

## К ВОПРОСУ О ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЕРВИЧНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА

Витовский Р.М., Исаенко В.В., Маари Ахмед, Антощенко А.А., Билинский Е.А., Сатмари Е.В., Деткова Т.И., Витковская Н.И., Кривенький А.В., Яковенко И.Г., Верич М.Н., Матюшко Л.Г., Рябица В.М., Сало С.В.

*ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова НАМН» (Киев)*

В НИССХ им. Н.М. Амосова АМН Украины за период с 1.01.1969 по 1.01.2012 г. прошли лечение по поводу первичных опухолей сердца 742 пациента. Миксомы сердца (МС) выявлены у 662 (89,2%) больных, из них в 577 (87,2%) случаях – МС левого предсердия (ЛП). Немиксоматозные доброкачественные опухоли наблюдались в 26 (3,5%) случаях, злокачественные опухоли – в 54 (7,3%). Госпитальная летальность при хирургическом лечении МС составила 39 случаев (5,9%). За последние 11 лет 301 операция выполнена без летальных исходов.

**Ключевые слова:** миксомы, доброкачественные опухоли сердца, хирургическое лечение.

Частота выявления первичных опухолей сердца (ПОС) в кардиохирургических клиниках составляет от 0,09% до 1,9% общего числа госпитализированных больных. Более 80% являются морфологически доброкачественными опухолями, однако прогноз при этой патологии остаётся неблагоприятным [1, 2]. В структуре сердечных новообразований миксомы составляют 80–90% доброкачественных опухолей сердца. Первичные опухоли сердца имеют разнообразную клиническую картину, имитирующую другие заболевания сердца. Актуальными остаются вопросы диагностики новообразований сердца и их адекватного, нередко неотложного хирургического лечения, учитывая то, что клинические проявления могут выявляться только в поздних стадиях заболевания [3, 4].

**Цель статьи** – представить опыт хирургического лечения первичных опухолей сердца (ПОС) доброкачественного генеза.

**Материал и методы.** В НИССХ им. Н.М. Амосова НАМН за период с 1.01.1969 по 1.01.2012 г. наблюдались 742 пациента с морфологически верифицированными первичными опухолями сердца. Немиксоматозные доброкачественные опухоли (НДОС) наблюдались в 26 (3,5%) случаях, злокачественные опухоли – в 54 (7,3%). Рабдомиомы составили 9 (34,6%) случаев, в 4 (15,4%) была выявлена гемангиома, в 6 (20,7%) – папиллярная фиброэластома, в 3 (11,5%) – фиброма, в 2 (7,7%) случаях обнаружена липома и лейомиома. Возраст пациентов составлял от 1 дня до 56 лет.

Миксомы сердца (МС) регистрировались у 662 (89,2%) больных: в том числе в 577 (87,2%) случаях – МС левого предсердия (ЛП). Миксомы правого предсердия (ПП) определялись в 58 (8,8%), МС в левом (ЛЖ) и в правом (ПЖ) желудочках – по 8 (1,2%) случаев соответственно. Мультицентричный рост опухоли с поражением двух или трех камер сердца был обнаружен у 12 (1,8%) больных. Возраст больных с МС составил от 3 до 78 лет (в среднем  $45,6 \pm 3,5$  г.), из них 481 (72,6%) – от 31 до 60 лет.

Такое тяжелое осложнение клинического течения данного заболевания, как эмболический синдром, определялось у больных с МС в 31 (4,7%) случае, причем на фоне синусового ритма. У этих пациентов эмболия сосудов головного мозга имела место в 23 (3,5%)

случаях, в том числе в 8 (1,2%) – многократно. У 8 (1,2%) больных была зарегистрирована эмболия сосудов других органов – почек, нижних и верхних конечностей.

Изменение динамики госпитализации больных с МС в НИИССХ определяет увеличение частоты регистрации данной патологии: за период с 1969 по 1990 гг. количество пациентов с МС составило 160 (24,2%) случаев, а за период с 1991 по 2011 гг. – 502 (75,8%) случая. Это обусловлено как вероятным увеличением частоты данного заболевания, так и широким внедрением ультразвукового исследования сердца.

Преобладающее место фиксации МС определялось на межпредсердной перегородке (МПП) в 573 (86,5%) случаях, диаметр основания МС составлял от 0,5 до 7,5 см. Ведущим клиническим проявлением у пациентов с МС была застойная сердечная недостаточность, которая имела место в 614 (92,7%) случаях при возникновении частичной обтурации опухолью клапанных отверстий с последующим развитием нарушения гемодинамики в соответствующих камерах сердца. Согласно классификации NYHA, к III и IV ф. к. были отнесены 243 (36,7%) и 59 (8,9%) больных соответственно.

Потери сознания и приступы головокружения определялись у 142 (21,5%) больных, были важными клиническими симптомами МС. Появление этих симптомов у 95 (14,4%) пациентов было связано с определенным положением тела, что оказалось характерным для предсердных локализаций опухолей и не наблюдалось в случаях желудочковой локализации МС.

