

Є.Х. Заремба, Н.О. Рак,
О.В. Заремба-Федчишин,
О.В. Заремба

Львівський національний
медичний університет
ім. Данила Галицького

ПУХЛИНА ПРАВОГО ПЕРЕДСЕРДЯ СЕРЦЯ (клінічний випадок)

Резюме

У статті описано випадок пухлини правого передсердя серця із синдромом стиснення верхньої порожнистої вени, клінічний перебіг, сучасні методи діагностики та лікування.

Ключові слова

Пухлина правого передсердя серця, синдром верхньої порожнистої вени, дисплазія сполучної тканини, артеріальна гіпертензія, клінічний перебіг, діагностика, лікування.

Хворий В., 1959 р.н., перебував на стаціонарному лікуванні в кардіологічному відділенні Комунального некомерційного підприємства клінічної лікарні швидкої медичної допомоги (КЛШМД) м. Львова з 06.05. по 22.05.2019 р.

Звернувся зі скаргами на задишку в стані спокою, яка посилюється в положенні лежачи, набряк та ціаноз верхньої половина тіла, який щоденно збільшувався, відчуття прискореного серцебиття, коливання артеріального тиску, головний біль, запаморочення, озноб, кашель сухого характеру, особливо зранку, різку загальну слабкість, швидку втомлюваність, зниження працездатності, поганий сон, охриплість голосу, важкість під час розмови.

Зростає та розвивався в задовільних соціально-побутових умовах. Спадковий та алергологічний анамнез не обтяжений. Перенесені захворювання: ангіни 2-3 рази на рік, ліпоматоз (скроневої, спинної ділянки, передпліччя, видалення ліпони з підщелепної ділянки — 2004 р.), холецистектомія (флегмонозний холецистит — 2017 р.). Професійний анамнез: водій. Вірусний гепатит, венеричні захворювання, алкоголь, куріння, туберкульоз заперечує.

Вважає себе хворим із 2017 року, коли після проведеної холецистектомії почали турбувати підвищення температури тіла до 38,8 °С, озноб, відчуття прискореного серцебиття, задишка при незначному фізичному навантаженні, коливання артеріального тиску, різка загальна слабкість, швидка втомлюваність, зниження працездатності. Амбулаторно приймав лікування: диклофенак 3,0 в/м 2 рази на день, олфен 100 мг по 1 таб.

© Є.Х. Заремба, Н.О. Рак, О.В. Заремба-Федчишин, О.В. Заремба

1 раз на день, після чого відмічав зниження температури тіла до 37,3 °С або її нормалізацію, покращення загального стану, але після відміни лікування скарги поверталися. Гіпотензивну терапію не приймав.

В амбулаторних умовах проведено загальний аналіз крові: ШОЕ утримувалася в межах 30-41 мм/год (6-15 мм/год).

Додаткові методи обстеження:

1. ЕКГ-трактування (22.09.2018): передсердна екстрасистоля, у тому числі з аберантними комплексами QRS, за типом бігемінії, в іншому — в межах вікової норми. Рекомендовано: добове моніторування ЕКГ, ЕхоКГ.
2. ФЕГДСО (24.09.2018): поверхнева еритематозна гастродуоденопатія. Ознаки дуоденогастрального рефлюксу. Рекомендовано: тест на виявлення *H. pylori*.
3. Фіброколоноскопичне обстеження (24.09.2018): поліп сигмоподібної кишки. Поліп поперекового відділу ободової кишки. Поверхневий еритематозний сигмоїдит. Рекомендовано: поліпектомія на базі ендоскопічного відділу ЛДОРЛДЦ.
4. ЕхоКГ (25.09.2018): у порожнині лівого передсердя візуалізується утвір розміром 3,6×2,3 см. Дилатація лівого передсердя. Легенева гіпертензія. Сегментарна скоротливість не порушена. Скоротлива здатність лівого шлуночка задовільна з діастолічною дисфункцією. Рекомендовано МРТ серця.
5. МСКТ-ангіографія з контрастним підсиленням (09.10.2018): тканинний утвір у ділянці основи серця (імовірно, з міжпередсердної перегородки) з компресією передсердь та верх-

ньої порожнистої вени, без ознак інвазивного поширення. За КТ-проявами більш імовірна фіброма або ангіосаркома. Гідроперикард. Паратрахеальна лімфаденопатія.

Після проведених лабораторно-інструментальних методів обстеження для подальшої тактики лікування хворий звернувся за консультацією до кардіохірургічного відділення 13.12.2018 р., де йому було рекомендовано взяття біопсії з утвору та в подальшому оперативне втручання, від якого відмовився.

За тиждень загальний стан хворого погіршувався, наростали симптоми інтоксикації, підвищення температури тіла до 38,8 °С, озноб, відчуття прискореного серцебиття, задишка при незначному фізичному навантаженні, коливання артеріального тиску, різка загальна слабкість, швидка втомлюваність, зниження працездатності, після чого звернувся за консультацією до КЛШМД м. Львова та

був госпіталізований до кардіологічного відділення для подальшої діагностики та лікування, де перебував із 08.01. по 22.01.2019 р.

У хворого наявна недиференційована дисплазія сполучної тканини. Серед зовнішніх НДСТ виявлено: зміни з боку шкіри (ліпоми скроневої, спинної ділянки, передпліччя — фото 1, 2), великі вуха, що стирчать (фото 3), кістково-суглобової системи (арахнодактилія, сколіоз I ступеня важкості — фото 4), остеохондроз хребта, макродактилія другого пальця стопи, поперечна плоскоступість (фото 5).

