

КАРДІОЛОГІЯ

УДК 616.12–006.325–089

ПИТАННЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННИХ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЕРЦЯ

*Р. М. Вітовський, В. В. Ісаєнко, А. А. Піщурін,
В. Ф. Онищенко, А. З. Парацій, Д. Н. Дядюн, Т. І. Дєдкова,
І. Г. Яковенко*

Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,
ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії ім. М. М. Амосова
НАМН України», м. Київ

Вступ. В структурі серцевих новоутворювань міксоми становлять 80 — 90 % доброякісних пухлин серця.

Мета. Визначити особливості діагностики та хірургічного лікування первинних пухлин серця.

Матеріали і методи. У ДУ НІССХ імені М. М. Амосова НАМН України за період з 1.01.1969 по 1.01.2017 рр., 889 пацієнтів було прооперовано з приводу первинних пухлин серця. Міксоми серця (МС) виявлені в 796 (89,5 %), з них у 696 (87,4 %) випадках — МС лівого передсердя (ЛП). Неміксомні доброякісні пухлини спостерігалися в 33 (3,7 %) випадках, злоякісні пухлини — в 60 (6,8 %).

Результати. Шпитальна летальність при хірургічному лікуванні МС склала 4,9 % (39 випадків).

Висновки. За останні 16 років, 433 операцій виконано без летальних наслідків, що зумовлено особливостями тактики невідкладної діагностики та хірургічного лікування, і забезпечують безпеку і радикальність видалення пухлин серця.

Ключові слова: міксомна, доброякісна пухлина серця, хірургічне лікування.

Вступ. Первинні пухлини серця (ППС) проявляються різноманітною клінічною картиною, що імітує інші захворювання серця. В структурі серцевих новоутворювань, міксоми становлять 80 — 90 % доброякісних пухлин серця. Частота діагностики ППС, з яких понад 80 % є морфологічно доброякісними пухлинами, становить від 0,09 % до 1,9 % від загального числа госпіталізованих хворих [1,2]. Клінічні прояви виявляються переважно на пізніх стадіях захворювання, крім того, без хірургічного лікування прогноз при цій патології залиша-

ється несприятливим. Питання діагностики новоутворень серця і їх адекватного, нерідко екстреного хірургічного лікування залишаються актуальними. [3–5].

Мета. Визначити особливості діагностики та хірургічного лікування первинних пухлин серця.

Матеріали та методи. У НІССХ імені М. М. Амосова НАМН України за період з 1.01.1969 по 1.01.2017 рр. спостерігалось 889 пацієнтів з морфологічно верифікованими первинними пухлинами серця. Злоякісні пухлини спостерігалися в 60 (6,8 %) випадках. Неміксоматозні доброякісні пухлини серця (НДПС) спостерігалися в 33 (3,7 %) випадках. Рабдоміоми склали 9 (27,3 %) випадків, 5 (15,2 %) — гемангіоми, в 8 (24,2 %) — папілярні фіброеластоми, по 3 (9,1 %) випадки — ліпоми, фіброми, лейоміофіброма і по 1 (3,0 %) випадку виявлені фіброма і незріла тератома. Вік пацієнтів становив від 1 дня до 67 років (в середньому $34,5 \pm 4,3$ р.).

Міксоми серця (МС) виявлені у 796 (89,6 %) хворих, з них у 696 (87,4 %) випадках — МС лівого передсердя (ЛП). Міксоми правого передсердя (ПП) визначалися в 73 (9,2 %) спостереженнях, МС в лівому (ЛШ) і в правому (ПЖ) шлуночках — по 8 (1,0 %) випадків відповідно. Мультицентричне зростання пухлини з ураженням двох або трьох камер серця було виявлено — у 11 (1,4 %) хворих. Вік хворих з МС склав від 3 до 78 років (в середньому $47,5 \pm 3,4$ р.), з них 577 (72,5 %) у віці від 31 до 60 років.

Результати. В результаті спостережень визначено збільшення частоти реєстрації хворих з МС у НІССХ імені М. М. Амосова НАМН України: за період з 1969 по 1990 рр. кількість пацієнтів з МС складало 160 (20,1 %) випадків, а за період з 1991 по 2017 рр. — 636 (79,9 %) випадків, що зумовлено як широким впровадженням в діагностику ультразвукового дослідження серця, так і ймовірним збільшенням частоти даного захворювання.

