

УДК 616.12-006.04+616.11-006.04]-071

DOI: <http://doi.org/10.31928/2305-3127-2020.2.4853>

**Р.М. Витовский, В.В. Исаенко, Е.В. Аксёнов, И.Г. Яковенко,  
М.А. Трегубова, А.А. Мазур**

ГУ «Национальный институт сердечно-сосудистой хирургии имени Н.М. Амосова  
НАМН Украины», Киев

## К вопросу о сложности дифференциальной диагностики опухолей сердца и перикарда

В статье приведено описание необычного течения и сложной дифференциальной диагностики фиброзного перикардита, который имитировал опухоль сердца в основании аорты. Ключевым моментом в прогрессировании заболевания явилось присоединение грибковой инфекции, что способствовало возникновению его клинических проявлений. В связи с внешним сдавлением основного ствола левой коронарной артерии до 90 %, выполнено ее стентирование. Биопсия с последующим патогистологическим исследованием, наряду с другими методами диагностики, позволила назначить адекватное лечение данной патологии.

**Ключевые слова:** опухоли сердца, биопсия, фиброзный перикардит.

**Посилання:** Витовський Р.М., Ісаєнко В.В., Аксєнов Е.В. і др. К вопросу о сложности дифференциальной диагностики опухолей сердца и перикарда // Кардіохірургія та інтервенційна кардіологія.– 2020.– № 2.– С. 48–53.

**To cite this article:** Vitovskiy RM, Isaienko VV, Aksyonov EV, Yakovenko IG, Tregubova MA, Mazur OA. The complexity of the differential diagnosis of heart tumors and pericarditis. *Cardiac Surgery and Interventional Cardiology*. 2020;2(29):48-53 (in Russ.).

ВИПАДОК  
ІЗ ПРАКТИКИ

Первичные опухоли сердца – весьма редкое заболевание, встречаются с частотой 0,09–2 % госпитализированных больных с кардиохирургической патологией. Диагностика и дифференциальная диагностика данной патологии представляет определенные трудности, потому что первичные опухоли сердца протекают с симптомами, симулирующими другие заболевания сердца, – приобретенные пороки сердца, перикардиты, другую патологию [1, 2, 5]. Однако и сам диагноз опухоли сердца может имитировать другое заболевание, а именно – перикардит или инфекционный эндокардит. Специальные инструментальные методы исследования не всегда дают правильный диагноз, несмотря на все признаки, соответствующие опухолевому росту. Окончательное заключение о природе заболевания в абсолютном большинстве случаев может предоставить только патогистологическое исследование, выполненное при проведении биопсии новообразования [3, 4].

В статье приводится случай сложной дифференциальной диагностики и необычного течения фиброзного перикардита, который имитировал опухоль сердца.

### Клинический случай

Пациентка Н., 25 лет, история болезни № 659, поступила в НИИССХ имени Н.М. Амосова НАМН Украины 03.02.2020 г. с жалобами на выраженную слабость, одышку и боли в области сердца, возникающие при незначительных физических нагрузках. Из анамнеза известно, что эти жалобы появились 6 месяцев назад, после того, как пациентка проходила лечение по поводу пневмонии. Из анамнеза жизни стало известно, что в возрасте 15 лет (10 лет назад) пациентка перенесла травму грудной клетки в результате падения на уроке физкультуры, с чем связывает последующее появление утомляемости, дискомфорта в грудной клетке, которые периодически

