

chelyustno-litsevoy oblasti. *Rossysky stomatologicheskyy zhurnal. – Russian Dental Journal*. 2019;23(3-4):133-139. (In Russ.).

6. Медведев В. Э., Фролова В. И., Дробышев А. Ю. Психопатологические расстройства у пациентов с травмами

челюстно-лицевой области. *Архивъ внутренней медицины*. 2016;6(S1):74-75. [Medvedev V. E., Frolova V. I., Drobyshev A. Yu. Psikhopatologicheskiye rasstroystva u patsiyentov s travmami chelyustno-litsevoy oblasti. *Arkhiv vnutrenney meditsiny. – Archive of Internal Medicine*. 2016;6(S1):74-75. (In Russ.)].

Сведения об авторах:

Карпов Сергей Михайлович, доктор медицинский наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики; тел.: (8652)728412; e-mail: Karrov25@rambler.ru

Крохмаль Сергей Вячеславович, аспирант; тел.: 89188784994; e-mail: sergey267770@gmail.com

Карпов Алексей Сергеевич, аспирант; тел.: 89188784994; e-mail: www.lexa2790@gmail.com

Вышлова Ирина Андреевна, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: 89624001553; e-mail: irisha2801@yandex.ru

Караков Карен Григорьевич, доктор медицинский наук, профессор, заведующий кафедрой терапевтической стоматологии; тел.: 89624466000; e-mail: karakov.kg@gmail.com

Апагуни Артур Эдуардович, доктор медицинский наук, профессор кафедры травматологии и ортопедии; тел.: 89054161001; e-mail: artuni@yandex.ru

Христофорандо Дмитрий Юрьевич, доктор медицинский наук, доцент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; тел.: 89624039383; e-mail: dima-plastic@rambler.ru

© Коллектив авторов, 2020

УДК 616-006.31

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15102>

ISSN – 2073-8137

РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ – АНГИОСАРКОМА СЕРДЦА, ДИАГНОСТИРОВАННАЯ ПРИЖИЗНЕННО

И. В. Решетов, И. И. Быков, Ю. С. Агакина, Т. П. Некрасова,
А. С. Гараева, М. С. Микерова, А. Э. Киселева

Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова
(Сеченовский Университет), Российская Федерация

RARE CLINICAL CASE – LIFE-TIME DIAGNOSIS OF THE CARDIAC ANGIOSARCOMA

Reshetov I. V., Bykov I. I., Agakina Yu. S., Nekrasova T. P.,
Garaeva A. S., Mikerova M. S., Kiseleva A. E.

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University
(Sechenov University), Russian Federation

Описан клинический случай диагностики ангиосаркомы сердца при его дебюте у женщины 25 лет, приведено обсуждение выбора метода лечения с учетом состояния пациентки. В отечественной и зарубежной литературе описания прижизненной диагностики ангиосарком, окружающих все отделы сердца, как это было в данном клиническом случае, отсутствуют.

Ключевые слова: ангиосаркома сердца, прижизненная диагностика

The article describes a clinical case of cardiac angiosarcoma in a 25-year-old woman at its onset, discusses the challenges treatment approach choice, taking into account the patient's condition. In domestic and foreign literature there are no descriptions of in vivo diagnosis of angiosarcomas surrounding all parts of the heart, as in this clinical case.

Keywords: cardiac angiosarcoma, life-time diagnosis

Для цитирования: Решетов И. В., Быков И. И., Агакина Ю. С., Некрасова Т. П., Гараева А. С., Микерова М. С., Киселева А. Э. РЕДКИЙ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ – АНГИОСАРКОМА СЕРДЦА, ДИАГНОСТИРОВАННАЯ ПРИЖИЗНЕННО. *Медицинский вестник Северного Кавказа*. 2020;15(3):426-429.

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15102>

For citation: Reshetov I. V., Bykov I. I., Agakina Yu. S., Nekrasova T. P., Garaeva A. S., Mikerova M. S., Kiseleva A. E. RARE CLINICAL CASE – LIFE-TIME DIAGNOSIS OF THE CARDIAC ANGIOSARCOMA. *Medical News of North Caucasus*. 2020;15(3):426-429. DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15102> (In Russ.)

