

Малосимптомна гігантська міксома лівого передсердя: сучасний алгоритм діагностики та радикального оперативного лікування

Первинні пухлини серця (міксоми) досить рідкісні захворювання, що трапляються в структурі кардіальної патології з частотою від 0,0017 до 0,02 %. Аналіз бібліосемантики клінічних проявів міксом та власних клінічних спостережень свідчать про без- чи малосимптомний перебіг патології серця на ранніх стадіях розвитку міксом та поліморфізм і неспецифічність симптоматики в подальшому, навіть при гігантських розмірах пухлини. Тому в діагностиці міксом серця визначальними є їх візуалізація за допомогою ехокардіоскопічного дослідження та комп'ютерної або магнітно-резонансної томографії для топічної діагностики і визначення рухомості пухлини, її розмірів, ступеня васкуляризації, оцінки стану клапанів серця. Радикальним методом лікування є резекція міксом з прилеглими тканинами та наступною пластикою тканинного дефекту і корекцією супутньої дисфункції клапанів.

Ключові слова: клінічний випадок; міксома серця; діагностика; лікування.

Первинні пухлини серця належать до рідкісних захворювань, і, згідно зі статистичними даними, в структурі кардіальної патології трапляються з частотою 0,0017 – 0,02 % [1, 2], але є тяжкою діагностичною проблемою в медицині. Поліморфізм клінічної картини, недостатня обізнаність лікарів з питань діагностики даної патології часто призводять до несвоєчасного або помилкового встановлення діагнозу, що супроводжується прогресуванням захворювання та несвоєчасним і неадекватним лікуванням пацієнта.

Міксома (від лат. *mucus* – слиз) – доброякісна мезенхімальна внутрішньосерцева пухлина, що завжди росте у просвіт порожнини серця. Її виявляють у 50 % випадків усіх доброякісних новоутворень серця, а решта представлені ліпомами, фібромами, гемангіомами, папілярними фіброеластомами, рабдоміомами [2]. Міксоми можуть виникати у будь-якому віці, але найчастіше їх діагностують у діапазоні 30–60 років, причому в жінок у 2–3 рази частіше, ніж у чоловіків [2].

Етіологія міксом остаточно не визначена. За допомогою електронної мікроскопії в цитоплазмі зірчастих клітин було виявлено антигени до вірусу Коксаки В4 та часток, що нагадують віруси. Проте вірусну культуру з клітин пухлини виділити не вдалося [6, 10]. Також відомі випадки, коли міксоми виявляли у декількох членів однієї сім'ї. Близько 10 % міксом є сімейними, більшість з них пов'язані з синдромом Карні [3, 13].

Синдром Карні – це автосомно-домінантне захворювання, що характеризується розвитком міксом серця та деяких інших органів, плямистою пігментацією шкіри, ендокринною гіперактивністю, появою інших новоутворень, таких як тубулярна аденома яєчка, шваноми, аденома гіпофіза та пухлини щитоподібної залози. Міксоми серця в

складі синдрому Карні й спорадичні випадки міксом гістологічно не відрізняються. Однак, пухлини серця, асоційовані з синдромом Карні, не мають вікових чи гендерних особливостей, можуть бути одиничними або множинними, розташовуються у будь-яких відділах серця та мають схильність до рецидиву у 20 % випадків, незважаючи на адекватне хірургічне лікування [15, 3, 4].

У 1970 р. В. G. Hattleretal описали “правило 75”, згідно з яким 75 % усіх новоутворень серця складають міксоми, 75 % всіх міксом розташовані у лівому передсерді, 75 % з них локалізуються у фіброзній частині міжпередсердної перегородки (овальне вікно) та 75 % цих пухлин мають ніжку в ділянці їх прикріплення [5, 6]. Міксома правого шлуночка трапляється у 2 %, а лівого шлуночка – у 0,5 % випадків. Можливо, висока швидкість кровотоку перешкоджає росту пухлин в шлуночках [6]. У 65 % випадків поверхня пухлини гладка, покрита капсулою, у 35 % – ворсинчаста, не має капсули і схильна до фрагментації з розвитком емболії. З часом міксоми можуть кальцифікуватися. Розміри пухлин становлять від декількох міліметрів до 15 см, зазвичай вони мають кулясту форму, желатиноподібну або щільну консистенцію. Мікроскопічно міксома складається з недиференційованих мезенхімальних клітин полігональної форми, що розміщені в міксоїдному матриксі, багатому на мукополісахариди. В основі пухлини часто виявляють деформовані артерії, а в центральній частині – ділянки некрозу, крововиливи. Завдяки тому, що міксоми оточені кров'ю камер серця, над некротизованими ділянками пухлини продовжується проліферація клітин, що створює капсулу або ворсинчасті вирости [7]. У 80 % випадків пухлина прикріплюється до ендокарда довгою ніжкою, рідше – фіксується широкою основою [8].

