

Оморов Т.М.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОДНОКАМЕРНЫХ  
ЭХИНОКОККОЗОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА

T.M. Omorov

FEATURES OF CLINICAL DISPLAYS SINGLE-CHAMBER  
EHINOCOCCOSIS OF THE BRAIN

*У 109 больных с эхинококкозом головного мозга обследованы особенности динамики клинического течения. Выявлено несоответствие между гипертензионным общемозговым синдромом и рентгенологическими изменениями в костях черепа. Исследована хемилюминисценция ликвора при эхинококковом поражении головного мозга. Изучены способы активного приточно-отточного дренирования полости кисты и субарахноидального пространства у 87 больных, оперированных с эхинококкозом головного мозга.*

**Ключевые слова:** дети, эхинококкоз головного мозга, диагностика, клиника, лечение.

*At 109 patients with ehinococcosis of brain the features of dynamics(changes) of clinical current are investigated. The discrepancies between hypertensive general cerebral syndromes and radiographics by changes in a brain are revealed. Studied the methods of active drainage of cist inside and subarchnoidal space at 87 patients, which were operated on ehinococcosis of brain.*

**Key words:** children, ehinococcosis of brain, clinic features, diagnostics, treatment.

**Актуальность проблемы**

Центрально-азиатский регион признан эпидемичным по эхинококкозу. Возросло число диагностированных случаев этого заболевания, увеличивается количество редких форм эхинококкоза - поражения ЦНС и, в частности, головного мозга, считающегося достаточно редкой локализацией зародышевых кист гельминта, у которого человек является промежуточным хозяином и тупиковой ветвью.

На основании анализа данных 109 пациентов, находившихся на обследовании и лечении, были определены диагностические признаки, изучены клиническая картина и результаты хирургического лечения эхинококкоза головного мозга.

*Echinococcus granulosus* (эхинококк однокамерный) является гельминтом, способным поражать любой орган или ткань человеческого организма. Печень и легкие наиболее часто (32-66%) подвергаются воздействию этого паразита. Головной мозг считается достаточно редкой локализацией эхинококка однокамерного и вовлекается в патологический процесс в 0,5-2,5% всех случаев этого заболевания [4,13,14] и в 0,2% случаев - при сочетанном поражении печени, легких и головного мозга [1, 2, 3, 5, 6, 7, 10].

Человек является промежуточным хозяином и биологическим тупиком для данного вида гель-

минта. После попадания в органы зародыши паразита образуют кисты, которые медленно и прогрессивно увеличиваются в размере.

Как известно, прогноз эхинококкоза у человека зависит от ранней диагностики и проведения своевременных хирургических и химиотерапевтических методов лечения. Если проблемы диагностики эхинококкоза внутренних органов во многом решены, то диагностика эхинококкозов головного мозга еще представляет большие трудности. Часто у таких больных диагностировались заболевания мозга другой этиологической природы (опухоль, кисты, абсцессы и др.) [4,9]. Поздняя диагностика эхинококкозов головного мозга приводит к декомпенсированной стадии, что, соответственно, определяет неблагоприятный прогноз заболевания. Радикальным лечением эхинококкоза ЦНС считается хирургическое удаление паразитарных кист. Частым осложнением во время хирургического удаления, как установлено, являются разрывы эхинококкового пузыря с излитием содержимого паразитарной кисты (вместе с зародышевыми элементами и гнойно-некротическими массами) в серозные полости больного, что приводит к таким серьезным осложнениям, как аллергические реакции вплоть до анафилактического шока, эпилептические припадки, нагноение и рецидивы заболевания [1,2,4,6,10,11].

**Материалы и методы**

За 15 лет нами обследованы и прооперированы 105 больных с эхинококкозом головного мозга, что составило 0,9% от всех больных с объемными процессами головного мозга (опухоль головного мозга, киста другой этиологии, абсцесс головного мозга и др.). Предоперационный диагноз ставят на основании проведения сомато-клинического, клинико-неврологического, офтальмологического, отоневрологического и нейрофизиологического осмотров с применением инструментальных методов исследования. Ведущим методом диагностики являлось проведение компьютерной томографии (38) головного мозга и ядерно-магнитная резонансная томография (27). Обследовано 87 больных, оперированных по поводу эхинококкоза головного мозга, которым осуществлялось приточно-отточное дренирование полости ложа

удаленной кисты. Об эффективности различных методов дренирования полости удаленной кисты судили по изменениям величин внутричерепного давления, мозгового кровотока, которые определяются методом импедансной реографии.