Результати лабораторних досліджень при надходженні: загальний аналіз крові: гемоглобін — 121 г/л (130-160 г/л), еритроцити — $3,6 \times 10^{12}/л$ ($4-5 \times 10^{12}/л$), лейкоцити — $4,5 \times 10^9/л$ ($4-9 \times 10^9/л$), еозинофіли — 0% (0-1%), паличкоядерні — 3% (1-2%), сегментоядерні — 69% (47-72%), лімфоцити — 23% (19-37%), моноцити — 5% (3-11%),



Фото 1. Ліпома передпліччя



Фото 2. Ліпома спинної ділянки



Фото 3. Великі вуха, що стирчать



Фото 4. Сколіотичне викривлення хребта дугою вліво



Фото 5. Макродактилія другого пальця стопи, поперечна плоскоступість

тромбоцити — $223,2 \times 10^9/\text{л}$ ($180-320 \times 10^9/\text{л}$), ШОЕ — 53 мм/год (6-15 мм/год), цукор крові — 4,0 ммоль/л (3,33-5,55 ммоль/л). Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний — 7,0 мкмоль/л (до 21 мкмоль/л), креатинін — 98 мкмоль/л (44-80 мкмоль/л), АсАТ — 11 Од/л (32 Од/л), АлАТ — 23 Од/л (33 Од/л), сечовина — 7,78 ммоль/л (2,76-8,07 ммоль/л), сечова кислота — 352 мкмоль/л (142,8-39,2 мкмоль/л), амілаза — 31 Од/л (28-100 Од/л), білок — 85,1 г/л (66-87 г/л). Ліпідограма: β -ліпопротеїди — 53 одSH (40-60 одSH), загальний холестерин — 4,53 мм/л (3,6-5,2 мм/л), холестерин ЛПВЩ — 1,31 мм/л ($>0,9$ мм/л), холестерин ЛПНЩ — 2,81 мм/л ($<2,6$ мм/л), холестерин ЛПДНЩ — 0,41 мм/л (0,3-0,6 мм/л), тригліцериди — 0,91 мм/л (0,44-1,82 мм/л), коефіцієнт атерогенності — 2,46 (чоловіки — 2,36-2,64). Коагулограма: протромбіновий час — 19` (15-17`), протромбіновий індекс — 79,9% (85-100%), загальний фібриноген — 9,4 г/л (2-4 г/л). Гострофазові показники: антистрептолізин-О — 125 (до 200), С-реактивний білок — 63,85 (до 5), ревматоїдний фактор — 16,85 МО/мл (до 14 МО/мл), серомукоїди — 5,1 ум. од. (3-5 од.). Карта імунологічного обстеження: циркулюючі імунні комплекси — 70 од/с (30-100 од/с). Загальний аналіз сечі: колір жовтий (солом'яно-жовтий), прозора (прозора), реакція кисла (кисла), білок «-» (немає), епітелій — 0-1 у полі зору (0-3 в полі зору), лейкоцити — 3-4 в полі зору (0-4 в полі зору), циліндри «-» (немає), слиз + (немає). Проба за Аддісом — Каковським: лейкоцити — 666 666/доба (до 2 000 000/доба), еритроцити — 133 333/доба (до 100 000/доба), циліндри — 266 666/доба (до 20 000/доба). Бактеріологічне дослідження мазка із зів на флору та чутливість до антибіотиків 06.11.2018: *Str. viridians* — 10^5 , *Str. aureus* — 10^3 , антибіотикограма стійка до еритроміцину, до всіх наступних чутлива. Кров на стерильність (16.01.2019): при посіві матеріалу патогенна та умовно-патогенна флора не виділена. Аналіз сечі на білок Бенс-Джонса (21.01.2019): відсутній.

Додаткові методи обстеження та консультації спеціалістів:

1. Добовий моніторинг артеріального тиску (ДМАТ) при застосуванні комбінації раміприлу та амлодипіну («Хартил АМ» — виробник EGIS, Угорщина, 5/5 1 раз на день). Результати протягом лікування наведено в табл. 1.
2. ЕхоКГ (02.01.2019): Зливні множинні утвори в обох передсердях, які щільно кріпляться до міжпередсердної перегородки, нерухомі в лівому передсерді — $2,0 \times 1,3$ см і $2,9 \times 1,3$ см, у правому передсерді — до 2,0 см товщиною, протяжністю від ТК до верхньої частини правого передсердя. Дилатація лівого передсердя. Гіпертрофія стінок лівого шлуночка незначна. Атеросклероз аорти. Скоротливість міокар-

Таблиця 1. Динаміка показників ДМАТ при застосуванні комбінації раміприлу з амлодипіном

Показники/дата	До лікування	Після лікування	Норма
САТ д, мм рт. ст.	169,8	121,3	120 мм рт. ст.
ДАТ д, мм рт. ст.	103,6	76,4	70 мм рт. ст.
САТ н, мм рт. ст.	145,6	113,4	130 мм рт. ст.
ДАТ н, мм рт. ст.	92,6	74,1	80 мм рт. ст.
ЧСС, уд/хв	98,9	75,6	60-80 уд/хв
САТ доб, мм рт. ст.	157,7	117,4	135 мм рт. ст.
ДАТ доб, мм рт. ст.	98,1	75,3	85 мм рт. ст.
ПАТ д, мм рт. ст.	66,2	44,9	50 мм рт. ст.
ПАТ н, мм рт. ст.	53	39,3	50 мм рт. ст.
ПАТ доб, мм рт. ст.	59,6	42,1	45 мм рт. ст.
ІЧ САТ, %	72,1	21,3	$<25\%$
ІЧ ДАТ, %	62,3	17,6	$<25\%$
ІНТ, %	62,3	17,6	$<25\%$
ДІ	21,5	10,9	

да лівого шлуночка задовільна: ФВ — 60%. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка II тип. Рідина в плевральній порожнині не візуалізується.