За гістологічною будовою міксоми належать до доброякісних пухлин, проте через часті ускладнення (емболії, гостра недостатність кровообігу, аритмії, раптова смерть) мають ознаки злоякісності [9]. На ранніх стадіях, особливо коли міксома малого розміру, клінічна картина хвороби без- або малосимптомна [2]. Клінічна симптоматика пухлини залежить від місця розташування міксоми, її розмірів та ступеня рухомості. Так, міксома правого передсердя імітує синдром верхньої чи нижньої порожнистої вени внаслідок часткового перекриття та утрудненого відтоку крові з вказаних вен. При локалізації у лівому передсерді пухлина може перешкоджати повному зімкненню стулок мітрального клапана, що супроводжуватиметься клінічною картиною комбінованої мітральної вади серця. Міксома правого шлуночка проявляється симптоматикою стенозу легеневої артерії, а при ураженні лівого шлуночка – ознаками стенозу аорти. Міксоми з ворсинчастою поверхнею найчастіше маніфестують емболіями у головний мозок, серце, легеневу артерію, селезінку, нирки, судини верхніх та нижніх кінцівок. Емболія є головною особливістю міксоми серця та трапляється у 30–45 % пацієнтів з пухлиною лівого передсердя [9, 2, 11].

Для більшості пацієнтів характерна наявність хоча б одного з класичної тріади симптомів, а саме обструкція внутрішньосерцевого кровотоку, емболізація та загальні системні прояви. При невеликих розмірах пухлини механічного чинника обструкції клапанних отворів може не бути.

Найчастішою ознакою є застійна лівошлуночкова недостатність, що має швидкопрогресуючий характер та погано піддається медикаментозному лікуванню. Часто хворі скаржаться на задишку, яка посилюється у певному положенні тіла та наростає при фізичному навантаженні, головокружіння, можливі короткотривалі епізоди втрати свідомості. При розташуванні у правому передсерді розвиваються симптоми, характерні для ураження трикуспідального клапана: збільшення печінки, набряки нижніх кінцівок, асцит, легеневе серце.

Неспецифічними проявами хвороби є анемія, запальні зміни крові (лейкоцитоз, підвищення швидкості осідання еритроцитів (ШОЕ)), диспротеїнемія, підвищення фібриногену, схуднення, тривалий або інтермітуючий субфебрилітет. Ці зміни виникають унаслідок надходження в кров білкових субстанцій пухлини та продукції клітинами міксоми інтерлейкіну-6 [12], які й провокують активацію запального процесу.

При проведенні електрокардіографії у хворих з міксомами специфічних ознак не знаходять, але хвороба може супроводжуватися фібриляцією передсердь, синусовою брадикардією або тахікардією, шлуночковою екстрасистолією [3,16,17].

На рентгенограмах органів грудної порожнини можна виявити кардіомегалію, ознаки легеневої гіпертензії та застою в малому колі кровообігу.

В діагностиці міксом серця визначальним є ехокардіоскопічне дослідження: виявляють об'ємне новоутворення підвищеної ехогенності, визначають його локалізацію, рухомість, розміри, оцінюють стан клапанів.

В порівнянні з ехокардіоскопією комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія дають можливість більш детально ознайомитися з місцем розташування пухлини, її вмістом, поверхнею, формою, уточнити розмір, глибину інвазії та ступінь васкуляризації. За допомогою КТ та МРТ можна виявити пухлини діаметром 0,5–1 см [11, 15].

Хворим, старшим 40 років, рекомендовано проводити коронарну ангіографію у зв'язку з можливими атеросклеротичними змінами вінцевих судин або наявністю міксоматозних емболів [12].

На сьогодні дотримуються наступної лікувальної тактики: при виявленні міксоми серця пацієнту рекомендують якнайшвидше провести оперативне втручання – резекцію пухлини з ділянкою її прикріплення та прилеглими тканинами з подальшою пластикою дефектів, корекцію супутньої патології клапанів, при потребі – проведення аортокоронарного шунтування, тромбекстракцію. Передопераційна підготовка обмежується стабілізацією стану пацієнта та проведенням обстежень для уточнення діагнозу. Рання післяопераційна летальність становить 0–7,5 %. Частими післяопераційними ускладненнями є порушення ритму. Рецидив пухлини після оперативного втручання можливий в терміни від 3 місяців до 14 років у 1,9 – 7,0 % пацієнтів, а при сімейних формах може досягати 22 % [1, 13–15].

