

# Актуальные вопросы онкокардиохирургии

## Особенности диагностики и хирургического лечения первичных опухолей сердца

**По сравнению с опухолями других локализаций первичные опухоли сердца (ПОС) встречаются редко. В то же время особое внимание к данной патологии актуально и оправданно: своевременное ее выявление благодаря наличию эффективных методов лечения позволяет в корне изменить прогноз больных.**



Проблемы диагностики и лечения данной группы опухолей в беседе с нашим корреспондентом обсудили профессор кафедры хирургии сердца и магистральных сосудов Национальной медицинской академии последипломного образования им. П.Л. Шупика (г. Киев), ведущий специалист клиники новых технологий Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины (г. Киев), доктор медицинских наук Ростислав Мирославович Витовский (Р.В.) и заведующий отделением ультразвуковой диагностики Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины (г. Киев) кандидат медицинских наук Вячеслав Михайлович Бешляга (В.Б.).



**Какова встречаемость первичных опухолей сердца?**

**Р.В.:** До недавнего времени ПОС представляли собой малоизученную область клинической медицины и выявлялись преимущественно при вскрытиях или как случайная находка при торакальных и кардиохирургических вмешательствах. Отмечу, что это объяснялось не столько малой распространенностью заболевания, сколько чрезвычайно полиморфной клинической картиной и высокой сложностью прижизненной диагностики. В последние годы благодаря совершенствованию методов диагностики значительно увеличилось количество больных, у которых ПОС выявляются прижизненно и проводится соответствующее лечение. При этом не исключается также истинное увеличение распространенности заболевания: в частности, как свидетельствуют данные наших исследований, за последнее десятилетие частота выявления ПОС возросла в 1,7 раза. По современным данным, частота выявления первичных новообразований сердца при патологоанатомических вскрытиях составляет 0,0016-1,5%, а в кардиохирургических клиниках – 0,8-1,3% от общего числа оперированных. ПОС встречаются значительно реже, чем метастатические. Очевидно, что метастазы в сердце по определению злокачественны, тогда как ПОС могут быть как доброкачественными, так и злокачественными (наиболее часто выявляются морфологически доброкачественные новообразования). Однако подобное подразделение несколько условно, что объясняется спецификой локализации: все ПОС без хирургического лечения неминуемо приводят к летальному исходу. Как правило, больные ПОС умирают в среднем через 1,5-2,5 года после появления первых клинических признаков заболевания. Основными причинами смерти являются окклюзия клапанных отверстий и опухолевая эмболия, при этом в 10-30% случаев смерть наступает внезапно.

**Насколько эффективно лечение ПОС сегодня? Каковы основные принципы терапии?**

**Р.В.:** В последнее время за счет накопления клинического опыта, внедрения

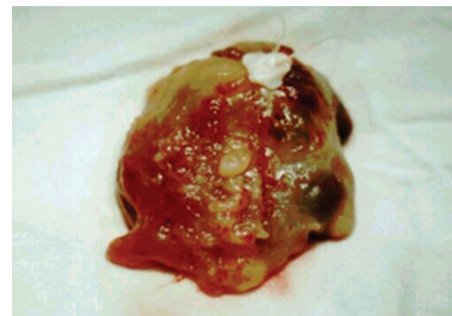
новых диагностических методов и совершенствования онкокардиохирургии появилась возможность рассматривать большую часть новообразований сердца в качестве потенциально излечимых. Важными условиями успешного ведения этого тяжелого контингента больных являются своевременность и точность диагностики заболевания, неотложность хирургического лечения с соблюдением определенных условий проведения вмешательства, направленных на радикальность оперативной терапии. Неслучайно изучение характерных диагностических признаков, позволяющих заподозрить опухоль сердца, а также разработка оптимальных хирургических методик являются в настоящее время крайне актуальной проблемой в кардиологии и кардиохирургии.

Во многом определяющим фактором успешного лечения этих больных является своевременная диагностика ПОС в условиях лечебных учреждений общего профиля. К сожалению, приходится констатировать, что осведомленность врачей практического здравоохранения об этом заболевании недостаточна (как и их онкологическая настороженность в целом, особенно в отношении данной локализации), и это обуславливает актуальность обсуждения данной проблемы с широким кругом специалистов.

