

DOI: <https://doi.org/10.51922/1818-426X.2025.2.141>

С. С. Лемешевская¹, А. И. Лемешевский¹, А. Ю. Почтавец¹,
А. А. Черненко², К. А. Теплякова², А. В. Альшевская²

КИСТА ПЕРИКАРДА У ПОЖИЛОГО ПАЦИЕНТА С ФИБРИЛЛЯЦИЕЙ ПРЕДСЕРДИЙ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»,¹
УЗ «3-я городская клиническая больница имени Е. В. Клумова»,
Минск²

Кисты перикарда представляют собой редкие образования средостения, обычно протекающие бессимптомно и часто случайно обнаруживаемые на рентгенограммах грудной клетки. Кисты перикарда могут быть врожденными и приобретенными (вследствие воспаления, инфекции, травмы, паразитарного поражения или др.). В статье мы представили клинический случай 74-летнего мужчины с ишемической болезнью сердца, пароксизмальной формой фибрилляции предсердий на фоне ожирения, у которого развилась правожелудочковая недостаточность. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки киста перикарда не визуализировалась. Диагноз был поставлен с использованием компьютерной томографии и эхокардиографии. Размеры кисты перикарда по данным КТ 70×52×80 мм, при контрастном усилении без накопления контрастного вещества, образование компримировало правый желудочек сердца. Комплексное консервативное лечение ишемической болезни сердца в сочетании с контролем ритма было эффективно. Для решения вопроса об оперативном решении пациент был переведен в кардиохирургию. В статье представлен разбор основных причин данного патологического состояния, данные исследований, лечебная тактика. Необходимо знать клинику кист перикарда и учитывать при дифференциальной диагностике.

Ключевые слова: киста перикарда, компьютерная томография, эхокардиография, фибрилляция предсердий.

S. S. Lemeshevskaya, A. I. Lemeshevskij, A. Yu. Pochtavcev,
A. A. Chernenko, K. A. Teplyakova, A. V. Al'shevskaya

PERICARDIAL CYST IN AN ELDERLY PATIENT WITH ATRIAL FIBRILLATION: A CLINICAL CASE

Pericardial cysts are rare mediastinal lesions that are usually asymptomatic and often discovered incidentally on chest radiographs. Pericardial cysts can be congenital or acquired (due to inflammation, infection, trauma, parasitic infection, etc.). In the article, we presented a clinical case of a 74-year-old man with coronary heart disease, paroxysmal atrial fibrillation associated with obesity, who developed right ventricular failure. The pericardial cyst was not visualized on a plain chest X-ray. The diagnosis was made using computed tomography and echocardiography. The dimensions of the pericardial cyst according to CT data are 70×52×80 mm, with contrast enhancement without accumulation of contrast agent, the formation compressed the right ventricle of the heart. Complex conservative treatment of coronary heart disease in combination with rhythm control was effective. To resolve the issue of surgical decision, the patient was transferred to cardiac surgery. The article presents an analysis of the main causes of this pathological condition, research data, and treatment tactics. It is necessary to know the clinic of pericardial cysts and take them into account in differential diagnosis.

Key words: pericardial cyst, computed tomography, echocardiography, atrial fibrillation.

□ Случай из практики

Кисты перикарда являются редкими образованиями грудной полости, встречаются у 1 из 100 000 человек. Кисты перикарда могут быть врожденными и приобретенными, среди причин последних указываются: травмы, в том числе, операции на грудной клетке, ревматический перикардит, инфекции (туберкулез) и паразитарные (эхинококк) поражения. В большинстве случаев кисты перикарда протекают бессимптомно и могут быть случайной находкой на рентгенограммах грудной клетки [1, 2]. Клинические проявления существенно зависят от размера и положения, связаны со степенью компрессии на близлежащие структуры. Появление жалоб обусловлено ростом образования с увеличением размеров и сопутствующими этому осложнениями. Разнообразные симптомы могут включать: дискомфорт и боли за грудиной, обмороки, сердцебиение, одышку, нарушение глотания, осиплость голоса и другие [3]. Мы представляем клинический случай кисты перикарда с симптомами правожелудочковой сердечной недостаточности.