Аналіз даних тематичної літератури свідчить про відсутність систематизованих досліджень з проблеми міксом серця. Клінічні прояви хвороби є неспецифічними, що утруднює її своєчасну (ранню) діагностику і, відповідно, адекватне лікування та профілактику таких життєво небезпечних ускладнень, як тромбоемболії, аритмії та гостра серцево-судинна недостатність. Наведені факти, а також недостатня поінформованість лікарів щодо суті даної патології та її клініко-інструментальних проявів, зумовили актуальність даного дослідження і представлення власних спостережень.

Мета роботи. Вивчення особливостей клінічної картини та інформативності рутинних методів діагностики міксом серця для створення діагностично-лікувального алгоритму при даній патології шляхом детального аналізу та клініко-лабораторного розбору власного клінічного спостереження.

У статті використано системний аналіз, бібліосемантика та аналіз випадку захворювання конкретного пацієнта з міксомою серця. По-

ПОВІДОМЛЕННЯ

шук джерел здійснювали за допомогою науково-статистичної бази даних медичної інформації PubMed-NCBI.

Опис клінічного випадку. У палату інтенсивної терапії кардіологічного відділення Тернопільської університетської лікарні ургентно, після короткочасної втрати свідомості, був госпіталізований хворий Н., 35 років. Скаржиться на головокружіння та задишку в спокої, які посилюються при незначних фізичних навантаженнях та у вертикальному положенні тіла, відчуття серцебиття, загальну слабкість. Двічі відмічав короткочасну втрату свідомості.

Задишка при фізичному навантаженні турбує протягом останніх 6 місяців. Впродовж останнього тижня задишка посилилась, з'явилося відчуття серцебиття. В зв'язку з синкопе звернувся за медичною допомогою і був госпіталізований бригадою Е(Ш)МД у кардіологічне відділення.

Загальний стан хворого при госпіталізації тяжкий, він притомний, контактний. Правильної тілобудови, задовільного живлення. Шкірні покриви бліді, чисті, підвищеної вологості. Лімфатичні вузли та щитоподібна залоза не збільшені. Температура тіла 36,6°C. Пульс – 100 ударів за хвилину, аритмічний, слабкого наповнення. На кардіомоніторі: фібриляція передсердь; артеріальний тиск – 130/80 мм рт. ст. Перкуторно межі відносної серцевої тупості розширені вліво на 2 см. Діяльність серця аритмічна, I тон ослаблений, непостійний мезосистолічний шум над верхівкою, акцент II то-

ну над легеневою артерією. Дихання самостійне, адекватне. Частота дихання – 18 дихальних рухів за хвилину, сатурація кисню за даними пульсоксиметрії – 96 %. Перкуторно над легенями ясний легеневий звук, притуплення перкуторного звуку в нижніх відділах легень, де вислуховується ослаблене дихання. Живіт симетричний, м'який, неболючий. Печінка + 1 см нижче реберної дуги, м'яко-еластичної консистенції, край заокруглений, неболючий при пальпації. Периферійні набряки нижніх кінцівок відсутні.

В загальному аналізі крові патологічних змін не виявлено: гемоглобін – 127 г/л; еритроцити – $4,74 \times 10^{12}/л$; лейкоцити – $6,2 \times 10^9/л$; ШОЕ – 9 мм/год; паличкоядерні нейтрофіли – 7 %; сегментоядерні нейтрофіли – 74 %; лімфоцити – 17 %; моноцити – 2 %. За результатами біохімічного аналізу крові відмічено незначне підвищення рівня загального білірубину – 21,1 мкмоль/л (норма 0–20,5 мкмоль/л) за рахунок прямого білірубину – 10,9 мкмоль/л (норма 0–6,2 мкмоль/л); глюкози – 6,33 ммоль/л (норма 3,51–6,11 ммоль/л); фібриногену – 6,14 г/л (норма 2–4 г/л); протромбіновий час – 15,8" (норма 10–14"); % відношення за Квіком – 67,1 % (норма 70–130 %); МНІ – 1,29 (норма 0,8–1,24); тромбіновий час – 9,7" (норма 8–14"); АЧТЧ – 26,7 с (норма 24–34 с).

При поступленні у пацієнта за даними електрокардіограми діагностовано ектопічний ритм, ЧСС – 100–150 за 1 хвилину, фібриляцію передсердь, тахіаритмію шлуночків (рис. 1).

