

Annals of clinical disciplines



VOLUME 1, ISSUE 2

2024

ACD
2024

<https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>



БУХОРО ДАВЛАТ ТИББИЁТ
ИНСТИТУТИ



ISSN 0000-0000

DOI Journal 10.26739/0000-0000

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2



ТОШКЕНТ-2024

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН | КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

№2 (2024) DOI <http://dx.doi.org/10.26739/0000-0000-2024-2>

BOSH MUHARRIR: | ГЛАВНЫЙ РЕДАКТОР: | CHIEF EDITOR:

Ш.Ж. ТЕШАЕВ

BOSH MUHARRIR O'RINBOSARI: | ЗАМЕСТИТЕЛЬ
ГЛАВНОГО РЕДАКТОРА: | DEPUTY CHIEF EDITOR:

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ:

М.Ж. Саноева
У.К. Абдуллаева
Д.А. Хасанова
М.Н. Исматова
С.С. Давлатов
А.Р. Облоқулов
Ш.Т. Ўроқов
Н.У. Нарзуллаев
Ш.Б. Ахророва
В.Р. Акрамов
У.С. Мамедов
И.К. Садуллоева
Г.Ж. Жарилкасинова
А.А. Саидов
Н.Н. Каримова
Д.А. Набиева

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ:

Н.А. Нуралиев (Бухара)
А.Г. Гадаев (Ташкент)
Г.Н. Собирова (Ташкент)
М.М. Каримов (Ташкент)
У.К. Қаямов (Ташкент)
Л.Б. Новикова (Россия Федерацияси)
О.И. Летяева (Россия Федерацияси)
И.В. Реверчук (Россия Федерацияси)
Edip Gonullu (Турция)
Eva Lietto (Италия)

© Page Maker | Верстка | Саҳифаловчи: Хуршид Мирзахмедов

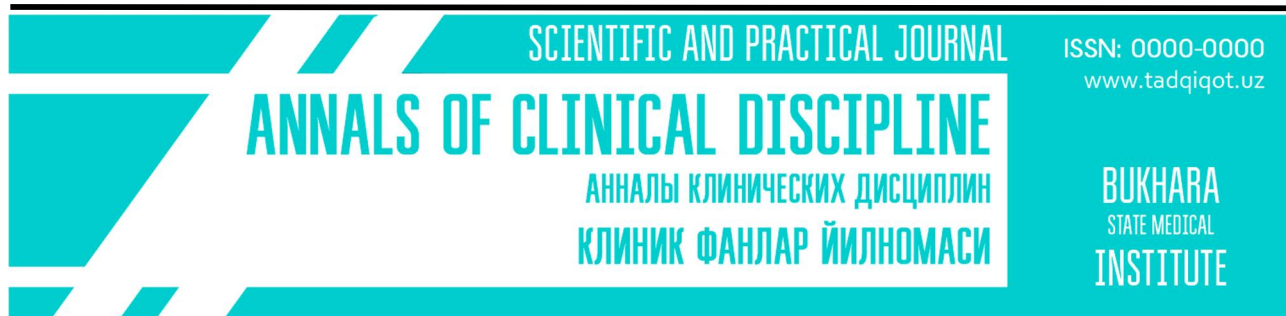
О журнале

Журнал зарегистрирован в Агентство информации и массовых коммуникаций при Администрации Президента Республики Узбекистан
№ С-239963 от 14 марта 2024 года


Адрес редакции: Республика Узбекистан, 200114,
г. Бухара, ул. Гиждуван, 23
Телефон: +998(65)2230050
Сайт: <https://tadqiqot.uz/index.php/spjacd>
e-mail: abumkur14@gmail.com

1. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Effectiveness of comprehensive treatment of peptic ulcer	6
2. Abdullaev R.B., Bakhtiyarova A.M., Mansurbekov D.M.	
Therapeutic diet for ulcer disease in the Khorezm region.....	10
3. Akhrorova L.B.	
Study of the main serum cytokines in patients with liver echinococcosis.....	15
4. Boltayev E.B.	
Травматологик оперatsiyalar vaqtida o`tkaziladigan regional anesteziyada deksmedetomidinning roli.....	19
5. Ergashov B.B.	
Onkologik bemorlarda yurak-qon tomir kasalliklari.....	24
6. Ergashov B.B.	
Chemotherapy and cardiac arrhythmias.....	29
7. Eshniyazova G.Sh.	
Yarali kolit bilan og`rigan bemorlarga mikronutrient yetishmovchiligi.....	37
8. Gorbunov A.P., Pashov A.I., Reverchuk I.V., Gulyaeva A.A.	
Psychopathological and stress conditions in women at threatened premature birth.....	41
9. Hikmatov J.S.	
Bronxoektazni davolashda differensiyalashgan immunokorreksiyalashning ahamiyati.....	47
10. Mekhriddinov M.K.	
Strangulation of the sigmoid colon was the cause of acute intestinal obstruction. Clinical case....	52
11. Mirzoyeva M.R., Sadulloyeva R.S.	
The spread of coronavirus infection around the world.....	56
12. Mukhamedova M.S., Isaev I.S.	
Improving the organization of prevention of non-communicable diseases.....	60
13. Narzulloeva D.S.	
Assessment of the sodium-uretic peptide system and the structural and functional status of the myocardium in patients with chronic heart failure.....	64
14. Rajabov D.O'.	
Diabetik tovon sindromini kompleks jarrohlik davolash usullarini takomillashtirish.....	69
15. Rakhimov A.Y.	
Microflora analysis of osteomyelitis and osteoarthritis in patients with complicated form of diabetic foot syndrome.....	80
16. Raupov F.S.	
Bolalarda o`tkir bakterial destruktiv pnevmoniyaning kechish xususiyatlari.....	84
17. Safarova G.A.	
Clinical and laboratory aspects of patients with post-covid nephropathy.....	90
18. Saidova L.B.	
Analysis of childhood infections, particular hepatitis.....	95
19. To'rayeva M.Sh., Gaziyeu K.U., Raximov A.Y.	
Gigantomastiyani T-kesma mamoplastika texnikasi yordamida kichraytirish.....	101
20. Umurova N.M.	
Epidemiological aspects of the incidence of pollinosis in the Bukhara region.....	106
21. Газиев К.У.	
Операциядан кейинги қорин чурраларида герниопластиканинг турли усуллариининг самарадорлигини қиёсий тавсифлаш.....	113
22. Жумаева М.Ф.	
Связь между тяжестью цирроза печени и анемией.....	118
23. Жумаева М.Ф.	
Редкие причины анемии наблюдаемые при заболеваниях печени.....	125

24. Жумаева М.Ф.	
Есть ли влияние анемии на развитие гепаторенального синдрома?.....	133
25. Исмагова М.Н.	
Корреляция между клинико-лабораторными показателями и структурными изменениями почек при различных типах хронического гломерулонефрита с нефротическим синдромом.....	137
26. Мехридинов М.К., Носиров Ю.У.	
Бактериальная деструкция легкого, как осложнение COVID-19-пневмонии.....	141
27. Мирзоева М.Р., Ашурова Н.А.	
COVID-19 касаллигининг ҳомиладорларда учраш даражаси ва кечиш хусусияти.....	145
28. Мустафаева М.Р.	
Контраст-индуцированная нефропатия у больных стабильной ишемической болезнью сердца и однолетний прогноз // Анналы клинических дисциплин.....	150
29. Мухамеджанова М.Х.	
Прогностическое значение феррокинетических показателей у больных гепатитом с ассоциации с хронической сердечной недостаточностью.....	158
30. Наврузова Л.Х.	
Комплексный подход при лечении некариозных поражений твердых тканей зубов.....	163
31. Ниёзов Ф.Ё.	
Лечение эхинококковых кист печени у детей - путьём лапароскопии и его возможности...	169
32. Нуриддинов С.С.	
Некоторые клинические характеристики больных детей с колостазом.....	175
33. Орипова Ф.Ш.	
Тухумдон эндометриомасини даволашнинг замонавий усулини ишлаб чиқиш.....	181
34. Орипова Ф.Ш.	
Исследование половых гормонов у женщин с эндометриомой яичника.....	185
35. Остапенко Е.Н., Новикова Н.П., Хондожко В.Н.	
К вопросу диагностики кардиоэмболических инфарктов мозга (случай из практики).....	191
36. Раджабов А.И., Сафоев Б.Б., Ярикулов Ш.Ш.	
Результаты хирургических методов лечения больных с острым калькулёзным холециститом осложненный холедохолитиазом.....	199
37. Раджабова Г.Б.	
Сирка кислотаси билан ўткир захарланган беморлар организмида тизимли яллиғланиш реакцияси синдроми белгиларининг ташҳисий сезгирлиги ва маълумотлилик қиймати.....	209
38. Саидова Н.Ф.	
Глазная патология с преморбидном фоном у детей.....	219
39. Тухтаев Д.А.	
Предикторы развития кардиоренального синдрома у больных хронической болезнью почек.....	223
40. Умурова Н.М.	
Динамика суточного мониторирования артериального давления у больных с хронической обструктивной болезнью лёгких и артериальной гипертонией среди мужского населения.....	229
41. Хикматов Ж.С., Исматов Ж.К., Солиева Ш.С.	
Эффективность применения повидон-йода при обработке остаточной полости после эхинококкэктомии легких.....	237