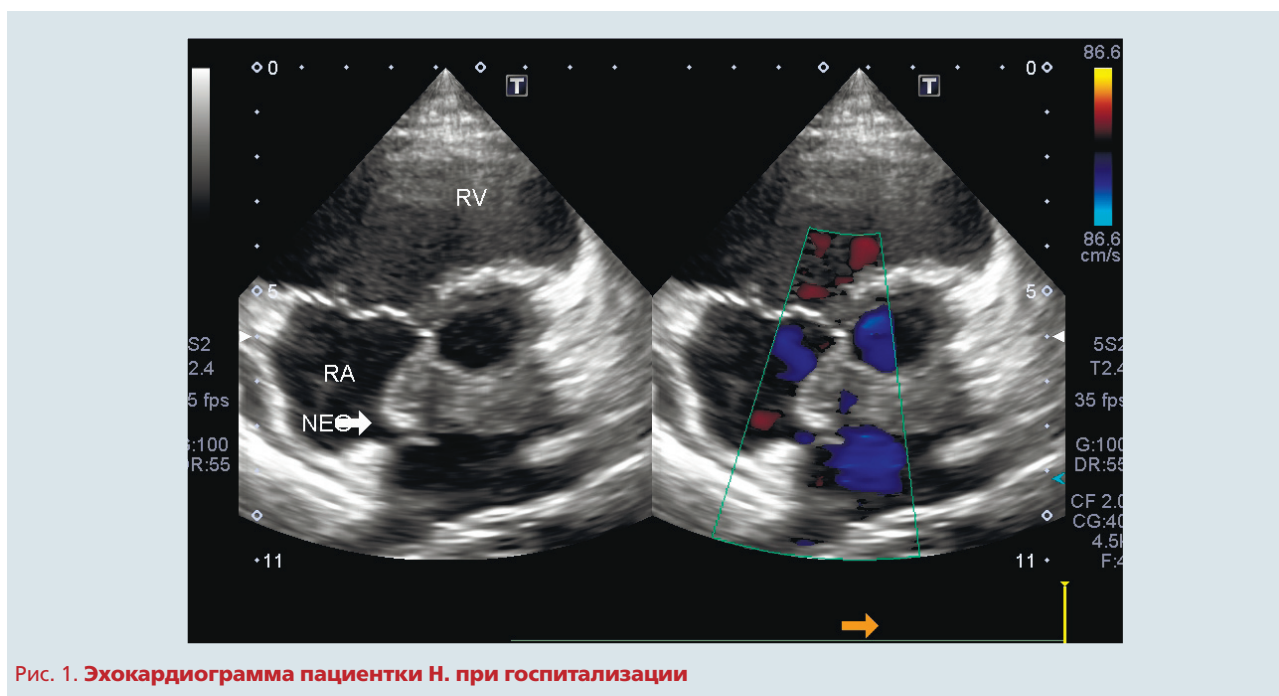


Рис. 1. Эхокардиограмма пациентки Н. при госпитализации

ски усиливались либо исчезали. В связи с этим пациентке впоследствии был поставлен диагноз: нейроциркуляторная дистония. Анамнез показал, что данный симптом проявлялся в большей степени последние 3 года, а после лечения пневмонии с применением последовательных курсов антибиотиков – появилась и усилилась одышка. 8 января 2020 г. появились боли стенокардитического характера, синусовая тахикардия. После обращения к кардиологу больной была выполнена эхокардиография, выявившая новообразование средостения. Для уточнения диагноза 24.01.2020 г. выполнена компьютерная томография с введением контраста, после чего ее направили к кардиохирургу для определения тактики дальнейшего лечения.

Приводим данные эхокардиографического исследования, проведенного в НИССХ имени Н.М. Амосова НАМН Украины: в полости левого предсердия, которая прилегает к задней поверхности аорты, лоцируется дополнительное образование 1,0–1,5 см, которое затрагивает нижнюю треть межпредсердной перегородки и распространяется вверх вдоль восходящей аорты и легочной артерии и правой ветви легочной артерии. Обструкции кровотока в полости сердца и ветвях легочной артерии на момент обследования – нет (рис. 1).

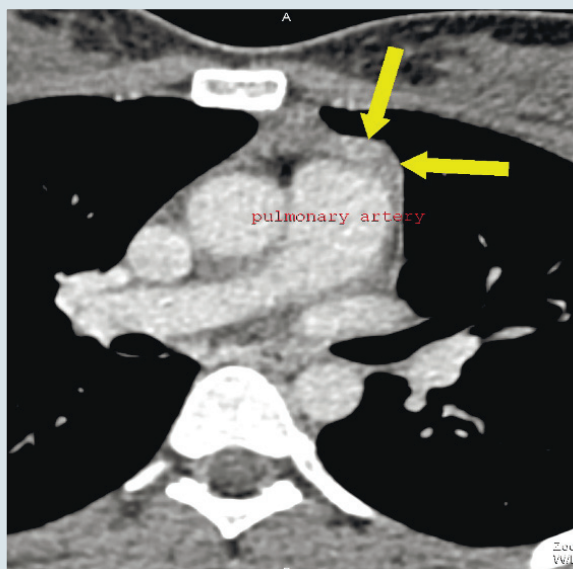
Больной была выполнена компьютерная томография, при которой выявлено новообразование между аортой и легочной артерией, а также – в поперечном синусе, плотно прилегающее к магистральным сосудам (рис. 2). Нельзя исклю-

чить прорастание их стенок. Небольшой фрагмент аналогичного новообразования локализовался на стволе легочной артерии (рис. 3). Кроме того, данные компьютерной томографии показали выраженную компрессию ствола в устье левой коронарной артерии окружающей ее опухолевой тканью, создающую резкий стеноз коронарной артерии до 90 % сужения (рис. 4).