**Расскажите о классификации ПОС. Какие варианты ПОС наиболее часто встречаются в клинической практике?**

**Р.В.:** Как уже было сказано, в структуре ПОС преобладают условно доброкачественные новообразования, частота которых в наших наблюдениях составила 93,1%. Среди них встречаются рабдомиомы, гемангиомы, фибромы, липомы, папиллярные фиброзластомы и др. Однако абсолютное большинство (89,6%) всех ПОС составляют миксомы сердца (МС); учитывая их превалирование, а также наличие клинических проявлений, во многом схожих с таковыми других сердечных новообразований, их рассмотрение требует особого внимания.

МС – внутриполостные опухоли, которые могут локализоваться в любой камере сердца. В абсолютном большинстве (78,3%) случаев они локализируются в левом предсердии и фиксируются короткой ножкой на узком или широком основании (что позволяет опухоли оставаться подвижной во время своего роста) чаще всего к межпредсердной перегородке в области овальной ямки. Макроскопически МС напоминают полип или виноградную гроздь желеобразной, мягкой или плотнотканной консистенции (рис. 1). Частое отсутствие капсулы создает условия для возможной фрагментации новообразования во время сердечных сокращений с последующей эмболией артериальных сосудов опухолевой массой. Миксомы, как правило, доброкачественны, но в то же время склонны к рецидивам, что совместно с высоким риском эмболических осложнений и возможностью внезапной смерти в результате заклинивания клапанных отверстий дает основания относить указанное заболевание к разряду крайне опасных.



**Рис. 1. Желеобразная МС дольчатого строения. Хорошо видно место прикрепления опухоли размером 1x1 см**



**Рис. 2. Ангиосаркома левого предсердия**

Этиология МС до сих пор служит предметом дискуссии. Клинические данные, наличие рецидивов, указание на злокачественное перерождение, случаи множественного поражения, рост из межпредсердной перегородки, наблюдение семейных миксом и миксом у близнецов – все это дает весомые и яркие доказательства опухолевой природы МС. В то же время источник образования и особенности морфогенеза МС до последнего времени оставались нерасшифрованными. В исследованиях, проведенных на базе Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова под руководством доктора медицинских наук В.П. Захаровой, на основании широкого применения современных морфологических, гистохимических и иммуногистохимических исследований на большом морфологическом материале впервые была разработана оригинальная концепция морфогенеза МС. В этих исследованиях показано происхождение МС из эндотелиоцитов артериальных сосудов подэндокардиального пространства, которые способны трансформироваться в миксомные клетки.

Вторым по частоте доброкачественным образованием, специфичным только для сердца, являются рабдомиомы. Данная опухоль характерна для новорожденных и грудных детей. Более того, описаны случаи внутриутробной ЭхоКГ-диагностики рабдомиом в сердце плода. Возраст больных с рабдомиомами варьировал от 3 дней до 1,5 лет. В 50% случаев рабдомиомы были множественными (от 2 до 6 узлов), различного размера.

**Каковы особенности первичных злокачественных новообразований сердца?**

**Р.В.:** Первичные злокачественные опухоли сердца (ЗОС) встречаются крайне редко, что объясняется, по-видимому, особенностями метаболизма миокарда, спецификой коронарного кровотока и ограниченностью лимфатических соединений внутри сердца. В абсолютном большинстве случаев это саркомы. Первичные ЗОС могут располагаться эпикардially, не проникая в полости сердца, а также эндокардиально и интрамурально, поражая при этом миокард и клапанные структуры. По сравнению с метастатической неоплазией в сердце или перикарде первичные саркомы характеризуются локальным агрессивным ростом в одну или более камер сердца, поражая как правые, так и левые его отделы (рис. 2). Такие опухоли отличаются крайне быстрым инфильтрирующим ростом и метастазированием в средостение, легкие, лимфатические узлы, надпочечники и головной мозг. Это приводит к тому, что на этапе верификации диагноза в 60-80% случаев у пациентов уже имеются метастазы. Прогноз для таких больных неудовлетворительный.

