

Статья поступила в редакцию 29.01.2019 г.

Гольцман Е.В., Полонская О.В., Кучма О.В., Маисеенко Д.А., Галактионова М.Ю.
 Красноярская Межрайонная Клиническая Больница № 20 им. И.С. Берзона,
 Красноярский Государственный Медицинский Университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого,
 г. Красноярск, Россия

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ МНОЖЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ СЕРДЦА У НОВОРОЖДЕННОГО

Опухоли сердца являются редко встречающейся патологией, особенно в детском возрасте. Они имеют разнообразную характеристику. Такое заболевание может поразить любой отдел органа, перикард, миокард, клапаны, внутреннюю ткань сердца, а также перегородки между желудочками или предсердиями. В настоящей статье представлен клинический случай новорожденного с диагностированными множественными опухолями сердца, с летальным исходом, на дому.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: опухоли сердца; новорожденный; диагностика.

Goltzman E.V., Polonskaya O.V., Kuchma O.V., Maiseenko D.A., Galaktionova M.Yu.
 Krasnoyarsk Clinical Hospital N 20 named after B.S. Berzon,
 Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia

CLINICAL CASE OF MULTIPLE HEART TUMORS IN NEWBORN

Heart tumors are a rare pathology, especially in children. They have a varied characteristic. This disease can affect any part of the organ, the pericardium, the myocardium, the valves, the internal tissue of the heart, as well as the septum between the ventricles or the atria. This article presents a clinical case of a newborn with multiple fatal heart tumors diagnosed at home.

KEY WORDS: cardiac tumors; infants; diagnosis.

Опухоли сердца являются редко встречаемой патологией, особенно у детей первого года жизни. Частота встречаемости первичных опухолей сердца у детей составляет примерно 1 : 10000 на рутинных аутопсиях. Долгое время они выявлялись преимущественно только на аутопсиях или как случайная находка во время кардиохирургических вмешательств. Но по мере накопления опыта, усовершенствования методик эхокардиографии (ЭхоКГ) и широкого внедрения в практику дополнительных диагностических методов исследования — компьютерной томографии (КТ), магнитно-резонансной томографии (МРТ), появилась возможность прижизненного, а в последнее время и внутриутробного выявления заболевания и постановки правильного диагноза [1, 2].

ОПИСАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ

Беременная К. (19 лет) переведена из урологического отделения крупного многопрофильного стационара г. Красноярска, где она находилась на стационарном лечении по поводу обострения хронического пиелонефрита (получала антибактериальную и спазмолитическую терапию) в родильный дом Красноярской межрайонной клинической больницы № 20 им. И.С. Берзона на сроке гестации 39 недель 1 день.

Из анамнеза известно следующее: хронический пиелонефрит с обострением при настоящей беременности, курит, проживает с мужчиной 23 лет в неза-

регистрированном браке. На учете в женской консультации состоит с 5 недель, обследована: УЗИ плода в 6 недель — диагностирована ретрохориальная гематома, в 20 недель и 32 недели — без особенностей. Данная беременность вторая, в первом триместре беспокоила тошнота, получала противовоспалительную терапию тержиномом в форме влагалищных свечей, по поводу вагинита.

Роды вторые, срочные, в головном предлежании: 1-й период родов составил 06 часов, 2-й период продолжался 45 минут, безводный промежуток длился 09 часов 15 минут, околоплодные воды светлые. Оценка по шкале Апгар 8-9 баллов, с обвитием пуповины вокруг туловища, конечностей. Антропометрические данные ребенка при рождении: рост 56 см, вес 4000 г, окружность головы 36 см, окружность груди 36 см. Общее состояние при первичном осмотре в родовом зале было расценено как относительно удовлетворительное, ребенок находился на совместном пребывании с мамой, на грудном вскармливании. Заключение по результатам первичного осмотра: период адаптации, крупновесный ребенок, соответствие гестационного возраста физиологической зрелости, группа риска по гипогликемии.

Через два часа, при осмотре в палате отделения новорожденных, у ребенка при аускультации сердца: тоны ритмичные, ЧСС 136 уд/мин., выслушивался грубый систолический шум во всех точках, СН 0. Заподозрен врожденный порок сердца (ВПС), при сохранении шума рекомендовано провести ЭхоКГ.