3. УЗД органів черевної порожнини та щитоподібної залози (10.01.2019): Хронічний гепатит, гемангіома? печінки. Макрофолюкул лівої частки щитоподібної залози.
4. Консультація офтальмолога (11.01.2019): Далекорозість слабкого ступеня, гіпертонічна ангіопатія сітківки обох очей.

Серед внутрішніх фенотипових ознак ДСТ виявлено: з боку серця (зливні множинні утвори в обох передсердях), печінки (гемангіома? печінки), нирок (дисметаболична нефропатія, кіста лівої нирки), органів зору (далекорозість слабкого ступеня), щелепно-лицевої ділянки (карієс, пародонтит).

Після проведеного курсу лікування загальний стан пацієнта з покращенням у зв'язку з відсутністю болів у ділянці серця та за грудниною в стані спокою і при незначному фізичному навантаженні, нормалізацією артеріального тиску на тлі гіпотензивної терапії та температури тіла, відчуття прискореного серцебиття не турбує, кашель та задишка відсутні, зниження показників: загального аналізу крові (лейкоцитів, лейкоцитарної формули, ШОЕ), ревмопроб (С-реактивного білка, нормалізації рівня ревматоїдного фактора та серомукоїдів).

В амбулаторних умовах хворий себе почував задовільно, дотримувався наданих рекомендацій. За останній місяць після сильного фізичного навантаження стан різко погіршився. Почали наростати вищеописані скарги.

Стан хворого важкий. Свідомість ясна. Положення активне. Будова тіла правильна, конституція нормостенічна. Шкірні покриви чисті, вологі, ціаноз та набряк верхньої половини тіла. Видимі слизові чисті, вологі, блідо-рожевого ко-

льору. Підшкірно-жирова клітковина розвинена помірно. Ліпоми (спинної ділянки, передпліччя — фото 1, 2). Кістково-суглобова система — деформація дрібних суглобів лівої кисті. Набряки на нижніх кінцівках відсутні. Температура тіла — 36,7 °С.

Дихання носом вільне, грудна клітка нормостеїчної форми. Обидві половини грудної клітки симетричні, рівномірно беруть участь в акті дихання. При пальпації грудна клітка неболуча. Голосове тремтіння проводиться з обох боків. Перкуторно над легеньми ясний легеневиий звук, аускультативно дихання ослаблене в нижніх відділах легень, частота дихання — 24 вд/хв.

Ділянка серця без деформації. Патологічної пульсації судин шиї не виявлено. Верхівковий поштовх пальпується в V міжребер'ї на 1,5 см вліво від середньоключичної лінії, площею 1,5 см. Межі відносної серцевої тупості: справа — 1 см від правого краю груднини, ліва — на 1,5 см до середини від лівої середньоключичної лінії, верхня — нижній край III ребра. Аускультативно: тони серця ослаблені, ритмічні, акцент II тону над аортою, систолічний шум над верхівкою. Частота серцевих скорочень — 108 уд/хв, пульс задовільного наповнення та напруження. Артеріальний тиск — 140/90 мм рт. ст., SpO₂ — 97%.

Язик вологий, дещо обкладений білим нальотом. Слизова рота блідо-рожева. Зів гіперемований. Мигдалики з гнійним вмістом. Живіт не збільшений у розмірах, доступний поверхневий і глибокий пальпації, неболучий. При аускультативній вислуховуються перистальтичні шуми. Печінка збільшена, на 2 см виступає з-під краю реберної дуги, нижній край при пальпації заокруглений. Селезінка не пальпується. Стілець без патології.

Ділянка нирок не змінена, при пальпації неболучі. Симптом Пастернацького (+, —) з обох боків. Сечовипускання вільне, діурез достатній.

Результати лабораторних досліджень при надходженні — загальний аналіз крові: гемоглобін — 93 г/л (130-160 г/л), еритроцити — $2,9 \times 10^{12}/л$ ($4-5 \times 10^{12}/л$), лейкоцити — $5,4 \times 10^9/л$ ($4-9 \times 10^9/л$), еозинофіли — 0% (0-1%), паличкоядерні — 10% (1-2%), сегментоядерні — 59% (47-72%), лімфоцити — 26% (19-37%), моноцити — 5% (3-11%), тромбоцити — $414 \times 10^9/л$ ($180-320 \times 10^9/л$), ШОЕ — 55 мм/год (6-15 мм/год), цукор крові — 5,8 ммоль/л (3,33-5,55 ммоль/л), анізоцитоз і анізохромія еритроцитів помірно виражені, макроцитоз. Біохімічний аналіз крові: білірубін загальний — 8,11 мкмоль/л (до 21 мкмоль/л), креатинін — 110 мкмоль/л (44-80 мкмоль/л), АсАТ — 8,9 Од/л (32 Од/л), АлАТ — 13,3 Од/л (33 Од/л), сечовина — 9,7 ммоль/л (2,76-8,07 ммоль/л), сечова кислота — 354 мкмоль/л (142,8-39,2 мкмоль/л), К — 4,85 ммоль/л (3,50-5,10 ммоль/л), Na — 144,07 ммоль/л (130-156 ммоль/л), Cl —

