

**Р.М. Витовский, В.В. Исаенко, А.В. Кривенький, И.Г. Яковенко,  
Е.А. Билинский, А.З. Парацій, Т.И. Дедкова, М.Н. Дырда, Л.И. Чернякова**

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины», Киев

## Необычный случай злокачественного течения миксомы правого предсердия

Представлен случай злокачественного течения миксомы правого предсердия, характеризующийся сложностью диагностики и выявленной во время операции необычной распространенностью опухолевого процесса. Несмотря на результат патогистологического исследования удаленного новообразования – миксома (доброкачественная опухоль), мы наблюдали необычный и весьма агрессивный процесс в правом предсердии.

**Ключевые слова:** миксома, правое предсердие, доброкачественная опухоль, злокачественное течение.

ТЕХНОЛОГІЇ  
ДІАГНОСТИКИ  
ТА ЛІКУВАННЯ

До 25 % первичных новообразований в сердце относятся к первичным злокачественным опухолям, около 75 % других новообразований являются по своему гистологическому строению доброкачественными [1, 3, 9]. Миксома сердца, наиболее часто встречающееся новообразование, является гистологически доброкачественной, однако ее локализация и рост представляют опасность для жизни пациента ввиду угрозы эмболии сосудов большого круга кровообращения фрагментами опухоли или obturации атриовентрикулярных клапанов [1, 2, 5, 9, 10, 12]. При хирургическом лечении миксом сердца в большинстве случаев удается избежать таких осложнений и радикально удалить опухоль. Возможность выполнения радикального удаления опухоли обусловлена относительно благоприятными размерами, часто выраженной подвижностью и расположением основания миксом сердца. Ввиду этого определенная точность манипуляций и прецизионность хирургической техники позволяют радикально удалить новообразование, предупредив в абсолютном большинстве случаев вероятность рецидивирования [4, 6–8, 11].

Цель работы – представить необычный случай злокачественного течения миксомы правого предсердия, а также особенности тактики хирургического лечения этого заболевания.

### Материалы и методы

В ГУ «НИССХ им. Н.М. Амосова НАМН Украины» с 1970 г. по настоящее время наблюдалось 54 больных с различными видами и локализацией злокачественных опухолей сердца, что составило 6,9 % от общего количества (779) наблюдаемых пациентов с сердечными опухолями.

Локализация миксом в правом предсердии (ПП) отмечена у 62 (8,9 %) больных, что является второй по частоте локализацией в камерах сердца (наиболее часто – в левом предсердии – 609 (87,3 %)).

Представленный случай необычного поражения миксомой ПП интересен в связи со сложностью диагностики и выявленной во время операции необычной распространенностью опухолевого процесса.

Изучали особенности клинического течения заболевания. Применяли как лабораторные, так и инструментальные методы исследования: двухмерную доплерэхокардиографию с цветным доплеровским картированием, мультиспиральную компьютерную томографию (МСКТ).

### Клинический случай

Пациент Б., 64 года, история болезни № 3293, поступил 19.06.2013 г. в ГУ «НИССХ им. Н.М. Амосова НАМН Украины» с диагнозом:

миксома ПП, вероятно злокачественное новообразование тонкого кишечника. Предварительный диагноз миксома ПП поставлен при комплексном обследовании в Киевском городском консультативно-диагностическом центре 30.05.2013 г. в результате выполнения МСКТ органов грудной и брюшной полостей, забрюшинного пространства и малого таза. При исследовании в полости ПП определялось новообразование до 57 мм в диаметре с неровными краями, неоднородно фиксирующее контраст, интенсивно связанное с латеральной стенкой ПП. Кроме того, определялось в топической проекции тонкого кишечника слева, на уровне L2–S1 образование по типу полого органа с утолщением стенок до 32 мм, протяженностью до 120 мм, а также единичные регионарные лимфоузлы, размерами до 10 мм. Заподозрено злокачественное поражение тонкого кишечника. Обращено внимание на значительное расширение непарной вены. При фиброгастроуденоскопии и иригоскопии признаков органической патологии не выявлено.

Пациент был направлен в Киевский городской онкологический центр, где ему предложили оперативное лечение, предусматривавшее удаление опухоли брюшной полости. Однако в связи с наличием новообразования в ПП первым этапом предполагалось проведение операции в НИССХ им. Н.М. Амосова НАМН Украины.

При поступлении пациента в Институт отмечены постоянные жалобы на умеренную одышку и утомляемость, связанные с физической нагрузкой, периодически возникающие боли в области сердца. Клинических признаков выраженной застойной сердечной недостаточности не было. Артериальное давление – 130/80 мм рт. ст. Семейный анамнез, анамнез жизни – без особенностей. Пальпаторно над левой подвздошной областью определялось плотное бугристое малоподвижное образование, размером 10 × 14 см.

