
Наиболее характерной патоморфологической особенностью является интенсивное развитие соединительной ткани (фиброзных бляшек) в эндокарде полостей сердца, в трикуспидальном клапане и клапане легочной артерии, в интимае полой вены, легочной артерии и коронарного синуса. Развитие фиброза обуславливает структурные и функциональные нарушения клапанов, что приводит к развитию как их стеноза, так и недостаточности. Гистологически фиброзные бляшки состоят из депозитов соединительной ткани, располагающихся на поверхности эндокарда, при этом наблюдается интенсивное проникновение прослоек соединительной ткани внутрь эндокарда. Аналогичные фиброзные поражения эндокарда описаны при применении препаратов, угнетающих аппетит — дексфенфлюрамина и фенфлюрамина (Kulke, Mayer, 1999). Ультраструктурное и иммуногистохимическое исследование установило, что фиброзные бляшки богаты фибробластами, коллагеном и кислыми мукополисахаридами, в них присутствуют также гладкомышечные клетки, но нет компонентов эластической ткани. Метастатическое поражение миокарда карциноидной опухолью бывает редко (Pellikka и соавт., 1993). С помощью иммуногистохимического исследования также установлено, что пролиферация фибробластов обусловлена экспрессией трансформирующих ростовых факторов α и β , участвующих в развитии карциноидной фиброзной бляшки (Waltenberger и соавт., 1993).

Поражение сердца при карциноидном синдроме является поздним его осложнением. Наиболее характерной клинической особенностью карциноидной болезни сердца является поражение правых отделов сердца в виде недостаточности трехстворчатого клапана, у некоторых больных формируется стеноз легочной артерии. Указанные поражения обуславливают развитие правожелудочковой формы недостаточности кровообращения.

При этом больные жалуются на общую слабость, появление отеков на ногах, боли в области правого подреберья (вследствие увеличения печени), при развитии стеноза легочной артерии появляется одышка, особенно при физической нагрузке.

При осмотре обращают на себя внимание набухание шейных вен, отечность в области стоп и голеней, акроцианоз.

Пульс частый, иногда ритмичный, наполнение пульса снижено. Артериальное давление обычно нормальное.

При пальпации области сердца может определяться систолическое дрожание в области мечевидного отростка или левого края грудины (нижние отделы). Оно обусловлено трикуспидальной регургитацией вследствие недостаточности трикуспидального клапана. Сердечный толчок при пальпации воспринимается ослабленным. При развитии стеноза устья легочной артерии может также пальпироваться систолическое дрожание в области рукоятки грудины слева.

Границы относительной тупости сердца при перкуссии обычно нормальные.

Тоны сердца приглушены, часто аритмичны, в области мечевидного отростка прослушивается систолический шум (признак трикуспидальной недостаточности). При развитии сужения устья аорты прослушивается систолический шум на основании сердца (обычно во II межреберье справа), II-й тон на а. pulmonalis ослаблен.

При пальпации органов брюшной полости определяются увеличение и болезненность печени. При тяжелой правожелудочковой недостаточности выявляется асцит.