

Т.Г. ГУЛЬМУРАДОВ, О.Н. САДРИЕВ, З.З. АБДУРАХИМОВ, Р.С. АМИНОВ

## УСПЕШНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТКИ С ЭХИНОКОККОЗОМ ЛЕВОГО ЖЕЛУДОЧКА И ПЕЧЕНИ

Республиканский научный центр сердечно-сосудистой хирургии, г. Душанбе,  
Республика Таджикистан

В статье представлен случай успешного лечения пациентки с сочетанным эхинококкозом левого желудочка и печени. Приведены особенности инструментальной диагностики и выбранной хирургической тактики. Пациентке поэтапно была выполнена эхинококкэктомия из левого желудочка сердца с тампонирующим остаточной полости сальником на сосудистой ножке, выведенной через разрез на диафрагме, и эхинококкэктомия из печени без капитонажа остаточной полости. Интерес настоящего клинического наблюдения состоит в том, что эхинококкэктомия была выполнена на работающем сердце, без капитонажа внутрисердечной части фиброзной капсулы для пластики стенки миокарда. С целью профилактики развития аневризмы левого желудочка остаточная полость была тампонирующая прядью сальника на сосудистой ножке, выведенной через разрез на диафрагме. При контрольных ЭКГ и ЭхоКГ в послеоперационном периоде отмечались положительная динамика с исчезновением зоны ишемии, а также повышение сократимости левого желудочка. Эхинококкэктомия из VIII сегмента печени была выполнена через 6 месяцев из лапаротомного доступа, с хорошими ближайшими и отдаленными результатами. В наблюдаемый период данных о рецидиве заболевания не выявлено.

*Ключевые слова:* эхинококкоз, миокард, хирургическое лечение, пластика стенки миокарда, эхинококкэктомия, лапаротомия, непосредственные и отдаленные результаты

The article presents the case of the successful treatment of a female with concomitant left ventricular and liver hydatid disease. Peculiarities of instrumental diagnosis and the chosen surgical approach are given. The patient was carried out step by step echinococcectomy from the left heart ventricle with swabbing of the residual cavity by the omentum on the vascular pedicle, derived through an incision in the diaphragm and echinococcectomy from the liver without capitonnage of the residual cavity. Echinococcectomy was performed on a beating heart, without capitonnage of the intracardiac portion of the fibrous capsule for the myocardial wall plasty that is of great interest to this clinical case. To prevent the development of the left ventricular aneurysm, the residual cavity was swabbed by the omentum strand on the vascular pedicle, derived through the incision in the diaphragm. During the control ECG and echocardiography in the postoperative period, a positive trend towards the disappearance of ischemic lesion was observed as well as increasing the contractility of the left ventricle. Echinococcectomy of the VIII liver segment was performed after 6 months by laparotomy with good immediate and remote results. In the observed period no signs of disease recurrence were revealed.

*Keywords:* hydatid disease, myocardium, surgical treatment, myocardial wall plasty, echinococcectomy, laparotomy, immediate and remote results

Novosti Khirurgii. 2016 May-Jun; Vol 24 (3): 298-302

Successful Surgical Treatment of Patients with Echinococcosis of the Left Ventricle and Liver

T.G. Gulmuradov, O.N. Sadriev, Z.Z. Abdurakhimov, R.S. Aminov

### Введение

Эхинококкоз, являющийся тяжелым паразитарным заболеванием, остается серьезной медицинской проблемой во многих странах мира, в том числе и в Республике Таджикистан, которая является эндемическим регионом по эхинококкозу.

Наиболее часто эхинококкозом поражаются печень и легкие, редко — почки, сердце и головной мозг. Кардиальная локализация эхинококкоза встречается в 0,01-3% случаев от всех наблюдений эхинококкоза [1, 2]. Вследствие медленного роста эхинококковых кист длительное время поражение сердца остается бессимптомным и нераспознанным, и только

при достижении кистами больших размеров или же прорыве кисты, сопровождающихся тампонадой сердца, эмболией большого и малого кругов кровообращения, возникает мысль о эхинококковом поражении сердца [3].