Изменений других органов и систем, а также патологических изменений результатов лабораторных исследований не отмечено. Аускультативно патологические шумы не определялись. Рентгенологическое исследование выявило незначительное увеличение сердца, имевшее митральную конфигурацию, отмечалось некоторое обеднение легочного рисунка. На ЭКГ – синусовый ритм, признаки умеренной перегрузки желудочков сердца. Общие клинические анализы крови и мочи, а также биохимический анализ крови были в пределах нормы, несмотря на опухолевое поражение тонкого кишечника.

При двухмерной эхокардиографии в ПП лоцировалось крупное малоподвижное фраг-

ментированное бесформенное образование, не пролабирующее в правое атриовентрикулярное отверстие.

Опухоль не имела четких контуров, изменяя свою форму в процессе движения, с большой степенью вероятности отрыва ее фрагментов с угрозой эмболии. При этом образование фиксировалось к наружной стенке предсердия и в направлении верхней полой вены. Согласно признакам, выявленным при эхокардиографии, дифференцировать характер опухоли не представлялось возможным. Сократимость и размеры левого желудочка были в пределах нормы (конечнодиастолический объем – 112 мл, фракция выброса – 60 %). Функция клапанного аппарата не нарушена.

Учитывая значительный риск фрагментации новообразования, больному предложено безотлагательное оперативное лечение, которое провели 21.06.2013 г. в условиях искусственного кровообращения. Предполагаемым объемом операции было удаление новообразования ПП, однако после проведения визуальной и пальпаторной ревизии сердца и магистральных сосудов выяснилось, что ПП, верхняя полая вена (ВПВ), вена *anonima* значительно уплотнены и заполнены плотным содержимым. ПП практически полностью заполнено плотной опухолевой тканью. Небольшой свободный от опухоли участок ПП пальпировался в области впадения нижней полой вены.

В связи с полученными данными осмотра подключение аппарата искусственного кровообращения имело некоторые особенности. Канюлированы аорта и нижняя полая вена в месте впадения в ПП. ВПВ не канюлировалась. Операцию выполняли при умеренной гемодилуции и гипотермии (28 °С). Защита миокарда включала применение кардиоплегического раствора «Кустодиол» и местное охлаждение сердца ледяной крошкой.

После продольного рассечения ПП в его полости обнаружено новообразование желеобразной консистенции, заполняющее практически всю полость ПП. Ревизия опухоли показала наличие плотной ее фиксации на большой площади внутренней поверхности ПП, распространяясь от трехстворчатого клапана вверх, переходя на устье ВПВ, распространяясь на боковую стенку ПП, межпредсердную перегородку, поражая практически всю ее поверхность до коронарного синуса. При этом место фиксации новообразования необычной плотности, стенка предсердия значительно утолщена. Кровоток по ВПВ отсутствует в связи с плотным заполнением ее просвета опухолевой

тканью. Пальпаторно ВПВ, вена *anonima* представляют собой плотный тяж.

Удалив часть опухоли из ПП до места впадения ВПВ, осуществили попытку восстановления ее просвета, которая успеха не имела. Кровоток по ВПВ отсутствовал. Учитывая наличие плотных сращений опухоли со стенкой ВПВ и вены *anonima*, отсутствие синдрома ВПВ, дальнейшее удаление новообразования решено было прекратить. Восстановлена целостность ПП. Экспрессионная удаленного новообразования определила миксому.

В послеоперационный период у пациента наблюдали умеренную сердечную недостаточность, потребовавшую применения в течение 12 ч допамина в дозе 5 мкг/кг в 1 мин в условиях реанимационного отделения. В общеклиническое отделение пациент переведен на 3-и сутки. В удовлетворительном состоянии пациент выписан на 10-е сутки после операции и направлен на дальнейшее лечение в онкологический стационар по месту жительства.

## Обсуждение

Несмотря на результат патогистологического исследования удаленного новообразования – миксома (доброкачественная опухоль), мы наблюдали необычный и весьма агрессивный процесс в ПП. В отличие от типичного места прикрепления, основание наблюдаемого новообразования представляло собой плотную соединительную ткань, которая распростра-

лась со стенок ПП на ВПВ и вену *anonima*, удалить которую не представлялось возможным. Только желеобразная консистенция опухоли, характерная для миксома, давала возможность дифференцировать это новообразование. Однако окончательное заключение сделано только после гистологического исследования. Отсутствие синдрома ВПВ, по-видимому, было связано с дренированием крови ее бассейна через расширенную непарную вену в нижнюю полую вену, что дало возможность провести адекватное искусственное кровообращение на одной венозной магистрали. Выявленное расширение непарной вены свидетельствовало о постепенном снижении кровотока по ВПВ до полного прекращения в связи с окклюзией опухолевой тканью. Крайне сложно определить первичное место локализации опухоли. Однако можно предположить, что опухолевый процесс, возникнув в полости ПП, с последующим нехарактерным инвазивным ростом распространился по стенке ПП с проникновением в ВПВ и ее бассейн, нарушая кровоток.

