

Эмболии периферических артерий у пациентки с миксомой левого предсердия: случай из практики

Дакалова Т. А., Абдураманов Р. А., Захарьян Е. А.

ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», Медицинская академия имени С. И. Георгиевского. Симферополь, Россия

Ключевые слова: миксома, эмболии периферических артерий.

Отношения и деятельность: нет.

Поступила 22/04-2020

Рецензия получена 29/04-2020

Принята к публикации 12/05-2020



Для цитирования: Дакалова Т. А., Абдураманов Р. А., Захарьян Е. А. Эмболии периферических артерий у пациентки с миксомой левого предсердия: случай из практики. *Кардиоваскулярная терапия и профилактика*. 2020;19(4):2565. doi:10.15829/1728-8800-2020-2565

Peripheral arterial embolism in a patient with left atrial myxoma: a case report

Dakalova T. A., Abduramanov R. A., Zakharyan E. A.

V. I. Vernadsky Crimean Federal University, S. I. Georgievsky Medical Academy. Simferopol, Russia

Key words: myxoma, peripheral artery embolism.

Relationships and Activities: not.

Received: 22/04-2020

Revision Received: 29/04-2020

Accepted: 12/05-2020

Dakalova T. A. ORCID: 0000-0003-3045-0363, Abduramanov R. A. ORCID: 0000-0001-9418-9382, Zakharyan E. A.* ORCID: 0000-0002-7384-9705.

For citation: Dakalova T. A., Abduramanov R. A., Zakharyan E. A. Peripheral arterial embolism in a patient with left atrial myxoma: a case report. *Cardiovascular Therapy and Prevention*. 2020;19(4):2565. (In Russ.) doi:10.15829/1728-8800-2020-2565

*Corresponding author: locren@yandex.ru

ЛП — левое предсердие, ЛЖ — левый желудочек, МПП — межпредсердная перегородка, ФВ — фракция выброса.

Миксома — это первичная внутриполостная, гистологически доброкачественная опухоль сердца, которая может быть злокачественной по клиническому течению; это связано с частым развитием таких осложнений как эмболии, недостаточность кровообращения, внезапная сердечная смерть. Первичные опухоли сердца являются редкой нозологией и, согласно статистическим данным, составляют 0,001-0,03% в структуре кардиальной патологии [1, 2].

Средний возраст обнаружения миксом колеблется в пределах 30-60 лет, хотя описаны случаи этого заболевания во всех возрастных категориях. Соотношение мужчин и женщин составляет 3:1 [2].

Как правило, до 90% миксом располагается в левом предсердии (ЛП), реже — в правом предсердии (15-20%); биатриально — до 2,5%. В 65% случаев поверхность опухоли гладкая, в 35% — ворсин-

чатая. Локализация в желудочках и на клапанах встречается крайне редко [1, 3].

Эмболические осложнения при миксомах встречаются в 40-50% случаев, и характеризуются поражением артерий как малого, так и большого кругов кровообращения с частым вовлечением внутриорганых, мозговых артерий, сосудов конечностей [4].

Наличие у больных клинически гетерогенных экстракардиальных проявлений затрудняет своевременную диагностику и, как следствие, приводит к позднему лечению данного новообразования.

Приводим клинический случай наблюдения миксомы ЛП.

Больная К., 63 лет, госпитализирована в кардиохирургическое отделение Республиканской клинической больницы им. Н. А. Семашко 29.10.2019г с диагнозом: Новообразование левого предсердия

*Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):

e-mail: locren@yandex.ru

[Дакалова Т. А. — студентка 6 курса Медицинской академии имени С. И. Георгиевского, ORCID: 0000-0003-3045-0363, Абдураманов Р. А. — студент 6 курса Медицинской академии имени С. И. Георгиевского, ORCID: 0000-0001-9418-9382, Захарьян Е. А.* — к.м.н., доцент кафедры внутренней медицины № 1 с курсом клинической фармакологии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского, ORCID: 0000-0002-7384-9705].

