

УДК 616-039.76

О.А. Медоева*, П.В. Катаев, Л.В. Тимченко**МИКСОМА СЕРДЦА КАК РЕДКАЯ ПРИЧИНА ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА**

ГБУЗ «Научно-исследовательский институт – Краевая клиническая больница №1 им. проф. С. В. Очаповского» Министерства здравоохранения Краснодарского края. 350086, г. Краснодар, Российская Федерация

✉ О.А. Медоева, ГБУЗ НИИ – ККБ №1, 350086, г. Краснодар, ул. 1 Мая, 167, e-mail: gre4anka-helga@rambler.ru

Миксома представляет собой доброкачественную опухоль сердца, встречающуюся преимущественно в возрасте от 30 до 60 лет. В 75% случаев она поражает левое предсердие. Иногда единственным клиническим проявлением данного заболевания могут быть кардиоэмболические симптомы, которые чаще всего проявляются эмболией сосудов головного мозга. В статье представлены клинические случаи ишемического инсульта, вызванного наличием миксомы левого предсердия.

Ключевые слова: миксома, ишемический инсульт, системная тромболитическая терапия.

О.А. Medoeva*, P.V. Kataev, L.V. Timchenko**CARDIAC MYXOMA AS A RARE CAUSE OF ISCHEMIC STROKE**

Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinic Hospital #1, Krasnodar, Russia

✉ O.A. Medoeva, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinic Hospital #1, 350086, Krasnodar, 167, 1st May street, e-mail:gre4anka-helga@rambler.ru

Myxoma represents a benign tumor of heart which is found mainly in patients from 30 up to 60 years. In 75% of cases it invades the left atrium. Sometimes the only clinical finding is cardiac embolic symptoms which are most frequently noticed like cerebral vessel embolism. Clinical cases with ischemic stroke caused by the left atrium myxoma are presented in this article.

Key words: myxoma, ischemic stroke, systemic thrombolytic therapy.

Кардиогенная эмболия, по данным разных источников, является причиной от 20 до 30% всех ишемических инсультов [1]. Предрасполагающими факторами могут быть: инфаркт сердечной мышцы, тромбозы желудочков, фибрилляция предсердий, митральный вариант стеноза, острые и перенесенные эндокардиты, пролапсы, атерома аорты, незарященные овального окна, искусственные сердечные клапаны, объемные образования полостей сердца и др. [2]. Одной из наиболее редких причин ишемического инсульта кардиоэмболической этиологии (по данным литературы, менее 1% всех ишемических инсультов) является миксома [3]. Риску эмболизации способствуют рыхлость опухоли и выстояние ее в просвет предсердия. Эмбологенный материал может быть представлен как фрагментами опухоли, так и тромбоцитарными («белыми») тромбами [4]. Эхокардиография остается единственным доступным и информативным методом диагностики миксомы левого предсердия.

Клиническое наблюдение

1. Пациентка К., 45 лет, доставлена родственниками в приемное отделение НИИ – ККБ №1 с жалобами на нарушение речи, слабость в левых конеч-

ностях. Описанная симптоматика, со слов, возникла остро, около 30 минут назад. При неврологическом осмотре выявлены: дизартрия, левосторонний прозопарез, левосторонний гемипарез, превалирующий в верхней конечности. Суммарный балл по шкале инсульта Национального института здоровья (NIHSS) составил 6. При проведении компьютерной томографии (КТ) головного мозга очагового объемного поражения не выявлено. Пациентка экстренно госпитализирована в палату интенсивной терапии неврологического отделения.

Учитывая клинику ишемического инсульта в правом каротидном бассейне, время от начала развития симптоматики менее 3 часов, отсутствие очаговой патологии по данным КТ головного мозга, а также отсутствие прочих противопоказаний, решено провести системную тромболитическую терапию алтеплазой. На фоне проведенного тромболитизиса отмечен частичный регресс неврологического дефицита (2 балла по NIHSS).