**Каковы возможные клинические проявления ПОС?**

**Р.В.:** В целом распознавание данной патологии чрезвычайно затруднено в связи с отсутствием патогномичных признаков и возможным длительным бессимптомным течением заболевания. До настоящего времени клинически опухоли сердца, в том числе и МС, диагностируют при первичном обращении примерно у 5-10% больных. Локализуясь в различных камерах сердца, опухоли чаще всего имитируют клиническую картину стеноза того или иного клапанного отверстия, что интерпретируется как ревматическое поражение митрального, аортального либо трехстворчатого клапана с формированием стеноза или комбинированного порока. В преобладающем большинстве случаев пациенты наблюдаются в терапевтических стационарах с подозрением на ревмокардит, ревматический митральный или трикуспидальный порок сердца, сдавливающий перикардит, рецидивирующую тромбоэмболию легочной артерии, инфекционный эндокардит, кардиомиопатию и многие другие заболевания. Ошибка в диагностике приводит к гибели больных, в то время как определенная клиническая настороженность в интерпретации анамнеза заболевания и некоторых физикальных данных дает возможность вовремя заподозрить ПОС и провести адекватное лечение.

Одним из наиболее частых клинических проявлений опухолей сердца является застойная сердечная недостаточность, которая, по нашим наблюдениям, отмечается у 93,6% больных. Она возникает в результате частичной обтурации клапанных отверстий с последующим нарушением притока или оттока крови из соответствующих камер сердца. Выраженность застойной сердечной недостаточности в данном случае определяется внутриполостным ростом опухоли и зависит от ее величины, локализации и степени подвижности. Именно поэтому у больных с новообразованиями небольших размеров указанный симптомокомплекс может отсутствовать. Диагностическую ценность последний приобретает в сочетании с коротким анамнезом заболевания, характерным для большинства больных с опухолями сердца. Так, в наших наблюдениях в большинстве случаев длительность симптомов заболевания была менее 1 года перед операцией. Другая значимая особенность состоит в том, что декомпенсация кровообращения, развивающаяся у больных данной категории, как правило, крайне трудно поддается лекарственной терапии либо вообще не реагирует на нее.

Важной диагностической особенностью недостаточности кровообращения является зависимость выраженности некоторых проявлений МС (приступов удушья с цианозом, сердечной астмы, острого отека легких) от положения тела больного, которая регистрируется в 25,2 % случаев. В большей степени эта особенность проявляется при подвижных опухолях предсердной локализации, где создаются условия для свободного смещения опухоли с последующей обструкцией предсердно-желудочковых клапанов. В отличие от миксом, локализующихся в предсердии, при желудочковых опухолях ни в одном случае описываемого симптома в наших наблюдениях не было. Поэтому синдром поиска удобного положения тела может быть отнесен к особенностям клинических проявлений именно новообразований предсердной локализации.

Одним из частых клинических проявлений опухолей сердца являются различные нарушения ритма, которые регистрируются в 1/3 случаев. Они реализуются стойкой или пароксизмальной тахикардией в сочетании с экстрасистолией, развитие и степень выраженности которых также часто зависят от положения тела больного.

К важным клиническим симптомам опухолей сердца относятся и приступы головокружения и потери сознания. Их возникновение обусловлено частичным закрытием левого или правого атриовентрикулярного отверстия и затруднением либо прекращением поступления крови в желудочки. Возникновение синкопальных приступов часть больных также могут связывать с определенным положением тела. Тем не менее следует помнить, что причиной головокружений не всегда является механический фактор, обусловленный обтурацией клапанного отверстия опухолью. Появление этого симптома может быть связано и с нарушениями ритма либо микроэмболиями сосудов головного мозга в результате фрагментации опухоли.

Первым признаком опухоли сердца может быть эмболия периферических сосудов. Системные эмболии опухолевыми фрагментами являются наиболее частыми осложнениями миксом левого предсердия: их частота, по сведениям различных авторов, колеблется в широких пределах 10-25% случаев. Особо должно настораживать то, что эмболия опухолевыми фрагментами почти всегда возникает на фоне синусового ритма, а не мерцательной аритмии. В литературе приводится немало сообщений о случаях, когда ранний клинический диагноз миксомы сердца устанавливался на основании гистологического исследования эмболов, удаленных из периферических сосудов. При опухолях в правых отделах сердца эмболии встречаются в системе легочной артерии.