Благодаря внедрению современных лучевых методов исследования (эхокардиографии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии) существенно улучшилась диагностика эхинококкоза сердца [1, 2, 4].

Однако ранняя диагностика кардиального эхинококкоза в целом представляет значительные трудности. В клинической картине неосложненного эхинококкоза нет ни одного специфического симптома, основываясь на котором, можно было бы установить достоверный диагноз [5].

Приводимые в литературе примеры отдельных случаев поражения сердца и перикарда эхинококкозом представляют собой большой практический и научный интерес, поскольку каждый из них уникален в плане диагностики и тактики хирургического лечения [1, 5].

Актуальность проблемы обусловлена отсутствием единства мнений специалистов по ключевым вопросам своевременной диагностики, тактики лечения и профилактики рецидивов инвазии, особенно при кардиальной ее локализации. В этой связи приводим клинический пример, который, по нашему мнению, может способствовать улучшению своевременной диагностики и лечения сочетанного эхинококкоза сердца и печени.

Клинический случай. Пациентка, 38 лет, поступила 10.09.2012 г. в лечебно-диагностический отдел Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии (РНЦССХ) с жалобами на тяжесть и боли в правом подреберье, боли в области сердца колющего характера и одышку при ходьбе, общую слабость.

Считает себя больной в течение последних 12 месяцев (с 2011 г.). С вышеуказанными жалобами обратилась в Центральную районную больницу по месту жительства, где при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) обнаружены эхинококковые кисты печени и сердца. В связи с этим пациентка направлена в РНЦССХ для оперативного лечения.

При поступлении общее состояние средней тяжести. Дыхание через нос свободное, частота дыхания — 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, обе половины равномерно участвуют в акте дыхания. Над легкими выслушивается везикулярное дыхание. Границы абсолютной тупости сердца смещены влево. Тоны сердца ясные ритмичные. ЧСС — 89 в минуту. АД — 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезнен в правом подреберье. Печень — у края реберной дуги.

При УЗИ печени в проекции VIII сегмента обнаружена эхинококковая киста размерами 43×39 мм с густым содержимым.

Лабораторные анализы: Hb — 112 г/л; Эр — 3,7 мл/л; Эозинофилы — 3%; СОЭ — 26 мм/ч; Билирубин общий — 13,2 мкмоль/л; АЛТ — 25,3 Е/л; АСТ — 27,1 Е/л.

На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС — 96 ударов в минуту. ЭОС — вертикальная. Субэндокардиальная ишемия по задней стенке миокарда левого желудочка.

На ЭхоКГ левого желудочка: КСР — 20 мм; КДР — 35 мм; ФВ — 54%. По диафрагмальной поверхности левого желудочка визуализируется



Рис. 1. Эхокардиографическая картина эхинококковой кисты левого желудочка пациентки

эхинококковая киста размерами 41×37 мм (рис. 1).

При рентгенографии органов грудной клетки легочные поля чистые, сердце расширено в поперечнике (рис. 2).

На основании полученных данных был выставлен диагноз: Эхинококковая болезнь. Сочетанный эхинококкоз левого желудочка сердца и печени.

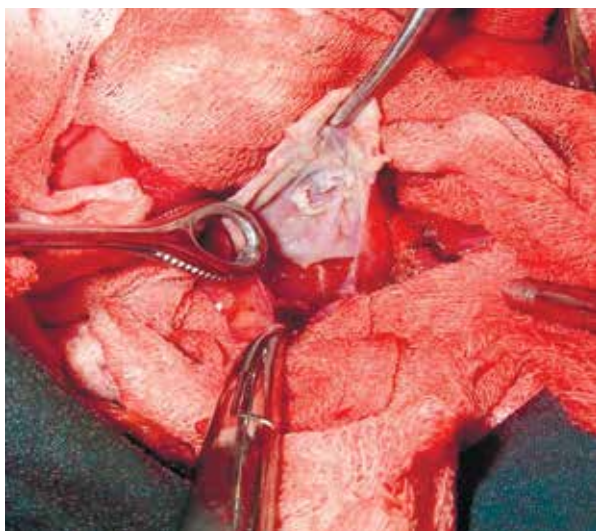
Было решено на первом этапе выполнить эхинококкэктомия из стенки левого желудочка сердца, с последующим проведением эхинококкэктомии из печени.

