

УДК 616.5-006.325-005.4	UDC 616.5-006.325-005.4
СЛУЧАЙ ВЫЯВЛЕНИЯ МИКСОМЫ ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ У БОЛЬНОГО С ПЕРЕНЕСЕННЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	A CASE OF DETECTION OF MYXOMA OF THE LEFT ATRIUM IN A PATIENT WITH A PAST CEREBRAL CIRCULATION ACCIDENT
Чернякова Наталья Сергеевна – канд. мед. наук <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Chernyakova Natalia Serheevna – MD <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Борщев Алексей Валерьевич <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Bortshev Alexey Valerievich <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Мерхи Алла Валерьевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Merkhi Alla Valerievna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
Иванчура Галина Сергеевна <i>ГБУЗ «Краевая клиническая больница № 2», Краснодар</i>	Ivanchura Galina Serheevna <i>SBIHC «Region clinic hospital Nr 2», Krasnodar</i>
В статье описан случай многолетнего наблюдения за больным с миксомой левого предсердия и перенесенным нарушением мозгового кровообращения.	The article describes a case of long-term observation of a patient with a left atrial myxoma and a history of cerebrovascular accident.
Ключевые слова: МИКСОМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ, НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	Key words: LEFT ATRIUM MYXOMA, CEREBRAL CIRCULATION DISORDER

Миксома – наиболее распространенная первичная опухоль сердца доброкачественного характера. Ежегодная заболеваемость составляет около 0,5 случая на 1 млн населения. Миксомы в 2–3 раза чаще образуются у женщин, чем у мужчин. Доброкачественные опухоли в 97,5 % случаев располагаются в предсердиях, в основном локализируются в левом, редко встречаются на клапанах [1].

Клиническое течение миксом варьирует от бессимптомного до крайне тяжелого хронического и зависит от локализации и размера опухоли. Диапазон клинических проявлений миксом обусловлен тремя ключевыми факторами:

1. Обструкция кровотока за счет механического препятствия на пути притока и/или оттока крови из пораженной камеры сердца. Клиника обычно имитирует картину порока сердца, чаще стенозов митрального или трикуспидального клапанов.

2. Эмболический синдром. Желеобразная консистенция опухоли способствует более легкому отрыву ее частей, которые в таком случае превращаются в эмболы. На рыхлой поверхности миксомы формируются тромбы, отрыв которых приводит к тромбоэмболии.

3. Общая реакция организма на опухоль. При миксомах сердца могут наблюдаться разнообразные паранеопластические проявления (слабость, лихорадка, артралгия, миалгия, увеличение СОЭ и др.), описанные при злокачественных опухолях и связанные с повышением секреции интерлейкина-6.

Примерно у 20 % пациентов с миксомами наблюдается аритмия. При аускультации обычно присутствует сердечный шум. Характерным признаком пролабирующей миксомы на ножке является так называемый «опухолевый хлопок» [2].

Активное внедрение методов внутрисердечной визуализации упростило диагностику миксом. Однако ситуацию осложняют достаточно частые эпизоды бессимптомного течения.

В большинстве случаев первоначально миксомы выявляют на эхокардиографии. Они выглядят как гиперэхогенные подвижные образования, может выявляться ножка миксомы.

Опасными осложнениями миксом является эмболия в головной мозг, коронарные сосуды, легочные артерии, а также вклинение опухоли в атриовентрикулярные отверстия. Эти состояния, по мнению большинства авторов, предусматривают неотложное оперативное лечение.

После полного хирургического удаления первичной миксомы сердца риск рецидива составляет 1–2 %. Он чаще возникает при неполном удалении опухоли или наличии семейного анамнеза, указывающего на синдром Карни (семейный миксомный синдром). В таких случаях частота рецидивов может достигать 12–22 %. Однако в ряде случаев пациенты отказываются от оперативного лечения миксомы [3].

Клинический случай многолетнего наблюдения за больным с миксомой левого предсердия и перенесенным ишемическим инсультом.

