

## ЦЕЛОМИЧЕСКАЯ КИСТА ПЕРИКАРДА. СЛУЧАЙ ИЗ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ



Е. М. Сурмач<sup>1</sup>, С. Н. Демидик<sup>1</sup>, В. А. Фролов<sup>2</sup>, А. Л. Беляева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Городская клиническая больница № 3, Гродно, Беларусь

Врожденные аномалии перикарда представляют собой редкую группу заболеваний. Целомические кисты перикарда часто протекают бессимптомно и без осложнений. Симптомы могут возникнуть в случае увеличения кисты в размерах, компрессии близлежащих анатомических структур, вследствие инфицирования или разрыва кисты. Клиническая диагностика образований перикарда сложна, поскольку симптомы у пациента могут быть неспецифичными, связанными с сопутствующей патологией. Хотя диагностическое обследование часто начинается с рентгенографии грудной клетки или трансторакальной эхокардиографии, часто требуется компьютерная томография и магнитно-резонансная томография грудной клетки, чтобы визуализировать весь перикард и более конкретно охарактеризовать патологический процесс.

Лечение зависит от наличия и/или тяжести симптомов. У пациента без симптомов заболевания, с подтвержденным диагнозом, при отсутствии риска угрожающего жизни осложнения, нарушения функций органов и систем предпочтительно активное наблюдение. Приведенный клинический случай пациента с целомической кистой перикарда без симптомов заболевания призван обратить внимание врачей на особенности обследования и наблюдения таких пациентов. Случай обсуждается с позиций персонализированной медицины и современных клинических рекомендаций.

**Ключевые слова:** целомическая киста перикарда, диагностика, лечение.

**Для цитирования:** 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. С. 348-354. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-3-348-354>.

### Введение

Кисты перикарда – бессимптомные, доброкачественные, как правило, врожденные образования средостения [1, 2]. Другие причины формирования кист – инфекция, травмы, осложнения кардиоторакальной хирургии [3].

Врожденные аномалии перикарда представляют собой редкую группу заболеваний, которые включают врожденное отсутствие перикарда, перикардиальные кисты и дивертикулы. Данные дефекты возникают в результате изменений в эмбриологическом формировании и структуре перикарда [2]. Врожденные дефекты развития перикарда, с одной стороны, недостаточно хорошо изучены, с другой – малоизвестны широкому кругу врачей. Частота распространения целомических кист перикарда (ЦКП) более высока в сравнении с другими аномалиями развития, по данным исследователей, составляет 1 случай на 100 000 обследованных. Перикардиальные кисты впервые описаны в 1837 г. как дивертикулы. О. С. Pickhardt выполнил первую резекцию перикардиальной кисты в 1931 г., термин «целомическая киста перикарда» введен в практику А. Lambert в 1940 г., он предложил патогенез формирования кист, и это была первая попытка дифференцировать тонкостенные кисты средостения, которые ранее описывались как, вероятно, «лимфатического происхождения» образования [4, 5]. Параперикардиальная локализация кист составляет 70-100%. Кисты иной локализации также относят к ЦКП, так как гистологически они идентичны. По-видимому, правильнее считать их просто целомическими, поскольку эмбриологически они могут быть дериватами как перикардиальной, так и плевральной частей це-

лома. Перикардиальные кисты обычно небольших размеров (до 10 см), выстланы мезотелием, однокамерные и заполнены трансудатом, так называемые «кисты родниковой воды». ЦКП в 3 раза чаще встречаются у лиц женского пола, возраст 60% пациентов – 40±10 лет [6]. Кисты чаще всего локализируются в области кардиодиафрагмального угла (справа – 70%, слева – 22%), либо, реже, в заднем или переднем верхнем средостении (8%) [7, 8]. Около 50% ЦКП протекают бессимптомно и без осложнений. «Симптомные» кисты перикарда проявляются болью в грудной клетке, постоянным кашлем, одышкой, в редких случаях – лихорадкой. Симптомы могут возникнуть в случае увеличения кисты в размерах и компрессии близлежащих анатомических структур, вследствие инфицирования кисты. Тампонада сердца, кровотечение, эрозия верхней полой вены, свободной стенки правого желудочка, внезапная смерть – жизнеугрожающие осложнения, которые представлены в литературе. [9, 10, 11]. Однако одышка, сухой кашель, сердцебиение у части пациентов могут быть обусловлены другими причинами, что требует проведения тщательного дифференциального диагноза. Клинические проявления могут быть похожи на более распространенные причины острой боли в грудной клетке или одышки, такие как острый коронарный синдром или лёгочная эмболия; при подостром болевом синдроме речь может идти о бронхолёгочной патологии с вовлечением плевры в патологический процесс. Чаще пациенты становятся симптомными вследствие возникновения компрессии прилежащих к кисте анатомических структур, таким примером может быть тампонада сердца, возникшая

из-за внутриперикардального разрыва кисты, или спонтанного кровоизлияния в кисту. Другие диагностированные осложнения включают обструкцию правого главного бронха, обструкцию выносящего тракта правого желудочка, стеноз лёгочной артерии, фибрилляцию предсердий, пролапс митрального клапана и застойную сердечную недостаточность [12, 13, 14].

