

УДК 616.995.121:616.12

## СЛУЧАЙ ИЗОЛИРОВАННОГО АЛЬВЕОЛЯРНОГО ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА (СЕКЦИОННОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Л.А. Шестакова, Т.Б. Бичурина, А.Р. Котиков, Е.В. Палагина

ГБОУ ВПО Красноярский государственный медицинский университет  
им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого Минздравсоцразвития РФ, ректор – д.м.н.,  
проф. И.П. Артюхов; кафедра патологической анатомии им. проф. П.Г.

Подзолкова, зав. – к.м.н., доц. Л.А. Шестакова.

***Резюме.** Представлен секционный случай изолированного эхинококкоза сердца (альвеолярная форма) у больной 80 лет. На основании характерной морфологической картины поставлен диагноз: изолированный эхинококкоз (альвеолярная форма) сердца с формированием в прилежащем миокарде подострого очагового миокардита, осложнившийся острой левожелудочковой сердечной недостаточностью.*

***Ключевые слова:** эхинококкоз, альвеолярная форма, эхинококкоз сердца.*

Шестакова Людмила Анатольевна – к.м.н., доц., зав. каф. патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова КрасГМУ; e-mail: [Patholog-lan@yandex.ru](mailto:Patholog-lan@yandex.ru).

Бичурина Татьяна Борисовна – старший преподаватель каф. патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова КрасГМУ; e-mail: [bichurinatb@mail.ru](mailto:bichurinatb@mail.ru).

Котиков Алихан Русланович – к.м.н., ассистент каф. патологической анатомии им. проф. П.Г. Подзолкова КрасГМУ; e-mail: [ali-kotikov@yandex.ru](mailto:ali-kotikov@yandex.ru).

Эхинококкоз (от греч. echinos - еж, kokkos - зерно) – гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием эхинококковых кист в различных органах.

Наибольшее значение в патологии человека и животных имеют *Echinococcus granulosus*, вызывающий гидатидозную форму эхинококкоза, и *Echinococcus*

*multilocularis*, вызывающий альвеолярную форму эхинококкоза, или альвеококкоз. Гидатидозный эхинококкоз встречается чаще, чем альвеококкоз.

В развитии гидатидозного эхинококкоза у человека большая роль принадлежит облигатному хозяину половозрелого ленточного червя: в природе – плотоядным животным (волки, шакалы и др.), в культурных очагах – собаке. У них паразит обитает в кишечнике. Личинка альвеококка, отличающаяся от личинки гидатидозного эхинококка, обнаруживается у грызунов и человека. Следует подчеркнуть, что альвеококкоз характеризуется определенной географической патологией. В нашей стране он чаще наблюдается в Якутии. Очаги альвеококкоза встречаются также в некоторых странах Европы [1].

При гидатидозном эхинококкозе в органах появляются пузыри (или один пузырь) той или иной величины (от ореха до головы взрослого человека). Они имеют беловатую слоистую хитиновую оболочку и заполнены прозрачной бесцветной жидкостью. При альвеококкозе онкосферы дают начало развитию сразу нескольких пузырей, причем вокруг них появляются очаги некроза. В пузырях альвеококкоза образуются выросты цитоплазмы, и рост пузырей происходит путем почкования наружу, а не внутрь материнского пузыря, как это имеет место при однокамерном эхинококке. В результате этого при альвеококкозе образуются все новые и новые пузыри, проникающие в ткань, что ведет к ее разрушению. Поэтому альвеококк называют также многокамерным эхинококком. Выделяющиеся из пузырьков токсические вещества вызывают в окружающих тканях некроз и продуктивную реакцию. В грануляционной ткани много эозинофилов и гигантских клеток инородных тел, фагоцитирующих оболочки погибших пузырьков, вокруг пузырьков и в стенках рубцовой ткани отложения извести. В центре узла иногда образуется полость распада (по типу асептического некроза), достигающая иногда значительных размеров, с гноевидным, но стерильным содержимым. Альвеококк склонен к гематогенному и лимфогенному метастазированию. Гематогенные метастазы альвеококка при первичной локализации его в печени появляются в легких, затем в органах большого круга кровообращения – почках, головном мозге,

сердце и др. В связи с этим клинически альвеококк ведет себя как злокачественная опухоль. Распространению почкующихся пузырьков способствует вырабатываемая ими активная гиалуронидаза, которая вызывает некроз окружающих тканей. Осложнения чаще связаны с ростом пузыря в печени или метастазами альвеококка. Возможно развитие амилоидоза.

Эхинококкоз сердца является достаточно редким заболеванием и составляет, по разным данным, от 0,01-0,5% до 3,0%. В мировой литературе эхинококкоз сердца отмечен у больных разных возрастов от 5 лет до 82 лет. Однако, все-таки, преимущественно заболевают молодые люди в возрасте от 20 до 40 лет (70-75% всех больных эхинококкозом сердца). При этом если при обычной локализации (печень, легкие) чаще болеют женщины (в соотношении 2,3:1), то эхинококкоз сердца чаще поражает мужчин (3:1). Следует отметить, что наиболее часто (70-80% наблюдений) встречаются солитарные гидатидные кисты сердца с преимущественным поражением миокарда желудочков. При этом левый желудочек (ЛЖ) поражается в 2–3 раза чаще правого, составляя 55-60% от всех наблюдений эхинококкоза сердца. В большинстве случаев кисты левого желудочка локализованы субэпикардially, а кисты правого желудочка субэндокардially. Как известно, желудочки имеют разную толщину стенок и разное систолическое давление в просвете, что объясняет более частый прорыв кист левого желудочка в перикард, а кист правого желудочка – в полость сердца. Это одно из самых частых и грозных осложнений эхинококкоза сердца – практически две трети из умерших погибают именно от разрыва кисты. Предсердия поражаются одинаково часто. Изолированное поражение эхинококком межжелудочковой перегородки встречается чрезвычайно редко [2]. Поражение перикарда – чаще сочетанное, либо с эхинококкозом легких, либо с поражением предсердий и желудочков. Эхинококковые кисты растут медленно, в среднем на 1-3 см в год, и поэтому длительное время остаются бессимптомными. Клинические проявления неспецифичны. Прорыв кисты резко меняет клиническую картину заболевания, и в зависимости от направления прорыва развиваются гидатидный перикардит, тампонада сердца,

