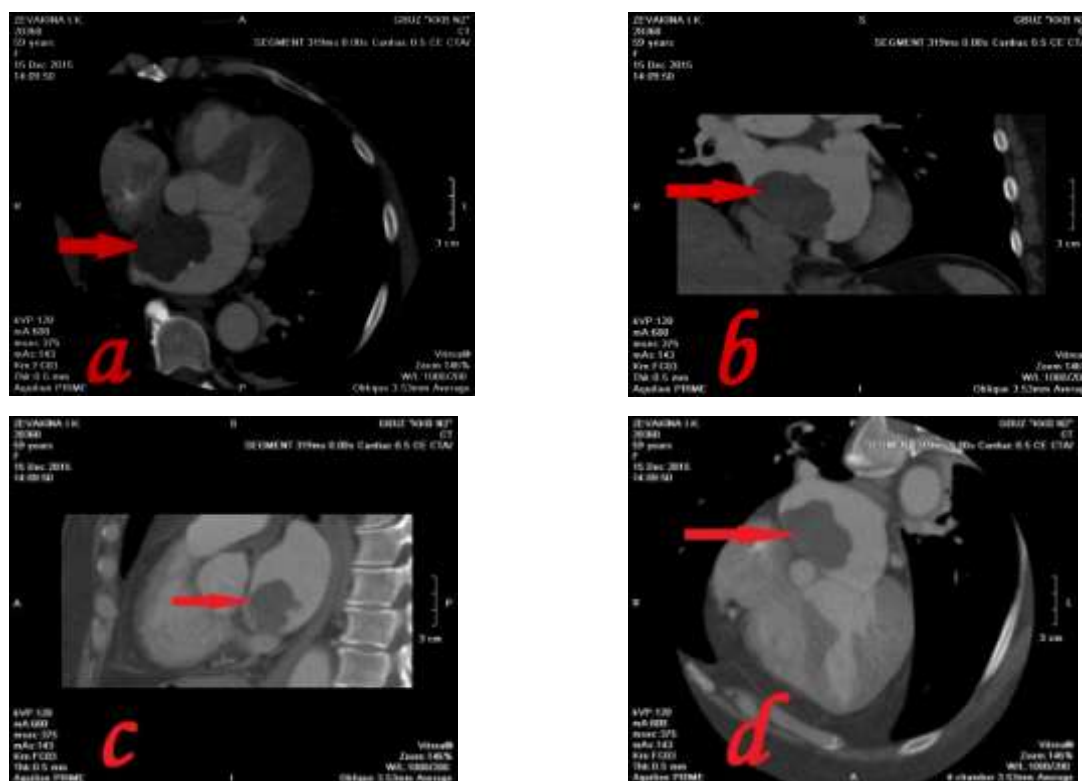


Рисунок 2. Объемное образование левого предсердия:  
*a* – аксиальная проекция; *b* – фронтальная проекция; *c* – сагиттальная проекция; *d* – четырехкамерная реконструкция

В динамике состояние пациентки улучшилось: полный регресс неврологической симптоматики (восстановление речи, нарастание силы в левых конечностях до 5 баллов). С учетом данных анамнеза, динамического наблюдения, результатов лабораторных и инструментальных методов исследований, заключения консультантов сформулирован окончательный диагноз: Транзиторная ишемическая атака в бассейне правой средней мозговой артерии от 13.12.2015 с переходящим центральным легким левосторонним гемипарезом, дизартрией. Гипертоническая болезнь III ст., 3 ст. Риск 4. Миксома левого предсердия.

Данные сонографического и компьютерно-томографического исследований сердца с использованием телемедицинских технологий были представлены для консультации в центре кардиохирургии ГБУЗ «Научно-

исследовательский институт – Краевая клиническая больница № 1 имени профессора С. В. Очаповского» министерства здравоохранения Краснодарского края. Диагноз миксомы левого предсердия был подтвержден, рекомендовано направить пациентку на консультацию кардиохирурга ГБУЗ «НИИ – ККБ № 1» Центра грудной хирургии (ЦГХ) для определения сроков оперативного лечения.

Катамнез: пациентка после оформления документов была госпитализирована в Центр грудной хирургии и оперирована. Диагноз миксомы подтвержден. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии.