Чаще всего перикардальные кисты обнаруживаются случайно, при выполнении плановой рентгенографии, когда визуализируется увеличенный контур правого сердца. Дополнительные методы диагностики кист перикарда – трансторакальная эхокардиография (ЭхоКГ), рентгеновская компьютерная томография (РКТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) грудной клетки [15]. В настоящее время превосходство контрастной РКТ над МРТ и ЭхоКГ для диагностики или последующего наблюдения за кистами не установлено. Используемые в клинической практике методы визуализации кист перикарда имеют свои преимущества и недостатки [3, 16, 17].

РКТ характеристики целомических кист: одиночные, тонкостенные, четко очерченные, овальные, однородной структуры, без перегородок или солидного компонента, нет усиления при внутривенном контрастировании. Их плотность – от 30 до 40 НУ [16]. Преимущества метода – отсутствие артефактов и четкость изображения. Недостатками могут быть отсутствие возможности диагностики осложнений (инфицирование, кровоизлияние), лучевая нагрузка, реакция гиперчувствительности на йодконтрастное вещество.

МРТ сердца: гиперинтенсивное на T2-взвешенном изображении, изо- или гипоинтенсивное при T1 взвешенности. Нет усиления при внутривенном контрастировании. Преимуществом признана отличная архитектура мягких тканей, недостатком – высокая стоимость и изменение сигнала при высоком содержании белка в кисте, может плохо визуализироваться кальциноз.

РКТ и МРТ сердца позволяют выполнить подробное анатомическое описание перикардальных поражений и ценны при оценке сопутствующего экстракардиального заболевания во время предоперационной подготовки.

ЭхоКГ характеризует ЦКП как однородную эхопрозрачную массу с незначительным затуханием сигнала из-за низкой плотности жидкого содержимого. Также определяется экзогенное пространство, указывающее на отделение кисты от камер сердца. Преимущества ЭхоКГ – безопасность, низкая стоимость, использование для наблюдения в динамике и чрескожной аспирации содержимого под визуальным контролем; недостатки – плохое «эхо-окно», технические трудности при особой локализации кист. Преимущество трансторакальной эхокардиограммы заключается также в исключении других возможных диагнозов, включая аневризму аорты, левого желудочка, солидные опухоли.

Осумкованный перикардальный выпот также может имитировать кисту перикарда при трансторакальной ЭхоКГ. Перикардальную

кисту можно отличить от локализованного перикардального выпота по наличию тонкой стенки, отделяющей кисту от основного перикардального пространства. Чреспищеводная эхокардиограмма имеет дополнительное значение для установления диагноза перикардальной кисты в атипичных местах.

Учитывая вышеприведенные характеристики методов, предложено использовать комбинацию методов для визуализации ЦКП. РКТ и МРТ – чтобы очертить границы кисты, ЭхоКГ и МРТ – для определения характера содержимого кисты и наличия или отсутствия дополнительных объемных образований. В отдельных случаях может быть использована контрастная эхокардиография с дополнительной визуализацией с помощью РКТ и МРТ сердца [16, 17].

Протокол наблюдения ЦКП аналогичен протоколу ведения образований средостения. Лечение перикардальной кисты зависит от особенностей кисты и наличия симптомов. Алгоритм ведения пациентов с кистой перикарда, предложенный S. K. Kar и T. Ganguly, требует от врача на первичном этапе оценки размера, формы кисты. Необходим также клинический анализ вероятности компрессии, жалоб пациента, его симптомов и готовности к лечению [3]. Если у пациента нет жалоб и симптомов, следует руководствоваться алгоритмом 1 (рис. 1).

Если после первичного анализа результатов обследования у пациента выявлены жалобы и/или симптомы, следует руководствоваться алгоритмом 2 (рис. 2).

### *Описание клинического случая*

Пациентка Л., 49 лет, доставлена бригадой скорой помощи в приемное отделение больницы из городской поликлиники. При опросе предъявляет жалобы на кашель со скудной трудноотделяемой мокротой слизистого характера, одышку смешанного характера 1 степени по шкале Medical Research Council, незначительную общую слабость, сердцебиение. Заболела остро 12 дней назад, когда повысилась температура до 38,0°C, участился кашель, появились мокрота желто-зеленого цвета и общие симптомы интоксикации. Пациентка лечилась амбулаторно и до поступления в стационар принимала амоклав 875 мг/125 мг 7 дней, азитромицин 500 мг 3 дня, использовала аэрозоль для ингаляций «Сальбутамол» 100 мкг 1-2 дозы до 3 раз в сутки. За период лечения отмечено клиническое улучшение в виде нормализации температуры тела, снижения частоты и интенсивности кашля, уменьшения количества мокроты, которая стала слизистого характера. При очередном осмотре пациентки врачом в поликлинике для купирования синдрома бронхиальной обструкции рекомендовано добавить к лечению раствор дексаметазона в дозе 8 мг и эуфиллина 2,4% – 10,0 мл внутривенно. После введения назначенных лекарственных средств самочувствие пациентки значительно ухудшилось, она почувствовала резко возникшую общую слабость, сердцебиение. Была доставлена в стационар.