эмболия большого и малого круга кровообращения. Поэтому в диагностике основное место занимают инструментальные методы исследования (рентгенография органов грудной клетки, эхокардиография (ЭхоКГ), компьютерная томография (КТ)) в сочетании с серологическими реакциями на эхинококкоз. При этом рентгенография органов грудной клетки позволяет выявить увеличение сердца в размерах с необычной деформацией его контуров. Однако основными методами диагностики являются ЭхоКГ и КТ. Сочетание ЭхоКГ, КТ и серологических реакций (РИТА, ИФА) позволяют в 86-91% наблюдений установить правильный диагноз заболевания [3].

Первичный изолированный эхинококкоз сердца возникает при проникновении, миновавших печеночный и легочный барьеры, гексакантов в коронарные артерии. При этом нигде, кроме сердца, паразита не находят. Клинически эхинококкоз сердца диагностируется очень редко, а гораздо чаще становится хирургической или секционной находкой. Учитывая редкость данной патологии, приводим собственное наблюдение. В приведенном наблюдении в ходе аутопсии и при тщательном микроскопическом исследовании секционного материала паразитарное поражение печени и легких не обнаружено, что позволило расценить структурные изменения в сердце как первичный эхинококкоз сердца, а именно его альвеолярная форма. Можно полагать, что у больной поражение сердца эхинококком явилось серьезным фактором в развитии сердечной недостаточности и смерти.

*Женщина, 80 лет*, из анамнеза известно, что обращалась за медицинской помощью редко. В амбулаторной карте последняя запись от июня 2010 года с диагнозом: ИБС, стенокардия. Имеется еще четыре записи за предыдущие два года, с жалобами на боли за грудиной, слабость. ЭКГ и биохимических анализов нет. Смерть наступила дома от острой сердечной недостаточности, обусловленной подострым миокардитом. На вскрытии в паренхиматозных органах – признаки венозного полнокровия. Очагов паразитарного поражения печени, легких и других органов не обнаружено.

Наиболее выраженные изменения были обнаружены в сердце. В толще стенки левого желудочка, интрамурально определялось полостное образование овальной формы, 1,2x2,5x2,6 см с плотной стенкой, представленной волокнистой, белесоватой тканью, толщиной 0,3-0,6 см (рис 1). Выстилка полостного образования гладкая. В просвете полости выявлены замазкообразные массы серо-желтого цвета. Микроскопически было установлено, что стенка полостного образования представлена плотной соединительной тканью, в которой определялись очаговые скопления лимфоидных, эпителиоидных клеток и фибробластов, а также малочисленных гигантских многоядерных клеток, наподобие клеток инородных тел (рис 2). Были выявлены множественные очаги дистрофического обызвествления капсулы. С внутренней стороны капсулы определяются характерные сколексы, окруженные бесструктурными и некротическими массами (рис 3). В окружающей ткани миокарда участки отека стромы и полнокровия сосудов, с инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами, лимфоцитами, макрофагами, плазматическими клетками. Заключение: диффузный подострый межучасточный миокардит; изолированный эхинококкоз сердца (альвеолярная форма).

Известно, что длительная персистенция эхинококка в тканях часто сопровождается выраженными дистрофическими изменениями с последующим обызвествлением. Данная ситуация существенно затрудняет вероятность точной морфологической диагностики эхинококкоза. Редкость локализации гидатидных кист в сердце, бессимптомное течение и отсутствие кистозных образований в других органах послужило причиной поздней диагностики заболевания, а в данном случае – лишь секционной находкой.

## **THE CASE OF ISOLATED ALVEOLAR ECHINOCOCCOSIS HEART (SECTIONAL OBSERVATIONS)**

L.A. Shestakova, T.B. Bichurina, A.R. Kotikov, E.V. Palagina

Krasnoyarsk State Medical University named after prof. V.F. Voino-Yasenetsky

**Abstract.** Here is presented the sectional case of isolated cardiac echinococcosis (alveolar form) in patient of 80 years old. On the base of the character morphological pattern it was made a diagnosis: isolated echinococcosis (alveolar form) with the formation of the adjacent myocardium subacute focal myocarditis, complicated by acute left ventricular heart failure.

**Key words:** echinococcosis, alveolar form, echinococcosis of heart.

### Литература

1. Абдурахимов З.З., Гульмурадов Т.Г., Аминов Р.С. и др. Диагностика и хирургическое лечение кардиоперикардального эхинококкоза // Центрально-Азиатский журн. сердечно-сосудистой хирургии. – 2008. – №2. – С. 8-12.
2. Таричко Ю.В., Каразеев Г.Л., Черкасов И.Ю. и др. Эхинококковая киста сердца // Хирургия. – 2008. – №10. -С. 70-72.
3. Шевченко Ю.Л., Мусаев Г.Х., Борисов И.А. и др. Эхинококкоз сердца // Хирургия. – 2006. – № 1. – С. 11-16.