Описание клинического случая

Мужчина в возрасте 74 лет в 2024 году был доставлен в приемный покой 3 городской клинической больницы имени Е. В. Клумова г. Минска с жалобами на выраженную слабость, одышку, невозможность встать с кровати и передвигаться по квартире, дискомфорт в области сердца без четкой связи с физической нагрузкой, без иррадиации. Нитроглицерин не использовал, постоянно принимал бисопролол 5 мг утром, аторвастатин 20 мг вечером, амлесса 4/5 мг вечером, кардиомагнил 75 мг вечером, иногда валидол, антикоагулянты не принимал.

В течение последних 4 дней отмечал периодическое временное снижение артериального давления до 70/40 мм рт. ст., выраженную одышку, сатурацию крови кислородом дома не измерял. Пароксизм фибрилляции предсердий был выявлен однократно несколько лет назад. В день вызова скорой медицинской помощи на кардиограмме выявлена фибрилляция предсердий, давность которой неизвестна.

В анамнезе протезирование левого тазобедренного сустава, оперативное лечение перелома правой голени с длительным реабилитационным периодом.

На момент поступления в приемный покой: общее состояние пациента средней степени тяжести. Сознание ясное. Кожные покровы видимые слизистые без изменений. Телосложение гиперстеническое. Рост 168 см, масса тела 85 кг, ИМТ 30,12 кг/м кв. Температура тела 36,2 градуса С.

Пульс 72 удара в минуту, аритмичный, ЧСС 92 в минуту. Дефицит пульса 20. Артериальное давление 125/90 мм рт. ст. Границы сердца расширены. Шумов нет. Частота дыхания 20 в минуту. Сатурация крови 98 %. Одышка носит смешанный характер. Дыхание везикулярное с обеих сторон, ослаблено в нижних отделах. Хрипы единичные мелкопузырчатые в нижних отделах легких. Отмечается пастозность голеней. На электрокардиограмме (ЭКГ) имеется фибрилляция предсердий, тахисистолическая форма, средняя ЧСС 90 уд/мин. Горизонтальное положение электрической оси сердца. Полная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки изменений миокарда нижней, боковой области левого желудочка (рисунок 1).

На обзорной рентгенографии органов грудной клетки киста перикарда не визуализировалась (рисунок 2).

Учитывая жалобы, анамнез, клинико-лабораторные данные (повышенный уровень D-димеров 3,52 мкг FEU/мл при норме менее 0,5 мкг FEU/мл) для исключения тромбоэмболии легочной артерии (ТЭЛА) пациенту выполнена компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с контрастированием (рисунок 3). Отмечено, что в средостении имеются многочисленные лимфоузлы округлой и овальной формы до 10 мм по короткой оси. В плевральных полостях свободная жидкость слоем до 11 мм в аксиальном сечении (имеется небольшое отграничение жидкости по ходу косой м/долевой плевры толщиной до 8 мм), слева до 9 мм. По краю сканирования перигепатически следовое количество жидкости. В просветах легочного ствола, главной правой и левой легочных артерий, на уровне долевых/сегментарных и субсегментарных ветвей легочной артерии дефектов наполнения не определяется. По переднему контуру сердца определяется объемное неоднородно обызвествленное образование 70×52×80 мм, при контрастном усилении без накопления контрастного вещества, образование компримирует правый желудочек сердца.