Клиническая картина первичных ЗОС также полиморфна. Во многом проявления заболевания похожи на таковые при доброкачественных опухолях, что значительно затрудняет дифференциальную диагностику. Предполагать злокачественное поражение сердца помогают наличие жидкости в перикарде до операции, тяжесть состояния больного, внезапность болезни, быстрота развития сердечной недостаточности по большому кругу кровообращения, боли в сердце, кровохарканье, выраженный застой в легких, высокая СОЭ, низкие показатели гемоглобина, а также высокий уровень С-реактивного белка. Декомпенсация кровообращения при ЗОС может быть обусловлена частичным замещением контрактильного миокарда опухолевой

тканью или хронической тампонадой. Гемоперикард наблюдается в 30-50% всех случаев злокачественных неоплазм сердца.

Клинические проявления ПОС включают также различные общие реакции организма на опухоль. К ним можно отнести общую слабость, быструю утомляемость и недомогание, артралгию и миалгию, снижение массы тела, субфебрилитет. Указанные состояния обусловлены множественными микроэмболиями, а также аутоиммунными реакциями на высвобождение в кровь полисахаридных и белковых субстанций опухоли. Субфебрилитет, наблюдаемый примерно у половины больных ПОС, может иметь стойкий либо периодически беспричинно возникающий характер. На этом фоне отмечаются периодические подъемы температуры до 39-40 °С, сопровождающиеся ознобом, отличающиеся резистентностью к лекарственной терапии. В клинической практике имеет место ошибочная интерпретация таких данных как проявлений инфекционного эндокардита.

Помимо вышеперечисленных симптомов, при опухолях сердца наблюдаются изменения лабораторных показателей крови, которые отмечаются у всех больных в различном количественном и комбинационном соотношении. Они характеризуются наличием анемии (41,4% случаев), увеличением СОЭ (67,1%), умеренным лейкоцитозом (50,6%), положительной пробой на С-реактивный белок (24,7%) и не зависят от величины и локализации опухоли. Механизм развития этих симптомов неясен, как неясна и общая конституциональная реакция организма на опухоль. Необходимо отметить, что вышеуказанные изменения, несмотря на правильную диагностику заболевания, могут служить причиной ошибочной врачебной тактики, заключающейся в задержке хирургического лечения или отказе от его проведения.

Особого внимания при внутриполостных опухолях сердца заслуживает аускультативная картина, которая у 83,8% пациентов имитирует ревматический порок сердца, чаще стеноз митрального клапана или выходного отдела правого либо левого желудочка, что определяется локализацией, величиной и подвижностью опухоли. Именно эта клиническая особенность обуславливает основные диагностические ошибки, которые возникают при первичном обращении таких пациентов. Важно отметить непостоянство во времени аускультативных проявлений при стабильно синусовом ритме и при изменении положения тела пациента, обусловленное смещением опухоли относительно клапанов сердца. Такие проявления заболевания выявляются у 20% пациентов с МС. При этом шум может появляться или исчезать (таким образом, отсутствие шума при наличии других признаков опухоли не означает отсутствия самой опухоли).

В целом клиническая симптоматика опухолей сердца зависит прежде всего от локализации, размеров и степени подвижности новообразования. Для больших новообразований наиболее характерна триада симптомов: обструкция, эмболизация и конституциональные признаки, тогда как при малых клапанных отверстиях может полностью отсутствовать. Детальный анализ клинического течения опухолей сердца, в частности МС, позволяет выделить ряд клинических показателей, на основании которых можно заподозрить наличие опухоли:

— внезапное появление характерных клинических признаков, которые

иногда зависят от перемены положения тела;

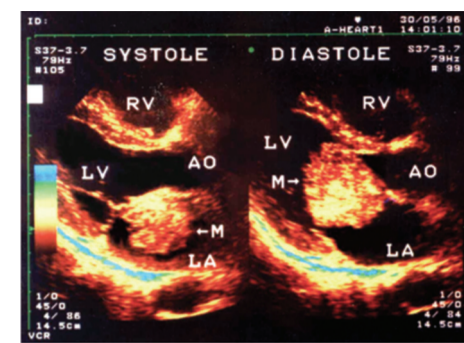
- быстрое прогрессирование сердечно-сосудистой недостаточности, несмотря на применение кардиальной терапии;
- наибольшая длительность заболевания по сравнению с таковой ревматических пороков сердца;
- возникновение эмболий периферических сосудов или сосудов легких на фоне синусового ритма;
- одышка или кратковременная потеря сознания, появляющаяся внезапно;
- мелодия ревматического порока (чаще стеноза митрального клапана), характеризующаяся скудностью и изменчивостью шумов при перемене положения тела больного;
- течение заболевания под маской инфекционного эндокардита, общая слабость, похудание, анемия, повышение СОЭ, длительный субфебрилитет, несмотря на лечение антибиотиками.