100,48 ммоль/л (95-110 ммоль/л). Антинуклеарні антитіла — 0,42 (негативний (-): <1,0). Ліпідограма: β-ліпопротеїди — 43 одSH (40-60 одSH), загальний холестерин — 3,70 мМ/л (3,6-5,2 мМ/л), холестерин ЛПВЩ — 1,14 мМ/л (>0,9 мМ/л), холестерин ЛПНЩ — 2,20 мМ/л (<2,6 мМ/л), холестерин ЛПДНЩ — 0,36 мМ/л (0,3-0,6 мМ/л), тригліцериди — 0,79 мМ/л (0,44-1,82 мМ/л), коефіцієнт атерогенності — 2,25 (чоловіки — 2,36-2,64). Коагулограма: протромбіновий час — 19' (15-17'), протромбіновий індекс — 79,9% (85-100%), загальний фібриноген — 13,4 г/л (2-4 г/л). Гострофазові показники: антистрептолізин-О — 46,71 (до 200), С-реактивний білок — 182,72 (до 5), ревматоїдний фактор — 19,61 МО/мл (до 14 МО/мл), серомукоїди — 5,8 ум. од. (3-5 од.). Загальний аналіз сечі: колір жовтий (солон'яно-жовтий), слабо мутна (прозора), реакція кисла (кисла), білок «0,033» (немає), епітелій — 3-4 в полі зору (0-3 в полі зору), лейкоцити — 15-20 у полі зору (0-4 в полі зору), циліндри «-» (немає), слиз + (немає), кристали сечової кислоти (немає). Проба за Аддісом — Каковським: лейкоцити — 1 066 666/доба (до 2 000 000/доба), еритроцити — 0/доба (до 100 000/доба), циліндри — 0/доба (до 20 000/доба). Кров на стерильність: при посіві крові патогенна та умовно-патогенна флора не виділена. Кров стерильна.

Додаткові методи обстеження та консультації спеціалістів:

1. ЕхоКГ (06.05.2019): Об'ємні нерухомі округлі утвори в обох передсердях, у лівому — 2,7×1,7 см, щільно сидить на міжпередсердній перегородці, у правому шлуночку, «грона» округлих нерухомих утворів з 1 великим «флутуючим», очевидно, ембологенним утвором. Виражена дилатація лівого передсердя, дилатація правого шлуночка. Гіпертрофія стінок лівого шлуночка. Атеросклероз аорти. Скоротливість міокарда лівого шлуночка задовільна: ФВ — 60%. Діастолічна дисфункція лівого шлуночка II тип. Легенева гіпертензія помірна (хронічна). Рідина в плевральній порожнині в синусах із двох боків.
2. ЕхоКГ (07.05.2019): Лівий шлуночок гіпертрофований, не розширений. Значно дилатоване ліве передсердя, правий шлуночок. Сумарна скоротливість лівого шлуночка задовільна. Візуалізується утвор d — 5,1×3,8 см, що виходить, імовірно, з міжпередсердної перегородки переважно в порожнину правого шлуночка, частіше нерухомий. Імовірна компресія утвором верхньої порожнистої вени. Легкого ступеня мітральна недостатність, тристулкова недостатність. Помірна легенева гіпертензія. Рідина в порожнині перикарда.
3. ЕхоКГ (13.05.2019): Гідроперикард — 1,0 см за боковою стінкою лівого шлуночка. Рідина

- в плевральній порожнині зліва в синусі. Об'ємні утвори без динаміки.
4. УЗД органів черевної порожнини та щито-подібної залози (06.05.2019): Хронічний гепатит, застійна печінка. Кіста лівої нирки. Вузловий зоб.
 5. Рентгенологічне дослідження гайморових пазух, органів грудної клітки, шийно-грудного відділу хребта (06.05.2019): Легеневі поля без видимих патологічних тіней. Нижній синус із скісним рівнем рідини. Сог — дещо збільшене в розмірах та поширене вліво. Гайморові порожнини — набряк слизової. Шийний та грудний відділи хребта — рентген-ознаки остеохондрозу. Зниження тіл дисків C5-C6, C6-C7, Th 6-Th 7, Th 7-Th 8. Деформуючий спондилоз.
 6. Ультразвукове дуплексне обстеження сонних та хребтових артерій (06.05.2019): При обстеженні — хід сонних артерій правильний, судини прохідні, біфуркація загальної сонної артерії в типовому місці. Товщина комплексу інтима-медіа в загальній сонній артерії не змінена — 0,7 мм з обох боків. По сонних артеріях кровоплин не порушений. Хребтові артерії візуалізуються з обох боків, діаметр ліворуч у межах норми, праворуч — 1,8 мм, кровоплин з ознаками вираженої екстравазальної (вертеброгенної) компресії в сегменті V2 праворуч та з вираженим дистальним ангіоспазмом праворуч, помірним — ліворуч. Яремні вени розширені з обох боків, площею до 2 см, кровоплин по них значно сповільнений, праворуч наявний пристінковий тромб.
- Висновок.* Гіпоплазія правої хребтової артерії, ознаки вираженої екстравазальної компресії правої хребтової артерії в сегменті V2 та вираженого дистального ангіоспазму по правій хребтовій артерії, помірно — по лівій хребтовій артерії, розширення обох яремних вен із тенденцією до тромботворення.
7. Консультація лікаря-кардіохірурга, проф. кафедри хірургії № 2 (07.05.2019): У хворого компресія серця, ангіосаркома з наявністю синдрому ВПВ. Операції не підлягає. Антикоагулянти, низькомолекулярні гепарини.
 8. УЗАС судин обох нижніх кінцівок (08.05.2019): УСГ-ознаки варіанта норми.
 9. МРТ серця з контрастуванням (17.05.2019): У порожнині правого передсердя виявлено утвір, який виповнює приблизно задню половину порожнини передсердя, основні маси утвору по верхній стінці та міжпередсердної перегородки, з «горбистою поверхнею» в порожнині правого передсердя. Простежується часткова обструкція верхньої порожнистої вени, меншою мірою — нижньої порожнистої вени. Діаметр верхньої порожнистої вени вище від місця компресії становить 17 мм, діаметр ниж-