Таким образом, имело место злокачественное течение гистологически доброкачественного новообразования – миксома ПП. Трудно определить влияние злокачественного процесса в тонком кишечнике на характер роста новообразования в ПП, так как через 1 неделю после выписки из Института пациенту была выполнена паллиативная операция в онкологическом стационаре по поводу злокачественной карциномы тонкого кишечника IV стадии.

## Литература

1. Кнышов Г.В., Витовский Р.М., Захарова В.П. Опухоли сердца.– К., 2005.– 256 с.
2. Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э. Хирургия опухолей сердца.– М., 2004.– 94 с.
3. Diaz A., Di Salvo C., Lawrence D., Hayward M. Left atrial and right ventricular myxoma: an uncommon presentation of a rare tumour // *Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg.*– 2011.– Vol. 12, № 4.– P. 622–623.
4. Hill M., Cherry C., Maloney M., Midyette P. Surgical resection of atrial myxomas // *AORN J.*– 2010.– Vol. 92, № 4.– P. 393–406.
5. Neragi-Miandoab S., Kim J., Vlahakes G.J. Malignant tumours of the heart: a review of tumour type, diagnosis and therapy // *Clin. Oncol.*– 2007.– Vol. 19 (10).– P. 748–756.
6. Nowak T., Stachurski A., Rachwalik M. et al. Big myxoma of the left atrium suggesting pulmonary embolism // *Kardiol. Pol.*– 2010.– Vol. 68, N 6.– P. 695–696.
7. Oliveira R., Branco L., Galrinho A. et al. Cardiac myxoma: a 13-year experience in echocardiographic diagnosis // *Rev. Port. Cardiol.*– 2010.– Vol. 29, N 7.– P. 1087–1100.
8. Park J., Song J.M., Shin E. et al. Cystic cardiac mass in the left atrium: hemorrhage in myxoma // *Circulation.*– 2011.– Vol. 123, N 10.– P. 368–369.
9. Shanmugam G. Primary cardiac sarcoma // *Eur. J. Cardiothorac Surg.*– 2006.– Vol. 29 (6).– P. 925–932.
10. Simpson L., Kumar S.K., Okuno S.H. et al. Malignant primary cardiac tumors: review of a single institution experience // *Cancer.*– 2008.– Vol. 112 (11).– P. 2440–2446.
11. Yavuz S., Eris C., Sezen M. et al. Recurrent multiple cardiac myxomas // *Bratisl. Lek. Listy.*– 2010.– Vol. 111, N 10.– P. 549–551.
12. Yuan S.M., Shinfeld A., Lavee J. et al. Imaging morphology of cardiac tumours // *Cardiol J.*– 2009.– Vol. 16 (1).– P. 26–35.

**Р.М. Вітовський, В.В. Ісаєнко, О.В. Кривенький, І.Г. Яковенко, Є.О. Білинський,  
О.З. Парацій, Т.І. Дєдкова, М.М. Дирда, Л.І. Чернякова**

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М.М. Амосова НАМН України», Київ

### Незвичайний випадок злоякісного перебігу міксом правої передсердя

Представлено цікавий випадок злоякісного перебігу міксом правої передсердя, що характеризується складністю діагностики і виявленою під час операції незвичайною поширеністю пухлинного процесу. Незважаючи на результат патогістологічного дослідження видаленого новоутворення – міксом (доброякісна пухлина), ми спостерігали незвичайний і досить агресивний процес у правому передсерді.

**Ключові слова:** міксом, праве передсердя, доброякісна пухлина, злоякісний перебіг.

**R.M. Vitovskyi, V.V. Isaenko, O.V. Krivenky, I.G. Yakovenko, E.O. Bilynskyy, O.Z. Paratsiy,  
T.I. Dedkova, M.M. Dyrda, L.I. Chernyakova**

M.M. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

### Unusual case of malignant course of right atrium myxoma

The case of malignant course of right atrium myxoma is presented. It was characterized by complicated diagnosis and unusual expansion of tumor revealed during surgery. Despite result of the pathological research of the remote new formation, we observed a very aggressive process of benign tumour (myxoma) in right atrium.

**Key words:** myxoma, right atrium, benign tumor, malignant course.