В предоперационном периоде пациентка получила кардиотоническую, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию.

21.09.2012 г. пациентке под эндотрахеальным наркозом проведена операция: эхинококкэктомия из левого желудочка сердца с тампонированием остаточной полости сальником на

Рис. 2. Рентгенография органов грудной клетки. Увеличение поперечного размера сердца





**Рис. 3. Этап вскрытия фиброзной капсулы эхинококковой кисты**

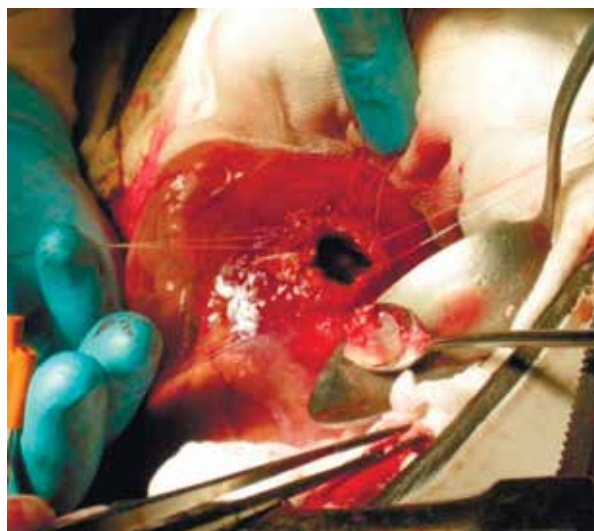
сосудистой ножке.

Описание операции. После продольной стернотомии листки перикарда взяты на держалки и продольно вскрыты. При вывихивании сердца обнаружена эхинококковая киста в толще стенки левого желудочка по диафрагмальной ее поверхности. В связи с расположением эхинококковой кисты в толще миокарда операция эхинококкэктомии проведена на работающем сердце без искусственного кровообращения (ИК). При вскрытии фиброзной капсулы (рис. 3) выделилось около 30 мл желеобразного содержимого с дочерними кистами.

Остаточная полость (рис. 4) обработана 96% спиртом.

В связи с невозможностью использования внутрисердечной части фиброзной капсулы для пластики стенки миокарда было решено провести ликвидацию остаточной полости прядью большого сальника на питающей ножке. Сделан отдельный разрез на диафрагме длиной 3,5 см, через который выведена прядь большого сальника на ножке. Затем было выполнено тампонирование остаточной полости участком сальника с последующей его фиксацией по краям фиброзной капсулы узловыми швами (рис. 5). Дефект на диафрагме вокруг сальника ушит. Дренаж в полость перикарда и средостение. Послойные швы.

Послеоперационное течение гладкое. Дренажные трубки удалены на 3-и сутки. На динамической ЭКГ после операции отмечалась положительная динамика с исчезновением признаков субэндокардиальной ишемии. Пациентка выписана на 10 сутки после операции в удовлетворительном состоянии. В послеоперационном периоде проводилось 3 курса химиотерапии с применением альбендазола в дозе 10



**Рис. 4. После экстракции содержимого видно отверстие остаточной полости кисты**

мг/кг/сут. в течение 3 недель с 2 недельным интервалом.