ньої порожнистої вени нижче від рівня компресії — 21 мм. Ознак поширення процесу в правий шлуночок не виявлено. Утвір поширюється назовні, з гомогенним МР-сигналом у режимах Fsat, T2, T1, розміром 158-114 мм (кор-саг), із нерівними чіткими контурами. Порівняно з КТ грудної клітки від 09.10.2018 р. простежується значне збільшення утвору в розмірах (був 75-68 мм), поширення вгору вище від дуги аорти, охоплення більше ніж 75% висхідного відділу аорти, легеневого стовбура. Діаметр висхідного відділу аорти становить 32 мм, низхідного — 25 мм, легеневого стовбура — 16 мм, правої легеневої артерії — 11 мм, лівої гілки легеневої артерії — 11 мм. Ознак проростання утвору в просвіт судин не виявлено, аорта без ознак компресії, стовбур та головні гілки легеневої артерії — з ознаками помірної компресії. Утвір поширюється в корені обох легень, більше вправо, зі зміщенням правого кореня дозад, оцінити ступінь компресії судин та бронха важко. Після контрастування виявлено гетерогенне (плямисте) контрастування утвору. Незначна деформація лівого передсердя у вигляді ввігнутої міжпередсердної перегородки в порожнину лівого передсердя. Поперечний розмір лівого шлуночка — 43 мм, правого шлуночка — 35 мм, лівого передсердя — 23 мм (чотирикамерна проекція, діастола). Товщина міжпередсердної перегородки в базальному відділі становить 12 мм (2-й, 3-й сегменти), нижньої стінки — 9 мм (4-й сегмент). Загальна скоротлива здатність лівого шлуночка збережена, ФВ становить 56%. Після введення контрастної речовини на відтермінованих сканах пізніше контрастування (10-20 хвилини) стінок шлуночків не виявлено. Листки перикарда не потовщені, випіт у порожнині перикарда товщиною до 7 мм. Випіт в обох плевральних синусах, справа — товщиною до 7 мм, зліва — до 29 мм.

Висновок. Об'ємний утвір правого передсердя серця, за сукупністю ознак, можливо, ангіосаркома (фото 6). Охоплення висхідного відділу аорти, легеневого стовбура, поширення процесу вище за дугу аорти, у корені обох легень. Часткова обтурація верхньої порожнистої вени, меншою мірою — нижньої порожнистої вени. Даний стан слід диференціювати з лімфомою. У динаміці — значне збільшення утвору в розмірах. Шлуночки інтактні. Ознак відтермінованого контрастування міокарда ЛШ не виявлено. Скоротлива здатність лівого шлуночка збережена. Гідроперикард. Двобічний гідроторакс. Рекомендовано: консультація лікуючого лікаря, КТ грудної клітки, черевної порожнини та малого таза з контрастуванням (для оцінки стану аорти, стадіювання процесу, дифдіагнозу з лімфомою).