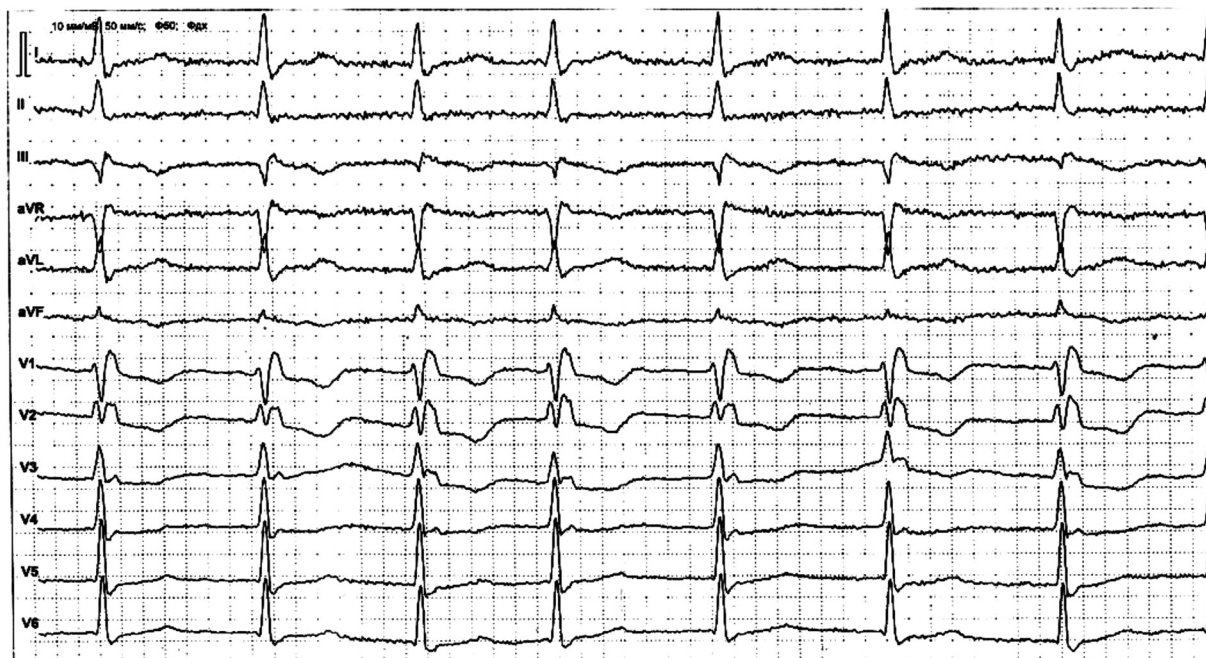


Рисунок 1. Электрокардиограмма при поступлении

При трансторакальной эхокардиографии (Эхо-КГ) были отмечены некоторые особенности. Асинхронное движение межжелудочковой перегородки (МЖП). Нарушение локальной сократимости миокарда левого желудочка. Сократительная способность левого желудочка удовлетворительная (фракция выброса (ФВ) 58 % по Simpson). В апикальной четырехкамерной позиции (4С) полость правого желудочка деформирована (сдавление извне) (рисунок 4) неоднородным образованием 50×70 мм с акустической тенью; гипокинез боковой стенки правого желудочка; инфундибулярный отдел правого желудочка расширен. Сократительная

способность правого желудочка снижена (TAPSE (амплитуда движения трикуспидального фиброзного кольца в систолу к верхушке) 13 мм, ФИП (фракция изменения площади) 31 %). Регургитация на клапане лёгочной артерии I–II ст. (незначительная).

При других исследованиях отмечались изменения, выявленные при ультразвуковом исследовании брахиоцефальных сосудов – стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий (БЦА): стеноз правой сонной артерии 30–35 %, стеноз правой внутренней сонной артерии 35–40 %, стеноз левой общей сонной артерии 40–45 %, стеноз левой внутренней сонной артерии 20–25 %. Кровоток магистрального типа. Уровень N-концевого фрагмента мозгового натрийуретического пептида (NT-pro BNP2) составил 1791 пг/мл (при норме менее 125 пг/мл).