Выраженность проявлений недостаточности кровообращения при МС (одышка, сердцебиение, головокружение, потери сознания) была различной в зависимости от положения тела больного в 181 (27,3%) наблюдениях. У 248 (37,5%) больных с разнообразными локализациями МС регистрировались боли в области сердца. Чаще всего боли проявлялись как чувство тяжести в грудной клетке и не носили стенокардитического характера. В 443 (66,9%) случаях длительность симптомов заболевания не превышала 1 года до операции. Различные нарушения ритма, как клинические проявления МС, регистрировались у 197 (29,8%) пациентов. Следует заметить, что у 149 (22,5%) больных они проявлялись стойкой (95 (14,4%) случаев) или пароксизмальной (54 (7,1%) случаев) тахикардией в сочетании с экстрасистолией. При аускультации у больных с ПОС выявлялись шумы, сходные с таковыми при ревматических пороках сердца. Изменчивость аускультативных проявлений при стабильно синусовом ритме со временем и при изменении положения тела пациента была определяющей, что обусловлено смещением опухоли относительно клапанов сердца, и отмечена у 128 (19,3%) пациентов из МС. Из общих реакций организма на опухоль, как клинических проявлений МС, были выявлены: субфебрилитет – в 375 (56,7%) случаях; общая слабость, быстрая утомляемость и недомогание – у 414 (62,6%) больных, артралгия и миалгия – у 209 (31,6%), снижение массы тела – у 259 (39,2%) пациентов.

Основным диагностическим методом в комплексе диагностики ПОС является ЭхоКГ. Начиная с 1984 г. 619 (93,5%) больным из 662 пациентов с МС была произведена ЭхоКГ: в 423 (68,3%) случаях опухоль лоцировалась в виде неоднородного по своей структуре объемного образования ячеистого характера с расплывчатыми неровными контурами, которые изменялись в процессе движения. В других 196 (31,7%) случаях визуализировалось объемное новообразование гомогенного характера с четкими ровными краями. В 46 (7,4%) случаях определялись вкрапления кальция в виде ярких эхосигналов разнообразной локализации.

При макроскопическом исследовании среди МС определялись: ворсинчатые – в 385 (58,2%) случаях и компактные опухоли овоидной или округлой формы, с блестящей гладкой, иногда холмистой поверхностью – в 277 (41,8%) случаях. Основание МС выявлялось

у 539 (81,4%) пациентов, в том числе в 421 (63,6%) случае место прикрепления опухоли определялось на участке МПП.

При подготовке к операции, а именно во время транспортировки и укладки пациентов на операционном столе, у 39 (5,9%) больных с МС появились выраженные клинические проявления обтурации клапанных отверстий. В таких случаях было признано целесообразным придавать пациентам полусидячее положение с поворотом на правый бок в начале хирургического вмешательства.

Все операции, за исключением 15 (2,3%), которые происходили на начальном этапе хирургии МС, проводили доступом из срединной стернотомии, что обеспечило оптимальные условия для удаления опухолей любой локализации.

При выполнении левопредсердного доступа в 145 (21,9%) случаях МС ЛП новообразования были удалены фрагментами у 54 (37,2%) пациентов. Наиболее традиционным и удобным оказался доступ к МС ЛП через ПП и МПП, при этом регистрировалось уменьшение частоты фрагментации опухоли до 21,3% (81 больных на 381 операцию). У 6 (0,9%) пациентов с миксомами ЛП мы были вынуждены применить соединение отмеченных доступов правой атриотомии и септотомии с левой атриотомией, что позволило безопасно закончить операцию. В 45 (7,8%) случаях при выявлении больших (до 8–12 см) миксом ЛП применялся чрездвухпредсердный доступ, который позволил полностью избежать фрагментации опухоли.

Патология клапанного аппарата в соединении с МС определялась у 36 (5,4%) больных. В 31 (4,7%) случае наблюдалось поражение митрального клапана (МК) и в 5 (0,8%) – трикуспидального клапана (ТК). Среди них механическое повреждение клапанных структур миксомой обнаружено у 21 (3,2%) больного. Другая патология клапанного аппарата проявилась относительной недостаточностью клапана за счет выраженного расширения фиброзного кольца: трикуспидального – в 4 (0,6%) случаях и митрального – в 10 (1,5%) случаях соответственно. Вовлечение клапанного аппарата в опухолевый процесс наблюдалось у 6 (0,9%) больных. При этом у 1 (0,2%) пациента миксома ПЖ прикреплялась к папиллярным мышцам и хордам ТК, а в 5 (0,8%) случаях миксома ЛП поражали переднюю створку МК. Хирургическая коррекция клапанных поражений была выполнена у 35 (5,3%) больных: в 9 (1,4%) случаях – протезирование клапанов (8 – МК, 1 – ТК), в 26 (3,9%) – пластические операции с положительным функциональным эффектом.