При выполнении магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга через сутки выявлен очаг ишемии в правой височно-подкорково-лобно-теменной области (рис. 1). По данным МР-ангио-

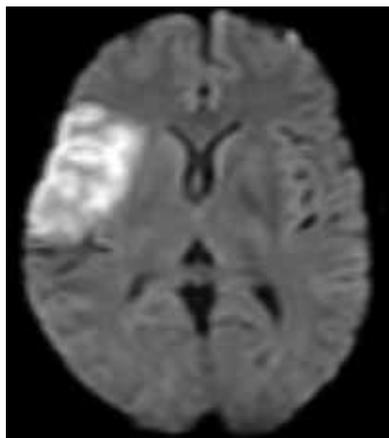


Рис. 1. Магнитно-резонансная томограмма (МРТ) в режиме DWI: ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии.

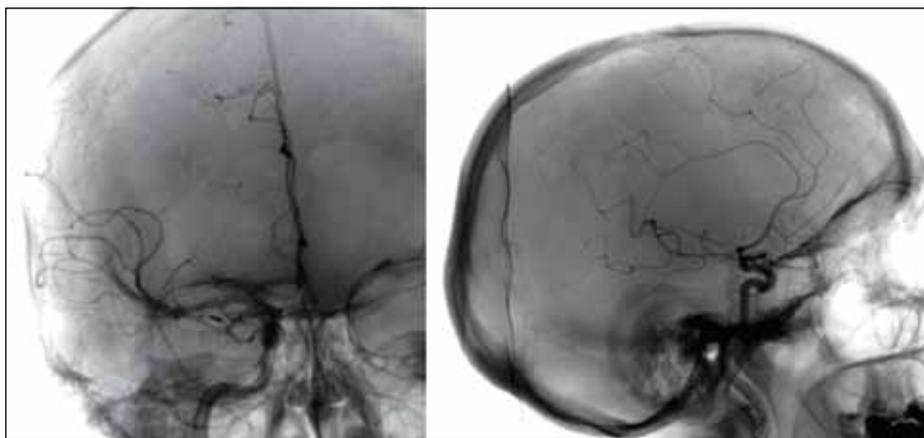


Рис. 2. Селективная ангиография сосудов головного мозга.

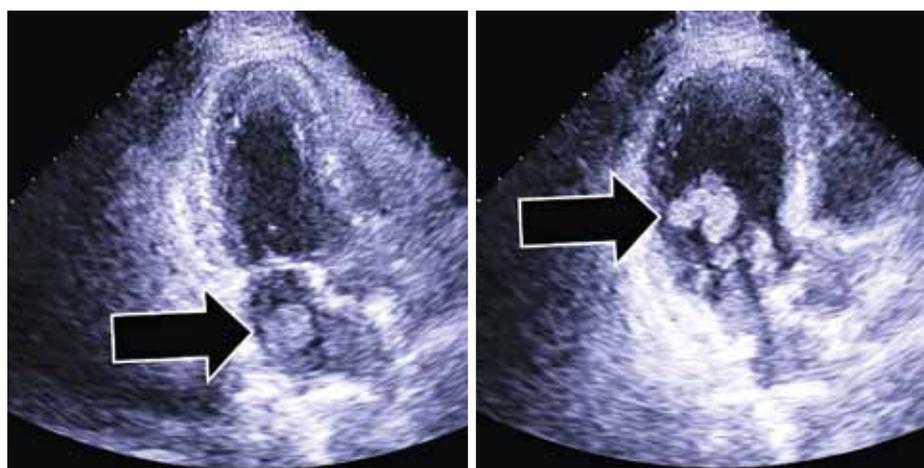


Рис. 3. Эхокардиография (образование в полости левого предсердия).

графии, выявлены признаки ослабления кровотока по ветвям правой средней мозговой артерии.

При выполнении ангиографии брахиоцефальных артерий (рис. 2) выявлена окклюзия правой средней мозговой артерии в М3 сегменте.