Выполнена коронароангиография: ПМЖВ (передняя межжелудочковая ветвь): множественные короткие стенозы в 1-м сегменте максимально до 50 %, во 2-м сегменте до 70–80 %; ОВ (огибающая ветвь) – эксцентрический стеноз 1-го сегмента до 40 %, стеноз после отхождения крупной ВТК (ветвь тупого края) до 50 %; ВТК1 – протяженный стеноз в проксимальном сегменте до 80 %, диаметр артерии менее 2 мм) с последующим чрезкожным коронарным вмешательством: ангиопластика и стентирование ПМЖВ 2-я стентами.

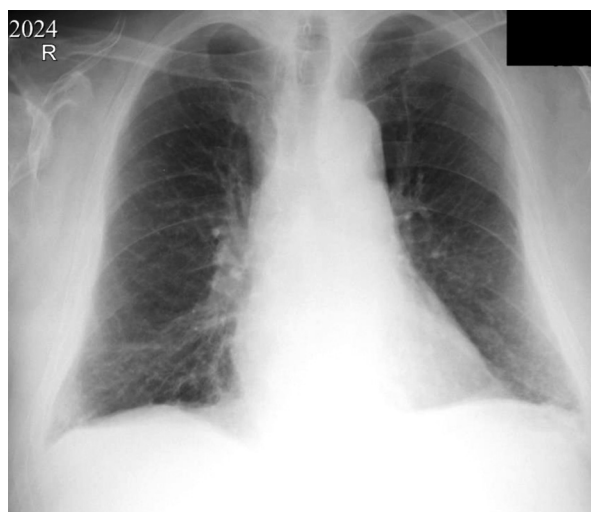


Рисунок 2. Обзорная рентгенография органов грудной клетки

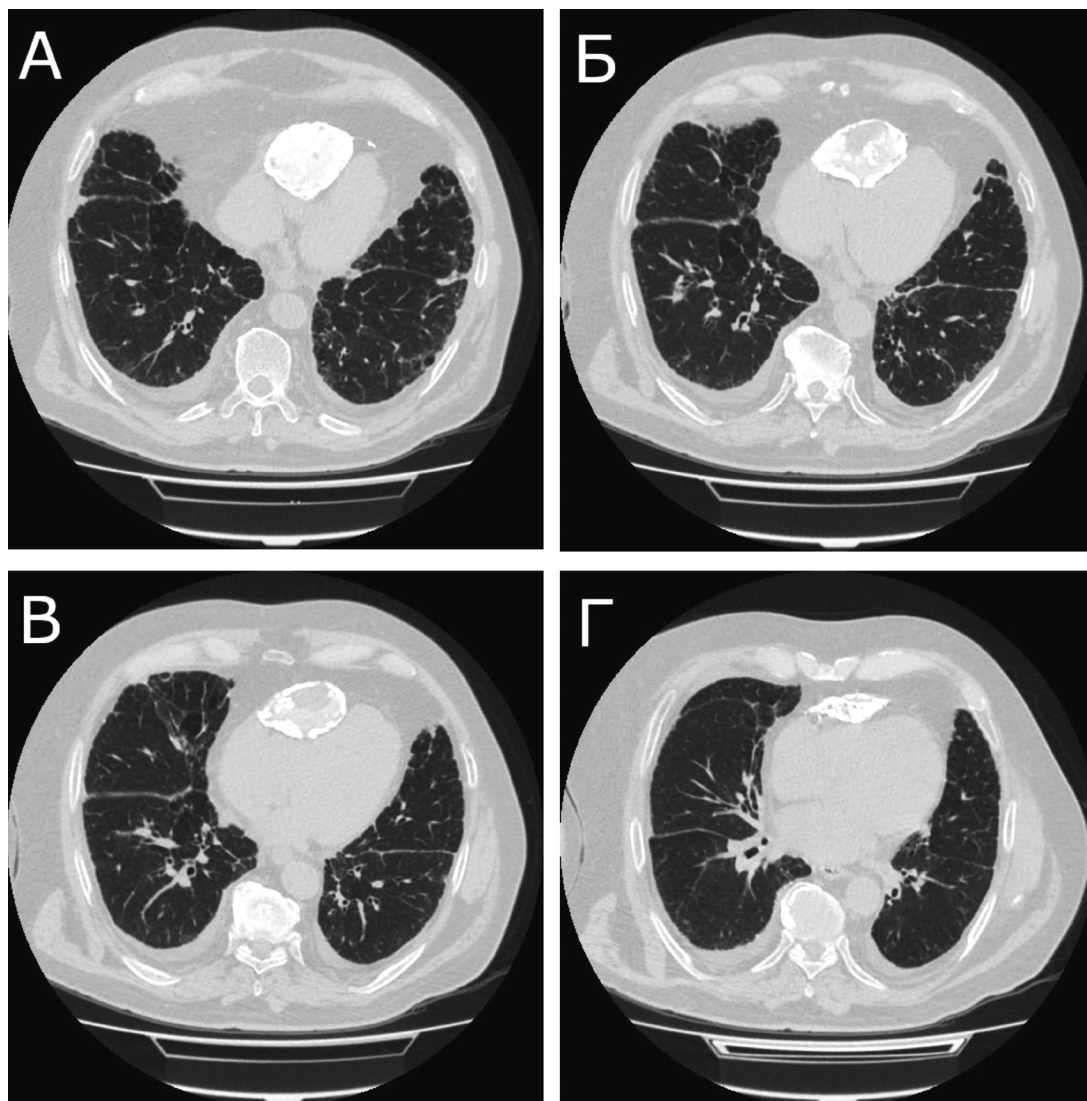


Рисунок 3. КТ-сканы грудной клетки: поперечные срезы (А–Г) демонстрируют объемное образование переднего средостения, сдавливающее правый желудочек сердца



Рисунок 4. ЭХО-КГ: апикальная четырехкамерная позиция, позволяющая визуализировать деформирование полости правого желудочка (сдавление извне) неоднородным образованием размером 44,5×34,1 мм

После комплексного консервативного лечения ишемической болезни сердца, контроля ритма, оперативного лечения хронической коронарной окклюзии в удовлетворительном состоянии пациент был направлен в кардиохирургическое отделение для проведения хирургического лечения. Диагноз киста перикарда был подтвержден.

Обсуждение

Киста перикарда редко встречается и чаще всего протекает бессимптомно, поскольку не вызывает воздействия на окружающие органы и не приводит к серьезным клиническим проявлениям. Проявление заболевания может быть с осложнениями, такими как инфицирование, разрыв, кровотечение и сдавление рядом расположенных органов [3]. В дан-