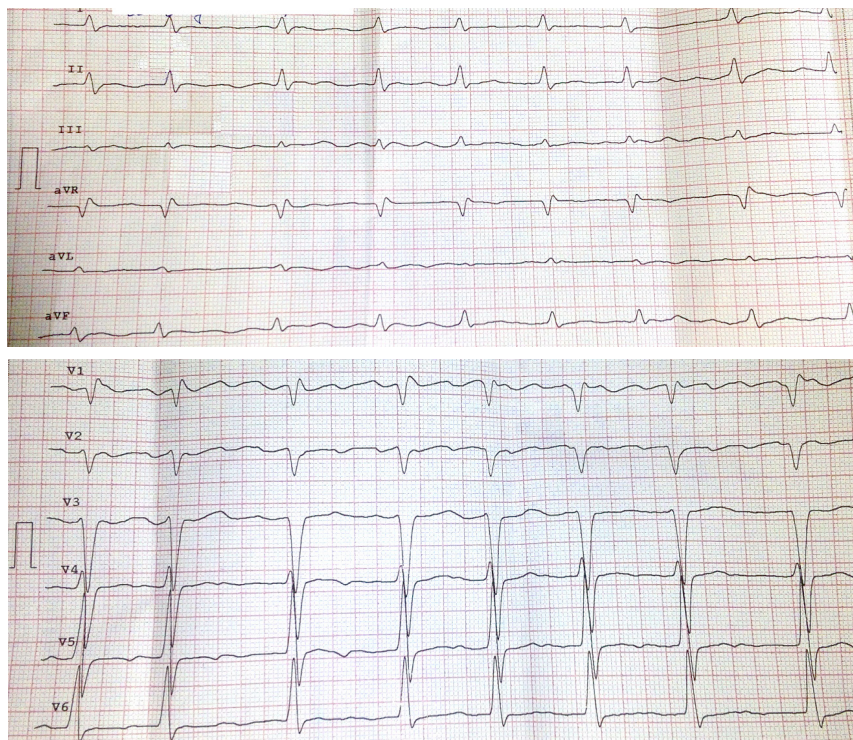


Рис. 1. Електрокардіограма пацієнта Н. при госпіталізації в клініку.

ПОВІДОМЛЕННЯ

Результати ехокардіоскопії: аорта – 3,5 см; АК – норма; ЛП – 5,2 см, розширене; в порожнині ЛП ехогенний утвір розміром 4,9x7,1 см з чіткими контурами, що кріпиться до міжпередсердної перегородки. На МК – регургітація (++) КДР – 5,6 см, не розширений. Стінки: МШП – 1,0 см; ЗСЛШ – 0,9 см. ПШ – 2,1 см, не розширений. На ТК – регургітація (+). ФВ – 26 %. Середній систолічний тиск в легеневій артерії – 30 мм рт. ст. Двобічний гідроторакс: справа – 400 мл; зліва – 300 мл (рис. 2).

З діагностичною метою хворому проведено коронарну ангіографію. Патологічних змін коронарних судин не виявлено.

За результатами комп'ютерної томографії у порожнині лівого передсердя виявлено гетерогенне новоутворення овальної форми, розміром 4,9x7,1 см, що кріпиться тонкою ніжкою до міжпередсердної перегородки в ділянці овальної ямки (рис. 3).

Хворому встановлено діагноз: гігантська міксома лівого передсердя. Фібриляція передсердь з нормо-тахіаритмією шлуночків. СН II Б ст. із зниженою систолічною функцією лівого шлуночка, III ФК. Двобічний гідроторакс.

Для стабілізації стану хворому було призначено медикаментозне лікування: клексан по 0,8 мл 2 рази на добу підшкірно; верошпірон по 25 мг 2 рази на добу перорально; кордарон по 200 мг 3 рази на добу перорально; трифас по 4 мл 1 раз на добу внутрішньовенно; оксигенотерапія.

Хворому проведено хірургічне лікування: видалення міксоми лівого передсердя в умовах штучного кровообігу. Після видалення пухлини (рис. 4) у хворого виявлено пролабування передньої стулки мітрального клапана (МК). Через наявність великого дефекту тканин провести пластику МК не вдалось, тому було виконано протезування МК (On-X № 29).