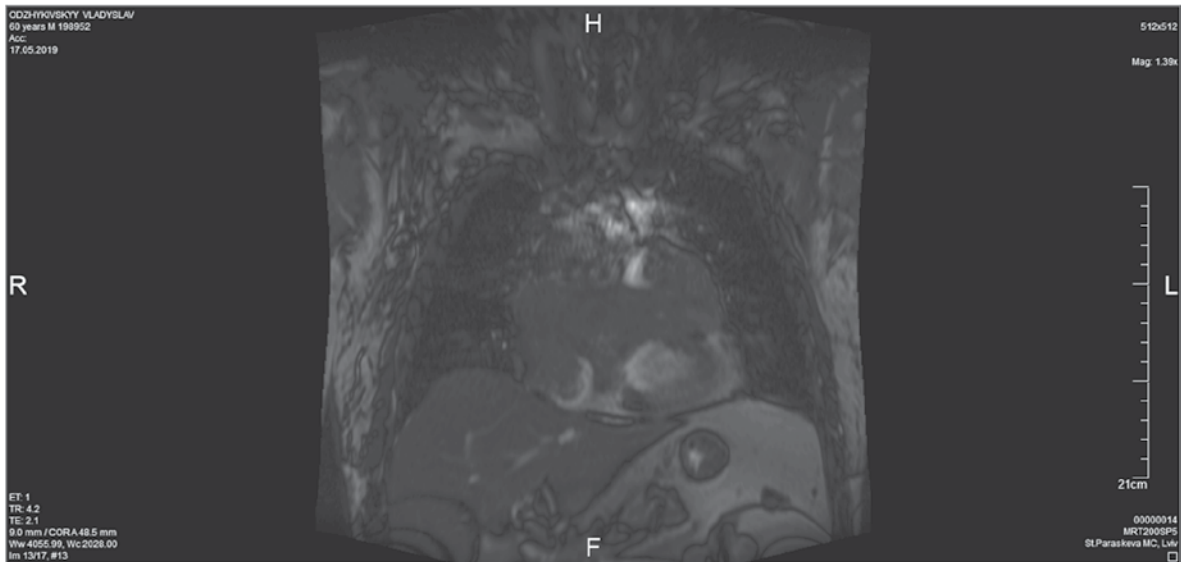


Фото 6. Об'ємний утвір правого передсердя серця

10. Консультація доц. інституту патології крові та трансфузійної медицини Академії медичних наук України» (20.05.2019): Рекомендовано: дообстеження КТ усього тіла (голова — таз) з контрастним підсиленням.
11. КТ-обстеження: МСКТ-скринінг усього тіла (голова — таз) з контрастним підсиленням (20.05.2019): При обстеженні головного мозку патологічних утворень чи вогнищ не виявлено. Серединні структури не зміщені. Шлуночкова система помірно розширена. У середостінні визначається масивний пухлинний інфільтрат, який поширюється з камер серця, інтенсивно накопичує КР. Інфільтрує всі камери серця (фото 7). Тромбоз верхньої порожнистої вени. Частково інтактні правий і лівий шлуночки. Обширні патологічні колатералі довкола серця. Легеневий стовбур компресований. Просвіт без тромбозу. У нижній частці правої легені пухлинний вузол 9×13 мм. Тіла хребців грудного відділу хребта та ребра без видимих ознак деструкції, з незначними краєвими розростаннями. Просвіт спинномозкового каналу збережений, без ознак стенозу. М'які тканини грудної клітки без особливостей. Паравертебрально патологічних змін не виявлено. Печінка звичайних розмірів із чітким рівним контуром, паренхіма печінки звичайної щільності та структури, без вогнищевих змін, внутрішньопечінкові та позапечінкові протоки не розширені. Селезінка типово розташована, без вогнищ. Підшлункова залоза не потовщена, звичайних розмірів, однорідної щільності, без видимих вогнищевих змін, протока залози не розширена. Нирки розташовані типово, контури нирок чіткі, паренхіма нирок звичайної товщини, кірково-медулярна диференціація збережена, порожниста система не деформована, не розширена. Сечоводи не розширені, без патологічних включень. Надниркові

залози розташовані типово, звичайної форми. Лімфатичні вузли черевної порожнини та заочеревинного простору не збільшені. Вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. Тіла хребців поперекового відділу хребта без ознак деструкції, з незначними краєвими розростаннями. Видимі відділи кишківника без особливостей. Збільшених лімфатичних вузлів у порожнині таза не виявлено, кістки таза без видимих ознак, стінки без особливостей. Контури сечового міхура чіткі, стінки не потовщені, патологічних утворів у порожнині сечового міхура не виявлено.

Висновок. Пухлинний процес серця з тотальною інвазією камер серця, перикарда (фото 8). Primary cardiac angiosarcoma.

Хворий консультований неодноразово кардіохірургами, науково-дослідним відділенням хіміотерапії солідних пухлин.

Клінічний діагноз: Тумор правого передсердя серця. Синдром верхньої порожнистої вени. Недостатність мітрального клапана (МК +1-1,5). Недостатність трикуспідального клапана (ТрК +1-

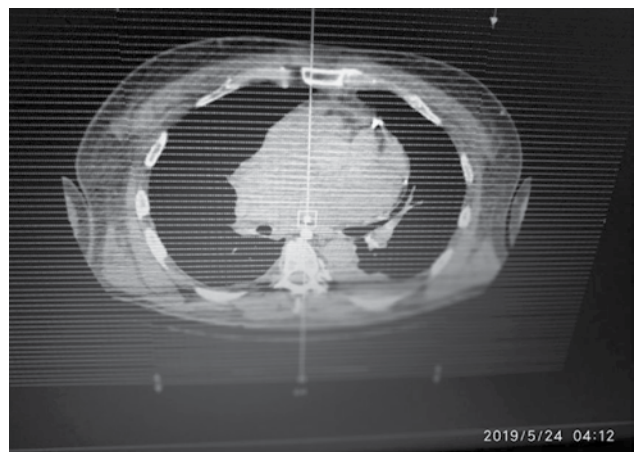


Фото 7. Масивний пухлинний інфільтрат

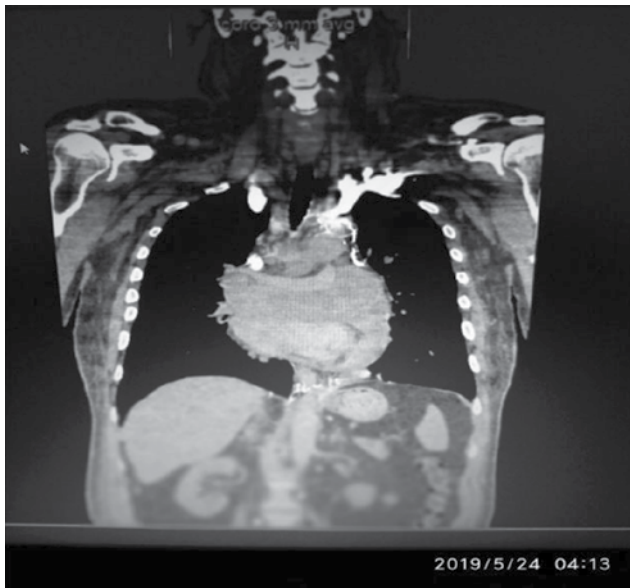


Фото 8. Пухлинний процес серця з тотальною інвазією камер серця

1,5). Виражена дилатація лівого передсердя, правого шлуночка та гіпертрофія стінок лівого шлуночка.

ІХС. Стабільна стенокардія напруги. ФК II. Атеросклероз аорти. Гіпертонічна хвороба II стадія, 2-й ступінь, ризик високий (3). Гіпертонічна ангіопатія сітківки обох очей.