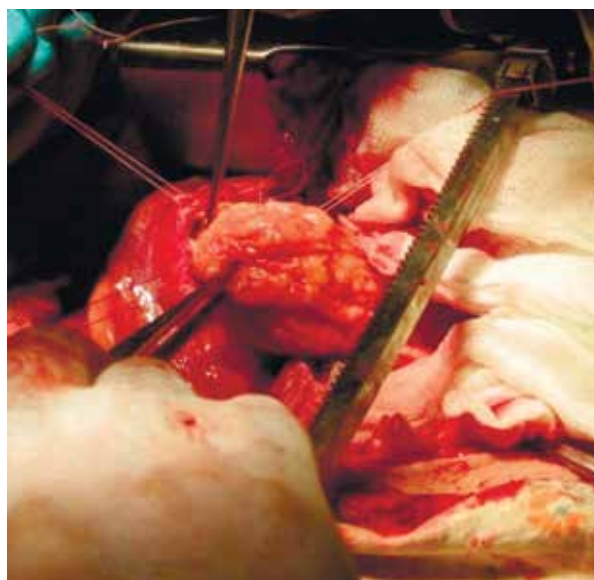
Пациентке через 6 месяцев была выполнена эхинококкэктомия из VIII сегмента печени через лапаротомный доступ. Послеоперационное течение гладкое. На девятые сутки выписана на амбулаторное лечение. Повторный осмотр через 3 года. Жалоб не предъявляет, болей в области сердца нет.

На ЭКГ: ритм синусовый. ЧСС – 80 ударов в минуту. Признаков ишемии миокарда нет.

На ЭхоКГ: ФВ – 65%, по диафрагмальной поверхности задней стенки левого желудочка визуализируется образование с нечеткими контурами (остаточная полость с сальником) размером 22×31мм.

При УЗИ печени в VIII сегменте правой доли визуализируется остаточная полость.

**Рис. 5. Тампонада остаточной полости прядью сальника**





**Рис. 6.** Компьютерная томография органов грудной клетки и верхнего этажа брюшной полости. Визуализируются остаточная полость эхинококковой кисты левого желудочка с элементами кальцинации стенок и эхинококковая киста в проекции VIII сегмента печени

На КТ органов грудной клетки и брюшной полости (рис. 6) отмечается кальцинированная остаточная фиброзная полость миокарда левого желудочка, внутри которой находится сальник. В правой доли печени визуализируется остаточная полость эхинококковой кисты с кальцинированными стенками размерами 38×39 мм.

Таким образом, на основании применения вышеперечисленных методов исследования данных о рецидиве заболевания не выявлено.

### Обсуждение

Редкость локализации гидатидных кист в сердце и бессимптомность в течение долгого времени являются основными причинами поздней диагностики такого варианта патологического процесса [1, 4].

Хирургическое лечение пациентов с эхинококкозом сердца является одной из наиболее сложных проблем кардиохирургии. Эхинококковые кисты сердца локализуются как в миокарде, так и в перикарде [2, 6].

У пациентов с расположением эхинококковых кист в перикарде их удаление возможно на работающем сердце. Вместе с тем, по мнению Fei Yan et al. [7], при локализации кист в миокарде оптимальным вариантом является эхинококкэктомия с использованием искусственного кровообращения. Как указывают авторы, при использовании искусственного кровообращения пережатия аорты и легочной артерии являются эффективным для предотвращения распространения паразита в полость левого желудочка или через межжелудочковую перегородку в легочный кровоток.

Выполнение одновременного удаления

эхинококковых кист из печени и сердца является вариантом выбора. Так, K. Dasbaksi et al. [8], описали случай удаления кисты печени и сердца из левостороннего тораколапаротомного доступа без рецидива заболевания в течение 5 лет наблюдений. В то же время для сочетанной печеночно-кардиальной эхинококэктомии R. Parvizi et al. [9] использовали подреберный доступ для удаления кисты из печени и стернотомию для доступа к сердцу.

В нашем наблюдении эхинококкэктомия была осуществлена в два этапа, при этом на первом этапе удаление кисты из сердца выполнено без применения искусственного кровообращения, с тампонирующей остаточной полостью прядью сальника на сосудистой ножке, выведенной через разрез на диафрагме. На втором этапе через 6 месяцев была осуществлена эхинококкэктомия из VIII сегмента печени из срединной лапаротомии без капитонажа остаточной полости.

