

**Ергард Н.М.,**

*асистент кафедри судової медицини*

*Національного медичного університету імені О.О. Богомольця*

## **ВТОРИННА АНГІОСАРКОМА СЕРЦЯ, КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК.**

**Анотація:** Стаття присвячена новоутворенням серця. В статті викладено клінічний випадок із судово-медичної практики виявлення вторинної ангіосаркоми серця у жінки 1930 року народження внаслідок метастазування в тканини серця із злоякісного новоутворення молочної залози.

**Аннотация:** Статья посвящается новообразованиям сердца. В статье изложен клинический случай из судебно-медицинской практики вторичной ангиосаркомы сердца у женщины 1930 года рождения вследствие метастазирования в ткани сердца из злокачественного новообразования молочной железы.

**Summary:** This article is devoted neoplasms of the heart. The article describes a clinical case of forensic practice secondary angiosarcoma of the heart of a woman born in 1930 arising out of metastasis in the heart tissue of breast cancers.

**Пухлини серця** є дуже рідкісними захворюваннями. Можливо, це пояснюється добрим кровопостачанням серця і швидким обміном речовин у серцевому м'язі.

Розрізняють первинні (доброякісні та злоякісні) та вторинні пухлини серця.

Первинні пухлини є рідкісними захворюваннями, що зустрічаються в 0,002–0,05 %, причому 3/4 серед них становлять доброякісні пухлини. До первинних доброякісних пухлин серця відносять міксому, рабдоміому, фіброму, ліпому, лейоміому, тератому та ін. Єдиною пухлиною серед первинних злоякісних новоутворень серця є саркома.

Первинні злоякісні пухлини становлять 25 % загальної кількості первинних пухлинних уражень серця. Найбільш частим їх різновидом є саркома, що походить із мезенхіми і тому може проявлятися різноманітними

морфологічними типами й обумовлювати складність гістологічної верифікації. Саркома може виникнути в будь-якому віці, але найчастіше в 30–50 років, однаково часто в чоловіків і жінок. Пухлина вражає переважно праві відділи серця, виходячи, як правило, з ендокарда або перикарда. Первинна саркома серця може викликати оклюзію клапанних отворів та вихідних відділів шлуночків, здавлювати та проростати коронарні судини, великі артерії й вени. Вона відрізняється швидким інвазивним зростанням, проростає у всі шари серця й оточуючі органи, а також швидко й широко метастазує в легені, середостіння, трахеобронхіальні й ретроперитонеальні лімфатичні вузли, наднирникові залози, мозок [1,2].

**Ангіосаркома** — найбільш частий різновид, що становить 33 % первинних злоякісних пухлин. У чоловіків зустрічається у 2–3 рази частіше, ніж у жінок. Пухлина може вражати будь-які відділи серця, найчастіше — праве передсердя. Ангіосаркома макроскопічно є щільним горбистим утворенням, що інфільтрує тканини. На розрізі видно вогнища некрозу і крововиливів. Мікроскопічно визначаються веретеноподібні, полігональні або округлі клітини, що створюють синцитій і складаються в безладно розташовані тяжі. Характерним є утворення різних за розмірами і формою судинних порожнин, заповнених кров'ю, що з'єднуються між собою. Між клітинами пухлини знаходяться пухкі мережі аргірофільних волокон, що нагадують базальну мембрану [4].

Вторинними пухлинами серця частіше бувають метастази раку молочної залози, легень, шлунка, а іноді нирок і щитоподібної залози. Вторинні пухлини серця зустрічаються у 25 разів частіше від первинних [3].

Наводимо клінічний випадок із судово-медичної практики:

«17.12.2013 року був виявлений труп гр. О., 1930 року народження, за місце її проживання без ознак насильницької смерті. Для встановлення причини смерті труп гр. О слідчими органами направлено до відділу судово-медичних експертиз трупів Київського міського бюро судово-медичної експертизи. При зовнішньому дослідженні трупа: труп жіночої статі, правильної тілобудови, помірної вгодованості. Довжина тіла 164 см. Шкірні покриви тіла загалом

блідо-синюшного кольору. Трупне залякання добре виражено в усіх досліджуваних групах м'язів. Трупні плями синюшно-фіолетового кольору, виявляються на задньо-боковій поверхні тіла, при дозованому натискуванні бліднуть та відновлюють своє забарвлення через 8 хвилин. Гнильні зміни не виражені. Шкіра обличчя блідо-синюшна. На волосистій частині голови пошкоджень не виявлено. Очі закриті, зіниці рівномірно розширені, слизові оболонки їх білесувато-рожевого кольору, без крововиливів. Кістки та хрящі носа на дотик цілі. Отвори носа та вушні ходи вільні, чисті. Рот закритий, слизова оболонка губ синюшна, язик в порожнині рота. На шиї пошкоджень не виявлено. Грудна клітка симетрична, на дотик ціла. На передній поверхні грудної клітки справа відсутня права молочна залоза, на її місці рубець, розмірами 10,0x0,2 см, м'який на дотик, білуватого кольору. Живіт вище рівня реберних дуг. Зовнішні статеві органи розвинені правильно за жіночим типом. Задньопрохідний отвір зімкнутий, шкіра навколо нього чиста. Кінцівки розвинені правильно, кістки на дотик цілі. Будь-яких тілесних ушкоджень та особливостей розвитку при зовнішньому огляді не виявлено. Результати внутрішнього дослідження: при розтині черевної порожнини трупа стороннього запаху не відчувається. Підшкірно жирова клітковина в області груді 0,7 см, в області живота 1,0 см. Сальник помірно виражений, рівномірно вкриває петлі кишківника. Розміщення органів черевної порожнини правильне. Шлунок та петлі кишківника вздуті газами. Очеревина чиста, гладка, блискуча. В черевній порожнині вільної рідини та злук не виявлено. Діафрагма справа та зліва ціла. Реберні хрящі розсікаються легко. Переднє середостіння частково вповнено жировою клітковиною. Легені вповнюють плевральні порожнини, в плевральних порожнинах наявна вільна рідина жовтуватого кольору – справа 200 мл, зліва 150 мл. На верхівці правої та лівої легені є щільні горбисті утворення з інфільтрацією у тканину легень, ріст яких починається з ділянки серця. Навколосерцева сумка ціла, при розтині на поверхні правих відділів серця спостерігається щільне горбисте утворення, що інфільтрує у тканини серця (переважно на епікарді) (Рис. 1):