Застійна серцева недостатність була провідним клінічним проявом захворювання, що було обумовлено частковою обтурацією пухлиною клапаних отворів з наступним розвитком порушення гемодинаміки у відповідних камерах серця, яка визначалася у 736 (92,5 %) пацієнтів з МС. До III і IV функціональних класів по класифікації NYHA були віднесені — 289 (36,3 %) і 68 (8,5 %) пацієнтів відповідно, що в цих групах часто потребувало невідкладного хірургічного лікування. Діаметр основи МС становив від 0,5 до 7,5 см. При цьому в 688 (86,4 %) випадках переважним місцем фіксації МС була міжпередсердна перетинка (МПП).

Важливими клінічними симптомами МС були напади запаморочення і втрати свідомості, які визначалися у 172 (21,6 %) хворих. У 112 (14,1 %) пацієнтів поява цих симптомів була пов'язана з певним поло-

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

женням тіла, що виявилось характерним для передсердної локалізації пухлин і не спостерігалось у випадках шлуночкової локалізації МС.

Таке важке ускладнення клінічного перебігу даного захворювання, як емболічний синдром, визначався у хворих з МС у 43 (5,4 %) випадках, причому на тлі синусового ритму. З цих пацієнтів, емболія судин головного мозку мала місце в 34 (4,3 %) випадках, з яких в 9 (1,1 %) — багаторазово. У 9 (1,2 %) хворих була зареєстрована емболія судин інших органів — судин нирок, нижніх і верхніх кінцівок. Болі в області серця реєструвалися у 298 (37,4 %) хворих з різноманітними локалізаціями МС. Найчастіше болі виявлялися як відчуття тяжкості в грудній клітці і не носили стенокардитичного характеру. У 696 (87,4 %) випадках тривалість симптомів захворювання не перевищувала 1 року до операції. Прояви недостатності кровообігу при МС (задишка, серцебиття, запаморочення, втрати свідомості) були різного ступеня залежно від положення тіла хворого в 216 (27,1 %) спостереженнях.

При аускультативному дослідженні у хворих з МС виявлялися шуми, подібні до таких при ревматичних пороках серця. Мінливість аускультативних проявів при стабільно синусовому ритмі з часом і при зміні положення тіла пацієнта була визначальною, що обумовлено зміщенням пухлини щодо клапанів серця і відзначена у 153 (19,2 %) пацієнтів. Різні порушення ритму, як клінічні прояви МС, виявлялися у 237 (29,8 %) пацієнтів. Слід зауважити, що у 178 (22,4 %) хворих вони виявлялися стійкою — 111 (13,9 %) випадків, або пароксизмальною — 67 (8,5 %) випадків тахіаритмією в поєднанні з екстрасистолією.

Загальна слабкість, швидка стомлюваність і нездужання — у 499 (62,7 %) хворих, субфебрилітет — у 449 (56,4 %) випадках визначалися, як клінічні прояви МС; артралгія та міалгія — у 248 (31,2 %), зниження маси тіла — у 309 (38,8 %) пацієнтів були розцінені, як загальна реакція організму на пухлину.

ЕхоКГ — є основним діагностичним методом в комплексі діагностики ППС. З 796 пацієнтів з МС у 753 (94,6 %) випадках, починаючи з 1984р., була проведена ЕхоКГ. Серед цих пацієнтів в 512 (68,2 %) випадках пухлина візуалізувалася у вигляді неоднорідного за своєю структурою об'ємного утворення пористого характеру з розпливчастими нерівними контурами, які змінювалися в процесі руху. В інших 239 (31,8 %) випадках візуалізувалося об'ємне новоутворення гомогенного характеру з чіткими рівними краями. У 57 (7,6 %) випадках визначалися вкраплення кальцію у вигляді яскравих ехосигналів різноманітної локалізації. Основа МС виявлялася у 612 (81,5 %) пацієнтів, з яких в 389 (63,5 %) випадках місце прикріплення пухлини визначалося на ділянці МПП.

Виражені клінічні прояви, які проявляються під час транспортування і укладання пацієнтів на операційному столі, і пов'язані з обтурацією клапанних отворів при підготовці до операції мали місце у 46 (5,8 %) хворих з МС. В таких випадках було визнано за доцільне надавати пацієнтам напівсидяче положення з поворотом на правий бік на початку хірургічного втручання.

Всі операції, за винятком 15 (1,9 %), які виконувалися на ранньому етапі хірургії МС і одного втручання з правобічної мініторакотомії в 2015р., проводили доступом з серединної стернотомії, що забезпечило оптимальні умови для видалення пухлин будь-якої локалізації. Різні хірургічні доступи застосовувалися при видаленні МС ЛП, і відрізнялися різною частотою фрагментації новоутворень при їх видаленні. Застосування лівопередсердного доступу в 122 (15,3 %) випадках МС ЛП супроводжувалося фрагментацією МС у 47 (38,1 %) пацієнтів. Традиційний доступ до МС ЛП через ПП і МПП виявився найбільш зручним, при цьому реєструвалося зменшення частоти фрагментації пухлини до 21,1 % (109 хворих на 521 операцій). У 8 (1,0 %) пацієнтів з МС ЛП ми були змушені застосувати комбінований доступ правої атрмотомії та септотомії з лівою атріотомією, що дозволило безпечно закінчити операцію. У 48 (6,1 %) випадках, при виявленні великих (до 8–12 см) міксом ЛП застосовувався черездвохпередсердний доступ, який дозволив практично повністю уникнути фрагментації пухлини.

