

Заметки и наблюдения из практики

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2021

Левин В.И.¹, Симоненко В.Б.¹, Нугаева Н.Р.¹, Сукмарова З.Н.², Афонина О.В.², Брыкля Е.В.²

УЛЬТРАЗВУКОВАЯ НАХОДКА ГАНТЕЛЕВИДНОЙ ЛИПОМАТОЗНОЙ ГИПЕРТРОФИИ МЕЖПРЕДСЕРДНОЙ ПЕРЕГОРОДКИ

¹ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова» (Московский филиал) Минобороны России, 107392, Москва

²ФКУ «Центральный военный клинический госпиталь им. П.В. Мандрыка» Минобороны России, 107014, Москва

Среди первичных опухолей сердца доброкачественные липоматозные образования занимают второе место по частоте. По степени инкапсуляции они подразделяются на две группы — липомы и липоматозную гипертрофию межпредсердной перегородки. В доступной литературе в прежние годы были описаны случаи липоматоза сердца и липоматозной гипертрофии межпредсердной перегородки. Интерес к данной патологии связан с вопросом: необходимо ли оперативное вмешательство в превентивном порядке до появления клинических признаков внутрисердечных нарушений гемодинамики? При этом что риск, связанный с оперативным вмешательством, гораздо выше, чем существование доброкачественного гиперпластического процесса в анатомических структурах сердца.

Ключевые слова: доброкачественные опухоли сердца; липоматозная гипертрофия межпредсердной перегородки.

Для цитирования: Левин В.И., Симоненко В.Б., Нугаева Н.Р., Сукмарова З.Н., Афонина О.В., Брыкля Е.В. Ультразвуковая находка гантелевидной липоматозной гипертрофии межпредсердной перегородки. *Клиническая медицина*. 2021;99(4):292–294. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-4-292-294>

Для корреспонденции: Левин Владимир Иванович; e-mail: vladimir.levin.53@mail.ru

Levin V.I.¹, Simonenko V.B.¹, Nugaeva N.R.¹, Sukmarova Z.N.², Afonina O.V.², Bryklya E.V.²

ULTRASONIC FINDING OF DUMBBELL-SHAPED LIPOMATOUS HYPERTROPHY OF INTERATRIAL SEPTUM

¹Military Medical Academy named after Kirov S.M (Moscow Branch) of the Ministry of Defense of Russia, 107392, Moscow, Russia

²FKU Central Military Clinical Hospital named after Mandryka P. V. of the Ministry of Defense of Russia, 107014, Moscow, Russia

Benign lipomatous formations rank second in frequency among primary cardiac tumors. According to the degree of encapsulation, they are divided into two groups — adipose tumors and lipomatous hypertrophies of interatrial septum. Cases of lipomatosis of the heart and lipomatous hypertrophy of interatrial septum were described in scientific editions in years past. Interest in this pathology is related to the question: is it necessary to perform preventive surgical intervention before the appearance of clinical signs of endocardial hemodynamics disturbance? Moreover, the risk associated with surgery is much higher than the existence of a benign hyperplastic process in the anatomical structures of the heart.

Key words: benign heart tumors; lipomatous hypertrophy of interatrial septum.

For citation: Levin V.I., Simonenko V.B., Nugaeva N.R., Sukmarova Z.N., Afonina O.V., Bryklya E.V. Ultrasonic finding of dumbbell-shaped lipomatous hypertrophy of interatrial septum. *Klinicheskaya meditsina*. 2021;99(4):292–294. DOI: <http://dx.doi.org/10.30629/0023-2149-2021-99-4-292-294>

For correspondence: Vladimir I. Levin; e-mail: vladimir.levin.53@mail.ru

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interests.

Acknowledgments. The study had no sponsorship.

Received 16.03.2021

Среди первичных опухолей сердца доброкачественные липоматозные образования занимают второе место по частоте. По степени инкапсуляции они подразделяются на две группы: липомы и липоматозную гипертрофию (ЛГ) межпредсердной перегородки (МПП) [1].

Липомы в отличие от ЛГ МПП имеют значительно меньшее распространение. Липома представляет собой гомогенную жировую осумкованную опухоль с широким основанием, чаще образующуюся на эпикарде, на-

правленную в полость перикарда. Субэндокардиальные липомы не имеют ножек и преимущественно небольшие, в отличие от субэпикардиальных липом, вес которых может достигать 4,8 кг. Липомы обычно бессимптомны, но возможны локальная компрессия сердца и аритмии. В полости перикарда опухоль может визуализироваться как полностью гипоехогенное образование, так и с участками гипоехогенности. Внутриволостные липомы могут быть как гипо-, так и гиперэхогенными. Для верифи-

кации диагноза используются как компьютерная томография (КТ), так и магнитно-резонансная томография (МРТ), имеющие высокую специфичность в определении жировой ткани.