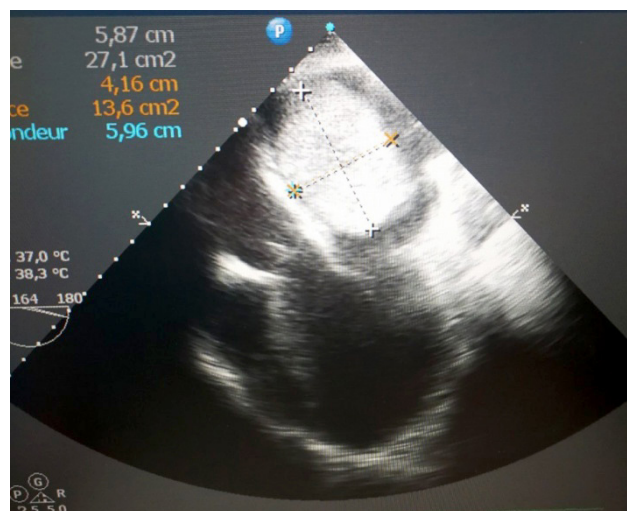
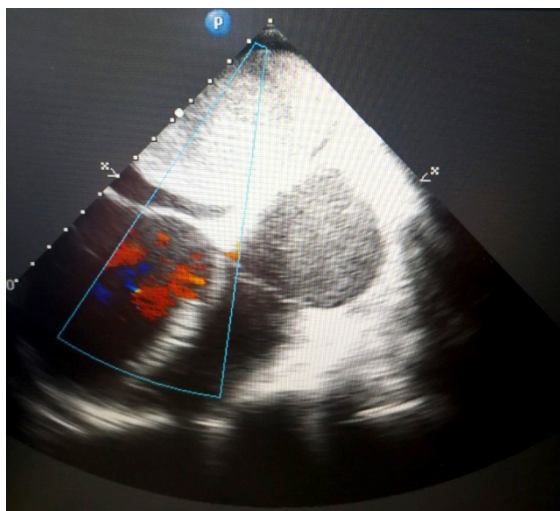


Рис. 2. Дані трансторакальної ехокардіоскопії: наявний ехогенний утвір в порожнині лівого передсердя.

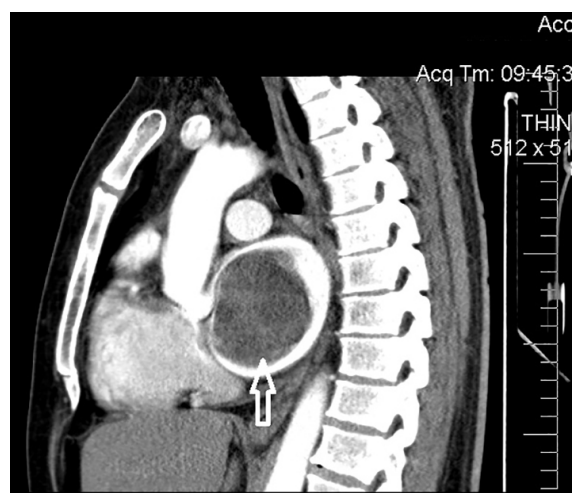
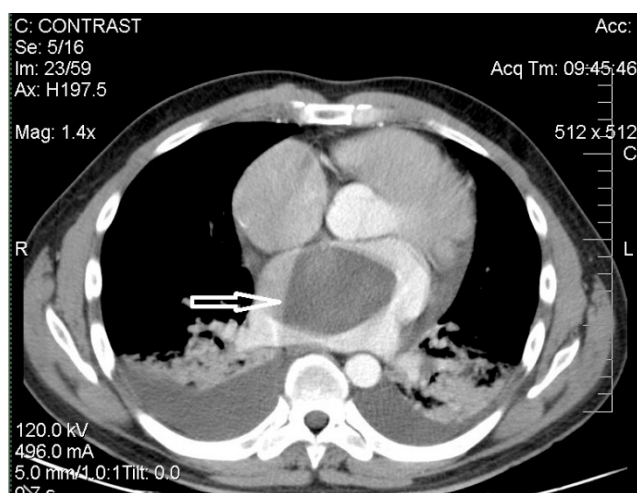


Рис. 3. Комп'ютерна томограма органів грудної порожнини хворого Н. У лівому передсерді візуалізується міксома (вказано стрілкою).

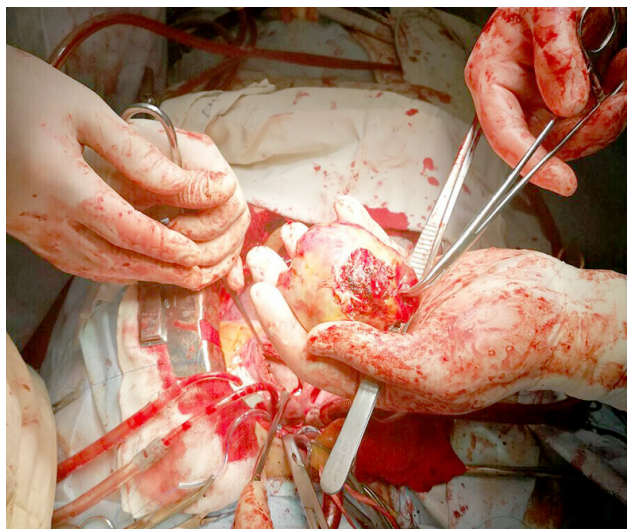


Рис. 4. Макропрепарат міксоми серця хворого Н.