ВПВ – верхняя полая вена
ИГХ – иммуногистохимическое исследование
КТ – компьютерная томография
ЛА – легочная артерия
ЛЖ – левый желудочек
ЛП – левое предсердие

МСКТ – мультиспиральная компьютерная томография
ПП – правое предсердие
ПЭТ/КТ – позитронно-эмиссионная томография, совмещенная с компьютерной томографией
ТК – трикуспидальный клапан
Эхо-КГ – эхокардиография

Частота новообразований средостения в структуре онкологических заболеваний составляет около 1 %. Первичная ангиосаркома сердца относится к редким заболеваниям, диагностика которых вызывает затруднения.

Новообразование обычно представлено беспорядочным сплетением сосудистых полостей разных размеров с анаплазией эпителиальных клеток, выраженными участками некрозов, кровоизлияний и локализуется преимущественно в правом предсердии [1, 2]. Первичные ангиосаркомы сердца, как правило, клинически проявляются только на поздней стадии; симптомы зависят от локализации и размера опухоли [3].

Клинический случай

Пациентка О., 25 лет, 13.05.2018 поступила в университетскую клиническую больницу № 1 – в онкологическое хирургическое отделение комбинированных методов лечения. При поступлении предъявляла жалобы на одышку при минимальной физической нагрузке, слабость. Осмотр выявил бледность кожных покровов, отеки нижних конечностей, увеличение окружности живота, отек правой молочной железы.

При эхокардиографии (Эхо-КГ) обнаружено большое объемное образование, окружающее все отделы сердца, расположенное в перикарде, средостении, в левой плевральной полости, имеющее размеры более 10x10 см, сдавливающее ствол легочной артерии (ЛА), восходящую аорту, возможно, ветви ЛА, камеры сердца, вызывающее деформацию контура левого желудочка (ЛЖ), левого предсердия (ЛП), правого предсердия (ПП). Образование прорастало стенку ПП в его полость до 1,5x1,0 см с флотирующим фрагментом в ПП, не достигающим трикуспидального клапана (ТК). Толщина образования достигала: около ЛЖ – до 4,5 см, вокруг ствола ЛА – до 3,8 см, около ПП – до 4,4 см, между ПЖ и печенью – 2,2 см, между ЛЖ и левой плевральной полостью – до 3,7–5,7 см.

Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) показала наличие кистозно-солидного образования, деформирующего все камеры сердца, значительно суживающего просветы магистральных сосудов: верхнюю полую вену (ВПВ), луковичу, восходящую часть и дугу аорты, легочный ствол, долевые легочные артерии и вены с обеих сторон. Наиболее крупный фрагмент находился в ПП, имел размеры 8,3x7,0x9,5 см. Отмечены аденопатия надключичных, подключичных и внутригрудных лимфатических узлов, плотные очаги в правом легком, левосторонний плевральный выпот.

Выполненная в динамике компьютерная томография органов грудной клетки показала отсутствие свежих очаговых изменений в легких. В верхней доле правого легкого на уровне переднего отрезка 1 ребра визуализировано субплеврально расположенное образование с бугристыми контурами размером 13 мм. Ателектаз средней доли. В нижних долях легких, больше слева – множественные зоны фиброза. В правой плевральной полости имеется жидкость с толщиной слоя до 25 мм, в левой – с толщиной слоя до 20 мм. Во всех отделах перикарда от уровня надоральных сосудов до диафрагмы визуализируется многоузловое образо-

вание неоднородной (мягкотканной, пониженной) плотности, полностью окружающее сердце (толщиной до 80 мм) и магистральные сосуды, прорастающее миокард всех камер сердца, с массивным внутриполостным компонентом в ПП. Образование также прорастает ВПВ, легочный ствол, сдавливая их, деформирует и сдавливает ЛП и легочные вены (рис. 1).