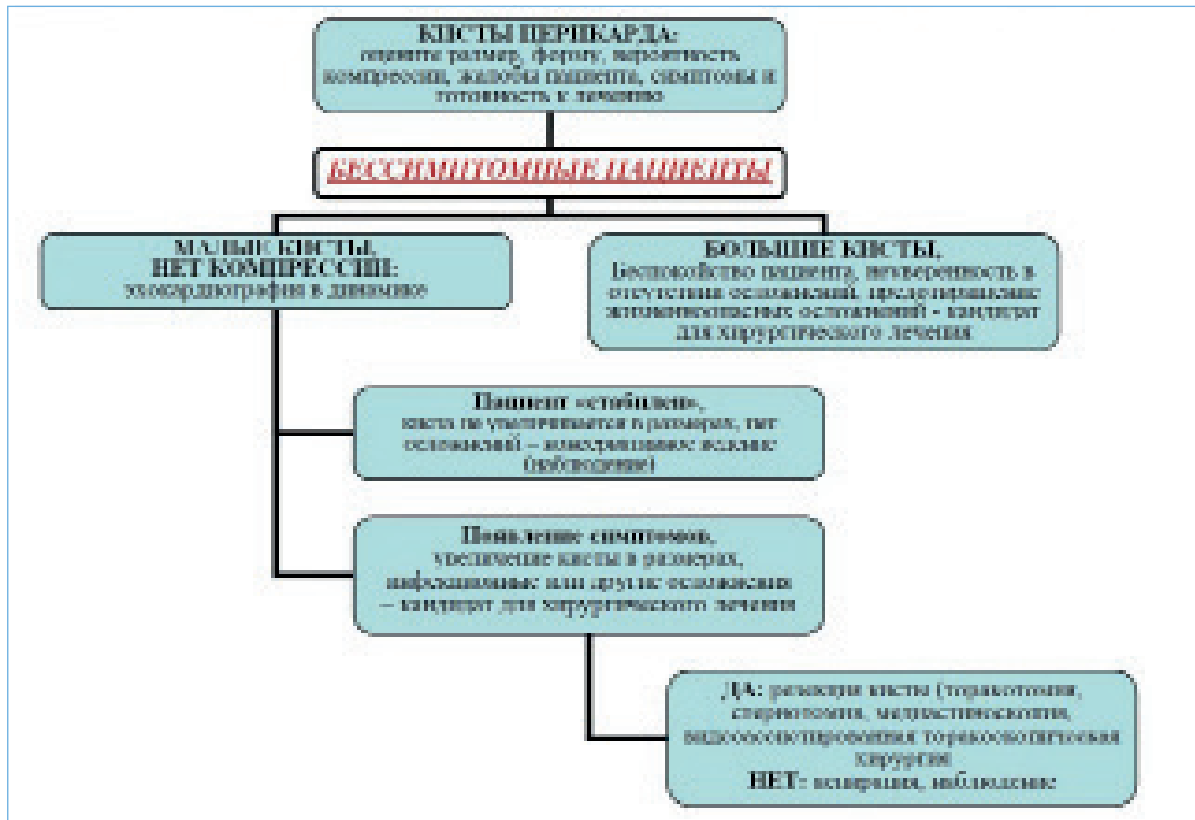


Рисунок 1. – Алгоритм ведения бессимптомных пациентов с кистами перикарда  
 Figure 1. – Algorithm of asymptomatic pericardial cysts patients management