Діагноз було підтверджено гістологічно. Мікроскопічно пухлина представлена міксоїдною тканиною, в якій відмічається переплетення тонких колагенових пучків з великою кількістю зірчастих та веретеноподібних клітин, що анастомозують своїми відростками; структурні елементи розподіляються в гомогенній базофільній субстанції, в тканині пухлини багато судин капілярного типу, тяжів ендотеліальних клітин.

За результатами контрольної ехокардіоскопії: аорта – 3,8 см; АК – норма; ЛП – 4,3 см, розширене. МК – протез функціонує добре, регургітація (+). КДРлш – 6,0 см, розширений. Стінки: МШП – 1,0 см; ЗСЛШ – 0,9 см. ПШ – 3,0 см, не розширений. ТК – регургітація (+). ФВ – 26 %. Середній систолічний тиск у легеневій артерії – 30 мм рт. ст. У перикарді рідина не визначається. Сліди рідини наявні в правому плевральному синусі.

Післяопераційний період перебігав без особливостей.

Перспективи подальших досліджень у зв'язку з поліморфізмом клінічної картини міксом серця варто збільшити реєстр пацієнтів з цією патологією та систематизувати симптоматику даного за-

хворювання для створення алгоритму його ранньої діагностики, що дозволить розробити адекватні методи лікування хвороби і профілактики її ускладнень.

Клінічна діагностика навіть гігантських внутрішньопорожнинних новоутворень серця (міксом) утруднена, тому найінформативнішими та доступнішими методами є трансторакальна ехокардіоскопія, комп'ютерна томографія та магнітно-резонансна томографія, які здатні візуалізувати пухлини розміром 0,5–1 см, встановити їх локалізацію, глибину інвазії та ступінь васкуляризації.

Хворим старше 40 років рекомендовано додатково проводити коронарну ангіографію для своєчасного виявлення можливих при даній патології атеросклеротичних змін коронарних судин або наявності міксоматозних емболів.

Радикальним методом лікування є хірургічне втручання – резекція пухлини з ділянкою її прикріплення та прилеглими тканинами з наступною пластикою дефектів, корекцією супутньої патології клапанів, тромбекстракцією, а при потребі – проведення аорто-коронарного шунтування.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Tarver T. Cancer Facts & Figures 2012. American Cancer Society (ACS). / T. Tarver // Journal of Consumer Health on The Internet. – 2012. – No. 16. – P. 366–367.
2. Захарьян Е. А. Клинические случаи миксома левого предсердия: особенности клинического течения, диагностики, лечения / Е. А. Захарьян // Таврический медико-биологический вестник. – 2012. – С. 389 – 393.
3. Familial atrial myxoma: Three related cases at an Australian Tertiary Institution / C. Schmidt, A. Doi, M. Ura [et al.] // Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 2017. – No. 23. – P. 203–206.
4. Carney J. Carney complex / J. Carney, R. Swee // The American Journal of Surgical Pathology. – 2002. – No. 26. – P. 393.
5. Atrial myxoma: An evaluation of clinical and laboratory manifestations / B. Hattler, J. Fuchs, R. Cosson, D. Sabiston // The Annals of Thoracic Surgery. – 1970. – No. 10. – P. 65–74.
6. Ушаков А. В. Миксома сердца: современный взгляд на проблему / А. В. Ушаков, Г. Э. Захарьян, Г. Е. Ризк // Украинський кардіологічний журнал. – 2013. – № 2. – С. 124–131.
7. Heart: Cardiac myxoma [Electronic resource] // Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology. –