В первые сутки жизни общее состояние ребенка не вполне удовлетворительное в связи с наличием шума в области сердца, признаков декомпенсации со стороны ССС нет. Масса тела 4050 г, динамика массы тела +50 г, что составляет 1,3 % от рождения, находится на грудном вскармливании, сосет ак-

Корреспонденцию адресовать:

ГАЛАКТИОНОВА Марина Юрьевна,
 660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, д. 1,
 ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого.
 Тел.: 8 (3912) 20-04-62.
 E-mail: myugal@mail.ru

тивно. При осмотре кожные покровы и слизистые розовые, чистые, сухие, обращает на себя внимание легкая венозная сеть на груди. При аускультации сердца во всех точках сердца сохраняется систолический шум.

Учитывая сохраняющийся шум в сердце, ребенку была проведена ЭхоКГ – ВПС: Вторичный ДМПП? ОАП в типичном месте. Образование перикарда, размером 3,2 × 4,5 см, по задней стенке левого желудочка. Образование задней створки митрального клапана, размером 2 мм. Митральная недостаточность 3 ст. Расширение левого и правого предсердий. Расширение легочной артерии. Гипертрофия стенок правого желудочка. Трикуспидальная регургитация I степени. СДЛА: 30 mm Hg. Свободное Эхо-пространство вдоль стенок сердца, в перикардальной полости.

Рекомендовано дообследование в условиях Федерального центра сердечно-сосудистой хирургии (ФЦ ССХ). Консультация кардиохирурга. Учитывая картину ВПС по данным ЭхоКГ, состояние ребенка расценено как средней тяжести и для дальнейшего наблюдения переводится в палату интенсивной терапии (ПИТ), под постоянный мониторинг витальных функций.

Показатели мониторинга в ПИТ стабильны, не кислородозависим, показатели гемодинамики стабильные: АД 65/37(51), ЧСС 130-145 в мин., SpO₂ 92-95 %, ЧДД 42-46 в мин., эпизодов десатурации не отмечалось.

Из ФЦ ССХ на консультацию бы приглашен кардиохирург, который после осмотра выставил диагноз: Множественные опухоли в сердце. Экстренное оперативное лечение не требуется. Рекомендовано: повторная консультация в день выписки и дообследование в условиях ФЦ ССХ.

На третьи сутки новорожденному проверен слух методом отоакустической эмиссии (ОАЭ) (оба уха положительные, тест пройден) и проведена нейросонография (повышение эхогенности структур головного мозга перивентрикулярной области). лабора-

торные показатели крови и мочи при динамическом контроле в пределах физиологической нормы.

За период пребывания в родильном доме общее состояние ребенка средней степени тяжести, без отрицательной динамики, за счет врожденной патологии сердца. Ребенок находится на грудном вскармливании, сосет активно, в первые трое суток потеря массы в пределах физиологической нормы, с четвертых суток отмечена положительная динамика массы тела. ЧСС 128 уд. в мин., тоны сердца отчетливые, ритмичные, сохраняется среднеинтенсивный систолический шум во всех точках. Показатели мониторинга стабильные, кислородной зависимости нет, показатели гемодинамики стабильные: АД 65/36 (47), ЧСС 110-136 в мин., SpO₂ 90-95 %, ЧД 48-52 в мин.

На пятые сутки ребенку проведена вакцинация туберкулёзной вакциной (БЦЖ) внутривенно в дозе 0,05, поствакцинальный период протекал без осложнений. Учитывая стабильное состояние ребенка, без отрицательной динамики, ребенок готовится к выписке на шестые сутки неонатального периода.

На шестые сутки при выписке общее состояние ребенка и самочувствие ближе к удовлетворительному. Масса тела 4180 г, динамика массы тела +180 г, что составляет 4,5 % от рождения, за последние сутки: +105 г. На грудном вскармливании, сосет активно. Пуповина под скобкой. Большой родничок 1,0 × 1,0 см. Грубый систолический шум сохраняется над всей областью сердца, СН 0. ЧДД – 46, ЧСС – 128, АД: L рука – 84/61, L нога – 76/52, D рука – 64/48, D нога – 74/47. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, печень +1,5 см, селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, видимых отеков нет, стул без патологических изменений. Выписан домой под наблюдение участкового педиатра, с обязательной консультацией кардиолога в условиях ФЦ ССХ.