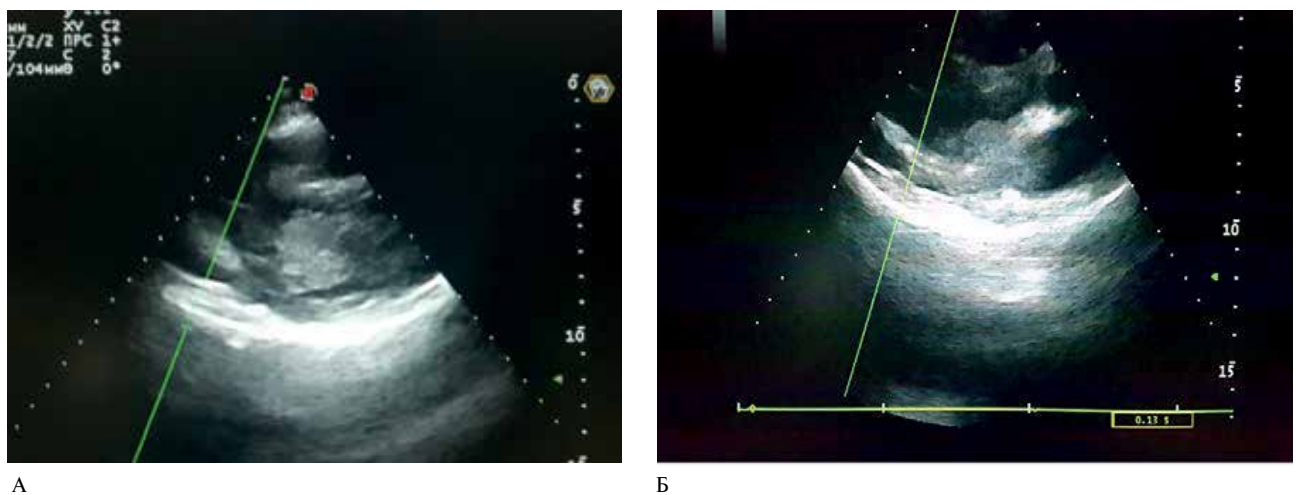


Рис. 1 Объемное слабоподвижное образование в полости левого предсердия (сонографические признаки миксомы левого предсердия).

(миксома?). Относительный стеноз митрального клапана 1 степени. Недостаточность аортального клапана 2 степени. Осложнения: сердечная недостаточность ПА стадии с сохраненной фракцией выброса (ФВ) левого желудочка (ЛЖ), III функциональный класс. Сопутствующее заболевание: острое нарушение мозгового кровообращения (04.2019). Посттромбофлебитический синдром обеих нижних конечностей, отечно-болевая форма, хроническая венозная недостаточность 2 степени. Окклюзия правой лучевой артерии; краевые некрозы ногтевых фаланг 1-2-3 пальцев правой кисти. При поступлении предъявляет жалобы на сердцебиение в покое, отеки нижних конечностей. Из анамнеза: считает себя больной с 11.04.2019, когда после перенесенного ишемического инсульта было проведено ультразвуковое исследование сердца, по данным которого выявлено образование в полости левого предсердия, пролабирующее в полость ЛЖ в систолу, создающее относительный митральный стеноз. Была рекомендована консультация кардиохирурга, на которую пациентка не явилась. В октябре 2019г находилась в отделении сосудистой хирургии с диагнозом: окклюзия правой лучевой артерии, краевые некрозы 1-3 ногтевых фаланг пальцев кисти; попытка реканализации тромба. Консультирована кардиохирургом, определены показания для оперативного лечения. Учитывая возраст пациентки, перед удалением миксомы проведена коронарография: выявлены признаки атеросклероза коронарных артерий без гемодинамически значимых поражений.

При поступлении состояние пациентки средней тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски. Правая кисть прохладная на ощупь; 1-2-3 пальцы цианотичны с краевыми некрозами. Пульсация на локтевой артерии справа не определяется, слева сохранена. При аускультации

легких: дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Ритм сердца правильный; выслушивается диастолический шум на верхушке сердца и над аортой. Частота сердечных сокращений 64 уд./мин. Артериальное давление 110/60 мм рт.ст. на обеих руках.