УДК 616.831-005.8-02:616.12-005.6-07

Остапенко Е.Н.¹, Новикова Н.П.¹, Хондожко В.Н.²¹Институт повышения квалификации и переподготовки кадров здравоохранения УО «Белорусский государственный медицинский университет», Минск, Беларусь²Городская клиническая больница скорой медицинской помощи, Минск, Беларусь**К ВОПРОСУ ДИАГНОСТИКИ КАРДИОЭМБОЛИЧЕСКИХ ИНФАРКТОВ
МОЗГА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)** <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.12788708>**АННОТАЦИЯ**

Представлен клинический случай миксомы левого предсердия, пролабирующей через митральное кольцо в полость левого желудочка и стенозирующей просвет левого атриовентрикулярного отверстия до 2,3 см² у пациентки с мультифокальным кардиоэмболическим инфарктом мозга.

Ключевые слова: миксома, конституционные симптомы (реакция организма на миксому), эмболические осложнения, внутрисердечная обструкция.

Ostapenko E.N.¹, Novikova N.P.¹, Khondojko V.N.²¹Institute for advanced training and retraining of healthcare personnel, "Belarusian state medical university", Minsk, Belarus²City clinical hospital of emergency medical care, Minsk, Belarus**ON THE ISSUE OF DIAGNOSTICS OF CARDIOEMBOLIC BRAIN
INFARCTIONS (CASE FROM PRACTICE)****SUMMARY**

A clinical case of a left atrium myxoma prolapses through the mitral annulus into the left ventricular cavity and stenosis the lumen of the left atrioventricular orifice up to 2,3 cm² in a patient with multifocal cardioembolic cerebral infarction is presented.

Key words: myxoma, constitutional symptoms (the body's response to myxoma), embolic complications, intracardiac obstruction.

Ostapenko Y.N.¹, Novikova N.P.¹, Xondojko V.N.²¹"Belarus davlat tibbiyot universiteti" sog'liqni saqlash xodimlarining malakasini oshirish va qayta tayyorlash instituti», Minsk, Belarus²Shahar tez tibbiy yordam klinik kasalxonasi, Minsk, Belarus**KARDIOEMBOLIK MIYA INFARKTILARINING DIAGNOSTIKASI MASALASI
HAQIDA (AMALIYOTDAGI HOLAT)**

ANNOTATSIYA

Ushbu maqolada multifokal kardioembolik miya infarkti bilan og'rigan bemorda mitral halqa orqali chap qorincha bo'shlig'iga chiqadigan va chap atrioventrikulyar teshikning bo'shlig'ini 2,3 sm² gacha stenozlaydigan chap bo'lmacha miksomasining klinik holatini keltiramiz.

Kalit so'zlar: miksoma, konstitutsion simptomlar (organizmning miksomaga reaksiyasi), embolik asoratlari, yurak ichi obstruksiyalar.

Миксома – первичное, доброкачественное внутрисердечное новообразование сердца. Среди доброкачественных опухолей сердца: липом, фибром, гемангиом, папиллярных фиброэластом, рабдомиом, миксомы встречаются достаточно часто и составляют 50% от общего их числа. Вместе с тем, миксомы могут быть причиной таких серьезных осложнений, как нарушения ритма сердца, воспалительных изменений в миокарде и в клапанном аппарате сердца, инфарктов и разрывов миокарда, множественных эмболий, а также определять неблагоприятный прогноз из-за риска внезапной смерти пациента.

Приводим наши наблюдения:

Пациентка А., 65 лет 04.05.2022 г. доставлена бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение УЗ ГК БСМП г. Минска после синкопального состояния с диагнозом ОНМК. При поступлении жаловалась на головокружение и инспираторную одышку. Одышку при физической нагрузке и эпизоды головокружений отмечала на протяжении последних 5 лет. Самочувствие ухудшилось в последние 2-3 дня. Усилилась одышка, появилось головокружение и общая слабость. Утром 04.05.2022 г. в ванной комнате после приема душа почувствовала резкое головокружение, упала, потеряла сознание. Обнаружена сыном, лежащей на полу.