2019. – Mode access : <http://atlasgeneticsoncology.org/Tumors/CardiacМухомID5661.html>.
8. Витовський Р. М. К вопросу о семейных миксомах сердца и миксомном синдроме / Р. М. Витовский, Л. Л. Ситар, А. В. Кривенький // Серце і судини. – 2005. – № 1. – С. 8–13.
9. Large asymptomatic left atrial myxoma with ossification: case report / M. Panagiotou, N. Panagopoulos, P. Ravazoula [et al.] // *Journal of Cardiothoracic Surgery*. – 2008. – No. 3.
10. Петров С. В. Руководство по иммуногистохимической диагностике опухолей человека / С. В. Петров, Н. Т. Райхлин. – Казань : Титул, 2004. – 456 с.
11. Мухома of the left ventricle / С. Abad, J. Novoa, A. Delgado, A. Alonso // *Texas Heart Institute Journal*. – 2014. – No. 41. – P. 395–400.
12. Витовський Р. М. О дифференціальної діагностики миксомом лівого передсердя і пороков мітрального клапана / Р. М. Витовський // *Український ревматологічний журнал*. – 2001. – № 1. – С. 27–31.
13. Familial recurrent atrial myxoma: Carney's complex / A. Nagesh Shetty Roy, M. Radin, D. Sarabi, E. Shaoulian // *Clinical Cardiology*. – 2011. – No. 34. – P. 83–86.
14. Рецидив миксомы левого предсердия при соблюдении принципов радикальности операции / Р. М. Витовский, В. П. Захарова, В. П., В. В. Исаенко [и др.] // *Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія*. – 2014. – № 2. – С. 24–27.
15. Braunwald's heart disease: a textbook of cardiovascular medicine 8th ed / [E. Braunwald, D. Zipes, P. Libby et al.]. – 2015. – Vol. 4. – P. 2059–2062.
16. Netter's cardiology / G. Stouffer, M. Runge, C. Patterson, J. Rossi. – Philadelphia: Saunders/Elsevier, 2010. – 672 p. – (2nd ed). – pp. 536–537.
17. Результаты хирургического лечения миксомом сердца / А. Н. Коростелёв, А. Ю. Кипренский, Ю. В. Кипренский [и др.] // *Казанский медицинский журнал*. – 2012. – № 1. – С. 28–33.

REFERENCES

1. Tarver, T. (2012). Cancer Facts & Figures 2012. American Cancer Society (ACS). *Journal Of Consumer Health On The Internet*, 16(3), 366-367. doi: 10.1080/15398285.2012.701177.
2. Zaharyan, E.A. (2012). Klinicheskie sluchai miksomy levogo predserdiya: osobennosti klinicheskogo techeniya, diagnostiki, lecheniya [Clinical cases of left atrial myxoma: features of clinical course, diagnosis, treatment]. *Tavrisheskiy mediko-biologicheskiy vestnik – Tauride Medical-Biological Herald*, 15, 4 (60), 389-393 [in Russian].
3. Schmidt, C., Doi, A., Ura, M., Cole, C., & Mundy, J. (2017). Familial atrial myxoma: Three related cases at an Australian Tertiary Institution. *Annals of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 23 (4), 203-206. doi: 10.5761/atcs.cr.16-00169.
4. Carney, J., & Swee, R. (2002). Carney Complex. *The American Journal of Surgical Pathology*, 26 (3), 393. doi: 10.1097/00000478-200203000-00016.
5. Hattler, B., Fuchs, J., Cosson, R., & Sabiston, D. (1970). Atrial myxoma: An evaluation of clinical and laboratory manifestations. *The Annals of Thoracic Surgery*, 10 (1), 65-74. doi: 10.1016/s0003-4975(10)65567-1.
6. Ushakov, A.V., Zaharian, E.A., & Rizk, G.E. (2013). Miksomy serdtsa: sovremennyy vzglyad na problemu [Myxomas of the heart: a modern view of the problem]. *Ukrainskiy kardiologichnyi zhurnal – Ukrainian Cardiology Journal*, 2, 124-131 [in Russian].
7. Heart: Cardiac myxoma. (2019). Retrieved from: <http://atlasgeneticsoncology.org/Tumors/CardiacМухомID5661.html>.
8. Vitovskiy, R.M., Sitar, L.L., & Krivenkiy, A.V. (2005). K voprosu o semeynnykh miksomakh serdtsa i miksomnom sindrome [On the issue of familial myxoma of the heart and myxom syndrome]. *Sertse i sudyny – Heart and Blood Vessels*, 1, 8-13 [in Russian].
9. Panagiotou, M., Panagopoulos, N., Ravazoula, P., Kaklamanis, L., & Koletsis, E. (2008). Large asymptomatic Left Atrial Myxoma with ossification: case report. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 3 (1). doi: 10.1186/1749-8090-3-19.
10. Petrov, S.V., & Rayhlin, N.T. (2004). *Rukovodstvo po immunogistohimicheskoy diagnostike opukholey cheloveka [Guidelines for the Immunohistochemical Diagnosis of Human Tumors]*. Kazan: Titul [in Russian].
11. Abad, C., Novoa, J., Delgado, A., & Alonso, A. (2014). Myxoma of the left ventricle. *Texas Heart Institute Journal*, 41 (4), 395-400. doi: 10.14503/thij-13-3281.
12. Vitovskiy, R.M. (2001). O differentsialnoy diagnostike miksom levogo predserdiya i porokov mitralnogo klapan [On the differential diagnosis of left atrial myxoma and mitral valve defects]. *Ukrainskiy revmatologichnyi zhurnal – Ukrainian Rheumatologist Journal*, 1 (3), 27-31 [in Russian].
13. Nagesh Shetty Roy, A., Radin, M., Sarabi, D., & Shaoulian, E. (2011). Familial recurrent atrial myxoma: Carney's complex. *Clinical Cardiology*, 34 (2), 83-86. doi: 10.1002/clc.20845.
14. Vitovskiy, R.M., Zagarova, V.P., & Isayenko, V.V. (2014). Retsidiv miksomy levogo predserdiya pri soblyudenii printsipov radikalnosti operatsii [Relapse of myxoma of the left atrium while respecting the principles of radical operation]. *Kardiokhirurhiia ta interventsiiina kardiologhiia – Cardiac Surgery and Interventional Cardiology*, 2, 24-27 [in Russian].
15. Zipes, D., Libby, P., Bonow, R., Mann, D., Tomaselli, G., & Braunwald, E. (2015). *Braunwald's Heart Disease* (8th ed).
16. Stouffer, G., Runge, M., Patterson, C., Rossi, J., & Netter, F. (2010). *Netter's Cardiology* (2nd ed.).
17. Korostelyov, A.N., Kiprenskiy, A.Yu., & Kiprenskiy, Yu.V. (2012). Rezultaty khirurgicheskogo lecheniya miksom serdtsa [The results of surgical treatment of myxoma of the heart]. *Kazanskiy meditsinskiy zhurnal – Kazan Medical Journal*, 1 (93), 28-33 [in Russian].

