

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА
Х.Ж. БУРАНОВ

Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова» (директор - академик АН РУз Ф.Г. Назиров), Республика Узбекистан, г. Ташкент

ЮРАК ЭХИНОКОККОЗИНИ ДИАГНОСТИКАСИ ВА ХИРУРГИК ДАВОЛАШ МУАММОЛАРИ
Х.Ж. БУРАНОВ

Давлат муассасаси «Акад. В. Вахидов номидаги Республика ихтисослаштирилган илмий-амалий тиббий хирургия маркази» (директор – ЎзРес ФА академиги Ф.Г. Назиров), Ўзбекистон Республикаси, Тошкент ш.

SURGICAL TREATMENT OF ECHINOCOCCOSIS OF HEART

H.Zh. BURANOV

Republican Specialized Scientific Center of Surgery named after academician V. Vahidov (Director - Academician of the Academy of Sciences of Uzbekistan F.G. Nazirov), Republic of Uzbekistan, Tashkent

Ушбу мақолада 73 юрак эхинококкози билан операция бўлган беморлар операцияси натижалари муҳокама қилинган. Беморлар 2 гуруҳга бўлинган: 1 чи гуруҳга фақат юрак эхинококкози бор беморлар киритилган; 2 чи гуруҳга қўшма юрак ва нишон органлар эхинококкози билан оғриган беморлар киритилган. Операциядан кейинги ўлим кўрсаткичи 6,8% ташиқил килди. Анафилактик шок 4,3% ҳолда қузатилди. Нофатал асоратлар ичида юрак ритмининг бузилиши кўпроқ учради.

Калит сўзлар: юрак эхинококкози; сунъий қон айланиши; хирургик даволаш.

In the article there was reviewed results of diagnostics methods and surgical service 73 patients with echinococcosis of heart. The patients were shared on two groups depending on nature of involvement: the 1st group - it was insulated echinococcosis of heart/pericardium. The 2d group - it was combined echinococcosis of heart and organs - target (lungs or liver). Basic diagnostic technique was echocardiogram and MRI. In 75% case the patients were operated in cardiopulmonary bypass; in 25% - without recourse cardiopulmonary bypass. Postoperative lethality was 6,8%. Spontaneous perforation and anaphylactic shock were observed in 4,3% cases. Among not fatal complication there often were observed rhythms disturbance.

Key words: echinococcosis of heart, cardiopulmonary bypass, surgical treatment.

Актуальность проблемы. Эхинококкоз сердца встречается редко, составляя лишь до 2,0% от всех локализаций этого зооантропоноза [1, 4, 6, 8, 10, 11]. Обращает на себя внимание небольшое число работ по хирургии эхинококкоза сердца [1-3, 10]. Малочисленность публикаций и клинических наблюдений по диагностике и хирургическому лечению свидетельствует о недостаточной информированности клиницистов о диагностических особенностях и методах хирургического лечения.

Однако в эндемичных районах встречаются довольно «высокая» частота больных с эхинококкозом сердца, которые нуждается в хирургическом лечении.

Цель исследования - анализ и оценка результатов клинической диагностики и хирургического лечения больных с эхинококкозом сердца.

Материал и методы исследования. В ГУ «РСПМЦХ имени акад. В. Вахидова» за период с 1994 по 2018г г. у 73 (100%) больных выявлен эхинококкоз сердца и подвернуто оперативному лечению.

Больные были разделены на две группы в зависимости от характера: 1-я группа -49 (67,1%) больных с изолированным эхинококкозом сердца; 2-я группа - 24 (32,8%) пациентов с сочетанным эхинококкозом сердца/ перикарда и органов-мишеней (печень, легкие, средостения) (табл. 1).

Таблица 1.