**?** Какие основные методы применяются в диагностике опухолей сердца? **Расскажите о собственном опыте диагностики ПОС.**

**В.Б.:** Рассматривая историю развития диагностики ПОС, следует отметить, что прижизненное выявление внутриполостных опухолей сердца значительно улучшилось при внедрении в клиническую практику инвазивных методов исследования, таких как катетеризация полостей сердца и ангиокардиография. В связи с широким внедрением в практику ЭхоКГ катетеризация сердца утратила свою значимость и применяется в тех редких случаях, когда необходима дополнительная информация в отношении анатомических особенностей новообразования, а также сопутствующей патологии коронарных артерий.

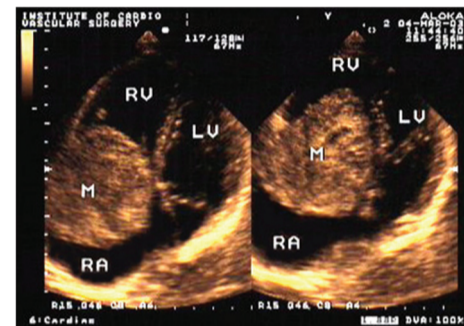
Применение ЭхоКГ обеспечило точную и своевременную диагностику опухолей сердца. Данный метод, разрешающая способность которого в настоящее время приближается к 100%, стал основным в комплексе диагностических мероприятий при ПОС. Двухмерное сканирование дает возможность регистрировать в реальном времени размеры и форму новообразований, место их прикрепления, подвижность, соотношение с клапанным аппаратом, степень нарушения гемодинамики, позволяя уже в поликлинических условиях поставить правильный диагноз и выработать оптимальную хирургическую тактику лечения.

Наиболее информативным является ЭхоКГ-диагностика миксом, которые определяются в виде эхопозитивных округлых образований, выступающих в просвет камер сердца, с четкими границами. По данным ЭхоКГ структура МС отличается разнообразием с различными включениями в виде кист или участков кальциноза, что является диагностическим критерием для МС. Основным характерным признаком МС является высокая подвижность, что отличает эти опухоли от всех других ПОС. В наших наблюдениях большинство МС находилось в предсердиях и их прикрепление было типичным. Наиболее демонстративным было исследование из четырехкамерной верхушечной позиции или парастернально по длинной оси в движении из диастолы в систолу. В диастолу МС предсердий приобретали вытянутую эллипсоидную форму и пролабировали в просвет митрального или трехстворчатого клапана, своей массой практически полностью приточный отдел правого желудочка или, иногда, доходя до середины левого желудочка (рис. 3, 4).



**Рис. 3.** Эхокардиограмма больного с миксомой левого предсердия в сечении по длинной оси. Справа: миксома в диастолу пролабирует в просвет митрального клапана, вызывая его частичную обструкцию. Слева: в систолу миксома уходит в предсердие

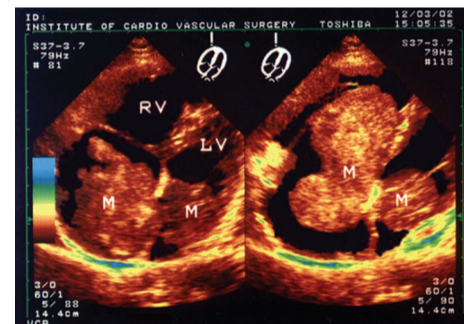
Примечания: М – миксома, LV – левый желудочек, RV – правый желудочек, LA – левое предсердие, AO – аорта.



**Рис. 4.** Большая миксома правого предсердия с плотной капсулой. Справа: миксома в диастолу пролабирует в просвет трехстворчатого клапана, вызывая его частичную обструкцию. Слева: движение миксомы в систолу

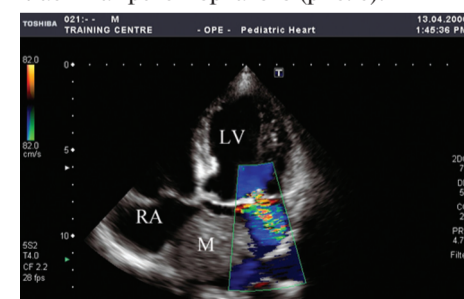
Примечание: RA – правое предсердие.