Учитывая молодой возраст пациентки, а также отсутствие атеросклеротического поражения сосудов головного мозга и нарушения ритма сердца, принято решение выполнить эхокардиографию с целью исключения источника кардиогенной эмболии как причины ишемического инсульта. По данным эхокардиографии, в полости левого предсердия локализовано подвижное, гиперэхогенное, неправильной формы образование размерами около 32×25 мм, вероятно крепящееся к задней стенке левого предсердия и пролабирующее в диастолу через митральный клапан в полость левого желудочка (тромб?) (рис. 3).

Консилиумом ведущих специалистов НИИ – ККБ №1 найденное образование расценено как миксома левого предсердия. Учитывая высокую эмбогенность данного образования и бесперспективность консервативного лечения, принято решение о переводе пациентки в отделение кардиохирургии с целью проведения оперативного лечения.

На 9-е сутки ишемического инсульта в условиях искусственного кровообращения и фармакохолодовой плегии выполнено удаление объемного образования из левого предсердия.

Патогистологическое исследование подтвердило, что удаленное образование являлось миксомой.

За время госпитализации на фоне проводимых реабилитационных мероприятий отмечался полный регресс неврологического дефицита (0 баллов по NIHSS).

2. Пациентка С., 43 лет, доставлена в приемное отделение НИИ – ККБ №1 с жалобами на слабость и онемение в правых конечностях, двоение в глазах, головокружение. В неврологическом статусе: правосторонняя гемианопсия, диплопия, центральный правосторонний прозопарез, центральный правосторонний гемипарез, более выраженный в верхней конечности. По NIHSS – 13 баллов. По данным КТ головного мозга, очаговой патологии не выявлено. Учитывая манифестацию симптоматики за 5,5 часов до поступления, пациентка экстренно транспортирована в рентгеноперационную. По данным ангиографии церебральных сосудов, выявлена окклюзия Р2 сегмента левой задней мозговой артерии с коллатеральным

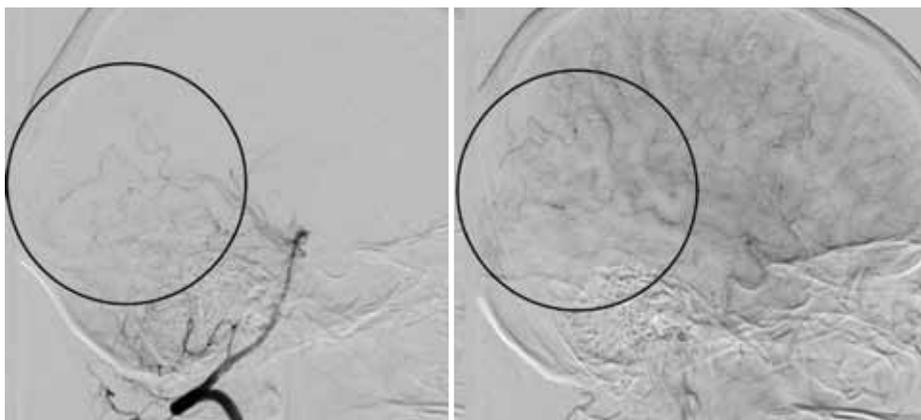


Рис. 4. Дистальная эмболия в бассейне левой задней мозговой артерии.