На протяжении последних 5 лет отмечала эпизоды синкопальных состояний, которые рассматривались, как транзиторные ишемические атаки на фоне гипертонических кризов. Более 10 лет страдает артериальной гипертензией. Максимальные значения АД 200/110 мм. рт. ст. Амбулаторно принимала лизиноприл 20 мг в сутки, 0,2 мг моксонидина, карвеленд (дозу не помнит). Адаптирована к АД 140/80 мм.рт. ст. Около 10 лет назад у пациентки выявлен сахарный диабет II типа - инсулинзависимый. Уровень гликемии контролировала приемом внутрь гликлазида 60 мг в сутки, протамин-инсулином по 15 ЕД подкожно утром и вечером. В декабре 2021 года перенесла коронавирусную инфекцию.

При поступлении - общее состояние тяжелое. Сознание ясное. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Периферические лимфоузлы не пальпируются. В легких дыхание везикулярное, ослабленное. ЧДД 24 в 1 мин. При аускультации сердца ритм правильный. Тоны приглушены. ЧСС 99 ударов в 1 мин. АД 140/90 мм рт. ст. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Анализ крови 04.05.2022г.: Лейкоциты (WBC) $9,37 \times 10^9$ л, сегментоядерные нейтрофилы (NEUT) 74,7%, лимфоциты (LIMPH) 14,6%, моноциты (MONO) 9,0%, эритроциты (RBC) $4,95 \times 10^{12}$ л, гемоглобин (HGB) 141 г/л, гематокрит (HCT) 36,2 %, MCV 73,1 фл, MCH 22,4 пг, тромбоциты (PLT) 292×10^9 л

На ЭКГ от 04.05.2022г. – ритм синусовый. ЧСС 90 ударов в 1 мин. Нормальное положение ЭОС. Одиночные и парные желудочковые экстрасистолы. Удлинение интервала QT (502 мсек).

В приемном отделении БСМП 4.05.2022г. выполнено **компьютерное исследование головного мозга и органов грудной клетки.**

Геморрагического содержания в полости черепа, очагов патологической плотности мозга и объемных образований не визуализируется. Срединные структуры не смещены, симметричны. Желудочки не смещены, не компремированы, умеренно расширены. Кортикальные борозды умеренно расширены, углублены. Базальные цистерны дифференцируются. Уплотнены стенки внутренних сонных артерий (в зоне сканирования) и

вертебральных сосудов интракраниально. Костно-травматических и деструктивных изменений свода и основания черепа не выявлено.

Диффузно снижена пневмотизация легочной ткани на фоне усиленного внутидолькового интерстиция с градиентом в базальных отделах легких. Расширен калибр венозных сосудов в сочетании с утолщением стенок бронхов. Средостение структурно не смещено. Трахея без особенностей. Бронхи 1-3 порядка проходимы. Не деформированы. Грудной отдел аорты не изменен. Увеличенные внутригрудных лимфоузлов не выявлено. Диафрагма расположена обычно, контуры её ровные, четкие. Мягкие ткани, костные структуры грудной клетки не изменены. Жидкость в плевральных полостях до 60 мм толщиной (900мл).

Заключение: атеросклероз магистральных сосудов головного мозга. Диффузные-атрофические изменения. Компьютерных данных инфаркта мозга, объемного процесса, внутримозговой гематомы в настоящий момент не получено. Явления застоя в малом кругу кровообращения с элементами интерстициального отека. Двухсторонний гидроторакс.

Учитывая картину интерстициального отека легких, подтвержденную данными компьютерной томографии от 4.05.2022г., пациентка госпитализирована в отделение интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) с диагнозом: ИБС, атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз коронарных артерий и аорты. Артериальная гипертензия II, риск 4. НПА. Отек легких от 4.05.2022г. Сахарный диабет, II тип, клинико-метаболическая компенсация. 6.05.2022г. на фоне проводимой терапии (ингибиторы АПФ, диуретики, прямые антикоагулянты, антигипертензивные препараты, дезагреганты, статины) появилась слабость в левой руке.