Изредка миксомы прикреплялись атипично у основания створок атриовентрикулярных клапанов либо у устья легочных или полых вен. У 3 больных мы выявили крайне редкие биатриальные миксомы левого и правого предсердий, единичные случаи которых описаны в литературе, причем по размерам значительно преобладал правопредсердный фрагмент (рис. 5).



**Рис. 5.** Биатриальная миксома без капсулы с прикреплением двух фрагментов к межпредсердной перегородке и пролабирующая в диастолу в просвет митрального и трехстворчатого клапанов. Движение миксомы в систолу (справа) и в диастолу (слева)

Во время своего движения более или менее плотные ткани миксомы контактируют со створками атриовентрикулярных клапанов, травмируя их. Как следствие, у некоторых больных развивалась сопутствующая недостаточность митрального или трехстворчатого клапана, которую определили при цветном доплеровском картировании по распространенности обратного тока в предсердиях. При гемодинамически значимой недостаточности требовались протезирование митрального клапана или пластика трехстворчатого (рис. 6).



**Рис. 6.** Эхокардиограмма больного с миксомой левого предсердия, осложненной митральной недостаточностью

Продолжение на стр. 20.

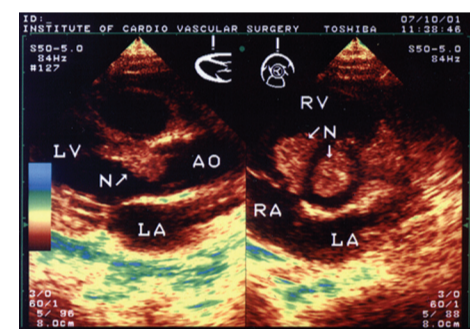
# Актуальные вопросы онкокардиохирургии

## Особенности диагностики и хирургического лечения первичных опухолей сердца

Продолжение. Начало на стр. 18.

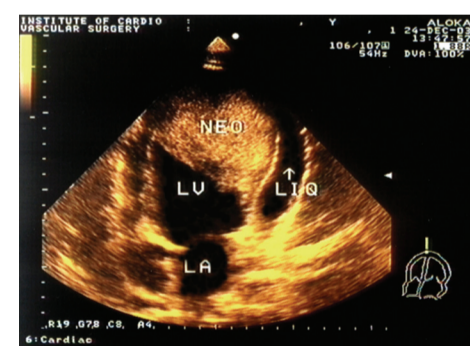
Гораздо реже встречались миксомы левого и правого желудочков, которые диагностировались по тем же критериям, что и миксомы предсердий (прикрепление на ножке, достаточно высокая подвижность, неоднородная структура с включениями кист, кальциноза, часто аморфная структура с множественными фрагментами при отсутствии капсулы). Как правило, миксомы желудочков пролабировали в выходной тракт соответствующего желудочка, вызывая явления обструкции кровотока.

Рабдомиомы исходят исключительно из миокарда, при ЭхоКГ мы встречали их в виде узлов повышенной эхогенности с четкими границами в толще стенки правого или левого желудочка (рис. 7). В отсутствие у таких больных нарушений гемодинамики мы проводили диспансерное наблюдение за больными на протяжении 1-2 лет, при котором наблюдалось постепенное уменьшение размеров узлов вплоть до полного исчезновения. Хирургическое лечение выполнено у 4 больных и проводилось только при явлениях выраженной обструкции выходного тракта правого или левого желудочков.



**Рис. 7. Множественные рабдомиомы левого желудочка с локализацией в выходном тракте и его частичной обструкцией.**  
Слева: продольное сечение левого желудочка, рабдомиома перекрывает его выходной тракт.  
Справа: рабдомиомы в поперечном сечении  
Примечание: N – рабдомиомы.