Данные компьютерной томографии и эхокардиографии показали, что радикальное удаление новообразования выполнить не представляется



Рис. 2. Компьютерная томограмма средостения пациентки Н. Новообразование между аортой и легочной артерией, а также – в поперечном синусе, плотно прилегающее к магистральным сосудам



**Рис. 3. Компьютерная томограмма средостения пациентки Н. Небольшой фрагмент аналогичного новообразования локализовался на стволе легочной артерии**

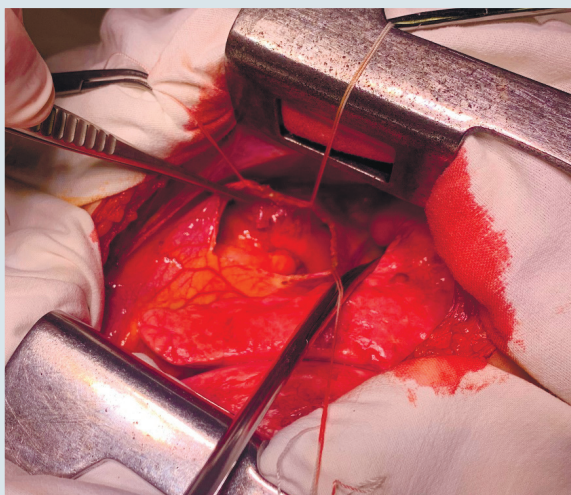


**Рис. 4. Компьютерная томограмма пациентки Н. Выраженная компрессия ствола в устье левой коронарной артерии окружающей ее опухолевой тканью, создающая резкий стеноз коронарной артерии до 90 % сужения**

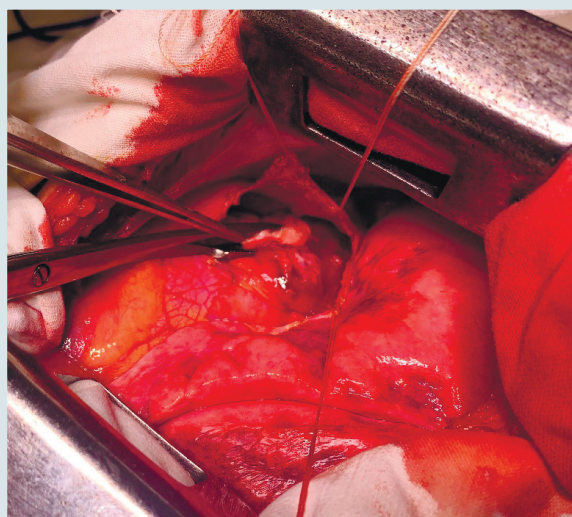
возможным. Поэтому дальнейшая тактика лечения зависела от характера новообразования.

Для уточнения диагноза принято решение о выполнении биопсии фрагмента новообразования в области ствола легочной артерии с помощью боковой торакотомии. 04.02.2020 г. выполнена биопсия: левосторонняя переднебоковая торакотомия по 4-му межреберью. Вскрыт перикард, эвакуировано до 50 мл непрозрачного экссудата без запаха. Над передней поверхностью легочной артерии и перикардом – спаечный процесс. Сращения разделены острым путем (рис. 5). На стволе легочной артерии определяется плот-

ное образование неправильной формы размером  $3 \times 3,5 \times 1$  см, интимно связанное с передней стенкой легочной артерии. При пальцевой ревизии поперечного синуса в основании аорты также определяется подобная по консистенции ткань – неподвижная, плотная, связанная с окружающими тканями. Визуальная доступность этой области крайне затруднена. Три фрагмента ткани на легочной артерии плотной консистенции, белесоватого цвета иссечены скальпелем и направлены на гистологическое исследование (рис. 6). Оставшийся поврежденный участок иссеченной ткани обработан диатермокоагуляцией.