Характер поражения органов эхинококкозом

Пораженные органы	1-я группа n=49 (67,1%)	2-я группа n=24 (32,8%)
Сердце	46	-
Перикард	3	
Сердце +печень		6
Сердце + легкие	-	5
Перикард +легкие	-	9
Мультифокальное поражение органов грудной клетки	-	4
Итого	49	24

Возраст больных варьировал от 7 до 59 лет, в среднем составляло - $31,6 \pm 1,55$ лет. Мужчин было 36(49,3%), женщин - 37(50,6%). Диагностика паразитарного поражения сердца производилась посредством рентген исследования органов грудной клетки, трансторакальной (ТТ) и трансэзофагеальной (ТЭ) эхокардиографии (ЭхоКГ), мультислайсной спиральной компьютерной томографии (МСКТ) и коронарографии.

Отсутствие патогномичных клинических симптомов, невыраженность клинических признаков и лабораторных изменений и непостоянство серологических реакций - диктует необходимость применения инструментальных методов диагностики.

Результаты и обсуждение. Оперативное вмешательство в 64,2% случаях осуществлялось в условиях искусственного кровообращения ($75,0 \pm 7,6$ мин) и кардиоплегии ($45,3 \pm 4,9$ мин) из стерильного доступа. В случаях паразитарного поражения перикарда или комбинированного эхинококкоза перикарда и легких вмешательства проводились из торакотомного доступа без ИК.

Операции в условиях искусственного кровообращения (ИК) включали стандартное подключение к аппарату ИК и антеградную фармакохолодовую кардиоплегию. После асистолии производили обкладывания марлевым тампоном области кисти паразита, выполняли пункцию полости кисты в наиболее выпуклой бес сосудистой части, затем ее содержимое удаляли наружным отсосом; затем выполнялась кистотомия и эхинококкэктомия. Остаточная полость обрабатывалась 30% раствором хлорида натрия или 80-100% раствором глицерина.

В 6 наблюдениях эхинококкоз сердца сочетался с паразитарным поражением печени и выполнено simultанное вмешательство, то есть одновременно - последовательное ЭЭ сначала производилась эхинококкэктомия (ЭЭ) из сердца в условиях ИК, а затем - ЭЭ из печени через верхнесрединный лапаротомный доступ с капитонажем ложа кисты. У 2 пациентов осуществлена поэтапная коррекция, то есть сначала ЭЭ из сердца, а затем, после нормализации общего статуса пациента, через 2-3 недели второй этап операции - ЭЭ из печени. Послеоперационный период у больных с комбинированным эхинококкозом сердца и печени протекал относительно гладко

В 5 (8,9%) случаях наблюдалась комбинированный эхинококкоз сердца и легкого. При этом в начале деятельности хирургическая коррекция осуществлялось поэтапно, в последние годы с успехом применялось simultанная тактика лечения.

В 9 случаях мы наблюдали сочетанное поражение перикарда и легких. Во всех случаях больные успешно оперированы из торакотомного

доступа без использования ИК, выполнена simultанная ЭЭ из легкого и перикарда с иссечением последнего. Кисты перикарда в этих наблюдениях располагались экстраперикардиально. В одном случае выполнялось пульмонэктомия (из-за мультифокального рецидивного поражения легкого) с ЭЭ из перикарда.

В 2 (3,5%) случаях имело место мультифокальное поражение сердца, перикарда, легких и средостения. Несмотря на распространенность процесса пациенты оперированы по жизненным показаниям. Размер кист составляло от 3 до 8см. В процессе стернотомии наблюдалась клиническая картина анафилактического шока, приведшего к летальному исходу. На аутопсии подтверждена мультифокальность паразитарного поражения органов грудной клетки с перфорацией кист в полости сердца.

В послеоперационном периоде всем больным проводили три курса антигельминтной химиотерапии с применением мебендазола или альбендазола (10-15 мг/кг/сут) с месячными межкурсовыми интервалами под контролем анализов крови [1,2,13].

Общая послеоперационная летальность по группам составила 6,8% (5 больных).