Осмотрена неврологом: состояние средней степени тяжести. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Снижена сила в левой руке по сравнению с правой рукой. Ритм сердца правильный, тоны приглушены. АД 145/90 мм рт. ст. ЧСС 68 в ударов 1 мин. Дыхание везикулярное, ослабленное в нижнезадних отделах с обеих сторон. ЧДД 18 в 1 мин. Сатурация 92% без увлажненного кислорода и 98% на фоне инсуффляции кислорода 5 л/мин. Стул и диурез без особенностей. Локальный статус: сознание сохранено. Речь не нарушена. Правильно выполняет заданные инструкции. Глазные щели и зрачки равновеликие. Движение глазных яблок в полном объеме. Нистагма нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Сила в левой руке снижена до 4 баллов, а в левой ноге – до 5 баллов. Тонус мышц несколько повышен слева. Менингеальных признаков не выявлено. Четких патологических стопных рефлексов нет.

При повторной компьютерной томографии головного мозга от 6.05.2022г. по сравнению с данными от 4.05.2022г. обнаружены участки ишемии в правой теменной области размером 8x20 мм и левой теменной области – 9x11 мм. Заключение: Инфаркты мозга в ПКБА, ЛКБА.

С диагнозом: Мультифокальный кардиоэмболический инфаркт мозга в обоих КБА (от 4.05.2022 г.) на фоне энцефалопатии сложного генеза (атеросклеротического, гипертензивного, диабетического) II стадии. Пациентка переведена для дальнейшего обследования и лечения в неврологическое отделение.

В поисках причин и верификации данных в отношении кардиоэмболического инсульта в отделении неврологии были выполнены следующие обследования:

Лабораторные исследования

Общий анализ крови

Дата	WBC , x10 ⁹ / л	RBC, x10 ¹² / л	HGB г/л	HCT	MCV	MCH	NEU ⁹ /л	LIMP ⁹ /л	MON ⁹ /л	PLT, ac	СОЭ ас
05.05	8,73	4,43	103	32	72,1	23,2	6,17	1,34	1,08	279	46
21.05	8,16	4,73	104	34,8	73,6	22,0	4,80	2,22	0,95	180	60

Биохимический анализ крови

Дата	Общ елок л	Моч на ммо л	Креат ин ммо л	Общ. били рубин ммо л	АЛ ЕЛ	АС ЕЛ	ЛД ЕЛ	СР мг\ л	К мм л	Na ммо л	Са ммо л	Глюкоза ммо л
04.0	69	4,8	81,9	11,9	17,	19	399	-	3,5	141	-	5,41
21.0	68,5	13,7	99,1	-	-	-	-	-	4,5	139	-	5,89

Дата	Холестери ммо л	ЛПНП ммо л	ЛПВП ммо л	Триглицерид ммо л
04.05	5,41	3,63	0,73	1,48
21.05	-	-	-	-

Коагулограмма

Дата	АЧТВ, сек	Д- димеры	ПТВ, сек	ПТИ, %	МНО	Фибриноген, г/л
05.05	24,7	581	15,1	76,6	1,24	-
19.05	31,7	483	12	93	1,02	5,39

УЗИ брахиоцефальных артерий (БЦА) и внутренних яремных вен от 16.05.2022г.

Заключение: Атеросклероз БЦА. Справа стеноз ОСА 40%, в устье ВСА 55%, в устье ПКА стеноз 65%. Слева стеноз в устье ВСА 45-50%. Непрямолинейность хода правой ПА во 2 и 1 сегменте, левой ПА – в 1 сегменте. Яремные вены проходимы.

Эхокардиография от 16.05.2022 г.

Аорта уплотнена, не расширена. Аортальный клапан трехворчатый, фиброз, регургитация минимальная. Левое предсердие незначительно расширено. В полости левого предсердия лоцируется гиперэхогенное флотирующее образование (59x28 мм), прикрепленное основанием к межпредсердной перегородке, пролабирующее через митральное кольцо в полость левого желудочка и стенозирующее просвет левого атриовентрикулярного отверстия до 2,3 см² (Рис.1). Митральный клапан – фиброз, кальциноз 2 степени (кальцинат в основании задней створки митрального кольца – 9x5 мм), регургитация 1 -2 степени. Левый желудочек не расширен. Умеренная асимметричная гипертрофия миокарда левого желудочка, увеличение массы миокарда левого желудочка. Миокард перегородочных отделов неравномерно уплотнен с очагами фиброза. Сократительная способность миокарда левого желудочка в норме (ФВ - 67%, Simpson - 64%). Правые отделы сердца не расширены. Сократительная способность миокарда правого желудочка в норме. Трикуспидальный клапан – фиброза нет, регургитация - I степени. Клапан легочной артерии – фиброза нет, регургитация I степени, ствол не расширен. Среднее ДЛА 12 мм. рт. ст. Перикард без особенностей. Плевральные полости без особенностей.