Сразу после выписки ребенок был проконсультирован в условиях круглосуточного стационара ФЦ ССХ. При поступлении состояние средней степени

Сведения об авторах:

ГОЛЬЦМАН Елена Викторовна, врач неонатолог, КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск, Россия. E-mail: golcman.lena@mail.ru
ПОЛОНСКАЯ Ольга Викторовна, врач неонатолог, КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск, Россия. E-mail: roddomgkb20@mail.ru
КУЧМА Ольга Владиславовна, врач неонатолог, КГБУЗ «КМКБ № 20 им. И.С. Берзона», г. Красноярск, Россия. E-mail: roddomgkb20@mail.ru
МАЙСЕЕНКО Дмитрий Александрович, канд. мед. наук, доцент, кафедра акушерства и гинекологии ИПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия. E-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru
ГАЛАКТИОНОВА Марина Юрьевна, доктор мед. наук, доцент, зав. кафедрой поликлинической педиатрии и пропедевтики детских болезней с курсом ПО, ФГБОУ ВО КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск, Россия. E-mail: myugal@mail.ru

Information about authors:

GOLTZMAN Elena Viktorovna, doctor neonatologist, Krasnoyarsk Clinical Hospital N 20 named after B.S. Berzon, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: golcman.lena@mail.ru
POLONSKAYA Olga Viktorovna, doctor neonatologist, Krasnoyarsk Clinical Hospital N 20 named after B.S. Berzon, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: roddomgkb20@mail.ru
KUCHMA Olga Vladislavovna, doctor neonatologist, Krasnoyarsk Clinical Hospital N 20 named after B.S. Berzon, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: roddomgkb20@mail.ru
MAISEENKO Dmitrii Aleksandrovich, candidate of medical sciences, docent, chair of obstetrics and gynecology, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: dmitrij.maiseenko@pochta.ru
GALAKTIONOVA Marina Yur'evna, doctor of medical sciences, docent, head of the chair of polyclinic pediatrics and propedeutics of childhood disease, Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia. E-mail: myugal@mail.ru

тяжести, самочувствие удовлетворительное, кожные покровы розовые, цианоз носогубного треугольника, сатурация — 98 %, аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем полям, ЧДД — 60 в мин. Сердечно-сосудистая система: границы относительной сердечной тупости правая на 0,5 см кнаружи от правого края грудины, левая кнаружи от среднеключичной линии на 2 см, сердечные тоны приглушены, ритмичные, шум в сердце систолический вдоль левого края грудины. ЧСС 156 уд/мин., АД: правая рука — 80/60. По данным ЭКГ: ритм синусовый с ЧСС: 187 уд/мин., электрическая ось сердца вертикальная (70..90 град.), признаки перегрузки ЛЖ. Заключение ЭхоКГ: дилатация ЛП, фк мк, митральная недостаточность 2 ст. (30 %). Незначительная дисфункция ЛЖ. В полости ЛЖ лоцируется дополнительное образование 29 × 39 мм с четкими краями, округлое, сосуды по ЦДК не окрашиваются — фиброма?? (боковая, нижняя стенка??). В полости перикарда лоцируется эхонегативное пространство 4 мм (за левыми отделами, верхушкой, правыми отделами) — без признаков сдавления. Открытое овальное окно 4 мм, сброс в ПП. ОАП не лоцируется, данных за КАо нет.

По результатам проведенного обследования в настоящее время оперативное лечение не показано, продолжить динамическое наблюдение педиатром по месту жительства, плановая консультация в ФЦ ССХ в 1 месяц.

На десятые сутки констатирована внезапная смерть ребенка на дому.

Вероятной причиной смерти новорожденного в данном случае явилось прогрессирующее нарастание сердечной недостаточности.

Таким образом, несмотря на редкость опухолей сердца у детей, нужно быть настороженными в отношении данной патологии, поскольку даже правильно и своевременно поставленный диагноз в условиях крупного центра сердечно-сосудистой хирургии с динамическим наблюдением не исключают летальный исход.

Информация о финансировании и конфликте интересов

Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES:

1. Svobodov AA, Doctorova VP. Primary cardiac tumors in infants and children of the first year of life: case history, diagnostic, indications for surgery. *Children's Heart and Vascular Diseases*. 2015; 3: 24-31. Russian (Свободов А.А., Докторова В.П. Первичные опухоли сердца у новорожденных и грудных детей: история вопроса, методы диагностики, показания к хирургическому лечению // Детские болезни сердца и сосудов. 2015. № 3. С. 24-31.)
2. Delyagin VM. Primary cardiac tumors in children. *Pediatriya. Prilozhenie k zhurnalu Consilium medicum*. 2012; 3: 58-61. Russian (Деягин В.М. Первичные опухоли сердца у детей // Педиатрия. Приложение к журналу Consilium medicum. 2012. № 3. С. 58-61.)

* * *