СН II А, ФК II зі збереженою систолічною функцією лівого шлуночка (ФВ — 60%). Діастолічна дисфункція лівого шлуночка II тип. Помірна легенева гіпертензія.

Хронічний тонзиліт.

Кіста лівої нирки. Хронічний калькульозний пієлонефрит у стадії ремісії. ХХН 0 ст.

Остеохондроз. Деформуючий спондиліоз.

Проведене лікування: режим II, III; раціон № 2; sol. analgini 50% — 2,0 + sol. dimedroli 1% — 1,0 в/м 2 р/д; tab. nitrosorbidi 10 mg 1 таб. 3 р/д; tab. tritazae 5 mg 1 таб. 1 р/д; clexani 0,4 п/ш 1 р/д; tab. aterocardi 75 mg 1 таб. 2 р/д; tab. verapamili 40 mg 1 таб. 1 р/д; tab. corvasani 5 mg 1 таб. 2 р/д; tab. furosemidi 40 mg 1 таб. через день; tab. furosemidi 500 ¼ (125 mg) 1 таб. за схемою; sol. prednisoloni 30 mg в/м о 08:00; tab. panangini 1 таб. 3 р/д у день прийому сечогінних препаратів; tab. amoxili-K 1000 1 таб. 2 р/д; sol. sulfocamfocaini 2,0 в/м 3 р/д; corvitini 0,5 + sol. NaCl 0,9% — 50,0 в/в крап. за схемою № 5; sol. heparizini 20,0 в/в пов. стр. 2 р/д № 16; sol. ATF 1,0 в/м 1 р/д; caps. olfeni 100 mg 1 таб. 1 р/д після їжі; sol. izoceti 10,0 + sol. NaCl 0,9% — 100,0 в/в пов. крап. № 1; tab. pos-ra 1 таб. 3 р/д; контроль артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, діурезу, температури тіла.

Хворий скеровується на лікування в Національний інститут раку. Рекомендовано дотримання умов праці та відпочинку, контроль артеріального тиску, частоти серцевих скорочень, діурезу, температури тіла; дієтотерапія з обмеженим вжи-

ванням солі, рідини, жирного, смаженого, гострого, копченого, консервованого, збагачена вітаміном С; тритаце 5 мг по 1 таб. 1 раз на день (07:00); кораксан 5 мг по 1 таб. 2 рази на день тривало; клопідогрель 75 мг 1 таб. 1 раз на день зранку після їжі, аспірин-кардіо 100 мг 1 таб. 1 раз на день після обіду, фуросемід 125 мг по 1 таб. 2 рази на тиждень + панангін по 1 таб. 3 рази на день; біцилін-5 1,5 млн в/м 1 раз у 21 день протягом пів року, потім 1 раз на місяць; олфен 100 мг по 1 таб. 1 раз на день зранку після їжі; постійний нагляд за місцем проживання сімейним лікарем, кардіологом, офтальмологом, ендокринологом.

Пухлини серця — первинні та вторинні (метастатичні), трапляються досить рідко. Кумулятивна частота їх виявлення становить 0,002% при патоморфологічних дослідженнях і 0,15% — за даними ехокардіографічного дослідження (ЕхоКГ) [1]. Пухлини серця поділяються на доброякісні, злоякісні та проміжні невизначеного клінічного перебігу. Виділені окремі рубрики для гермінативних пухлин (із первинних зародкових листків) і пухлин перикарда (табл. 2).

Таблиця 2. Класифікація пухлин серця (адаповано із [5])

Класи	Представники
Доброякісні вроджені пухлини	Рабдоміома, фіброма
Доброякісні набуті пухлини	Міксома, папілярна фіброеластома, гемангіома, ліпоматозна гіпертрофія ліпоми, запальні міофібробластичні пухлини
Пухлини з гермінальних клітин	Тератома, пухлина з жовткового мішка
Злоякісні пухлини	Ангіосаркома, міксофібросаркома, рабдоміосаркома, лейоміосаркома, лімфома

Переважає кількість (75%) первинних пухлин серця є доброякісними, у тому числі міксоми (50% від усіх первинних доброякісних пухлин серця), фіброеластоми, фіброми, рабдоміоми, гемангіоми та ліпоми [2]. Первинні злоякісні пухлини серця виникають рідше, але характеризуються високою летальністю. Вони поділяються на саркоми, лімфоми серця та мезотеліоми перикарда [3]. Найбільш широко представлені саркоми: ангіосаркоми, які переважають у дорослих, а також рабдоміосаркоми, лейоміосаркоми та інші більш рідкісні типи сарком (табл. 3).

Вторинні (або метастатичні) пухлини серця спостерігаються в 40 разів частіше, ніж первинні [4]. Імовірність виявлення метастатичного ураження серця в пацієнтів із встановленим діагнозом онкологічного захворювання коливається від 2,3 до 18,3% [5, 6]. Найпоширенішою метастатичною пухлиною серця є бронхогенна аденокарцинома, за якою слідують лімфоми, меланоми, лейкози, карциноми молочних залоз, стравоходу та нирок. Найпоширеніша локалізація метастатичних пухлин серця є перикард із подальшим розвитком

Таблиця 3. Класифікація злоякісних пухлин серця (адаптовано із [5])

Гістологічний тип	Вік		Локалізація в серці		Множинність
	Діти	Дорослі	Шар	Локалізація	
Ангіосаркома	+./	++	Усі шари	ПП, перикард	Випадково
Міксоефібро-саркома	+./	++	Ендокард	ЛП, інші місця	Рідко
Рабдоміосаркома	++	+	Міокард	Шлуночки	Ні
Лейоміосаркома	+./	++	Ендокард	ЛП	Ні
Лімфома	+./	++	Міокард	ПП, інші місця	Випадково

ПП — праве передсердя, ЛП — ліве передсердя

випоту, іноді спостерігається інвазивне ураження міокарда.