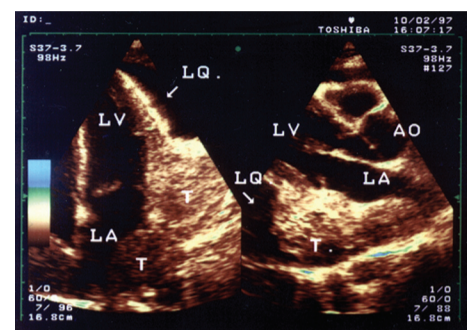
Среди других редких доброкачественных ПОС сердца нам встретились единичные случаи фибромы и липомы. Никаких особенных ЭхоКГ-признаков, характерных только для этих образований, мы не выявили. Они отличались только малой подвижностью и более тесной связью со стенкой сердца (рис. 8).



**Рис. 8. Фиброма левого желудочка с локализацией в области верхушки и боковой стенки**  
Примечание: NEO – фиброма, LQ – экссудат в полости перикарда.

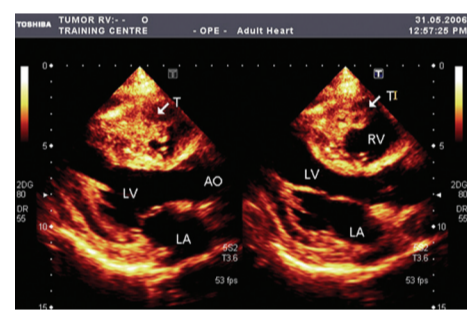
Злокачественные ПОС были малоподвижны и поэтому не пролабировали в просвет сопредельных камер сердца. Кроме того, злокачественные образования были связаны со стенкой сердца на значительном протяжении, прорастая в окружающие ткани. При ЭхоКГ дифференцировать границу нормального миокарда и новообразования было невозможно. Окончательный диагноз, свидетельствующий о генезе ПОС и их

злокачественности, устанавливался на основании результатов цитологического исследования (рис. 9).



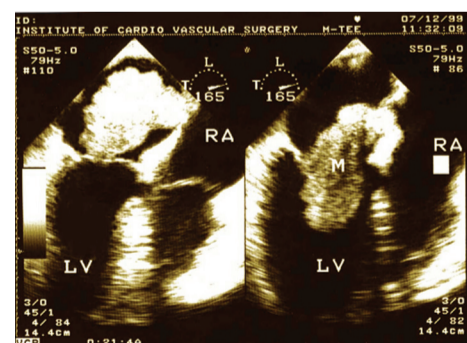
**Рис. 9. Злокачественная опухоль левого предсердия с прорастанием в перикард и стенку левого желудочка**  
Примечание: T – опухоль, LQ – экссудат в полости перикарда.

Иногда встречались большие новообразования, практически полностью выполняющие желудочек или предсердие, с подвижными фрагментами, напоминающие миксомы. Из-за их размеров при трансторакальной ЭхоКГ определить, прорастает ли опухоль в стенку сердца или же плотно прилегает к ней, было затруднительно. Одним из методов, позволяющих дифференцировать миксомы с другими новообразованиями, является транспищеводная ЭхоКГ (рис. 10).



**Рис. 10. Злокачественная опухоль правого желудочка с подвижными фрагментами**

Прорастание ткани злокачественной ПОС в стенку сердца широким основанием или связь миксомы ножкой со стенкой сердца достаточно легко определяются при транспищеводной ЭхоКГ. Метод имеет большую разрешающую способность. Кроме того, на небольшом фокусном расстоянии можно использовать высокие частоты сканирования (6-8 МГц), что позволяет более точно оценить мелкие структуры, чем при трансторакальной ЭхоКГ. Поэтому в случае малоподвижности ПОС или нечеткой визуализации места прикрепления ПОС к стенке сердца при трансторакальном исследовании мы рекомендовали транспищеводную ЭхоКГ для уточнения характера опухолевидного образования (рис. 11).



**Рис. 11. Транспищеводная ЭХОКГ при миксоме левого предсердия. Движение миксомы в диастолу (справа) и в систолу (слева). Выявляется ножка миксомы с типичным прикреплением в центральной части межпредсердной перегородки**

Следует отметить, что, несмотря на высокую разрешающую способность, двумерная ЭхоКГ, как трансторакальная, так и трансоэзофагеальная, имеют некоторые ограничения; особенно это касается трансмуральных и экстрамиокардиальных неоплазм сердца. В данных случаях при проведении ЭхоКГ исследователь испытывает затруднения в определении структуры опухоли, распространения новообразования в стенке сердца и окружающих органах.