Обсуждение: Миксома сердца – первичная внутрисердечная гистологически доброкачественная опухоль, наиболее часто локализуемая в полости левого (75 %) или правого (20 %) предсердия, крайне редко – в желудочках сердца. Эмболизм встречается в 20–45 % случаев, чаще при первой клинической манифестации [2]. Среди пациентов с кардиальной миксомой, у которых развился ишемический инсульт, преобладают лица молодого возраста (1:250), а среди лиц пожилого возраста такая ассоциация встречается гораздо реже (1:750) [5]. В большинстве случаев патогенез вовлечения церебральных артерий более сложный, и заболевание, манифестируя неврологическими симптомами, проявляется клиникой инсульта, синкопов, головной боли, припадков. Очаговые симптомы поражения нервной системы неспецифичны, определяются бассейном спровоцированной артерии. Чаще других клиника инсульта сопряжена с бассейном средней мозговой артерии. Клинически определяются гемипарезы, гемиплегии, афазии, дизартрия, атаксия. Морфологические изменения вещества головного мозга при нейровизуализации диагностируются в базальных ганглиях, височной и теменной области, мозжечке. Эпизоды церебральной дисфункции при кардиальной миксоме, как правило, повторяются и могут приводить к мультиинфарктной сосудистой деменции или внезапной смерти [3]. Доля транзиторных ишемических атак при атриальной миксоме,

предшествующих развитию инсульта, по данным отдельных авторов, невелика (0,8 %) [4]. В обзорной части исследования Yuan Shi-Min и Numu-ruola G. (2015 г.) приводят данные о частоте встречаемости вариантов неврологической манифестации кардиальной миксомы: среди 113 пациентов с атриальной миксомой в 83 % случаев развился ишемический инсульт, у 28 % пациентов – синкопальные состояния, у 23 % – психические нарушения, у 15 % – головная боль, у 12 % – припадки [4]. В то же время кардиальная миксома среди всех ишемических инсультов встречается достаточно редко – около 1 % с повышением риска среди женщин старше 50 лет [5].

Летальность среди пациентов с церебральной манифестацией миксомы левого предсердия составляет 15,3 % [4]. Описаны случаи миксоматозно-ассоциированных аневризм церебральных артерий. Истинная частота их неизвестна, но представлены случаи диагностики аневризм церебральных артерий через 25 лет после удаления миксомы [6], приводящих к геморрагическому инсульту. В данном контексте тактически диагностика миксомы сердца предполагает в кратчайшие сроки после манифестации решение вопроса об оперативном лечении.

Таким образом, диагностика миксомы сердца, манифестировавшей церебральными сосудистыми эпизодами, вследствие склонности к рецидивированию, требует незамедлительного решения вопроса о хирургическом лечении. Транзиторная ишемическая атака, ассоциированная с миксомой левого предсердия, являясь редким острым состоянием, особенно у лиц молодого возраста или при отсутствии наиболее значимых факторов риска инсульта, требует обязательного проведения трансторакальной, а в случаях необходимости – трансэзофагальной эхокардиоскопии для диагностики миксомы. Несмотря на редкость данного вида доброкачественной кардиальной опухоли, ее склонность к рецидивирующему церебральному эмболизму повышает риски не только развития сосудистой деменции, но и фатального инсульта. Достаточно большие размеры кардиальной миксомы

при появлении церебральных симптомов, высокий риск внезапной смерти в этой группе пациентов повышают ответственность специалистов нейро-сосудистого отделения при маршрутизации этих больных.

#### Список литературы

1. *Nagy C. D., Levy M., Mulhearn T. J., Shapland M., Sun H., Yuh D. D., Cheung D., Chandra-Strobos N.* Safe and effective intravenous thrombolysis for acute ischemic stroke caused by left atrial myxoma // *J. Stroke Cerebrovasc. Dis.* 2009 Sep. – Oct.; 18(5): 398–402.
2. *O'Rurke F., Dean N., Mouradian M. S., Akhtar N., Shuaib A.* Atrial myxoma as a cause of stroke: case report and discussion // *CMAJ.* 2003; 169: 1049–51.
3. *Yarnell Ph. R., Spann J. F., Dougherty J., Mason D. T.* Episodic Central Nervous system Ischemia of Undetermined Cause: Relation to Occult Left Atrial Myxoma // *Strok.* 1971; Vol. 2, January – February: 35–40.
4. *Yuan Shi-Min, Humuruola G.* Stroke of a cardiac myxoma origin // *Braz. J. Cardiovasc. Surg.* 2015; 30(2): 225–34.
5. *Ismail I. I., Salama S. S., Mansour O. Y.* A Case Report of Atrial Myxoma presenting with Cardioembolic Stroke and Thrombolytic Therapy // *Journal of Case Reports and Studies.* 2015. Vol. 3. Issue 2.
6. *Yilmaz M. B, Akin Y. et al.* Late recurrence of left atrial myxoma with multiple intracranial aneurysms // *Int. J. Cardiol.* 2003; 87:303–305. [PubMed]
7. *Sedat J., Chau Y., Dunac A., Gomez N., Suissa L., Mahagne M. H.* Multiple Cerebral Aneurysms Caused by Cardiac Myxoma: A Case Report and Present State of Knowledge // *Interventional Neuroradiology.* 2007; 13(2):179–184.