Первинна ангіосаркома серця частіше трапляється в чоловіків, більшість випадків реєструється на 4-й декаді життя [7]. Новоутворення зазвичай представлено безладним плетивом судинних порожнин різних розмірів з анаплазією епітеліальних клітин, вираженими ділянками некрозів і крововиливів, із локалізацією переважно в правому передсерді [8, 9]. Для пухлини характерна виражена інвазивна активність із проростанням у сусідні структури, перикард, нижню порожнисту вену, трикуспідальний клапан, праву коронарну артерію та правий шлуночок. Можливе метастатичне поширення пухлини в легені, печінку, кістковий мозок, головний мозок [10].

Первинні ангіосаркоми серця клінічно проявляються, як правило, тільки на пізній стадії, симптоми

залежать від локалізації та розміру пухлини [11]. Пухлини з обмеженим ростом у міокарді зазвичай безсимптомні або можуть викликати порушення ритму. При зростанні пухлини в просвіт правого передсердя (ПП) та поширення в правий шлуночок (ПШ) виникає обструкція ПП, ПШ, трикуспідального клапана та клапана легеневої артерії. Проявляється симптомами правошлуночкової недостатності (набряки нижніх кінцівок, асцит, збільшення печінки, набухання шийних вен). При обструкції усть порожнистих вен пухлиною з'являються непритомність та епізоди різкого падіння артеріального тиску (АТ), пов'язані зі зміною положення тіла. Обструкція гирла верхньої порожнистої вени при проростанні пухлини може супроводжуватися набряком обличчя та верхніх кінцівок. Проростання в перикард призводить до перикардіального випоту, частіше — геморагічного [12]. За даними літератури, у 86% випадків ангіосаркома серця дебютує з перикардіальним випотом або правошлуночковою серцевою недостатністю через обструкцію порожнистих вен або шляхів припливу крові в ПШ. Окрім того, можливі болі в серці, задишка, субфебрильна температура, пітливість, втрата маси тіла. Перераховані симптоми дозволяють запідозрити об'ємне утворення правих відділів серця, але, оскільки на тлі захворювання вони з'являються пізно, а також враховуючи рідкісність ангіосаркоми, ці прояви зазвичай спочатку помилково розцінюються як симптоми більш поширених серцево-судинних або екстракардіальних захворювань.

Список використаної літератури

1. Ангиосаркома сердца — случай из практики / Н.Ю. Карпова, М.А. Рашид, Т.В. Казакова и др. // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. — 2017. — № 13 (3). — С. 339-345.
2. Строева Ю.И., Чурилова Л.П. Системная патология соединительной ткани. Руководство для врачей. — ЭЛБИ-СПб, 2014. — 368 с.
3. Isobe S., Murohara T. Cardiac tumors: Histopathological aspects and assessments with cardiac noninvasive imaging // J. Cardiol. Cases. — 2015. — Vol. 12. — P. 37-38.
4. Castillo J.G., Silvay G., Boateng P. Characterization of surgical cardiac tumors // Bratisl. Lek. Listy. — 2016. — Vol. 117 (1). — P. 3-10.
5. Burke A., Tavora F. The 2015 WHO Classification of Tumors of the Heart and Pericardium // J. Thorac. Oncol. — 2015. — Vol. 11 (4). — P. 441-452.
6. Bussani R., De-Giorgio F., Abbate A., Silvestri F. Cardiac metastases // Clin. J. Pathol. — 2007. — Vol. 67. — P. 27-34.
7. Kodali D., Seetharaman K. Primary Cardiac Angiosarcoma. Sarcoma. — 2006. — P. 130.
8. Randhawa K. Magnetic resonance imaging of cardiac tumors: Part 2. Malignant tumors and tumorlike conditions // Curr. Probl. Diagn. Radiol. — 2011. — Vol. 40. — P. 169-179.
9. Bocklage T., Leslie K., Yousem S., Colby T. Extracutaneous angiosarcomas metastatic to the lungs: clinical and pathologic features of twenty-one cases // Mod. Pathol. — 2001. — Vol. 14 (12). — P. 1216-1225.
10. Kontogiorgi M., Exarchos D., Charitos C., et al. Primary right atrium angiosarcoma mimicking pericarditis // World J. Surg. Oncol. — 2007. — Vol. 5. — P. 120.
11. Brandt R.R., Arnold R., Bohle R.M., et al. Cardiac angiosarcoma: Case report and review of the literature // Z. Kardiol. — 2005. — Vol. 94. — P. 824-828.
12. Kurian K.C., Weisshaar D., Parekh H., et al. Primary cardiac angiosarcoma: case report and review of the literature // Cardiovasc. Pathol. — 2006. — Vol. 15 (2). — P. 110-112.

Надійшла до редакції 23.09.2019 р.

RIGHT ATRIAL TUMOR (CLINICAL CASE)

Y.H. Zaremba, N.O. Rak, O.V. Zaremba-Fedchyshyn, O.V. Zaremba

Abstract

The article describes the case of the right atrial tumor with a syndrome of the superior vena cava, clinical course, modern methods of diagnosis and treatment.

Keywords: right atrial tumor, superior vena cava syndrome, connective tissue dysplasia, hypertension, clinical course, diagnosis, treatment.