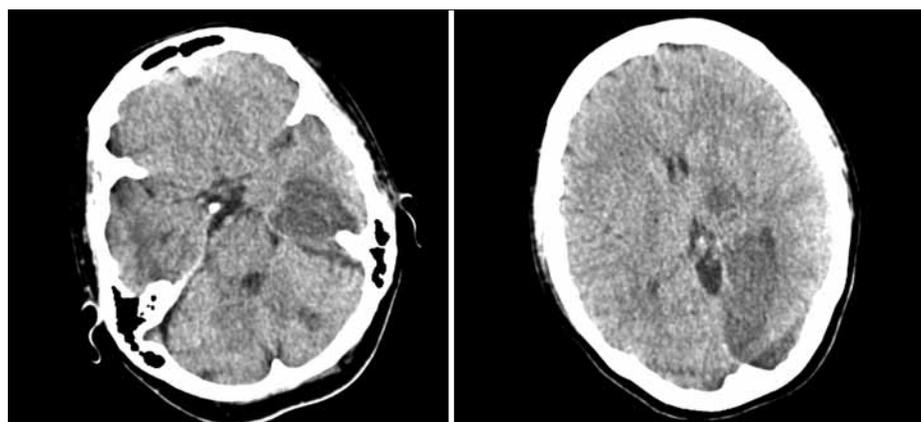


Рис. 5. КТ головного мозга: очаги ишемии в левой подкорковой, затылочной областях, левом полушарии мозжечка.

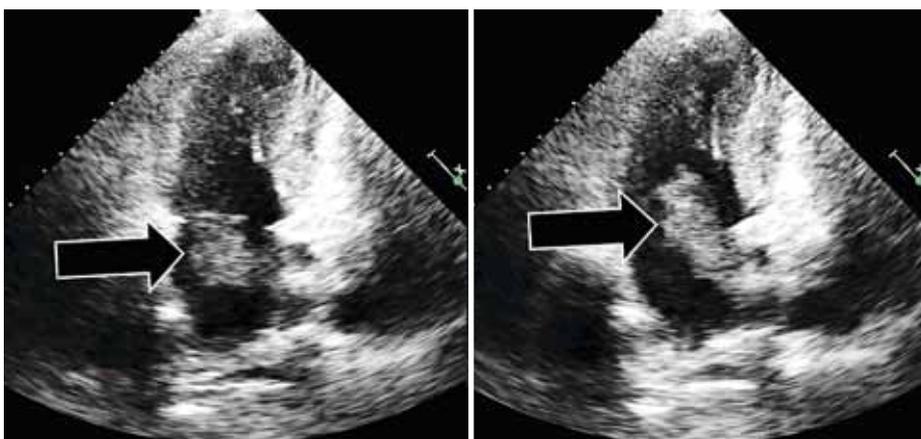


Рис. 6. Эхокардиография (образование в полости левого предсердия).

кровотоком в дистальном русле из левой внутренней сонной артерии. Учитывая технические сложности, связанные с локализацией эмболии, наличие коллатерального кровотока, от проведения тромбэкстракции решено воздержаться (рис. 4).

На основе данных КТ подтвержден ишемический инсульт в вертебробазилярном бассейне (рис. 5).

В ходе дообследования при выполнении эхокардиографии в левом предсердии лоцировано гиперэхогенное подвижное образование, пролабирующее в полость левого желудочка, размером 23×45 мм, частично фиксированное к межпредсердной перегородке (рис. 6).

Консилиумом ведущих специалистов НИИ – ККБ№1 найденное образование расценено как мик-

сома левого предсердия. Принято решение перевести пациентку в отделение кардиохирургии для проведения оперативного лечения.

На 12-е сутки ишемического инсульта в условиях искусственного кровообращения и фармакоологической плегии выполнено удаление объемного образования из левого предсердия. Патогистологическим исследованием подтверждено, что удаленное образование являлось миксомой. Послеоперационный период протекал без особенностей, пациентка была переведена в отделение нейрореабилитации. За время госпитализации отмечался значительный регресс неврологического дефицита (по NIHSS – 1 балл).

3. Пациентка П., 67 лет, доставлена по линии санитарной авиации из района края с ишемическим ин-



Рис. 7. Эхокардиография: объемное образование (миксома?) левого предсердия размерами 42×27 мм.