### Заключение

Настоящее клиническое наблюдение представляет интерес тем, что эхинококкэктомия в данном случае была выполнена на работающем сердце, без капитонажа внутрисердечной части фиброзной капсулы для пластики стенки миокарда. В целях профилактики развития аневризмы левого желудочка была тампонирующей остаточная полость прядью сальника на сосудистой ножке, выведенной через разрез на диафрагме. На втором этапе через 6 месяцев была осуществлена эхинококкэктомия из VIII сегмента печени из срединной лапаротомии. Проведенные в послеоперационном периоде 3 курса химиотерапии албендазолом были эффективными в профилактике рецидива заболевания. На наш взгляд, при эхинококкозе любой локализации целесообразно проведение ЭхоКГ с целью выявления сочетанного поражения сердца.

### Клинический случай демонстрируется с согласия пациентки.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Иванов ВА, Подчасов ДА, Евсеев ЕП, Домнин ВВ, Попов СО, Ярыгин ИВ. Успешное хирургическое лечение эхинококкоза сердца *Кардиология и Сердеч-Сосуд Хирургия*. 2011;(4):89-92.
2. Gundogdu F, Arslan S, Kantarci AM. Intramyocardial echinococcal cyst demonstrated by multislice computed tomography. *Heart*. 2006 Oct;92(Is 10):1479.
3. Гаиров АД, Камолов АН, Мирзоев СА, Калмыков ЕЛ, Аминов РС. Эмболия бифуркации аорты, вызванная разорвавшейся эхинококковой кистой сердца. *Кардиология и Сердеч-Сосуд Хирургия*. 2009;(5):89-92.

4. Ильинов ВН, Козлов БН, Кузнецов МС, Панфилов ДС, Насрашвили ГГ, Лелик ЕВ, и др. Хирургическое лечение больной с эхинококковой кистой верхушки левого желудочка сердца. *Хирургия Журн им НИ Пирогова*. 2014;(11):70-72.
5. Birinciolu CL, Tarcan O, Bardakci H, Saritaş A, Taşdemir O. Off-pump technique for the treatment of ventricular myocardial echinococcosis. *Ann Thorac Surg*. 2003 Apr;75(4):1232-37.
6. Thameur H, Abdelmoula S, Chenik S, Bey M, Ziadi M, Mestiri T, et al. Cardiopericardial hydatid cysts. *World J Surg*. 2001 Jan;25(1):58-67.
7. Yan F, Huo Q, Abudureheman M, Qiao J, Ma S, Wen H. Surgical treatment and outcome of cardiac cystic echinococcosis. *Eur J Cardiothorac Surg*. 2015 Jun;47(6):1053-8. doi: 10.1093/ejcts/ezu323.
8. Dasbaksi K, Haldar S, Mukherjee K, Mukherjee P. A rare combination of hepatic and pericardial hyda-

tid cyst and review of literature. *Int J Surg Case Rep*. 2015;10:52-55. doi: 10.1016/j.ijscr.2015.02.052.

9. Parvizi R, Namdar H, Bilehjani E, Bayat A, Sheikhalizadeh M. Simultaneous operation of hydatid cyst of the heart and liver: a case report. *J Cardiovasc Thorac Res*. 2013;5(3):127-28. doi: 10.5681/jcvtr.2013.027.

#### Адрес для корреспонденции

734003, Республика Таджикистан,  
г. Душанбе, ул. Санои, д. 33,  
Республиканский научный центр  
сердечно-сосудистой хирургии,  
тел. раб.: +992 91 525 00 55,  
e-mail: sadriev\_o\_n@mail.ru,  
Садриев Окилджон Немаджонович

#### Сведения об авторах

Гульмурадов Т.Г., член-корр. Академии наук Республики Таджикистан, д.м.н., профессор, научный руководитель Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.  
Садриев О.Н., к.м.н., ведущий научный сотрудник Республиканского научного центра сердечно-со-

судистой хирургии.  
Абдурахимов З.З., д.м.н., профессор отделения хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.  
Аминов Р.С., к.м.н., врач отделения хирургии сердца Республиканского научного центра сердечно-сосудистой хирургии.

Поступила 8.01.2016 г.

---