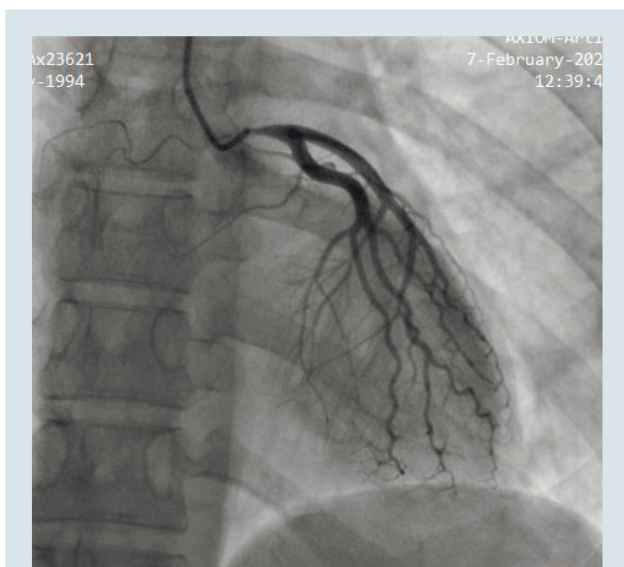


**Рис. 5. Спаечный процесс в полости перикарда над новообразованием**

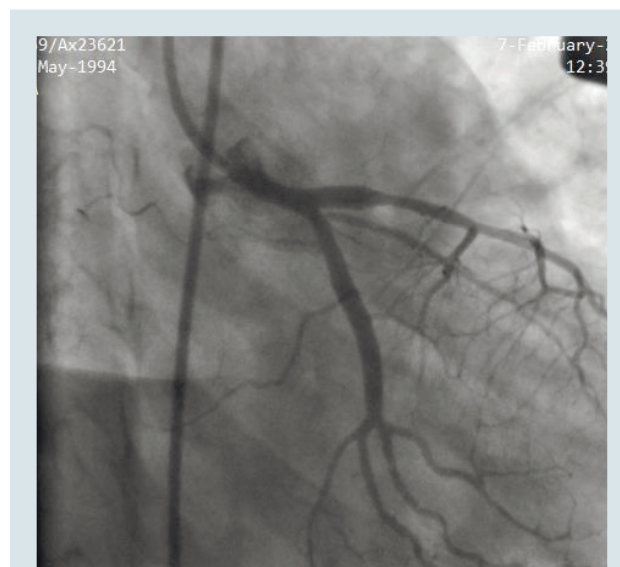


**Рис. 6. Фрагмент опухолевидного образования**





**Рис. 7. Коронарограма пацієнтки Н. Виявлена резка субокклюзія основного ствола лівий коронарної артерії**

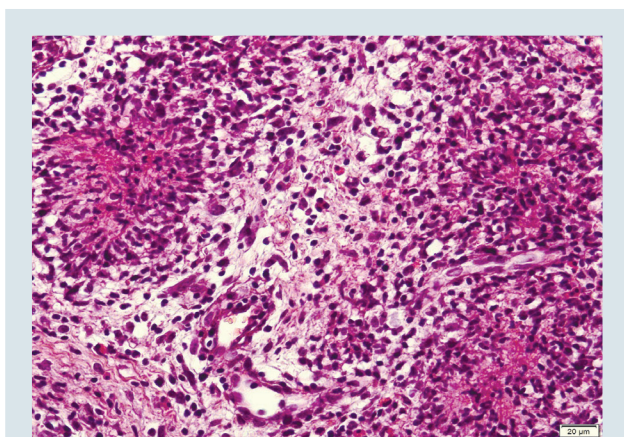


**Рис. 8. Коронарограма пацієнтки Н. Стентування основного ствола лівий коронарної артерії довгим стентом**

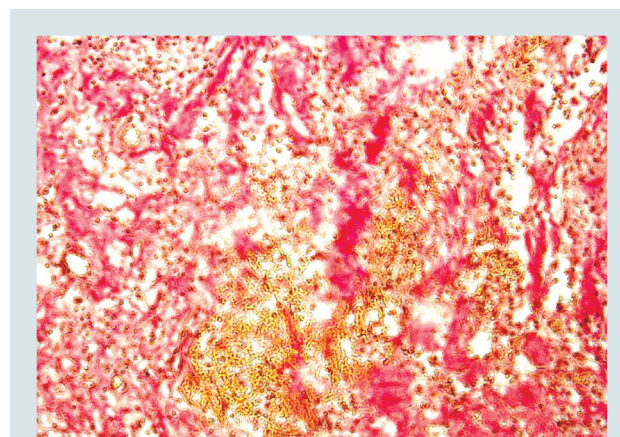
В зв'язі з субоклюзією основного ствола лівий коронарної артерії (ОС ЛКА) до 90 %, внаслідок зовнішнього тиску артерії новоутворенням, 07.02.2020 г. виконано її стентування, яке мало певні особливості. При коронарографії виявлено резку субоклюзію ОС ЛКА (рис. 7). При спробі виконання стентування оклюзованої ОС ЛКА виникла її дислокація. Для вилучення стента пунктирована друга бідренна артерія. Дислоцираний стент був вилучений. При цьому виникло погіршення стану пацієнтки (зниження артеріального тиску, елевация сегмента ST на ЕКГ). Больна пере-