Больной М., 67 лет, 01.04.2019 поступил в кардиологический центр поликлиники СКАЛ Краевой клинической больницы № 2 (ККБ № 2) на обследование и лечение с жалобами на повышение АД до 180/100 мм рт. ст., головную боль при высоком АД, редкий пульс до 38 в минуту по утрам.

Из анамнеза болезни было выяснено, что в трехлетнем возрасте у пациента была выявлена врожденная атриовентрикулярная блокада III степени, однако обмороков никогда не было. Повышение АД отмечалось с 50 лет, принимал периндоприл в дозе 5 мг в сутки. Ухудшение состояния началось с 13.12.2018, появились асимметрия лица и слабость в левых конечностях. Пациент доставлен бригадой скорой помощи в

неврологическое отделение ККБ № 2, госпитализирован с диагнозом: Ишемический инсульт (неуточненный по TOAST) в бассейне правой средней мозговой артерии (зона ишемии – правый таламус 14×11 мм). Выраженный левосторонний гемипарез, дизартуляция. Выполнена системная тромболитическая терапия, в результате которой достигнут полный регресс неврологической симптоматики. Направлен к кардиологу для уточнения возможных причин ишемического инсульта, подбора лечения.

Из анамнеза жизни удалось установить, что никогда не курил. Из перенесенных заболеваний отмечал наличие мочекаменной болезни, хронического пиелонефрита.

Наследственность по артериальной гипертензии (АГ) не отягощена.

При объективном исследовании: рост – 178 см, вес – 76 кг, индекс массы тела (ИМТ, индекс Кетле) – $24,0 \text{ кг/м}^2$. Сердечные тоны нормальной звучности, шумов нет. Пульс – 60 в минуту, удовлетворительных качеств, артериальное давление (АД) на обеих руках – 130/80 мм рт. ст.

С учетом жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра поставлен предварительный диагноз: Гипертоническая болезнь, III стадия. Риск 4. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) (2019). Врожденная атриовентрикулярная блокада III степени.

Проведены лабораторные и инструментальные обследования.

В общем анализе крови и мочи отклонений не обнаружено, микроальбуминурия не выявлена. Из биохимических показателей крови отмечали повышенный уровень общего холестерина ($6,86 \text{ ммоль/л}$) за счет липопротеинов низкой плотности ($5,49 \text{ ммоль/л}$). Уровень креатинина составлял 122 мкмоль/л (расчетная скорость клубочковой фильтрации – $57,07 \text{ мл/мин/1,73 м}^2$ по формуле СКД-ЕРІ, что соответствует 3а стадии хронической болезни почек (ХБП)), уровень мочевой кислоты повышен до

432 мкмоль/л. Остальные показатели, в том числе глюкоза, АЛТ, АСТ, в норме.

На ЭКГ регистрировали атриовентрикулярную блокаду III степени с ритмом из атриовентрикулярного соединения с узкими комплексами QRS и частотой желудочковых сокращений 60 в минуту, а также признаки увеличения левого предсердия.

На суточном мониторинге ЭКГ в течение всего периода наблюдения регистрировали атриовентрикулярную блокаду III степени с ритмом из атриовентрикулярного соединения с узкими комплексами QRS и средней частотой желудочковых сокращений 56 в минуту в дневное время и 44 в минуту в ночное время, среднесуточная частота желудочковых сокращений составила 52 в минуту. Зарегистрированы 4 паузы более 3 с (максимум 3,5 с) в ночное время.

В дневное время максимальная частота желудочковых сокращений составила 78 в минуту, в ночное – 69 в минуту. Минимальная частота желудочковых сокращений днем составила 31 в минуту, ночью – 21 в минуту. Значимой желудочковой и наджелудочковой эктопической активности зарегистрировано не было. Во время проведения суточного мониторинга ЭКГ жалоб на головокружение или обмороки у пациента не было.

На ультразвуковом сканировании брахиоцефальных артерий в устье внутренней сонной артерии справа была выявлена гетерогенная нестенозирующая атеросклеротическая бляшка.