В таких ситуациях большое значение придается новым высокоэффективным методикам исследования, какими являются компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). Являясь высокочувствительными и высокоэффективными методиками современной дифференциальной диагностики доброкачественных и злокачественных новообразований сердца, КТ и МРТ находят широкое применение в клинической практике многих лечебных учреждений мира.

### Каковы особенности хирургического лечения новообразований сердца? Расскажите о собственном опыте лечения таких больных.

**Р.В.:** Хирургическая тактика при установлении диагноза ПОС заключается в проведении безотлагательной операции. Ее экстренность продиктована опасностью опухолевой эмболии и окклюзии атриовентрикулярных отверстий в случаях опухолей больших размеров, с высокой подвижностью и склонностью к фрагментации, особенно подвижных МС на длинных ножках. Внедрение системы экстренного хирургического лечения способствовало исключению случаев предоперационной летальности в результате отбуржания опухолевыми массами предсердно-желудочковых клапанов и других тяжелых осложнений.

Сегодня общепризнано, что радикальное хирургическое лечение при эндо- и миокардиальных опухолях возможно только под непосредственным контролем зрения. Методом выбора у таких больных являются операции, выполняемые в условиях искусственного кровообращения с умеренной гипотермической перфузией и холодной фармакологической кардиopleгией. Это обеспечивает возможность оптимальной экспозиции новообразования в условиях «сухого» операционного поля и адекватной защиты миокарда.

Крайне важным моментом в выполнении операции по удалению МС является адекватность обработки места фиксации опухоли, от чего во многом

зависит возможность рецидива заболевания. Изучение отдаленных результатов хирургического лечения в сопоставлении с различными методиками их проведения демонстрирует необходимость максимальной радикальности с целью профилактики рецидивов. Радикальность должна обеспечиваться иссечением опухоли вместе с площадью ее прикрепления с подлежащими тканями. Образовавшийся в межпредсердной перегородке дефект ушивается непрерывным швом; в случаях образования большого дефекта рекомендуется его закрытие заплатой. Исключение составляют случаи внеперегородочной фиксации опухоли, при которой выполнение операции в указанном объеме затруднительно и опасно. В подобных ситуациях опухоль удаляется вместе с субэндокардиальной основой ножки и осуществляют последующую электрокоагуляцию и прошивание этой зоны.

Опыт показывает, что соблюдение всех необходимых принципов оперативного вмешательства позволяет добиться значительного улучшения непосредственных результатов операций. Госпитальная летальность при удалении МС, по данным литературы, колеблется в довольно широких пределах (2,3-13,3%). Внедрение в клиническую практику Национального института сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова разработанной системы ургентной хирургической помощи и оптимизированных вариантов оперативного лечения позволили существенно снизить риск возможных осложнений и госпитальной летальности при проведении операций у пациентов с МС и другими, более редкими ПОС. Так, на протяжении последних 12 лет летальных исходов не наблюдалось.

Хирургическое лечение первичных ЗОС в большинстве случаев малоэффективно и пока не вносит принципиальных изменений в прогноз больных с указанной патологией, что в основном связано с поздней диагностикой заболевания. Поэтому сегодня клиницисты вынуждены ограничиваться паллиативными хирургическими операциями, сочетая их в послеоперационном периоде с лекарственной и лучевой терапией. С помощью такого подхода некоторым специалистам удавалось продлить жизнь оперированных пациентов с первичными ЗОС до 3-4,5 лет. В целом как при доброкачественных, так и при злокачественных ПОС залог успешной медицинской помощи состоит в своевременном выявлении заболевания.

**В Национальном институте сердечно-сосудистой хирургии им. Н.М. Амосова НАМН Украины накоплен огромный опыт лечения ПОС. За период с 1969 по 2012 год на лечении в данном учреждении находилось 779 больных с морфологически верифицированными ПОС различного генеза. Возраст больных колебался от 1 дня до 78 лет, наибольшее количество пациентов представляли возрастную группу 35-55 лет. Столь внушительный опыт позволил институту занять достойное место в числе крупнейших научных центров мира, занимающихся лечением обсуждаемого контингента больных.**

Подготовила **Катерина Котенко**

Иллюстративный материал из архива клиники