При макроскопічному дослідженні МС було визначено, що пухлинами були: ворсинчасті — в 459 (57,7 %) випадках і компактні новоутворення овоїдної або округлої форми, з блискучою гладкою, іноді горбистою поверхнею — в 337 (42,3 %) випадках відповідно.

Супутня патологія клапанного апарату при МС визначалася у 57 (6,9 %) хворих. У 36 (4,5 %) випадках спостерігалось ізольоване ураження мітрального клапана (МК), в 18 (2,3 %) — трикуспідального клапана (ТК), в 2 (0,3 %) випадках — ураження аортального клапана, в 1 випадку (0,1 %) — поєднане ураження мітрального та аортального клапанів. Серед них механічне пошкодження клапанних структур міксомою виявлено у 23 (2,9 %) хворих. Інша патологія клапанного апарату проявилася відносною недостатністю клапана за рахунок вираженого розширення фіброзного кільця: трикуспідального — в 17 (2,1 %) і мітрального — у 13 (1,6 %) випадках відповідно. Залучення клапанного апарату в пухлинний процес спостерігалось у 8 (1,0 %) хворих. При цьому у 1 (0,1 %) пацієнта, міксом ПЖ прикріплювалася до папілярних м'язів і хорд ТК, а в 7 (0,9 %) випадках міксом ЛП вражали передню ступку МК. Хірургічна корекція клапанних уражень була виконана у 54 (6,8 %) хворих: у 12 (1,5 %) випадках — протезування клапанів (9 — МК, 1 — ТК, 1 — АК, 1 — АК + МК), в 43 (5,4 %) — пластичні операції з позитивним функціональним ефектом.

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

Шпитальна летальність при хірургічному лікуванні МС склала 4,9 % (39 випадків). При цьому за останні 16 років виконано 433 операцій без летальних наслідків. Причинами летальних наслідків були: неврологічні ускладнення — у 16 (46,2 %) хворих; матеріальна емболія в 7 (17,9 %) випадках, інфаркт міокарда — в 3 (7,7 %) випадках; септичні ускладнення — в 1 (2,6 %) випадку; похибки операцій — в 5 (12,9 %) випадках.

У віддаленому періоді вивчені результати хірургічного лікування МС у 679 пацієнтів (89,8 % виписаних) в терміни від 6 місяців до 46 років (в середньому $19,5 \pm 4,2$ років). Виживання в терміни до 20 років склало 79,7 %. У віддаленому періоді в I ф.к. НУНА знаходилися 532 (78,4 %) пацієнтів, у II ф.к. — 101 (14,8 %). Рецидиви МС виявлені у 16 (2,1 %) пацієнтів в терміни від 2 до 12 років (в середньому $3,5 \pm 0,4$ р.) після первинної операції. При цьому, в 4 випадках рецидиву МС (25 %) мав місце міксомний синдром. При хірургічному лікуванні НДПС, госпітальна летальність склала 3,0 % (1 випадок). У віддаленому періоді загинули 2 пацієнта, рецидивів захворювання в перші роки після операції не було виявлено.

Висновки. За останні 16 років виконано 433 операції з приводу МС без летальних наслідків, що зумовлено особливостями тактики невідкладної діагностики та хірургічного лікування, що знижує частоту доопераційних ускладнень і забезпечує безпеку і радикальність видалення пухлин серця.

Прийнята тактика забезпечує ефективність хірургічного лікування міксом серця, що підтверджується даними віддалених результатів: в I Ф.К. НУНА знаходилися 532 (78,4 %) пацієнтів, у II Ф.К. — 101 (14,6 %) пацієнтів відповідно; виживання в терміни до 20 років склало 79,8 %.