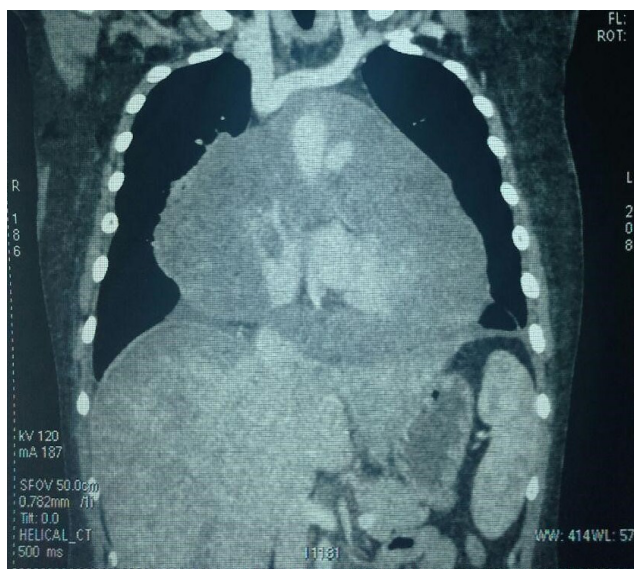


Рис. 1. Компьютерная томография органов грудной клетки больной О.

Было принято решение о проведении расширенной биопсии образования сердца. При срочном цитологическом исследовании в ходе диагностической торакотомии обнаружено скопление клеток овальной и веретенообразной формы с выраженными признаками атипии.

Гистологическое исследование (рис. 2) показало наличие в препаратах, окрашенных гематоксилином-эозином, фрагментов детрита и свертков крови. Отдельные фрагменты состояли преимущественно из фиброзной ткани, небольшого количества жира с кровеносными сосудами и очагами опухолевого роста. Опухоль состояла из хаотично располагающихся мелких ветвящихся сосудистых трубочек, выстланных веретеновидными и эпителиоидными опухолевыми клетками с умеренно выраженным клеточным и ядерным атипизмом. В ядрах многих клеток определяются ядрышки. Умеренное количество митозов (12 в 10 полях зрения при X400). В строме опухоли – кровоизлияния, участки склероза и гиалиноза. Гистологическое заключение позволило сформулировать предварительный диагноз ангиосаркомы.

Для уточнения гистогенеза опухоли и пролиферативной активности было проведено иммуногистохимическое типирование.

Иммуногистохимическое исследование (ИГХ) (рис. 3) с антителами к CD34, десмину, гладкомышечному актину, CD68, FVIII, FLI-1, Ki67 показало наличие в опухолевых клетках цитоплазматической экспрессии CD34 и ядерной FLI-1. Также отмечена положительная ядерная экспрессия Ki67 в 70 % клеток опухоли. В опухолевых клетках отсутствовала экс-

прессия к десмину, гладкомышечному актину, CD68, FVIII. Гистологическое строение с учетом иммунофенотипа более соответствовало умеренно дифференцированной (G2) ангиосаркоме.

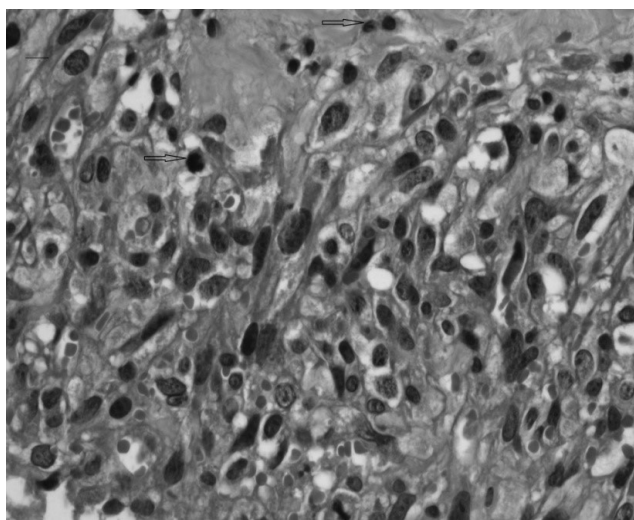


Рис. 2. Гистологический препарат опухоли сердца. Окраска гематоксилин-эозином. Множественные митозы в клетках