ведена на штучну вентиляцію легких. При коронарографії виявлено дисекцію ОС ЛКА. Проведено повторне стентування ОС ЛКА довгим стентом (4,0–22 мм) – успішно (рис. 8). Пунктировані бідренні артерії ушиті з допомогою пристрою AngioSeal. Асептична пов'язка. Больна в задовільному стані переведена в відділення інтенсивної терапії.

Патогістологічне дослідження отриманого при біопсії препарату дало абсолютно несподівану інформацію. Препарат представляє собою конгломерат фіброзної тканини з багатомірною лейкоцитарною інфільтрацією: диффуз-



**Рис. 9. Патогістологічне дослідження фрагмента новоутворення больної Н.: гранулемоподібні скоплення макрофагів, лімфоцитів з значальною примісью еозінофілів, радіальна орієнтація клітинних елементів**



**Рис. 10. Патогістологічне дослідження біопсії фрагмента новоутворення больної Н.: грибові колонії, елементи мицелії, диференціюються в вигляді дифузної сітки**

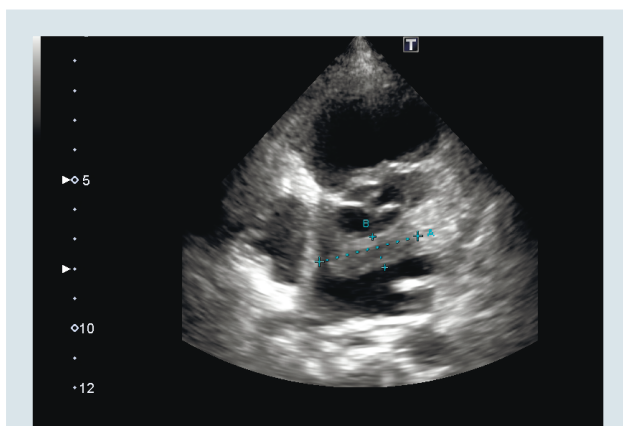


Рис. 11. Эхокардиограмма пациентки Н. после проведенного лечения

ных и в виде гранулемоподобных скоплений макрофагов, лимфоцитов со значительной примесью эозинофилов. Некоторые инфильтраты имеют некротизированные центры и радиальную ориентацию клеточных элементов (рис. 9). На всем протяжении препаратов встречается множество грибковых колоний, элементов мицелия, дифференцирующихся в виде диффузной сетки (рис. 10). Они часто сопровождаются многоядерными клетками инородных тел. Заключение: грибковый перикардит на фоне грубых фиброзных спаек. Диагноз опухоли средостения был снят.

Учитывая полученные гистологические данные, которые позволили исключить наличие опухоли, было назначено соответствующее лечение. В ближайшем послеоперационном периоде применялась противовоспалительная, а также противогрибковая терапия. Наблюдалась позитивная динамика: у пациентки прекратились боли в области сердца и одышка. Контрольная эхокардиография, проведенная 24.02.2020 г., выявила уменьшение объема новообразования с изменением его плотности в зоне поперечного синуса, по-видимому за счет уменьшения отека тканей (рис. 11). Еще одно очередное исследование 20.05.2020 г. также показало уменьшение размеров новообразования. Данное обстоятельство можно объяснить адекватностью проведенного лечения (стентирование и дальнейшая специфическая терапия).

В удовлетворительном состоянии больная была выписана на амбулаторное лечение.

*Конфликта интересов нет.*

*Участие авторов: концепция и проект работы, анализ данных – Р.В.; сбор материала – В.И., Е.А., И.Я., М.Т., А.М.; написание статьи – Р.В.; обзор литературы – Е.А., И.Я., М.Т.; редактирование текста – Р.В., А.М.*

## Обсуждение

Описанный случай является ярким примером сложности дифференциальной диагностики новообразований средостения. Во многом данные эхокардиографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии не могут дать ответ о характере новообразований, несмотря на имеющиеся признаки злокачественности или доброкачественного роста. Тщательный анамнез иногда позволяет выявить события, позволяющие сделать правильные умозаключения и приблизиться к постановке диагноза.