Для уточнения характера флотирующего гиперэхогенного образования в полости левого предсердия 25.05.2022 выполнена чреспищеводная эхокардиография сердца. Подтверждены данные в пользу миксомы левого предсердия (Рис.2, 3, 4).

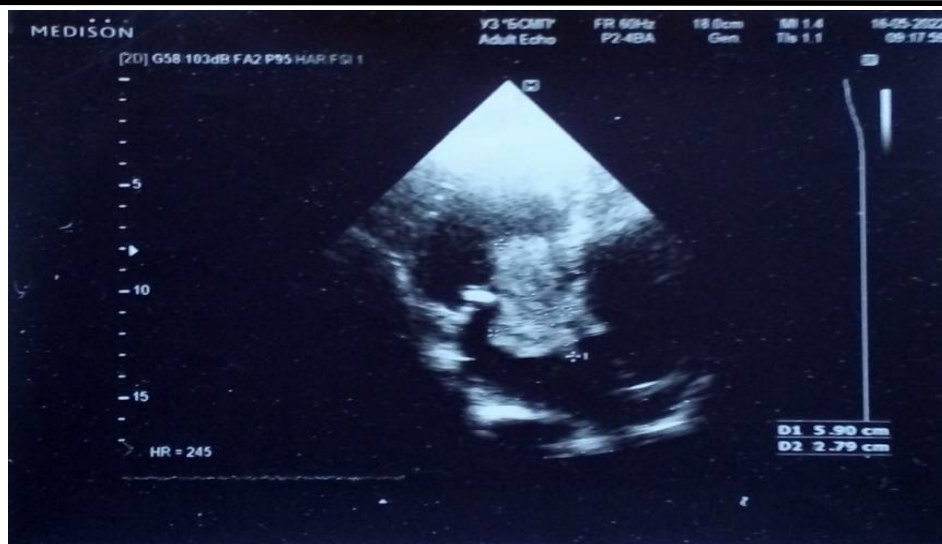


Рисунок 1. В-режим, апикальная четырехкамерная позиция. (Трансторакальный доступ) Флотирующее гиперэхогенное образование в полости левого предсердия.



Рисунок 2. Четырехкамерная позиция, чреспищеводный доступ. Более четко выявляются границы и структура образования, а также место прикрепления к межпредсердной перегородке на ножке.



Рисунок 3. Миксома в диастолу пролабирует в просвет левого желудочка через митральное отверстие, вызывая его частичную обструкцию.



Рисунок 4. В систолу миксома уходит в полость левого предсердия.

Лечение: фуросемид 1% раствор 4 мл утром, рамиприл 10 мг утром, амлодипин 5 мг вечером, карведилол 12,5 мг утром и вечером. Аторвастатин 20 мг вечером, гликлазид 60 мг утром, инсулин-протамин 15 ЕД подкожно утром и вечером.

В результате лечения самочувствие пациентки улучшилось, неврологический дефицит уменьшился. От оперативного лечения на момент выписки пациентка отказалась. Рекомендовано продолжить прием непрямых антикоагулянтов (ривороксабана 20 мг в сутки), карведилола 12.5 мг 2 раза в сутки, триплексама 10 мг/2,5мг /10мг, аторвастатина 20 мг вечером, протамин-инсулина 15 мг подкожно утром и вечером под контролем уровня гликемии, торасемид 5 мг утром через день под наблюдением кардиолога и невролога по месту жительства. При согласии пациентки на оперативное лечение - повторная консультация кардиохирурга.

Комментарии. Миксома – часто встречающаяся доброкачественная опухоль сердца может локализоваться в любой камере сердца, но наиболее часто ее выявляют в полости левого предсердия. Обычно миксомы располагаются на задней стенке левого предсердия и в области его ушка. Миксомы правого предсердия и желудочков встречаются реже. Размер миксом варьирует от 1 до 15 см, а масса – от 7 до 120 г. В 80% случаев опухоль имеет длинную ножку, что определяет возможность пролабирования ее в предсердно-желудочковое отверстие. Миксомы выявляются в любом возрасте пациентов, но наиболее характерный для них возраст от 30 до 60 лет, у женщин встречаются в 2-3 раза чаще.

Трудности диагностики миксом связаны с различной плотностью их структур и возможными при этом процессами тромбообразования в полостях сердца, с которыми часто приходится их дифференцировать. Клинические симптомы многообразны и зависят от размеров, подвижности, локализации миксом и возможных при этом осложнений: нарушений сердечного ритма, синкопальных состояний, присоединения тромбоза и тромбоэмболических осложнений.