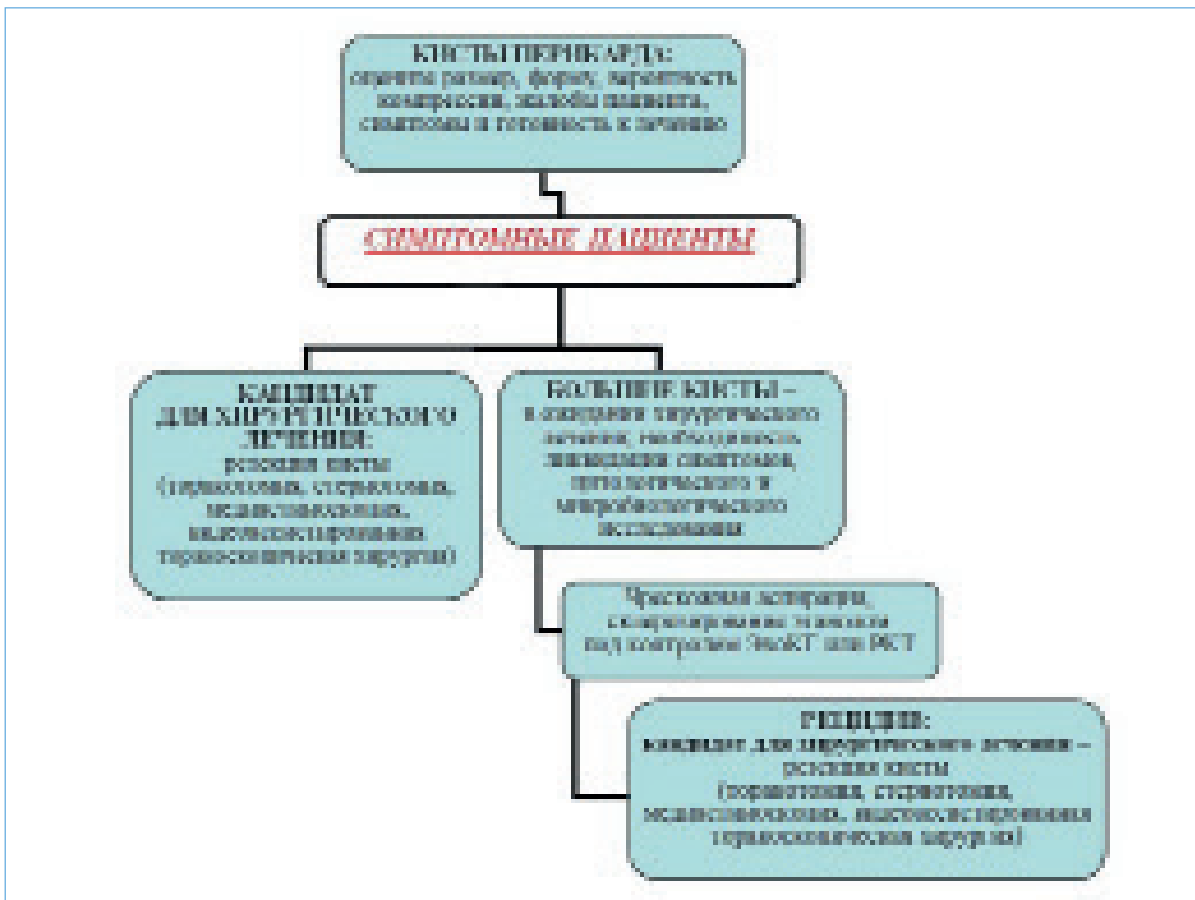


Рисунок 2. – Алгоритм ведения пациентов с кистами перикарда и клиническими симптомами  
 Figure 2. – Algorithm of pericardial cysts with symptoms management



Из анамнеза известно, что пациентка курит в течение 14 лет по 10-20 сигарет в день. Последние 2-3 года кашляет ежедневно утром, отмечает сезонные обострения в виде усиления кашля, появление заложенности за грудиной и клинических проявлений интоксикации. Лечится самостоятельно, иногда использует для купирования обострения дозированный аэрозольный ингалятор «Сальбутамол» 100 мкг 1-2 вдоха в день.

Аллергологический и профессиональный анамнез без особенностей. Семейный анамнез: мать пациентки страдает бронхиальной астмой. Сопутствующие заболевания: хроническая железодефицитная анемия легкой степени. Артериальная гипертензия 1 степени, риск 3, ФК I (NYHA). Гиперхолестеринемия. Ожирение 2 степени (индекс массы тела 35,6 кг/м<sup>2</sup>). Миома матки.

Общий осмотр: общее состояние пациентки средней тяжести, сознание ясное, кожные покровы бледные, чистые; периферические лимфатические узлы не пальпируются. В лёгких перкуторно – ясный лёгочный звук, при аускультации: дыхание везикулярное, единичные сухие свистящие хрипы на фоне форсированного выдоха в межлопаточном пространстве. Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии; границы относительной, абсолютной сердечной тупости – в норме. Тоны сердца (I; II) сохраненной звучности, ритмичные, шумов нет. Пульс – 60 ударов в 1 минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Артериальное давление – 120/70 мм рт. ст. (на обеих руках). Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень перкуторно – у края реберной дуги; печень, селезенка, почки не пальпируются. Физиологические отправления без особенностей.

Заключение ЭхоКГ: размеры полостей сердца в пределах нормальных значений, локальная и глобальная сократимость левого желудочка не нарушена, фракция выброса (ФВ) – 63%. Эхо признаков патологии не выявлено.

Электрокардиограмма (ЭКГ): ритм правильный, синусовый, вольтаж сохранен, ЧСС 55 ударов в минуту, нормальное положение электрической оси сердца, угол  $\alpha$  60°.