В 1-й группе на раннем послеоперационном периоде умерло 2-е больных. У одной из этих больных выявлен на коронарографии критический стеноз ПМЖВ. Выполнена simultанная операция - ЭЭ из левого желудочка и аортокоронарное шунтирование ПМЖВ в условиях ИК и КП. Ранний послеоперационный период осложнился кровотечением. Выполнена рестернотомия, санация и остановка кровотечения. Пациент умер от полиорганной недостаточности; во втором случае пациентка умерла от кровотечения из-за разрыва истонченной стенки левого желудочка после удаления интрамурально расположенной кисты.

Во 2-й группе летальность составила 5,3% (3 больных). При удалении эхинококковой кисты межжелудочковой перегородки имело место повреждение передней межжелудочковой артерии, которое привело к развитию инкурабельной сердечной слабости и закончилось летальным исходом. Перфорация является фатальным осложнением, которая наблюдалась у 2-х (3,5%) пациентов на этапе выполнения стернотомии. У обоих пациентов имело место перфорация напряженной кисты правых отделов сердца в полость правого желудочка с развитием тяжелого анафилактического шока приведшего к фатальному исходу.

В послеоперационном периоде антигельминтная терапия проведена согласно рекомендациям.

Среди нефатальных осложнений наиболее часто встречались желудочковые нарушения

ритма, которые отмечены в 1-й группе у 7 больных (28%), а во 2-й группе - у 6 (19,3%). Сердечная недостаточность в 1-й группе отмечалась у 4 (16%), а во 2-й группе - у 5 (16,1%) пациентов. У 2 (8%) больных 1-й группы в раннем послеоперационном периоде наблюдалась клиническая картина сдавливающего экссудативного перикардита, которая потребовала дренирования полости перикарда. У 2 пациентов (по одному в каждой группе) была пневмопатия. Осложнений со стороны органов брюшной и плевральной полости не выявлено.

Изменений со стороны объемно-функциональных параметров сердца не выявлено. Скопление жидкости или нагноение остаточной полости не выявлено. В динамике отмечалось уменьшение остаточной полости.

В мировой литературе имеются данные, о том, что больные эхинококкозом сердца госпитализируются в стационары с клиникой нарушения коронарного кровотока [1;4;10]. В нашем исследовании в 22,7% случаях в предоперационном периоде выявлена ишемия миокарда на ЭКГ, признаки которой исчезли после операции. Лишь в одном случае потребовалась аортокоронарное шунтирование из-за критического стеноза передней межжелудочковой артерии. В остальных наблюдениях ишемия была обусловлена компрессией близлежащих коронарных сосудов напряженной паразитарной кистой и носила транзиторный характер.

В нашей когорте пациентов сочетание эхинококкоза сердца и органов мишеней наблюдалось в 55,3% случаях; изолированный эхинококкоз сердца в - 44,6%.

По данным литературы, в 7-15% случаях наблюдается спонтанная перфорация кисты в полость перикарда или в полость сердца с развитием анафилактического шока [2,13]. Некоторые авторы описывают случаи перфорации кист во время сердечно-легочной реанимации. В нашем исследовании 2 (3,5%) больных умерли вследствие прорыва эхинококковых кист в полости сердца на этапах стернотомии, из-за нажатия на грудину во время выполнения последнего. Особое место в прижизненной диагностике эхинококкоза сердца занимает эхокардиография [8,9]. Мы считаем целесообразным проводить трансэзофагеальную ЭхоКГ и МСКТ всем больным, что позволяет не только обнаружить кистозное образование сердца, но и детализировать топографическую локализацию, размеры кисты и взаимоотношение с коронарными сосудами [9,14]. ЭхоКГ также играет важную роль в послеоперационном мониторинге пациентов и для своевременной диагностики рецидива заболевания [8,9].

При анализе литературы, установлено, что каждый шестой больной умирает от кровотечения

во время оперативного лечения, особенно если, последняя, выполняется не в условиях ИК. Поэтому некоторые авторы, опасаясь возникновения ряда осложнений (кровотечения, разрыв миокарда и др.), считают целесообразным выполнение ЭЭ из сердца в условиях ИК и КП [3,4,6,11,12,14]. Мы тоже считаем целесообразным и оправданным выполнение ЭЭ в условиях ИК и КП на «обездвиженном» сердце.

