

В.В. Аминов, Д.Р. Терещенко, Е.В. Игнатов, С.Н. Давыдов

## Случай хирургического лечения эхинококкоза сердца

ФГБУ «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии» Минздрава России, 454003, Челябинск, просп. Героя России Родионова Е.Н., 2, terechenko-ne@mail.ru

УДК 616.1  
ВАК 14.01.26

Поступила в редколлегию  
27 февраля 2013 г.

© В.В. Аминов,  
Д.Р. Терещенко,  
Е.В. Игнатов,  
С.Н. Давыдов, 2013

Представлен клинический случай хирургического лечения эхинококкоза сердца у 22-летней пациентки. Для сравнения приведены результаты других хирургических клиник.  
Ключевые слова: эхинококкоз сердца; правый желудочек; хирургическое лечение.

Эхинококкоз – гельминтоз из группы цестодозов, характеризующихся образованием в печени, легких или других органах и тканях паразитарных кист. Эхинококкоз сердца встречается у 0,5–2,0% больных при генерализованной форме заболевания. Зародыши эхинококка (сколексы) могут проникать в сердце двумя путями – из венозной крови через эндокард правых отделов сердца и при прорыве эхинококковой кисты легкого в легочную вену.

Сколекс в миокарде развивается в зрелую гидатидную кисту. Период созревания кисты длится от одного года до пяти лет, протекает латентно. Встречаются как солитарные, так и множественные кисты размером 3–9 см. Исход зрелой кисты – разрыв или кальцификация с гибелью паразита. Неосложненные гидатидные кисты протекают бессимптомно. При значительном увеличении кисты проявляются признаки объемного процесса в миокарде (боль в грудной клетке, аритмия, симптомы застойной сердечной недостаточности, приступы Морганьи – Эдамса – Стокса) [1]. В мировой литературе встречаются лишь единичные описания эхинококкоза сердца у больных разных возрастов (от 5 до 82 лет). 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 эхинококкозом сердца – мужчины (3:1).

Эндемичными районами по заболеваемости эхинококкозом на территории Российской Федерации являются Республика Саха, Чукотский национальный округ, Оренбургская и Пермская области, Ставропольский край [2].

При хирургическом лечении эхинококкоза сердца в основном выполняют энуклеацию хитиновой оболочки с сохранением фиброзной капсулы. При этом необходимо снизить до минимума вероятность попадания сколексов в кровоток. Операцию проводят в условиях искусственного кровообращения с остановкой сердца. Аорту пережимают вместе с легочной артерией. Операционное поле обкладывают салфетками, смоченными в гипертоническом растворе. Необходима быстрая и полная стерилизация содержимого кист с помощью инъекции или инстилляций таких препаратов, как 2% раствор формалина, 0,5% нитрата серебра, 30% гипертонический раствор хлорида натрия или 1% йода.

После энуклеации кисты фиброзную капсулу обрабатывают антисептическим раствором. Этот комплекс мероприятий позволяет существенно снизить процент рецидивов эхинококкоза. В настоящей работе представлен клинический случай успешного хирургического лечения эхинококкоза сердца.

Женщина, 22 года, уроженка Оренбургской области, поступила в ФЦССХ (г. Челябинск) с жалобами на общую слабость, одышку при подъеме на второй этаж, периодически – головную боль в височных областях. Из анамнеза заболевания известно, что в 2007 г. пациентка была прооперирована по поводу эхинококкоза печени. Дегельминтизация не проводилась. С февраля 2012 г. стала отмечать появление сухого кашля, одышку при небольшой физической нагрузке. При рентгенографии выявлены эхинококковая киста правого легкого, эхинококковые кисты печени (2,0 × 2,5 см), сердца (в правом желудочке с четкими, ров-



правом предсердии – один пациент (7,7%), в левом предсердии – один пациент (7,7%). Всем пациентам была выполнена операция эхинококкэктомия в условиях искусственного кровообращения. В послеоперационном периоде все пациенты получали противогельминтную терапию альбендазолом (400 мг/сут.) с последующей противорецидивной профилактикой.

По данным Sh. Jaffar и др. [6], в клинике Ибн-Альнафис (Багдад, Ирак) было прооперировано четыре пациента с эхинококкозом сердца. Каждому пациенту была выполнена срединная стернотомия, стандартное подключение аппарата искусственного кровообращения. Аорта пережималась вместе с легочной артерией. Фармакохолодовая кардиоплегия в корень аорты. В кисту вводился 0,5% раствор формалина. Экспозиция 5 мин. После чего хитиновая капсула удалялась, фиброзная капсула обрабатывалась соленым раствором, после чего ушивалась. У всех пациентов течение послеоперационного периода было без осложнений, и на седьмые сутки после операции все были выписаны с дальнейшей терапией альбендазола 400 мг в течение шести недель. Через год ни у одного пациента не выявили рецидива.

Эхинококкоз сердца – редкое, но потенциально смертельное заболевание. Он остается эндемичным заболеванием в развитых и развивающихся странах. Клинически он может не проявляться и верифицироваться только при помощи функциональных методов диагнос-

тики, а может проявляться симптомами застойной сердечной недостаточности или другими опасными для жизни осложнениями. При любом течении заболевания единственным правильным методом лечения остается хирургическое лечение. Во избежание попадания сколексов в кровотоки и развития рецидива подобные операции необходимо выполнять в условиях искусственного кровообращения и с дальнейшим назначением в послеоперационном периоде противогельминтной терапии.

### Список литературы

1. Перельман М.И. // Эхинококкоз сердца и перикарда. Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. 1996.
2. Романенко Н.А. // Гельминтозы. Медицинская газета. 1996. № 52, 56.
3. Сергиев В.П., Акимова Р.Ф., Романенко Н.А., Фролова А.А. // Распространенность трихинеллеза и эхинококкозов в России в 1992 году. Здоровье населения и среда обитания: ежемесячный информационный бюллетень РРИАЦ. 1993. № 3.
4. Brechignac X., Durieu I., Perinetti M. et al. // Hydatid cyst heart. Presse Med. 1997. V. 26 (14). P. 663–665.
5. Eylem T., Serpil G., Ilker M. et al. // Tex. Heart Inst. J. 2010. V. 37 (2). P. 189–193.
6. Jaffar Sh., Mustafa A., Pankaj S. et al. // Tex. Heart Inst. J. 2009. V. 36 (1). P. 72–73.
7. Kardaras F., Kardara D., Tselikos D. et al. // Eur. Heart J. 1996. V. 17 (8). P. 1265–1270.
8. Turgut M., Benli K., Eryilmaz M. // Case report. J. Neurosurg. 1997. V. 86 (4). P. 714–718.