**Результаты.** Госпитальная летальность составила 5,9% (39 случаев). Причинами летальных исходов были: неврологические осложнения – у 16 (46,2%) больных; материальная эмболия в 7 (17,9%) случаях, инфаркт миокарда – в 3 (7,7%) случаях; септические осложнения – в 1 (2,6%) случае; погрешности операций – в 5 (12,9%) случаях. При этом за последние 11 лет выполнена 301 операция без летальных исходов.

Результаты хирургического лечения МС в отдаленном периоде изучены у 557 пациентов (89,4% выписанных) в сроки от 6 месяцев до 40 лет (в среднем  $18,2 \pm 4,3$  года). Выживаемость в сроки до 20 лет составила 79,6%. В отдаленном периоде в I ф.к. НУНА находились 436 (78,4%) пациентов, во II ф.к. – 74 (13,3%). Рецидивы МС обнаружены у 11 (1,7%) пациентов в сроки от 2 до 12 лет (в среднем  $5,4 \pm 0,5$  года) после первичной операции.

Госпитальная летальность при хирургическом лечении НДОС составила 3,9% (1 случай). В отдаленном периоде погибли 2 пациента, рецидивирование заболевания в первые годы после операции не было выявлено.

## Выводы

1. Неотложные хирургические вмешательства являются единственным методом эффективного лечения доброкачественных ПОС.
2. Принятая хирургическая тактика обеспечивает безопасность и радикальность удаления ПОС. За последние 11 лет при выполнении 301 операции летальных исходов не было.
3. Эффективность выполненных операций при хирургическом лечении ПОС подтверждается данными отдаленных результатов: в I ф.к. НУНА находились 436 (78,4%), в II ф.к. – 74 (13,3%) пациентов соответственно; выживаемость в сроки до 20 лет составила 79,6%.

## Литература

1. Кнышов Г.В., Витовский Р.М., Захарова В.П. Опухоли сердца. – К., 2005.–256 с.
2. Komoda T., Huebler M., Hetzer R. In situ macrophotograph of papillary fibroelastoma of the aortic valve // Eur. J. Cardio-Thor Surg. – 2009. – Vol. 36. – P. 401.
3. Ciss A., Diarra O., N'diaye A. et al. Right ventricle myxoma obstructing partially right ventricular outflow tract // The Internet Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. – 2009. – Vol. 13. – N. 2. – P. 231.
4. Аверчук В.Г., Кулик Л.В., Іванів Ю.А. та ін. Актуальні питання хірургічного лікування міксом лівого передсердя: досвід 69 операцій // Щорічник наукових праць Асоціації серцево-судинних хірургів України. – 2010. – Вип. 18. – С. 20–24.

## ДО ПИТАННЯ ПРО ХІРУРГІЧНЕ ЛІКУВАННЯ ПЕРВИННИХ ДОБРОЯКІСНИХ ПУХЛИН СЕРЦЯ

**Вітовський Р.М., Ісаєнко В.В., Маарі Ахмед, Антошенко А.А., Білінський Є.О., Сатмарі Є.В., Дєдкова Т.І., Вітківська Н.І., Кривенький О.В., Яковенко І.Г., Матюшко Л.Г., Верич М.Н., Рябиця В.М., Сало С.В.**

У НІССХ ім. М.М. Амосова НАМН за період з 1.01.1969 по 1.01.2012 рр. було прооперовано 742 пацієнти з приводу первинних пухлин серця. Міксому серця (МС) виявлені в 662 (89,2%) випадках, з них в 577 (87,2%) – МС лівого передсердя. Неміксоматозні доброякісні пухлини спостерігалися в 26 (3,5%) випадках, злоякісні пухлини – в 54 (7,3%). Госпітальна летальність становила 5,9% (39 випадків). В останні 11 років 301 операція виконана без летальних наслідків.

**Ключові слова:** міксоми, доброякісні пухлини серця, хірургічне лікування.

## TO THE QUESTION OF SURGICAL TREATMENT OF A BENIGN HEART TUMOURS

**Vitovsky R.M., Isaenko V.V., Maari Ahmed, Antoschenko A.A., Bilinsky E.A., Satmari E.V., Dedkova T.I., Vitkovska N.I., Krivenky A.V., Yakovenko I.G., Matiushko L.G., Verich M.N., Rjabitsa V.M., Salo S.V.**

In N.M. Amosov Institute of Cardio-Vascular surgery of the Academy of Medical Sciences of Ukraine during the period from 1.01.1969 to 1.01.2012 742 patients with primary heart tumors had surgical treatment. The myxomas of heart (MH) were found in 662 (89,2%), out of them in 577 (87,2%) cases – MH of left atrium (LA). The other benign heart tumours were observed in 26 (3,5%) cases, malignant heart tumours – in 54 (7,3%). Hospital mortality was 5,9% (39 cases). During last 11 years a 301 operations were performed without lethal events.

**Key words:** myxomas, benign heart tumors, surgical treatment.