ЛГ МПП относится к доброкачественным изменениям миокарда и не является опухолевым процессом. Возникает в результате накопления жировых клеток в области МПП, увеличивая ее толщину. При этом мембрана овальной ямки остается неизменной, что приводит к характерной гантелевидной форме МПП. Эти изменения обусловлены гиперплазией липоцитов, связаны с ожирением пациента и его возрастом. Липоматозная гипертрофия МПП в клинике может сопровождаться аритмией и приводить к обструкции верхней полой вены. При эхокардиографии (ЭхоКГ) размер МПП может достигать 3 см [2].

Гистологически ЛГ МПП представлена различным соотношением зрелых и эмбриональных жировых клеток, фиброзной тканью и очагами хронического воспаления, преимущественно в виде скопления лимфоцитов и плазматических клеток. В случае образования ЛГ МПП могут возникать нарушения ритма, застойная сердечная недостаточность или внезапная смерть [3].

Субэпикардиальный жир является главной детерминантой толщины МПП. Наличие эпикардиального жира коррелирует с абдоминальным ожирением, диастолической дисфункцией и гипертрофией миокарда левого желудочка. Результаты исследования А.В. Соловьевой и др. в 2011 г. показали, что ЛГ МПП и эпикардиальный жир являются эхокардиографическими маркерами метаболического синдрома [4].

ЛГ МПП с симптоматическими аритмиями следует корректировать медикаментозно, хирургическое лечение противопоказано, кроме случаев, когда заболевание приводит к тяжелым гемодинамическим нарушениям [1].

Фибромы являются самыми частыми новообразованиями сердца, которые обнаруживаются на ЭхоКГ. Они лоцируются на стенках правого предсердия или на МПП в виде полипообразных образований размером с горошину или лесной орех, одиночные, иногда имеют ножку. Кроме того, фибромы встречаются в виде единичных или множественных узлов в миокарде желудочков, также могут вырастать из перикарда и подвергаться саркоматозному перерождению.

Липомы и фибролипомы сердца распознаются достаточно редко. В источниках было описано всего 90 случаев. Они порой достигают значительных размеров, могут быть как изолированными новообразованиями, так и множественными, встречаются чаще у пожилых пациентов. На ЭхоКГ они обычно плоской формы с небольшой ножкой, чаще расположены субэндокардиально. Если ножка повреждается, то липома свободно перемещается в полости перикарда (*corpus liberum*). Клинически липомы обнаруживаются только при больших размерах и нарушают внутрисердечную гемодинамику.

Истинные ангиомы сердца также редки. Клиническое значение имеют лимфангиомы и лимфангиоэндотелио-

мы, которые нарушают функцию атриовентрикулярного узла и приводят к блокадам. Ангиомы также могут происходить из перикарда.

Первичная саркома сердца встречается в любом возрасте. Саркомы вырастают чаще из миокарда предсердий и достигают разных размеров. Иногда опухоль заполняет значительную часть полости правого предсердия, проникает в венозное устье или прорастает в другое предсердие [5]. В редких случаях первичной локализацией новообразования бывает стенка желудочка, клапаны или межжелудочковая перегородка.

Приводим клиническое наблюдение.

Пациентка А., 72 года, поступила в стационар для планового оперативного лечения с диагнозом: «Желчно-каменная болезнь. Хронический калькулезный холецистит, ремиссия. ИБС, атеросклеротический кардиосклероз, ХСН 0. ГБ 2-й степени, риск 3. Послеоперационный гипотиреоз».

Жалобы при поступлении на одышку, боли в правом подреберье натошак, а также на боли в области сердца при бытовых нагрузках (подъем по лестничным маршам на 2-й этаж) в течение последнего полугодия.

В анамнезе: гипертоническая болезнь с цифрами АД до 160/90 мм рт. ст. В июле 2020 г. выполнена тиреоидэктомия по поводу многоузлового зоба.

Объективный статус: состояние удовлетворительное. Пациентка нормостенического телосложения, избыточного питания, индекс массы тела 27,8. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски и влажности, подкожно-жировая клетчатка без особенностей. Периферические лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная и суставная системы без патологии. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 16 в минуту. Границы относительной сердечной тупости в норме. Тоны сердца глухие, ритмичные, шумов нет. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 72 в мин. Живот обычной формы, участвует в акте дыхания, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень пальпируется у края реберной дуги. Поколачивание области почек безболезненное. Физиологические отправления в норме.

Анализ крови при поступлении: гемоглобин 120 г/л, общий холестерин 3,85 ммоль/л, триглицериды 0,67 ммоль/л, мочевины 5,0 ммоль/л, глюкоза 4,29 ммоль/л.

ЭКГ: ритм синусовый правильный, нормальная ЭОС.