При проведении фиброгастроуденоскопии, УЗИ внутренних органов и щитовидной железы патологических изменений не выявлено. Заключение спирометрического исследования: функция внешнего дыхания в норме.

Выполнена рентгенография органов грудной клетки (РГ ОГК) в прямой и левой боковой проекциях. Заключение врача-рентгенолога: лёгочные поля без видимых очаговых и инфильтративных теней. В передне-базальных отделах слева определяется дополнительная тень полукруглой формы, основанием обращенная к диафрагме. Корни не расширены, структурны. Видимые участки синусов свободны. Новообразование средостения в среднем отделе нижнего этажа? (рис. 3).

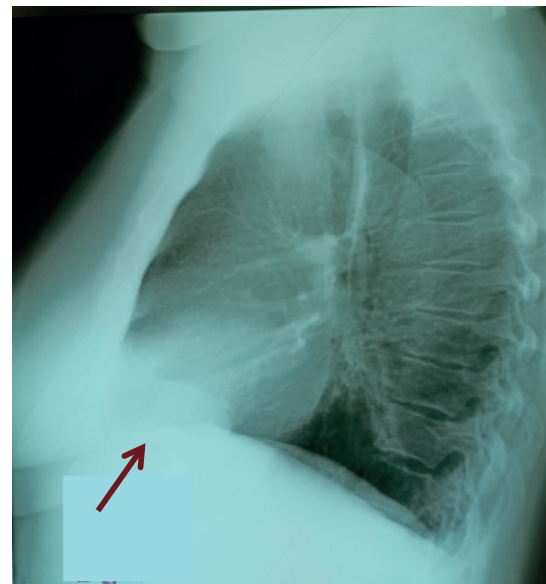
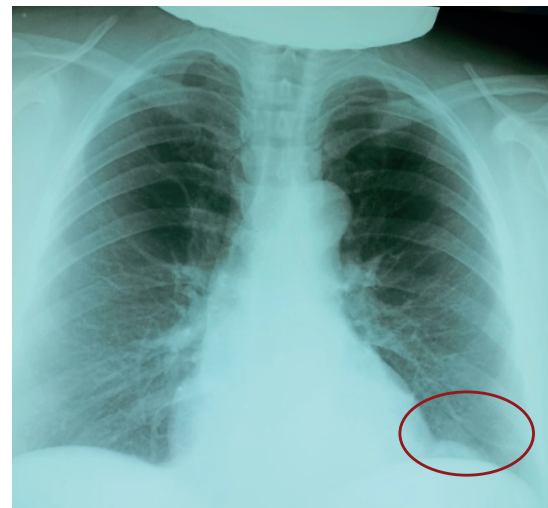


Рисунок 3. – Рентгенограмма органов грудной клетки 17.01.2022 г. (описание в тексте)

Figure 3. – Chest X-ray from 17.01.2022 (description in the text)

Анализ цифровых РГ ОГК в период 2017-2020 гг. (архив) показал, что приведенные выше изменения отмечались с 2017 г. и до настоящего времени сохраняются без динамики (рис. 4). Следует отметить, что пациентка ни разу не приглашалась для дополнительного обследования после цифровых РГ ОГК.

В дальнейшем пациентке была выполнена РКТ органов дыхания как основной метод уточняющей диагностики при новообразованиях средостения: инфильтративных и узелковых изменений на фоне лёгочных полей не определяется. Трахея и крупные бронхи воздушны. Увеличенных лимфатических узлов в средостении не определяется. По левому контуру сердца – дополнительное жидкостное образование сечением около 31×29×35 мм. Заключение: КТ-картина характерна для целомической кисты перикарда (рис. 5).

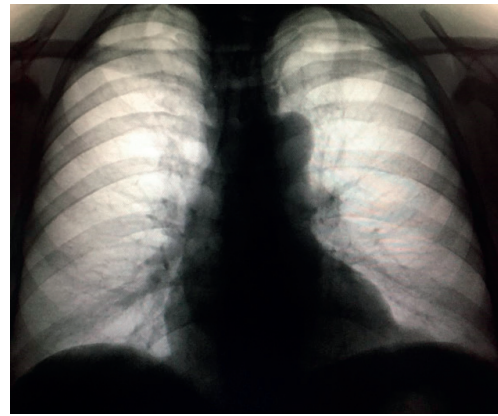
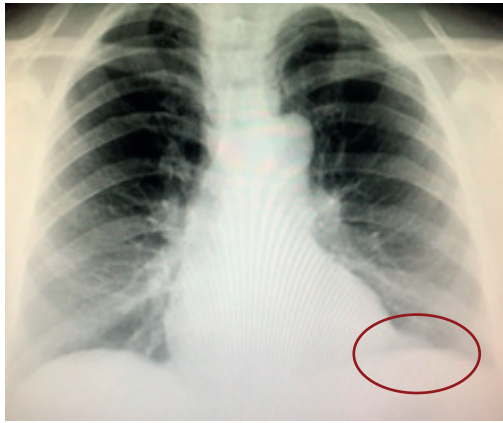