На ранних стадиях заболевания клиническая картина не имеет выраженной симптоматики, особенно, если у опухоли небольшие размеры. При больших размерах миксомы левого предсердия клинические признаки заболевания быстро прогрессируют из-за сужения левого предсердно-желудочкового отверстия. Миксома правого предсердия приводит к стенозу правого атриовентрикулярного отверстия, затрудняя отток из полых вен и имитируя картину синдрома верхней полой вены.

Эмболические осложнения при миксомах регистрируют в 40-50% случаев. При миксомах левых отделов сердца эмболии выявляют в артериях большого круга кровообращения: от аорты до мелких внутриорганных ветвей. В 50% случаев это эмболии

мозговых артерий, что клинически проявляется эпизодами синкопальных состояний или приводит к развитию кардиоэмболических инсультов.

Классическая триада предсердной миксомы состоит из конституционных симптомов (реакции организма на миксому), эмболических осложнений и внутрисердечной обструкции.

К основным клиническим симптомам относят:

- появление шумов сердца, изменяющихся при перемене положения тела;
- признаки сердечной недостаточности без видимых причин, резистентной к проводимой терапии;
- эпизоды кратковременной потери сознания и спонтанной одышки из-за обструкции миксомой клапанных отверстий;
- необъяснимую лихорадку, анемию и признаки воспалительных изменений в организме (ускоренную СОЭ, лейкоцитоз, тромбоцитопению или тромбоцитоз, повышение уровня С-реактивного белка, уровня сывороточного гамма-глобулина и др.), что связывают с гиперпродукцией цитокинов миксомами.

Системные воспалительные изменения у таких пациентов могут проявляться снижением массы тела, миалгиями, мышечной слабостью, артралгиями и субфебрилитетом, а у пожилых пациентов возможно развитие кахексии.

При объективном обследовании: размеры сердца существенно не изменены. У пациентов с левопредсердной локализацией опухоли аускультативно определяется усиленный I тон, у части пациентов удар опухоли о фиброзное кольцо митрального клапана или стенку левого желудочка в начале диастолы сопровождается появлением диастолического тона, который возникает через 0,08 – 0,12 секунд после II тона, что затрудняет дифференциальную диагностику со щелчком открытия митрального клапана. Может также выслушиваться протодиастолический шум, который становится более интенсивным в вертикальном положении пациента.

Так как миксомы являются рыхлыми образованиями, у многих пациентов их фрагментация приводит к эмболическим осложнениям и становится первым проявлением заболевания. Церебральные эмболии приводят к развитию транзиторных ишемических атак или появлению клинических признаков кардиоэмболических инсультов.

Наличие миксомы может быть причиной: внезапной смерти пациента, нарушений ритма сердечной деятельности, появления эмболий и разрывов миокарда, развития инфаркта миокарда, а также рефрактерной сердечной недостаточности.

Возможности таких методов исследования, как электрокардиография и рентгенография в диагностике миксом ограничены и не обнаруживают отклонений, либо отражают картину неспецифических изменений.

Более информативным и доступным методом верификации миксом является эхокардиография. С помощью данного метода исследования можно установить не только наличие опухоли, но и ее локализацию, размеры, подвижность, а также иметь возможность дифференцировать миксому от тромба предсердия. Тромб чаще располагается в задней части предсердия и имеет многослойный вид. Наличие у объемного образования ножки, его подвижность в пользу миксомы предсердия (Рис. 2,3). Чреспищеводная эхокардиография имеет большую специфичность по сравнению с трансторакальной эхокардиографией и позволяет выявлять более мелкие (1-3 мм) объемные образования, оценивать возможные гемодинамические изменения, степень стенозирования левого атриовентрикулярного отверстия и возможной регургитации.

В представленной нами клинической ситуации пациентка была госпитализирована в БСМП г. Минска после синкопального состояния с клиническими признаками острого нарушения мозгового кровообращения. Диагноз подтвержден данными компьютерной томографии головного мозга: обнаружены участки ишемии в правых и левых теменных областях. Уточнение характера и причин поражения головного мозга методом трансторакальной эхокардиографии выявило наличие в полости левого предсердия

гиперэхогенного образования, что подтверждено данными чреспищеводной эхокардиографии. Образование имело неровные контуры и длинную ножку, прикрепленную к межпредсердной перегородке, которая определяла возможность пролабировать ему через митральное кольцо в полость левого желудочка и стенозировать просвет левого атриовентрикулярного отверстия. На протяжении сердечного цикла эхосигнал от гиперэхогенного образования можно было проследить из левого предсердия в левый желудочек и обратно. Описанные данные свидетельствуют в пользу миксомы левого предсердия, которая явилась причиной эмболий в артерии мозга и развития кардиоэмболического инсульта, обструкции кровотока через левое атриовентрикулярное отверстие с появления таких клинических признаков, как синкопальные состояния и изменения лабораторных показателей: ускоренной СОЭ и анемии.