В литературе, к сожалению, нет единой точки зрения в отношении тактики хирургического лечения сочетанного эхинококкоза сердца и органов мишеней. Так, во многих источниках сообщаются о поэтапном удалении эхинококковых кист сначала из органа - мишени, спустя небольшой промежуток времени - из сердца. В отличие от этого Kabbani S.S. et al. (2007) в своих 8 наблюдениях первым этапом ЭЭ выполнили из сердца, через 3-6 месяцев - из печени или легких.

Проблема остаточной полости после ЭЭ из сердца, особенно при так называемых «больших» кистах до сих пор остаются дискуссионными. Некоторые авторы полость паразита заполняют кушочком аутоперикарда или перемещают прядь большого сальника из брюшной полости в полость кисты [1-3]. При «больших» интрамуральных кистах ЛЖ после ЭЭ остаются большая полость с тонкими стенками и риск разрыва и развития аневризмы высокий. В таких случаях нами выполнялась частичная перицистэктомия, учитывая вариантную анатомию коронарных артерий. Перицистэктомия - позволяет уменьшить глубину «остаточной» полости. Далее стенка ЛЖ ушивалась по методике Кули в пределах здоровых тканей двухрядным швом нитью этибонд 2/0 - первый ряд U-образными швами на прокладках, второй ряд - непрерывным обвивным швом.

Для обработки остаточной полости кисты применяются различные антигельминтные средства. Наиболее надежными и пригодными для практического применения оказались 30% раствор хлорида натрия и 80-100% раствор глицерина [1-3]. Имеются сообщения о положительных результатах консервативного лечения альбендазолом. Другие авторы сводят область применения химиотерапии без хирургического лечения вмешательства только к пациентам с неоперабельными вариантами или отказавшимися от операции. Третьи выполняют вмешательство на сердце после курса химиотерапии, а также рекомендуют проводить терапию и после операции [14]. Четвертые считают проведение лечения альбендазолом до операции смертельно опасным и абсолютно противопоказанным в связи с размягчением стенки паразита в ходе лечения и многократно возрастающей опасностью разрыва кисты [1,3,14]. Наконец, пятые отмечают низкую эффективность химиотерапии даже после удаления гидатид. Мы

применяем химиотерапию только в послеоперационном периоде для профилактики рецидива заболевания.

Госпитальная летальность после хирургического лечения в литературе освещена недостаточно, т.к. в большинстве наблюдениях речь идет о единичных операциях. Так, в 45 случаях по данным Thameur H. et al. (2001) летальность наблюдалась в 5,5%, рецидив заболевания - 4,4%; по данным Elhattaoui M., et al. (2006) летальность наблюдалась в 28% случаях; по данным Jerbi S. et al (2008) - в 20% случаях. Orhan G. et al. (2008) отмечает летальность и рецидив в 4% случаях. У нас послеоперационная летальность составила 6,8%.

В послеоперационном периоде среди нефатальных осложнений встречаются перикардит, плеврит и нарушения ритма [17]. В нашем исследовании нарушения ритма отмечены у 7(28%) больных 1-й и у 6(19,3%) больных 2-й группы. ЭхоКГ до и послеоперационном периодах достоверных изменений со стороны объемно-функциональных параметров сердца не выявила.

Выводы. Трансторакальная ЭхоКГ является скрининговым методом диагностики эхинококкоза сердца. Больным с эхинококкозом сердца кроме ТТ ЭхоКГ, необходимо проводить ТЭ ЭхоКГ и МСКТ для выбора оптимальной тактики хирургического лечения.

Эхинококкэктомия из сердца целесообразно выполнять в условиях искусственного кровообращения и кардиоплегии. Топографическая анатомия эхинококковой кисты имеют важное значение при выработке оптимальной тактики хирургического лечения.