ЭхоКГ трансторакальная от 15.02.2021 (рисунок см. на 3-й стр. обложки). Размеры полостей и структур сердца в пределах должных величин. КДР ЛЖ = 40 мм. КСР ЛЖ = 27 мм. КДО ЛЖ = 70 мл. ИММ ЛЖ = 75 г/м². В проекции межпредсердной перегородки лоцируется гантелевидное гиперэхогенное образование различной интенсивности с четкими границами, размерами «шаров» до 1,3 × 2,1 см и 1,3 × 2,4 см, без шунтирования крови в области неизменной овальной ямки. Глобальная систолическая функция левого желудочка в норме. Зон нарушения региональной сократимости левого желудочка не выявлено. ФВ = 56%. Диастолическая функция левого желудочка в норме. Фиброзные изменения стенок аор-

ты, створок аортального и митрального клапанов. Аортальная регургитация не определяется. Трикуспидальная регургитация 1-й ст. Давление в легочной артерии в норме. Систолическое давление в легочной артерии = 22 мм рт. ст. Перикард — эпикардиальный жир размером до 16 мм.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения поджелудочной железы по типу жировой инфильтрации.

Операция: лапароскопическая холецистэктомия 15.02.2021.

Пациентка выписана из хирургического отделения в удовлетворительном состоянии после эндоскопической холецистэктомии под наблюдением лечащего врача с рекомендацией выполнения МРТ сердца.

Заключение

Липоматозная гипертрофия межпредсердной перегородки относится к доброкачественным изменениям миокарда и не является опухолевым процессом. При незначительных размерах эта патология не нарушает внутрисердечную гемодинамику и нередко является ультразвуковой находкой при обследовании. ЛГ МПП и эпикардиальный жир являются эхокардиографическими маркерами метаболического синдрома. Субэпикардиальный жир является главной детерминантой толщины МПП. Пациенты с липоматозной гипертрофией МПП без нарушений внутрисердечной гемодинамики и сердечного ритма оперативному лечению не подлежат, а нуждаются в наблюдении и симптоматическом лечении при наличии показаний.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Финансирование. Исследование не имело спонсор-

ской поддержки.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCE

1. Липома сердца — клиника, диагностика, лечение. [Электронный ресурс]. URL: https://dommedika.com/cardiology/lipoma_serdc.html. Дата доступа 17.02.2021. [Lipoma of the heart — clinic, diagnosis, treatment. [Electronic resource]. URL: https://dommedika.com/cardiology/lipoma_serdc.html. Access date 17.02.2021. (in Russian)]
2. Катерина Отто. Клиническая эхокардиография. Практическое руководство. М., Логосфера. 2019:1091–1092. [Caterina Otto. Clinical echocardiography. A practical guide. Moscow: Logosphere. 2019:1091–1092. (in Russian)]
3. Липома сердца. [Электронный ресурс]. URL: <https://compendium.com.ua/clinical-guidelines/cardiology/section-12/glava-14-opuholi-serdtsa>. Дата доступа 17.02.2021. [Lipoma of the heart. [Electronic resource]. URL: <https://compendium.com.ua/clinical-guidelines/cardiology/section-12/glava-14-opuholi-serdtsa/>. Access date 17.02.2021. (in Russian)]
4. Соловьева А.В., Вулех В.М., Якушина М.С., Труфанов К.В., Ракита Д.Р. Липоматоз межпредсердной перегородки и эпикардиальный жир: клиническое значение. *Ожирение и метаболизм*. 2011;2. [Solovieva A.V., Vulekh V.M., Yakushina M.S., Trufanov K.V., Rakita D.R. Atrial septal lipomatosis and epicardial fat: clinical implications. *Obesity and Metabolism*. 2011;2. (in Russian)]
5. Эхокардиография при доброкачественных опухолях сердца. [Электронный ресурс]. URL: <https://alfa-med.ru/article/ehokardiografiya-pri-dobrokachestvennyh-opuholyah-serdtsa>. Дата доступа 15.03.2021. [Echocardiography in benign cardiac tumors. Electronic resource]. URL: <https://alfa-med.ru/article/ehokardiografiya-pri-dobrokachestvennyh-opuholyah-serdtsa>. Access date 15.03.2021. (in Russian)]

Поступила 16.03.2021

Информация об авторах

Левин Владимир Иванович (Levin V.I.) — Московский филиал ВМА им. С.М. Кирова

Симоненко Владимир Борисович (Simonenko V.B.) — д-р мед. наук, проф., член-корр. РАН, Московский филиал ВМА им. С.М. Кирова
Нугаева Нелли Раилевна (Nugaeva N.R.) — канд. мед. наук, Московский филиал ВМА им. С.М. Кирова

Сукмарова Зульфия Наилевна (Sykmarova Z.N.) — канд. мед. наук, ЦВКГ им. П.В. Мандрыка

Афониная Ольга Владимировна (Afonina O.V.) — ЦВКГ им. П.В. Мандрыка

Брыкля Елена Владимировна (Bryklya E.V.) — ЦВКГ им. П.В. Мандрыка