ЛІТЕРАТУРА

1. Витовский Р.М., Захарова В.П. [и соавт.]. Случай рецидива миксомы левого предсердия // Щорічні наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. — 2014.- Вип.22.- С.20–24.
2. Кипренский А.Ю., Нечаенко М.А. [и соавт.]. Диагностика и хирургическое лечение немиксоматозных опухолей сердца // Казанский медицинский журнал. — 2014.- Т. 95, № 6 — С.821–830.
3. A. Diaz, C. Di Salvo [et al.]. 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. Hoffmeier A, Sindermann JR, Scheld HH [et al.]. Cardiac tumors—diagnosis and surgical treatment // Deutsches Ärzteblatt International. — 2014. — Vol. 111(12) — P. 205–11.
5. M. S. Anvari, M. Naderan [et al.]. Clinicopathologic Review of Non- Myxoma Cardiac Tumors: A 10-Year Single-Center Experience // Cardiology. — 2014. — Vol. 129 — P. 199–202.

Вопросы диагностики и хирургического лечения первичных доброкачественных опухолей сердца

*Р. М. Витовский, В. В. Исаенко, А. А. Пищулин, В. Ф. Онищенко,
А. З. Паращий, Д. Н. Дядюн, Т. И. Дедкова, И. Г. Яковенко*

Национальная медицинская академия последипломного образования
имени П. Л. Шупика, г. Киев,

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

Вступление. В структуре сердечных новообразований миксомы составляют 80 — 90 % доброкачественных опухолей сердца.

Цель исследования — определить особенности диагностики и хирургического лечения первичных опухолей сердца.

Материалы и методы. В ГУ НИССХ имени Н. М. Амосова НАМН Украины за период с 1.01.1969 по 1.01.2017 г. 889 пациентов были оперированы по поводу первичных опухолей сердца. Миксомы сердца (МС) выявлены у 796 (89,5 %) больных, из них в 696 (87,4 %) случаях — МС левого предсердия. Немиксомные доброкачественные опухоли наблюдались в 33 (3,7 %) случаях, злокачественные опухоли — в 60 (6,8 %) случаях.

Результаты. Госпитальная летальность при хирургическом лечении МС составила 4,9 % (39 случаев).

Выводы. За последние 16 лет, 433 операций выполнено без летальных исходов, что обусловлено особенностями тактики неотложной диагностики и хирургического лечения, и обеспечивают безопасность и радикальность удаления опухолей сердца.

Ключевые слова: миксома, доброкачественные опухоли сердца, хирургическое лечение.

Issues of diagnostics and surgical treatment of primary benign heart tumours

*R. M Vitovsky, V. V. Isaienko, O. A. Pishchurin, V. F. Onishchenko,
O. Z. Paratsiy, D. M. Dyadyun, T. I. Dedkova, I. G. Yakovenko*

Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education, Kyiv,
Amosov National Institute of Cardio-Vascular Surgery of the Academy
of Medical Sciences of Ukraine, Kyiv

Introduction. In the structure of cardiac neoplasms, myxomas constitute 80–90 % of all benign heart tumours.

The aim of the study is to determine the features of diagnosis and surgical treatment of primary heart tumours.

Materials and methods. 889 patients with primary heart tumors had surgical treatment in the Amosov Institute of Cardiovascular Surgery of the Academy of Medical Sciences of Ukraine for period from 1/01/1969

НА ДОПОМОГУ ПРАКТИЧНОМУ ЛІКАРЮ

to 1/01/2017. The myxomas of heart (MH) were found in 796 (89.5 %) cases, of them 696 (87.4 %) cases were MH of the left atrium (LA). Other benign heart tumours were observed in 33 (3.7 %) cases, malignant heart tumours were in 60 (6.8 %) cases.

Results. Hospital mortality in the surgical treatment of MH was 4.9 % (39 cases).

Conclusions. Over the past 16 years, 433 operations have been performed without lethality due to the peculiarities of the tactics of emergency diagnosis and surgical treatment, and radicality of heart tumours removal.

Key words: myxoma, benign heart tumours, surgical treatment.

Відомості про авторів:

Вітовський Ростислав Мирославович — професор кафедри хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) — 277-55-77.

Ісаєнко Володимир Владиславович — доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) — 277-55-77.

Піщурін Олександр Анатолійович — доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) — 277-55-77.

Онїщенко Володимир Федорович — доцент кафедри хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) — 277-55-77.

Парацій Олексій Зіновійович — асистент кафедри хірургії серця та магістральних судин Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: (044) — 277-55-77.

Дядюн Дмитро Миколайович — лікар-кардіохірург Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України. Адреса: м. Київ, вул. М. Амосова, 6, тел.: (044) — 277-55-77.

Дєдкова Тетяна Іванівна — лікар-кардіолог вищої категорії Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України. Адреса: м. Київ, вул. М. Амосова, 6, тел.: (044) -277-55-77.

Яковенко Інна Григорівна — старший науковий співробітник відділу штучного кровообігу Національного інституту серцево-судинної хірургії імені М. М. Амосова НАМН України. Адреса: м. Київ, вул. М. Амосова, 6, тел.: (044) — 277-55-77.