ном клиническом случае возникло сдавление правого желудочка сердца кистой перикарда, что способствовало развитию правожелудочковой недостаточности и, возможно, пароксизму фибрилляции предсердий, но нам не известны сроки возникновения заболевания и динамика его развития. В литературе сообщалось о кистах перикарда размером/диаметром от 2 до 28 см [4, 5]. В данном случае размеры кисты составили примерно 7×5,2×8 см, однако расположение кисты в переднем средостении привело к сдавлению правых отделов сердца, тогда как в известных нам случаях такого явного воздействия установлено не было. Следует учитывать, что локализация кист может быть очень различна, что существенно влияет на клинику. Рентгенография не всегда информативна при диагностике кист, которые могут имитировать другие состояния [5]. Для дифференциации кист перикарда от других образований средостения оптимально применение КТ [4, 5]. В данном клиническом случае также была информативна эхокардиография, позволившая оценить анатомическое расположение и степень влияния кисты на правый желудочек. Комплексное консервативное лечение было эффективно и позволило стабилизировать состояние пациента.

В зависимости от локализации кисты методом лечения является пункция под контролем ультразвукового исследования, видеоторакоскопическая хирургия, стернотомия и резекция кисты, торакотомия и резекция [6]. Чрескожная аспирация с этаноловым склерозом в качестве начального лечения врожденных и воспалительных кист рекомендуется рабочей группой по диагностике и лечению заболеваний перикарда Европейского общества кардиологов [3, 5].