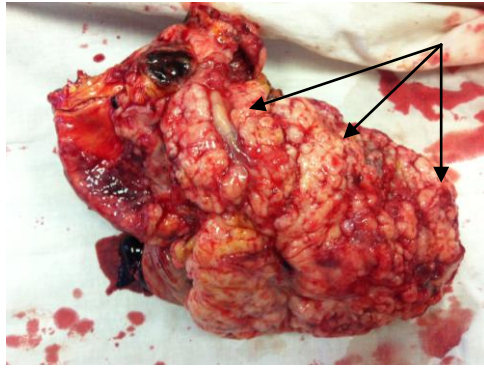


Рис. 1

На розрізі даного утворення добре видно вогнища некрозу і крововиливів. Серце мішкоподібної форми, розмірами 14x11,5x8 см. З порожнини серця та магістральних судин виділяється темно-червоні із білісуватими включеннями помірної щільності згортки крові. Периметр правого венозного отвору 12,5 см, лівого 13 см. В порожнині серця містяться темно-червоні із білісуватими включеннями помірної щільності згортки крові. М'яз серця дряблої консистенції, на розрізах нерівномірного кровонаповнення, бурувато-червоного кольору, з помірно вираженими дрібними білесувато-сірими прожилками сполучної тканини. Товщина стінки лівого шлуночка 2,0 см, правого 1,0 см. Двостулковий та тристулковий клапани тонкі, рухомі, біля основи ущільнені. Внутрішня оболонка серця волога, блискуча, без крововиливів. Ширина аорти над клапанами 8,5 см, клапани її біля основи ущільнені, рухомі. Внутрішня оболонка аорти білесувато-жовтого кольору з чисельними фіброзно-кальцинозними, місцями виразковими атеросклеротичними бляшками. Ширина легеневої артерії на розрізі над клапанами 7,5 см, клапани її гладкі, рухомі, внутрішня оболонка жовтувато-рожевого кольору, гладенька. Вінцеві артерії серця на розрізах зяють, вистоять над поверхнею розрізу, стінка їх потовщена, кальцинована атеросклеротичним бляшками, просвіт на багатьох ділянках нерівномірно звужений на 2/3, місцями до крапкового атеросклеротичними бляшками кам'янистої щільності. З боку інших органів та систем значної патології не виявлено, всі стани відповідають віковим змінам організму. При судово-гістологічному дослідженні ділянки серця з новоутворенням виявлено: веретеноподібні, полігональні та округлі клітини, що створюють синцитій і складаються в безладно розташовані тяжі.

Також спостерігаються утворення різних за розмірами і формою судинних порожнин, заповнених кров'ю, що з'єднуються між собою. Між клітинами пухлини знаходяться пухкі мережі аргірофільних волокон, що нагадують базальну мембрану.

Із наданої слідчими органами карти амбулаторного хворого на ім'я гр. О. стало відомо, що їй 4 роки назад проведено оперативне втручання по видаленню правої молочної залози у зв'язку із злякисним новоутворенням (саркомою молочної залози). Гр. О. перебувала на обліку у онкологічному диспансері.

Вище вказані дані дали підстави запідозрити, що у гр. О. має місце саме вторинна ангіосаркома серця, яка розвинулась в результаті метастатичного заносу даної пухлини в тканину серця від враженої правої молочної залози, що надалі підтвердилося даними судово-гістологічного дослідження.

Отже, на підставі даних судово-медичної експертизи трупа гр. О., результатів судово-гістологічного дослідження та даних карти амбулаторно хворого гр. О. було встановлено діагноз: Вторинна ангіосаркома серця з метастазами у праву та ліву легені».

### **Література:**

1. Антонченко І.В. Вісник аритмології / І.В. Антонченко, С.В. Попов, Г.М. Савенкова // Тези доповідей. – Кардіостім - 1998. - № 8. - С. 53.
2. Барт Б.Я. Кардіологія / Б.Я. Барт, О.Л. Смирнова, В.Г. Ларін, Л.А. Морозівська // Пухлини серця - 1997. - № 3. - С. 33-36.
3. Денисюк В.І. Доказова внутрішня медицина / В.І. Денисюк, О.В. Денисюк// Таємниці, стандарти діагностики та лікування. – Вінниця. - ДП ДКФ. - 2006. – С. 704.
4. Струков А.И. Патологическая анатомия / А.И. Струков, В.В. Серов // Болезни сердечно-сосудистой системы.- Москва. – Медицина.- 1979. – С. 217-241.