Отримано 10.01.2019

Електронна адреса для листування: shved@tdmu.edu.ua.

ПОВІДОМЛЕННЯ

M. I. SHVED, V. S. MOROZ, I. Z. HUMENNYI, L. YU. ORYSHCHYN, O. L. SYDORENKO

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University

SMALL-SYMPTOMATIC GIANT LEFT ATRIAL MYXOMA: A MODERN ALGORITHM FOR DIAGNOSIS AND RADICAL SURGICAL TREATMENT

Primary tumors of the heart (myxoma) are quite rare diseases that occur with a frequency from 0.0017 to 0.02 % in the structure of cardiac pathology. An analysis of the library semantics of clinical manifestations and of its own clinical observations indicates that the heart myxoma is oligosymptomatic or asymptomatic in the early stages of development of the pathology, but polymorphism and lack of the symptoms' specificity in the future, even with gigantic tumor size. Therefore, in the diagnosis of the heart myxoma, their visualization by using of echocardiography and computer magnetic resonance imaging for topical diagnosis and determination of tumor mobility, its size, degree of vascularization, and assessment of the heart valves status. The radical treatment method is the resection of myxoma with adjacent tissues with further plastic tissue defect correction and correction accompanying valve dysfunction.

Key words: clinical case; myxoma; diagnostics; treatment.

Н. И. ШВЕД, В. С. МОРОЗ, И. З. ГУМЕННИЙ, Л. Ю. ОРИЩИН, О. Л. СИДОРЕНКО

ГБУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины"

МАЛОСИМПТОМНАЯ ГИГАНТСКАЯ МИКСОМА ЛЕВОГО ПРЕДСЕРДИЯ: СОВРЕМЕННЫЙ АЛГОРИТМ ДИАГНОСТИКИ И РАДИКАЛЬНОГО ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Первичные опухоли сердца (миксомы) достаточно редкие заболевания, встречающиеся в структуре кардиальной патологии с частотой от 0,0017 до 0,02 %. Анализ библиосемантики клинических проявлений миксом и собственных клинических наблюдений свидетельствуют о без- или малосимптомном течение патологии сердца на ранних стадиях развития миксомы, и полиморфизме, неспецифичности симптоматики в дальнейшем, даже при гигантских размерах опухоли. Поэтому в диагностике миксом сердца определяющими являются их визуализация с помощью эхокардиоскопического исследования и компьютерной или магнитно-резонансной томографии для топической диагностики и определения подвижности опухоли, ее размеров, степени васкуляризации, оценки состояния клапанов сердца. Радикальным методом лечения является резекция миксомы с окружающими тканями и последующей пластикой тканевого дефекта, коррекцией сопутствующей дисфункции клапанов.

Ключевые слова: клинический случай; миксома сердца; диагностика; лечение.