Рисунок 4. – Цифровые рентгенограммы органов грудной клетки: 17.06.2017 г. (описание в тексте)

Figure 4. – Digital chest X-ray: A – from 17.06.2017 (description in the text)

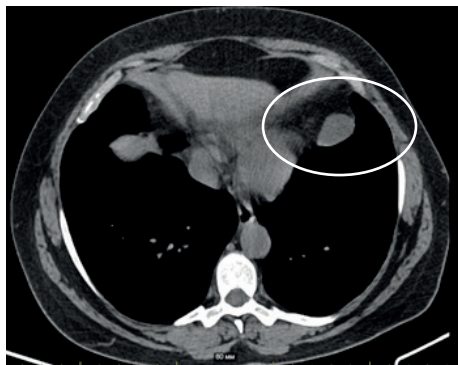
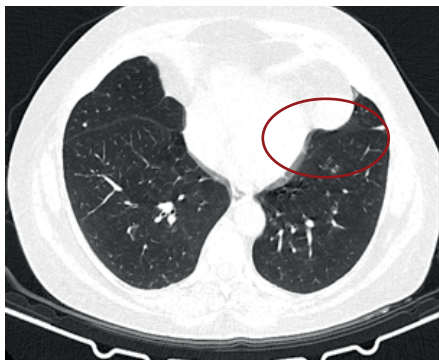
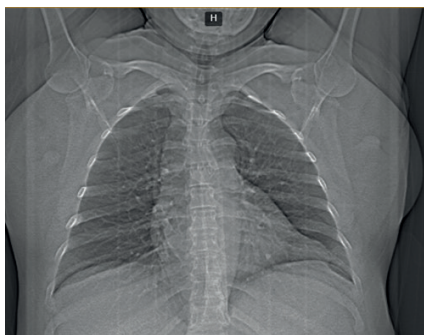


Рисунок 5. – Компьютерная томография органов грудной клетки от 20.01.2022 г. (описание в тексте)

Figure 3. – Chest computed tomography from 20.01.2022 (description in the text)

### Выводы

Кисты перикарда – редкая аномалия в структуре образований средостения. Большинство пациентов бессимптомны или имеют вариабельную симптоматику в зависимости от размера, локализации кисты и сопутствующих осложнений. Как правило, это «случайная находка» у бессимптомного пациента. Кисты перикарда могут быть выявлены при РГ ОГК, ЭхоКГ, РКТ и МРТ. Однако дифференциация злокачественных новообразований от доброкачественных кист может быть затруднена.

В обсуждении представленного клинического случая следует обратить внимание на то, что анализ РГ ОГК у нашей пациентки позволил заподозрить наличие патологического новообразования в средней части нижнего этажа средостения. Несмотря на отсутствие изменений со стороны перикарда по данным трансторакальной ЭхоКГ, проведенная после мультидисциплинарного обсуждения РКТ позволила подтвердить наличие кисты перикарда. Учитывая отсутствие симптомов, в настоящий момент данной пациентке не требуется хирургическое вмешательство. В соответствии с приведенным выше алгоритмом рекомендовано динамическое наблюдение, которое требует индивидуального подхода, а, значит, и более детальной разработки временных интервалов для проведения контрольных обследований, сроков наблюдения, методов мониторинга и т. д.