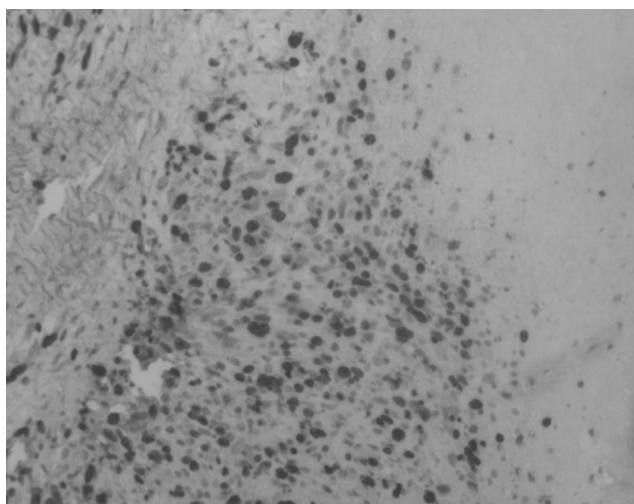


Рис. 3. Иммуногистохимическое исследование. Положительная ядерная экспрессия Ki67 в 70 % клеток опухоли

Полученные данные позволили сформулировать окончательный диагноз: ангиосаркома сердца, умеренно дифференцированная G2.

Был проведен онкологический консилиум, принято решение начать специально подобранную химиотерапию. На данный момент проведено 3 курса полихимиотерапии эпирубицином, винкристином, циклофосфамидом, карбоплатином AUC 5.

Литература/References

1. Randhawa K. Magnetic resonance imaging of cardiac tumors: Part 2. Malignant tumors and tumorlike conditions. *Curr. Probl. Diagn. Radiol.* 2011;40:169-179. <https://doi.org/10.1067/j.cpradiol.2010.07.002>
2. Janigan D. T., Husain A., Robinson N. A. Cardiac angiosarcomas. A review and a case report. *Cancer.* 1986;57:852-859.

Лечение пациентка перенесла удовлетворительно, токсическая реакция была выражена умеренно. Отмечено значительное уменьшение асцита, отека голеней. Больная перестала находиться в положении ортопноэ, одышка возникла только при длительной прогулке и подъеме на 3 этаж по лестнице. В связи с хорошим ответом на проведенную химиотерапию, было запланировано проведение 4 курса химиотерапии.

Из-за редкости заболевания и трудностей диагностики ангиосаркома сердца должна включаться в дифференциальный диагноз при перикардальном выпоте неуточненного генеза, при синдромах полых вен, необъяснимой правожелудочковой недостаточности, при обмороках с падением артериального давления, особенно у больных молодого возраста [4].

Сердечные ангиосаркомы обычно возникают в правом предсердии, а наиболее распространенные места их метастазирования – легкое и перикард [2, 5]. Трансторакальная эхокардиография является исходным диагностическим инструментом для определения массы сердца, имеющим чувствительность 93 %. Ценным дополнением к эхокардиографии является КТ-сканирование. Магнитно-резонансная томография часто используется для определения характеристик ткани и инфильтрации опухоли [6]. Однако для постановки окончательного диагноза необходима биопсия опухоли [7]. В данном случае ангиосаркома сердца была диагностирована после диагностической торакотомии. Иммуногистохимическое окрашивание CD31 и CD34 подтвердило эндотелиальное происхождение. Ki67 был использован в качестве прогностического фактора. Высокие его значения ($\geq 10\%$) обычно коррелируют с плохим результатом выживания.

В плане выбора метода лечения в конкретном клиническом наблюдении предпочтение было отдано полихимиотерапии, на фоне которой удалось достичь стабилизации состояния больной.

Закключение. Таким образом, у пациентки О. обнаружена опухоль – ангиосаркома сердца, которая окружает все отделы сердца, что делает практически невозможным хирургическое лечение. Применение адьювантной терапии, в том числе химиотерапии и лучевой терапии, в данном случае спорно.

Литературные данные свидетельствуют о неблагоприятном прогнозе сердечной ангиосаркомы с выживаемостью от 6 до 12 месяцев после установления диагноза [8]. Наша пациентка достигла данного срока выживаемости, химиотерапией достигнут хороший результат. На данный момент за больной продолжается наблюдение.