Литература:

1. Травин Н. О. Хирургия эхинококкоза сердца и легких: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. - М., 2007.
2. Шевченко Ю.Л. Эхинококкоз сердца и легких: стратегия и тактика лечения. Альманах клинической медицины. 2007.-Т.16. С. 216-218.
3. Шевченко Ю. Л., Мусаев Г. Х., Борисов И. А. и др. Эхинококкоз сердца //Хирургия. - 2006. - № 1. - С. 11-16.
4. Чебышев Н.Д. Эхинококкоз сердца и перикарда. Эхинококкоз органов грудной клетки. Медицина. 2002. С.267-269.
5. Таричко Ю.В. Эхинококковая киста сердца. Хирургия; 2008.№10.-С.70-72.
6. Altun O., Akalin F., Ayabakan C. et al. Cardiac echinococcosis with intraatrial localization // Turk. J. Pediatr. - 2006. - Vol. 48, № 1. - P. 76-79.
7. At-Mahroos H. M., Garadah T. S., Aref M. H., Al-Bannay R. A. Cardiac echinococcosis: echocardiographic diagnosis with a fatal clinical

outcome // Saudi Med. J. - 2005. - Vol. 26, № 11. - P. 1803-1805.

8. Bouraoui H., Trimeche B., Mahdhaoui A. et al. Echi-nococcosis of the heart: clinical and echocardiographic features in 12 patients 11 Acta Cardiol. - 2005. - Vol. 60, № 1. - P. 39-41.
9. Elhattaoui M., Charel N., Bennis A. et al. Cardiac hydatid cysts: report of 10 cases // Arch. Mai. Coeur. Vaiss. - 2006. - Vol. 99, № 1,-P. 19-25.
10. Erkut B, Unlu Y, Ozden K, Acikel M. Cardiac echinococcosis: recurrent intramyocardial - extracardiac hydatid //Circ. J. 2008 Oct; 72 (10):1718-20. Epub 2008, Aug 26.
11. Jerbi S, Romdhani N., Tarmiz A. et al. Emboligenous hydatid cyst of the right heart // Ann Cardiol Angeiol. - 2008 Feb;57(1):62-5.
12. IlLumur K., Karabulut A., Toprak N. Recurrent multiple cardiac hydatidosis 11 Eur. J. Echocardiogr. - 2005. Vol. 6, № 4. - P. 294-296.
13. Solano Ramirez M., Urbieto Echezarreta M. A., Aluarez Frias M. T. et al. Cardiac tamponade caused by hydatid pericarditis // An. Med. Interna. - 2005. - Vol. 22, № 7. -, P. 326-328.
14. Kabbani S.S. Ramadan A Kabbani I Sandouk A. Surgical experience with cardiac echinococcosis. Asian Cardiovasc Thorac Ann. 2007 Oct;15 (5):422-6.

ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЭХИНОКОККОЗА СЕРДЦА

Х.Ж. БУРАНОВ

Государственное учреждение «Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр хирургии им. акад. В. Вахидова» (директор - академик АН РУз Ф.Г. Назиров), Республика Узбекистан, г. Ташкент

В статье проанализированы результаты диагностики и хирургического лечения 73 больных с эхинококкозом сердца. Пациенты разделены на две группы в зависимости от характера поражения: 1-я группа - изолированный эхинококкоз сердца/перикарда. 2- группа сочетанный эхинококкоз сердца и органов - мишеней (легких или печень). Основным методом диагностики явилась ЭхоКГ и МСКТ. В 75 % случаях больные оперированы в условиях искусственного кровообращения; в 25 % - без использования искусственного кровообращения. Послеоперационная летальность составила 6,8%. Спонтанная перфорация и анафилактический шок наблюдалась в 4,3% случаях. Среди не фатальных осложнений часто наблюдалось нарушения ритма.

Ключевые слова: эхинококкоз сердца, искусственное кровообращение, хирургическое лечение.