На эхокардиографии в области латеральной стенки левого предсердия обнаружено образование 17 мм в диаметре на широком основании, малоподвижное, без пролабирования в полость левого желудочка, заподозрено наличие миксомы левого предсердия.

На УЗИ почек в нижней трети чашечно-лоханочной системы правой почки выявлен конкремент 3–4 мм в диаметре.

С учетом данных эхокрадографии поставлен окончательный клинический диагноз:

Гипертоническая болезнь, III стадия. Риск 4. ОНМК в бассейне правой средней мозговой артерии (2019). Атеросклероз сонных артерий. Врожденная атриовентрикулярная блокада III степени. Миксома левого предсердия.

Сопутствующее заболевание: Мочекаменная болезнь (МКБ), конкремент правой почки. Гиперурикемия. Хроническая болезнь почек (ХБП) С3а.

Пациенту назначены: антигипертензивный препарат периндоприл – 5 мг/сут, антикоагулянт ривароксабан – 20 мг/сут, розувастатин – 20 мг/сут, аллопуринол – 100 мг/сут.

Пациент направлен на консультацию к кардиохирургу, от оперативного лечения миксомы отказался.

На фоне терапии удалось добиться стойкой нормализации АД, уровня мочевой кислоты, уровня холестерина липопротеинов низкой плотности.

При наблюдении в динамике через два года в 2021 г. отмечено увеличение размеров миксомы левого предсердия до 19 мм, а при последнем осмотре на эхокардиографии в 2025 г. (на седьмом году наблюдения) размер опухоли достиг 22 мм в диаметре, при этом признаков нарушения внутрисердечного кровотока не обнаружено. У пациента за период наблюдения новых тромбоэмболических осложнений не возникало. От хирургического лечения пациент воздерживается.

Обсуждение

Отказ пациента от оперативного лечения миксомы позволил провести длительное наблюдение за больным и подтвердить эффективность пероральных антикоагулянтов во вторичной профилактике тромбоэмболических осложнений.

Представленный клинический случай подтверждает достаточно редкое сочетание миксомы левого предсердия и врожденной атриовентрикулярной блокады III степени.

При кардиоэмболических ишемических инсультах наиболее частыми причинами эмболии являются тромбы в левых отделах сердца при фибрилляции и трепетании предсердий, хронической ревматической болезни сердца с поражением клапанов, наличии биологических и механических протезов клапанов, при инфаркте миокарда, особенно со снижением фракции выброса левого желудочка, дилатационной кардиомиопатии, инфекционном эндокардите или тромбэндокардите. По частоте встречаемости среди причин кардиоэмболических инсультов опухоли сердца (папиллярная фиброэластома и миксома) находятся на последнем месте [4].

Приведенные результаты наблюдений адресованы неврологам и врачам ультразвуковой диагностики для исследования редко встречающейся миксомы левого предсердия как вероятной причины возникновения кардиоэмболических ишемических инсультов.

Список литературы

1. *Луговский М. К.* Миксомы сердца: результаты хирургического лечения и клинко-морфологическая характеристика : автореф. дисс. ... д-ра мед. наук / *М. К. Луговский*. – М.: Национальный медицинский исследовательский центр трансплантологии и искусственных органов имени академика В. И. Шумакова, 2017. – 148 с.
2. Случай выявления миксомы левого предсердия у пациента с постоянной формой фибрилляции предсердий / *М. Л. Горбунова, Е. В. Соловьева, Н. А. Попова, Т. В. Власова* // Современные проблемы науки и образования. – 2020. – № 4.
3. *Ушаков А. В.* Миксомы сердца: современный взгляд на проблему / *А. В. Ушаков, Е. А. Захарьян, Г. Э. Ризк* // Український кардіологічний журнал. – 2013. – № 2. – С. 124–131.
4. Неврология : национальное руководство / под ред. *Е. И. Гусева, А. Н. Коновалова, В. И. Скворцовой*. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018; 1: 880.