Клинический случай представляется с согласия пациента.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

3. Kodali D., Seetharaman K. Primary Cardiac Angiosarcoma. *Sarcoma.* 2006;39130:1-3. <https://doi.org/10.1155/SRCM/2006/39130>
4. Brandt R. R., Arnold R., Bohle R. M. Cardiac angiosarcoma: Case report and review of the literature. *Z. Kardiol.* 2005;94:824-828. <https://doi.org/10.1007/s00392-005-0296-0>

5. 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;14(12):1216-1225.
<https://doi.org/10.1038/modpathol.3880463>
6. Araoz P. A., Eklund H. E., Welch T. J., Breen J. F. CT and MR imaging of primary cardiac malignancies. *Radiographics.* 1999;19:1421-1434.
<https://doi.org/10.1148/radiographics.19.6.g99no031421>
7. Elsayad K., Scobioala S., Kriz J., Haverkamp U., Eich H. T. Advances in image-guided radiation therapy for primary cardiac angiosarcoma: The role of PET-CT and MRI. *Oncol. Res. Treat.* 2016;39:290-294.
<https://doi.org/10.1159/000445864>
8. Penel N., Bui B. N., Bay J. O., Cupissol D., Ray-Coquard I. [et al.]. Phase II trial of weekly paclitaxel for unresectable angiosarcoma: The ANGIOTAX study. *J. Clin. Oncol.* 2008;26:5269-5274.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2008.17.3146>

Сведения об авторах:

Решетов Игорь Владимирович, академик РАН, профессор, заведующий кафедрой онкологии, радиотерапии и пластической хирургии; тел.: 84992487784; e-mail: 2487784@mail.ru

Быков Игорь Игоревич, кандидат медицинских наук, врач-онколог; тел.: 84992487784; e-mail: igor-vr@mail.ru

Агакина Юлия Сергеевна, врач-онколог; тел.: 84992487784; e-mail: 2487784@mail.ru

Некрасова Татьяна Петровна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры патологической анатомии; тел.: 84957083762; e-mail: rhm09@mail.ru

Гараева Амина Султановна, кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения; тел.: 89269000067; e-mail: garaeva1972@mail.ru

Микерова Мария Сергеевна, кандидат медицинских наук, доцент; тел.: 89152258689; e-mail: masha-med@mail.ru

Киселева Алевтина Эдуардовна, ординатор-онколог; тел.: 84992487784; e-mail: kis-alevtina@yandex.ru

© Коллектив авторов, 2020

УДК 378.14.015.62

DOI – <https://doi.org/10.14300/mnnc.2020.15103>

ISSN – 2073-8137

ИНТЕРПРЕТАЦИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ АККРЕДИТАЦИИ В КОНТЕКСТЕ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ КАЧЕСТВА МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Т. В. Семенова¹, Ж. М. Сизова², Н. Н. Найденова³, В. И. Звонников⁴,
Т. Н. Малахова², Т. М. Литвинова²

¹ Российский национальный исследовательский медицинский университет
им. Н. И. Пирогова, Москва, Российская Федерация

² Первый Московский государственный медицинский университет
им. И. М. Сеченова (Сеченовский Университет), Российская Федерация

³ Институт стратегии развития образования Российской академии образования,
Москва, Российская Федерация

⁴ Ивановский государственный университет, Российская Федерация

INTERPRETATION OF ACCREDITATION RESULTS IN THE CONTEXT OF IMPROVING THE QUALITY OF MEDICAL EDUCATION

Semenova T. V.¹, Sizova Zh. M.², Naydenova N. N.³, Zvonnikov V. I.⁴,
Malahova T. N.², Litvinova T. M.²

¹ N. I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University),
Russian Federation

³ Institute for Strategy of Education Development of the Russian Academy
of Education, Moscow, Russian Federation

⁴ Ivanovo State University, Russian Federation

Обсуждаются подходы к интерпретации результатов аккредитации в целях совершенствования качества медицинского образования. В основу интерпретации предлагается положить данные, полученные в ходе аккредитации специалистов здравоохранения и рассматриваемые в контексте выбора ключевых направлений работы в медицинских вузах по повышению качества результатов обучения. В основу выбора направлений предлагается положить