## Литература

- Timucin, A. Pericardial cysts: an analysis of 12 cases / A. Timucin, A. S. Bavran, C. Gebitekin // *J Laparoend Adv Surg Tech A*. – 2011. – Vol. 21, № 7. – P. 595-598. – doi: 10.1089/lap.2011.0034.
- Congenital Abnormalities of the Pericardium / Y. J. Parmar [et al.] // *Cardiol Clin*. – 2017. – Vol. 35, № 4. – P. 601-614. – doi: 10.1016/j.ccl.2017.07.
- Kar, S. K. Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts / S. K. Kar, A. S. Bavran, T. Ganduly // *Indian Heart J*. – 2017. – Vol. 69, № 3. – P. 364-370. – doi: 10.1016/j.ihj.2017.02.021.
- Sallade, T. D. Symptomatic Pericardial Cyst: An Atypical Case of Pleuritic Chest Pain / T. D. Sallade, C. K. Kraus, L. Hoffman // *Clin Pract Cases Emerg Med*. – 2019. – Vol. 3, № 3. – P. 199-201. – doi: 10.5811/cpcem.2019.5.42601.
- Le Roux, B. T. Pericardial coelomic cysts / B. T. Le Roux // *Thorax*. – 1959. – Vol. 14, № 1. – P. 27-35. – doi: 10.1136/thx.14.1.27.
- Малиновский, Н. Н. Пороки развития перикарда / Н. Н. Малиновский, И. И. Платов // *Хирургия. Журнал им. Н. И. Пирогова*. – 2001. – № 5. – С. 4-9.
- Usual and unusual locations of intrathoracic mesothelial cysts. Is endoscopic resection always possible? / J. Mouroux [et al.] // *Eur J Cardiothorac Surg*. – 2003. – Vol. 24, № 5. – P. 684-688. – doi: 10.1016/s1010-7940(03)00505-0.
- The tale of spring water cysts: a historical outline of surgery for congenital pericardial diverticula and cysts / M. Schweigert [et al.] // *Tex Heart Inst J*. – 2012. – Vol. 39, № 3. – P. 330-334.
- Makar, M. Large Pericardial Cyst Presenting as Acute Cough: A Rare Case Report / M. Makar, G. Makar, K. Yousef // *Case Rep Cardiol*. – 2018. – Vol. 2018. – Art. 4796903. – doi: 10.1155/2018/4796903.
- Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst / A.C. Borges [et al.] // *Ann Thor Surg*. – 1997. – Vol. 63, № 3. – P. 845-847. – doi: 10.1016/s0003-4975(96)01373-2.
- Hogue, M. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*-infected pericardial cyst / M. Hogue, S. Siripurapu // *Mayo Clin Proc*. – 2005. – Vol. 80, № 9. – P. 1116. – doi: 10.4065/80.9.1116.
- Aertker, R. A. Inflammation and Rupture of a Congenital Pericardial Cyst Manifesting Itself as an Acute Chest Pain Syndrome / R. A. Aertker, B. Y. Cheong, R. Lufschanowski // *Tex Heart Inst J*. – 2016. – Vol. 43, № 6. – P. 537-540. – doi: 10.14503/THIJ-15-5623.
- Kosecic, M. Pericardial hydatid cyst presenting with cardiac tamponade / M. Kosecic, M. Karaoglanoglu, B. Yamak // *Can J Cardiol*. – 2006. – Vol. 22, № 2. – P. 145-147. – doi: 10.1016/s0828-282x(06)70254-9.
- Symptomatic pericardial cyst: a case series / M. Q. Najib [et al.] // *Eur J Echocardiogr*. – 2011. – Vol. 12, № 11. – P. e43. – doi: 10.1093/ejecho-card/jer160.
- Diagnosis of pericardial cysts using diffusion weighted magnetic resonance imaging: A case series / A. Raja [et al.] // *J Med Case Rep*. – 2011. – Vol. 5. – Art. 479. – doi: 10.1186/1752-1947-5-479.
- Jabr, F. I. Pericardial cyst / F. I. Jabr, N. Skeik // *Intern Med*. – 2010. – Vol. 49, № 8. – P. 805-806. – doi: 10.2169/internalmedicine.49.3318.
- Images in cardiovascular medicine. Echocardiography-guided percutaneous aspiration of a large pericardial cyst / T. Butz [et al.] // *Circulation*. – 2007. – Vol. 116, № 18. – P. e505-e507. – doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.711903.