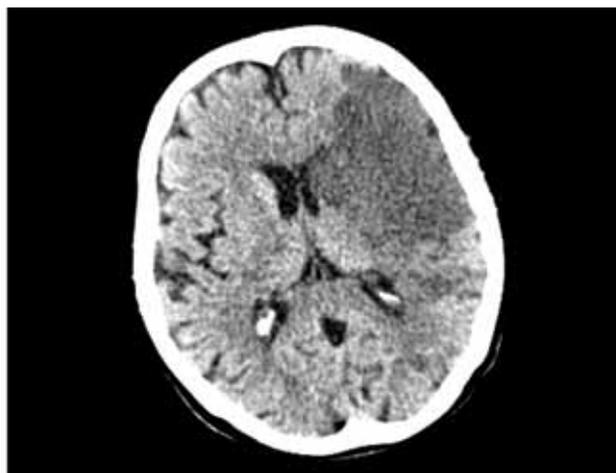


Рис. 8. КТ головного мозга: очаги ишемии в левой лобно-височной, подкорковой областях.

сультком в левом каротидном бассейне двухнедельной давности, вызванным наличием объемного образования в полости левого предсердия (вероятнее всего, миксомой), для проведения кардиохирургического вмешательства (рис. 7).

Эхокардиография по месту жительства была выполнена на 10 сутки госпитализации. В день госпитализации в НИИ – ККБ №1 состояние пациентки с отрицательной динамикой за счет нарастания неврологического дефицита, выполнен перевод на ИВЛ. По КТ головного мозга диагностирован обширный очаг ишемии в левой лобно-височной области (рис. 8), в связи с чем оперативное вмешательство пришлось отложить.

Заключение

Первые два клинических случая подтверждают необходимость своевременного выполнения эхокардиографии пациентам молодого возраста с ишемическим инсультом неустановленной этиологии. Учитывая высокий риск эмболизации, с целью вторичной профилактики инсульта, хирургическое лечение миксомы должно проводиться в максимально короткие сроки с момента ее выявления.

Третий клинический случай демонстрирует, как поздняя диагностика привела к развитию повторного ишемического инсульта и утяжелению состояния пациентки.

Литература/References

1. Knepper LE, Biller J, Adams HP Jr, Bruno A. Neurologic manifestations of atrial myxoma. A 12 year experience and review. *Stroke*. 1988; 19:1435-40.
2. Babikian VL, Caplan LR. Brain embolism is a dynamic process with variable characteristics. *Neurology*. 2000 Feb 22;54(4):797-801.
3. Lee V, Connolly H, Brown R. Central nervous system manifestations of cardiac myxoma. *Arch. Neurol*. 2007. 64 (8):1115–1120.

4. Fatar M, Daffertshofer M, Hennerici M.G. Cardiac tumor without history as the source of massive brain embolism in a young woman. *Cerebrovasc*. 2002;113(3):78.

Сведения об авторах

Медоева О.А., врач-невролог неврологического отделения для больных с ОНМК, НИИ – ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). E-mail: gre4anka-helga@rambler.ru.

Катаев П.В., врач-невролог неврологического отделения для больных с ОНМК, НИИ – ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). E-mail: pavel-leigh@mail.ru.

Тимченко Л.В., врач-невролог, заведующая неврологическим отделением для больных с ОНМК, НИИ – ККБ № 1 им. проф. С.В. Очаповского (Краснодар, Россия). E-mail: TLV2908@yandex.ru.

Конфликт интересов отсутствует.

Статья поступила 16.03.2018 г.

Author credentials

Medoeva O.A., neurologist, neurological department for patients with ACVE, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinic Hospital #1 (Krasnodar, Russia). E-mail: gre4anka-helga@rambler.ru.

Kataev P.V., neurologist, neurological department for patients with ACVE, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinic Hospital #1 (Krasnodar, Russia). E-mail: pavel-leigh@mail.ru.

Timchenko L.V., neurologist, head of the neurological department for patients with ACVE, Scientific Research Institute – Ochapovsky Regional Clinic Hospital #1 (Krasnodar, Russia). E-mail: TLV2908@yandex.ru.

Conflict of interest: none declared.

Accepted 16.03.2018