На наш взгляд, причиной возникновения фиброзных наслоений в перикардальной полости явилась невыявленная гематома, которая могла возникнуть в результате травмы грудной клетки в 2014 г. на уроке физкультуры. В последующем целый ряд заболеваний, включая пневмонию, инфекционный мононуклеоз, фурункулез на ногах, тонзиллит, особенно в период за последние два года, когда проводилось лечение по поводу затяжного гайморита, трахеобронхита, сопровождался приемом больших доз антибиотиков, что проявилось выраженным кандидозом ротовой полости и горла (консультирована инфекционистом) и способствовало активации грибковой флоры с поражением фиброзной ткани в полости перикарда и манифестацией воспалительного процесса, сопровождающегося отеком ткани и последующим сдавлением коронарной артерии. Проведенное гистологическое исследование позволило уточнить диагноз и назначить адекватную противовоспалительную и противогрибковую терапию с положительной динамикой заболевания. В настоящее время пациентка находится под наблюдением.

## Выводы

На данном примере необычного течения и сложной дифференциальной диагностики фиброзного перикардита, который имитировал опухоль сердца, следует сделать вывод, что весьма неблагоприятный диагноз новообразования сердца следует подвергнуть исследованию различными методами, вплоть до применения биопсии, что позволит определиться с характером поражения и назначить адекватное лечение данной патологии.

## Литература

1. Burke A., Tavora F. The 2015 WHO Classification of tumors of the heart and pericardium // J. Thoracic Oncology.– 2015. doi: 10.1016/j.jtho.2015.11.009.
2. Hudzik B., Miszalski-Jamka K., Glowacki J. et al. Malignant tumors of the heart. // Cancer Epidemiol.– 2015.– Vol. 39 (5).– P. 665–672. doi: 10.1016/j.canep.2015.07.007.
3. Mkalaluh S., Szczechowicz M., Torabi S. et al. Surgical treatment of cardiac tumors: Insights from an 18-year single-center analysis // Med. Sci Monit.– 2017.– Vol. 23.– P. 6201–6209. doi: 10.12659/msm.905451.
4. Yanagawa B., Mazine A., Chan E.Y. et al. Surgery for Tumors of the Heart // Semin. Thorac. Cardiovasc. Surg.– 2018.– Sep. 8. doi: 10.1053/j.semtcvs.2018.09.001.
5. Yin L., He D., Shen H. et al. Surgical treatment of cardiac tumors: a 5-year experience from a single cardiac center // J. Thorac. Dis.–2016.–Vol.8(5).–P.911–919. doi:10.21037/jtd.2016.03.87.

**Р.М. Вітовський, В.В. Ісаєнко, Є.В. Аксьонов, І.Г. Яковенко, М.А. Трегубова, О.А. Мазур**

ДУ «Національний інститут серцево-судинної хірургії імені М.М. Амосова НАМН України», Київ

### До питання про складність диференціальної діагностики пухлин серця і перикарда

У статті наведено опис незвичайного перебігу і складної диференціальної діагностики фіброзного перикардиту, який імітував пухлину серця в основі аорти. Ключовим моментом у прогресуванні захворювання стало приєднання грибкової інфекції, що стало причиною виникнення його клінічних виявів. З огляду на зовнішнє стиснення основного стовбура лівої коронарної артерії до 90 %, виконано її стентування. Біопсія з подальшим патогістологічним дослідженням, поряд з іншими методами діагностики, дозволила призначити адекватне лікування цієї патології.

**Ключові слова:** пухлини серця, біопсія, фіброзний перикардит.

**R.M. Vitovskyi, V.V. Isaienko, E.V. Aksyonov, I.G. Yakovenko, M.A. Tregubova, O.A. Mazur**

M.M. Amosov National Institute of Cardiovascular Surgery of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

### The complexity of the differential diagnosis of heart tumors and pericarditis

The article describes an unusual course and complex differential diagnosis of fibrotic pericarditis, which imitated a heart tumor at the base of aorta. The key point in the progression of the disease was the appearance of concomitant fungal infection, which led to the emergence of its clinical manifestations. Due to the external compression of the main trunk of the left coronary artery up to 90 %, its stenting was performed. A biopsy followed by histopathological examination, along with other diagnostic methods, allowed to prescribe an adequate treatment for this pathology.

**Key words:** heart tumors, biopsy, fibrous pericarditis.