## References

- Timucin A, Bavran AS, Gebitekin C. Pericardial cysts: an analysis of 12 cases. *J Laparoend Adv Surg Tech A*. 2011;21(7):595-598. doi: 10.1089/lap.2011.0034.
- Parmar YJ, Shah AB, Poon M, Kronzon I. Congenital Abnormalities of the Pericardium. *Cardiol Clin*. 2017;35(4):601-614. doi: 10.1016/j.ccl.2017.07.
- Kar SK, Bavran AS, Ganduly T. Current concepts of diagnosis and management of pericardial cysts. *Indian Heart J*. 2017;69(3):364-370. doi: 10.1016/j.ihj.2017.02.021.
- Sallade TD, Kraus CK, Hoffman L. Symptomatic Pericardial Cyst: An Atypical Case of Pleuritic Chest Pain. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2019;3(3):199-201. doi: 10.5811/cpcem.2019.5.42601.
- Le Roux BT. Pericardial coelomic cysts. *Thorax*. 1959;14(1):27-35. doi: 10.1136/thx.14.1.27.
- Malinovsky NN, Platov II. Poroki razvitija perikarda [Pericardial malformations]. *Hirurgija. Zhurnal imeni N. I. Pirogova* [Pirogov Russian Journal of Surgery]. 2001;5:4-9. (Russian).
- Mouroux J, Venissac N, Leo F, Guillot F, Padovani B, Hofman P. Usual and unusual locations of intrathoracic mesothelial cysts. Is endoscopic resection always possible? *Eur J Cardiothorac Surg*. 2003;24(5):684-688. doi: 10.1016/s1010-7940(03)00505-0.
- Schweigert M, Dubez A, Beron M, Ofner D, Stein HJ. The tale of spring water cysts: a historical outline of surgery for congenital pericardial diverticula and cysts. *Tex Heart Inst J*. 2012;39(3):330-334.
- Makar M, Makar G, Yousef K. Large Pericardial Cyst Presenting as Acute Cough: A Rare Case Report. *Case Rep Cardiol*. 2018;2018:4796903. doi: 10.1155/2018/4796903.
- Borges AC, Gellert K, Dietel M, Baumann G, Witt C. Acute right-sided heart failure due to hemorrhage into a pericardial cyst. *Ann Thor Surg*. 1997;63(3):845-847. doi: 10.1016/s0003-4975(96)01373-2.
- Hoque M, Siripurapu S. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*-infected pericardial cyst. *Mayo Clin Proc*. 2005;80(9):1116. doi: 10.4065/80.9.1116.
- Aertker RA, Cheong BY, Lufschanowski R. Inflammation and Rupture of a Congenital Pericardial Cyst Manifesting Itself as an Acute Chest Pain Syndrome. *Tex Heart Inst J*. 2016;43(6):537-540. doi: 10.14503/THIJ-15-5623.
- Kosecic M, Karaoglanoglu M, Yamak B. Pericardial hydatid cyst presenting with cardiac tamponade. *Can J Cardiol*. 2006;22(2):145-7. doi: 10.1016/s0828-282x(06)70254-9.
- Najib MQ, Chaliki HP, Raizada A, Ganji JL, Panse PM, Click RL. Symptomatic pericardial cyst: a case series. *Eur J Echocardiogr*. 2011;12(11):e43. doi: 10.1093/ejecho-card/jer160.
- Raja A, Walker JR, Sud M, Du J, Zeglinski M, Czarnecki A, Mousavi N, Jassal DS, Kirkpatrick ID. Diagnosis of pericardial cysts using diffusion weighted magnetic resonance imaging: A case series. *J Med Case Rep*. 2011;5:479. doi: 10.1186/1752-1947-5-479.
- Jabr FI, Skeik N. Pericardial cyst. *Intern Med*. 2010;49(8):805-806. doi: 10.2169/internalmedicine.49.3318.
- Butz T, Faber L, Langer C, Wiemer M, Horstkotte D, Piper C. Images in cardiovascular medicine. Echocardiography-guided percutaneous aspiration of a large pericardial cyst. *Circulation*. 2007;116(18):e505-507. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.711903.

## COELOMIC CYST OF THE PERICARDIUM. A CLINICAL CASE

K. M. Surmach<sup>1</sup>, S. M. Demidik<sup>1</sup>, V. A. Frolov<sup>2</sup>, A. L. Bialiayeva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Grodno State Medical University, Grodno, Belarus

<sup>2</sup>City Clinical Hospital No 3, Grodno, Belarus

*Congenital abnormalities of the pericardium are a rare group of diseases. Coelomic pericardial cyst is often asymptomatic and does not give complications. Symptoms may occur if the cyst increases in size, can compress anatomical structures, or can be infected or ruptured. The clinical diagnosis of pericardial cysts is difficult to make because the patient's symptoms are nonspecific, and have association with concomitant pathology. The diagnostic examination often begins with chest radiography or transthoracic echocardiography. Computed tomography and magnetic resonance imaging of the chest are often required to visualize the entire pericardium and characterize the pathological process with details.*

*Treatment depends on the presence and/or severity of symptoms. Active monitoring is preferable for asymptomatic patient with a confirmed diagnosis of coelomic pericardial cyst, if this patient is not in risk group of life-threatening complications, and disturbances of the function of organs and systems. Our clinical case of an asymptomatic patient with a coelomic cyst of the pericardium is intended to draw the attention to the algorithm of examination and observation of such patients. The case is discussed with regard to personalized medicine and clinical recommendations.*

**Keywords:** coelomic cyst of the pericardium, diagnosis, treatment.

**For citation:** Surmach KM, Demidik SM, Frolov VA, Bialiayeva AL. Coelomic cyst of the pericardium. A clinical case. *Journal of the Grodno State Medical University.* 2022;20(3):348-354. <https://doi.org/10.25298/2221-8785-2022-20-3-348-354>.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interest.** The authors declare no conflict of interest.

**Финансирование.** Исследование проведено без спонсорской поддержки.

**Financing.** The study was performed without external funding.

**Соответствие принципам этики.** Пациентка подписала информированное согласие на публикацию своих данных.

**Conformity with the principles of ethics.** The patient gave written informed consent to the publication of his data.

**Об авторах / About the authors**

\*Сурмач Екатерина Михайловна / Surmach Katerina, e-mail: esurmach@mail.ru, ORCID: 0000-0001-8902-8533

Демидик Светлана Николаевна / Demidik Svetlana, e-mail: svdemidik@tut.by, ORCID: 0000-0002-9841-9015

Фролов Владислав Андреевич / Frolov Vladislav, e-mail: grodnogorbo13@mail.grodno.by

Беляева Александра Леонидовна / Bialiayeva Alexandra, e-mail: grodnogorbo13@mail.grodno.by

\* – автор, ответственный за переписку / corresponding author

Поступила / Received: 10.02.2022

Принята к публикации / Accepted for publication: 24.05.2022