Кисты перикарда считаются бессимптомными и крайне редко приводят к сдавлению правого желудочка с нарушением гемодинамики. Представленный клинический случай показывает существенное влияние кисты средних размеров и дает новые представления о возможных осложнениях, демонстрирует влияние нескольких этиологических причин на состояние сердца пациента. Кардиологи должны учитывать данное заболевание при дифференциальной диагностике. Ведущую роль в визуализации и диагностике кист занимает КТ. Существуют малоинвазивные и оперативные способы лечения кист перикарда.

Литература

1. Целомическая киста перикарда. Случай из клинической практики / Е. М. Сурмач, С. Н. Демидик, В. А. Фролов, А. Л. Беляева // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2022. – Т. 20, № 3.
2. Parmar, Y. J., Shah A. B., Poon M., Kronzon I. Congenital Abnormalities of the Pericardium // *Cardiol Clin.* – 2017. – № 35(4). – P. 601–614. doi: 10.1016/j.ccl.2017.07.012. PMID: 29025550.
3. Meredith, A., Zazai I. K., Kyriakopoulos C. Pericardial Cyst. [Updated 2023 Jan 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562287>.
4. Akbayrak, H., Yildirim S., Simsek M., Oc M. A rare giant pericardial cyst mimicking a paracardiac mass // *Cardiovasc J Afr.* – 2016. – № 27(4). – P. e7–e9. doi: 10.5830/CVJA-2016-016. Epub 2016 Jul 12. PMID: 27701483; PMCID: PMC5353970.
5. Juliana, Labi, Erasung-Umar Ibrahim, Dorothea Akosua Anim, Lawrence Agyemang Sereboe, Yaw Boateng Mensah, Giant pericardial cyst, an unusual cause of right heart failure in an elderly patient with tuberculosis and HIV: A case report, *Radiology Case Reports.* – 2023. – Vol. 18, Issue 4. – P. 1466–1470. ISSN 1930-0433. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2023.01.048>.
6. Sandeep, Kumar Kar, Tanmoy Ganguly. Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts // *Indian Heart Journal.* – 2017. – Vol. 69, Issue 3. – P. 364–370. ISSN 0019-4832. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.02.021>.

References

1. Celomicheskaya kista perikarda. Sluchaj iz klinicheskoj praktiki / E. M. Surmach, S. N. Demidik, V. A. Frolov, A. L. Belyaeva // *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta.* – 2022. – Т. 20, № 3.
2. Parmar, Y. J., Shah A. B., Poon M., Kronzon I. Congenital Abnormalities of the Pericardium // *Cardiol Clin.* – 2017. – № 35(4). – P. 601–614. doi: 10.1016/j.ccl.2017.07.012. PMID: 29025550.
3. Meredith, A., Zazai I. K., Kyriakopoulos C. Pericardial Cyst. [Updated 2023 Jan 4]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562287>.
4. Akbayrak, H., Yildirim S., Simsek M., Oc M. A rare giant pericardial cyst mimicking a paracardiac mass // *Cardiovasc J Afr.* – 2016. – № 27(4). – P. e7–e9. doi: 10.5830/CVJA-2016-016. Epub 2016 Jul 12. PMID: 27701483; PMCID: PMC5353970.
5. Juliana, Labi, Erasung-Umar Ibrahim, Dorothea Akosua Anim, Lawrence Agyemang Sereboe, Yaw Boateng Mensah, Giant pericardial cyst, an unusual cause of right heart failure in an elderly patient with tuberculosis and HIV: A case report // *Radiology Case Reports.* – 2023. – Vol. 18, Issue 4. – P. 1466–1470. ISSN 1930-0433. <https://doi.org/10.1016/j.radcr.2023.01.048>.
6. Sandeep Kumar Kar, Tanmoy Ganguly, Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts // *Indian Heart Journal.* – 2017. – Vol. 69, Issue 3. – P. 364–370. ISSN 0019-4832. <https://doi.org/10.1016/j.ihj.2017.02.021>.

Поступила 20.01.2025 г.