По данным ангиографии правой верхней конечности: окклюзия правой лучевой артерии. Артерия визуализируется в дистальной трети, наполняется через коллатерали ладонных дуг. Реканализировать окклюзию не удалось.

По данным ультразвукового исследования правой верхней конечности: сонографические признаки атеротромбоза лучевой артерии правой верхней конечности.

По данным эхокардиографии при поступлении (рисунок 1): размеры ЛП — 4,3 см; правого предсердия — 3,5 см; выходной тракт правого желудочка — 2,6 см; конечно-диастолический размер ЛЖ — 4,6 см; конечно-систолический размер ЛЖ — 3,1 см; толщина межжелудочковой перегородки — 1,2 см; задняя стенка ЛЖ — 1,2 см; легочная артерия — 2,4 см; ФВ — 59%, аортальная регургитация 2 степени, ускорен трансмитральный диастолический поток со скоростью 1,6 м/с, градиент давления — 11 мм рт.ст. В полости ЛП визуализируется эхоплотное, фиксированное к межпредсердной перегородке (МПП) образование размерами 5,0×2,5 см, пролабирующее в полость ЛЖ в сторону его выходного тракта, с формированием функционального стеноза митрального и аортального клапанов (миксома?).

Интраоперационно: доступом через правое предсердие была вскрыта МПП, в полости ЛП — рыхлое образование неправильной формы, желеобразной консистенции, размерами 5,0×2,5 см, крепящееся к МПП ближе к передней створке митрального клапана. Новообразование удалено.

Выполнен шов МПП и правого предсердия. Восстановление сердечной деятельности самостоятельно — ритм синусовый. По протоколу патолого-анатомического исследования операционного материала, определяются структуры миксомы эндокарда.

В ходе послеоперационного лечения исчезли жалобы на сердцебиение, отеки нижних конечностей. Пациентка выписана на 13 сут. в удовлетворительном состоянии под наблюдение кардиолога по месту жительства.

Данный клинический случай свидетельствует о важности своевременного проведения эхокардиографического исследования после перенесенного нарушения мозгового кровообращения с обязательной последующей консультацией кардиохирурга

в случае обнаружения объемных образований в полостях сердца, которые могут явиться источником эмболизации артерий мозга. Это же касается пациентов с дистрофическими изменениями в конечностях ишемического характера, которые возникли, несмотря на молодой возраст и отсутствие нарушений ритма в анамнезе. В данном случае морфологическое исследование фрагментов эмбола не проводилось, однако это может явиться одним из факторов своевременной диагностики и может помочь в установлении источника эмболии.

Отношения и деятельность: все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Литература/References

1. Zakharian E. Myxoma of the heart: history of development, modern methods of diagnosis and treatment. *Crimea Journal of Experimental and Clinical Medicine*. 2012;2(19):27-33. (In Russ.) Захарьян Е. А. Миксомы сердца: история развития, современные методы диагностики и лечения. *Крымский терапевтический журнал*. 2012;2(19):27-33.
2. Shrestha S, Raut A, Jayswal A, et al. Atrial myxoma with cerebellar signs: a case report. *J Med Case Reports*. 2020;14:29. doi:10.1186/s13256-020-2356-5.
3. Rios R, Burmeister D, Bean E. Complications of atrial myxoma. *Am J Emerg Med*. 2016;34(12):2465. doi:10.1016/j.ajem.2016.05.079.
4. Thyagarajan B, Kumar M, Patel S, et al. Extracardiac manifestations of atrial myxomas. *J Saudi Heart Assoc*. 2017;29(1):37-43. doi:10.1016/j.jsha.2016.07.003.
5. Zhang R, Zeng Z, Zheng J, et al. Left atrial myxoma complicated with multi-system embolization. *J Cardiothorac Surg*. 2017;12(1):76. doi:10.1186/s13019-017-0640-2.