Список использованной литературы

1. Бокерия Л.А., Малашенко А.И., Скопин И.И. и др. Хирургическое лечение приобретенных пороков и опухолей сердца у пациентов пожилого возраста // Сердечно-сосудистые заболевания // Бюл. НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН. 2007; 8 (3); 2007: 25.
2. Бокерия Л.А., Малашенков А.И., Кавсадзе В.Э. и др. Кардиоонкология. М.: НЦССХ им. А.Н. Бакулева РАМН, 2003. 254 с.
3. Витовский Р.М. Поражение клапанов сердца и их коррекция при миксомах // Укр. ревматол. журн. 2002; 3 (9): 55–58.
4. Захарова В.П., Руденко Е.В., Галахин К.А. и др. Миксомы сердца (морфологические аспекты). Киев: Книга плюс, 2003. 142 с.
5. Кнышов Г.В., Витовский Р.М., Захарова В.П. Опухоли сердца. К., 2005. 256 с.
6. Мухин Н.А., Моисеев С.В., Фомин В.В. Опухоли сердца / Болезни сердца: рук. для врачей; под ред. Р.Г. Огановой, И.Г. Фоминой. М.: Литтерра, 2006. С. 1106.
7. Шиллер Н., Осипов М.А. Клиническая эхокардиография. М.: Практика, 2005. 344 с.
8. Acampa M., Tassi R., Guideri F. et al. Safety of intravenous thrombolysis in ischemic stroke caused by left atrial myxoma // *Curr. Drug Saf.* 2011; 6: 343–345.
9. Agosti S. Casalino L., Bertero G. et al. Atrial myxoma presenting during pregnancy // *G. Ital. Cardiol. (Rome)*. 2010; 11: 498–500.
10. Beyder A., Klarich K.W. Large atrial myxoma causing dynamic obstruction of the mitral valve and atrial fibrillation // *Mayo Clin. Proc.* 2012; 87: 122–130.
11. Cabrera H., Trindade E., Silva L.P., Gamboa C. Heart failure and syncope due to a giant atrial myxoma // *Rev. Port. Cardiol.* 2010; 29: 315–319.
12. Chen M.Y., Wang J.H., Chao S.F. et al. Cardiac myxoma originating from the anterior mitral leaflet // *Jpn. Heart J.* 2003; 44: 429–434.
13. Grebenc M.L., Rosado de Christenson M.L., Green C.E. et al. Cardiac myxoma: imaging features in 83 patients // *Radiograph.* 2002; 22: 673–689.
14. Harikrishnan S., Bohora S., Pillai V.V. et al. Left atrial myxoma influence of tumour size on electrocardiographic findings // *Indian Heart J.* 2012; 64: 170–172.
15. Kohno N., Kawakami Y., Hamada C. et al. Cerebral embolism associated with left atrial myxoma that was treated with thrombolytic therapy // *Case Rep. Neurol.* 2012; 4: 38–42.
16. Ozkan B., Sahin D.Y., Koc M. et al. A case of unusually located left ventricular myxoma: myxoma attached to the chordae tendinea of the mitral valve // *J. Echocardiogr.* 2011; 9: 165–166.
17. Sato T., Watanabe H., Okawa M. et al. Right atrial giant myxoma occupying the right ventricular cavity // *Ann. Thorac. Surg.* 2012; 94: 643–648.

ANNALS OF CLINICAL DISCIPLINE

1 ЖИЛД, 2 СОН

АННАЛЫ КЛИНИЧЕСКИХ ДИСЦИПЛИН

ТОМ 1, НОМЕР 2

КЛИНИК ФАНЛАР ЙИЛНОМАСИ

VOLUME 1, ISSUE 2

Научно-практический журнал по всем
направлениям медицины
основан в 2024 году
Бухарским государственным
медицинским институтом
Выходит один раз в 3 месяца
Учредитель Бухарский государственный
медицинский институт