### Результаты и их обсуждение.

Первые симптомы болезни обнаруживались задолго до полного клинического проявления. На основании клинического течения заболевания (медленно нарастающих общемозгового и локального неврологических синдромов, эпилептических припадков диффузного и местного характера) - у 54 больных был установлен диагноз объемного процесса головного мозга опухолевой природы, у 13 больных - абсцесс головного мозга, у 4 больных было выявлено сочетанное поражение эхинококком других органов (печени и легких), что позволило обнаруженные внутричерепные объемные процессы оценить как эхинококкоз.

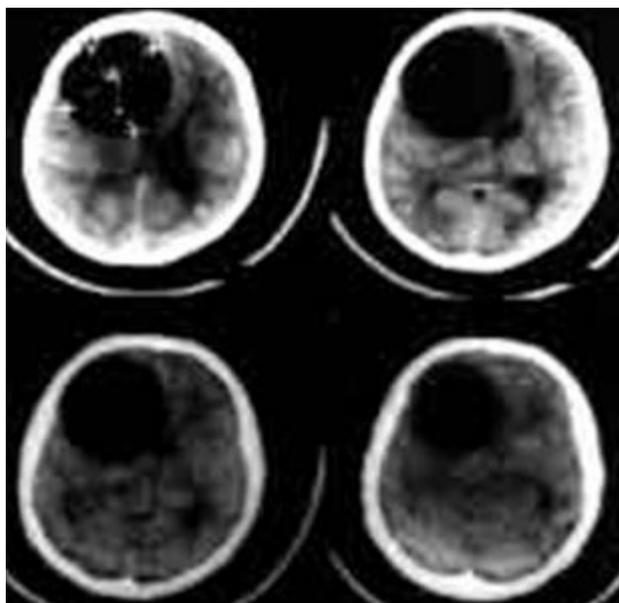


Рис. 1. На КТ визуализируется однокамерная эхинококковая киста лобно-височной доли мозга.

У 38 больных первично эхинококкоз головного мозга диагностирован по особенностям динамики клинического течения заболевания с применением компьютерной (рис. 1) и ядерно-магнитной резонансной томограммы. (рис. 2)

У всех наблюдаемых больных в неврологическом статусе отмечались экзофтальм, парез отводящих нервов, ригидность мышц затылка, горизонтальный нистагм с ротаторным компонентом, координаторные нарушения. У 12 больных первым симптомом заболевания в течение 5-10 лет были клонические эпилептические припадки с последующим присоединением локальных припадков. После развития локальных двигательных

припадков выявлялась, а в дальнейшем и усугублялась, очаговая пирамидная симптоматика.

У 47 больных первым симптомом заболевания была головная боль, которая носила ремиттирующе-прогрессирующий характер. У 17 больных головные боли возникли лишь в последние месяцы заболевания, через много лет после появления первого симптома заболевания (эпилептического припадка). У 9 больных головная боль была спровоцирована психо-эмоциональным фактором в более позднем периоде заболевания.

Эозинофилия крови отмечена у 53 из 65 больных. На длительность развития гипертензивного синдрома указывали данные рентгенологического исследования черепа, увеличение размеров черепа, зияние швов, уплощение линии основания черепа, родничковые пальцевидные вдавления, расширение диплоических вен и венозных выпускников, остеопороз спинки турецкого седла.

Рентгенологические гипертензионные изменения зависели от размеров эхинококковых пузырей и продолжительности заболевания. Интенсивность головных болей не соответствовала выраженности гипертензионных изменений черепа.

Застойные явления на глазном дне обнаружены у 63 больных, причем у 11 в связи с длительностью заболевания застой на глазном дне перешел во вторичную атрофию зрительных нервов. Развитие застоя на глазном дне можно связать с массивным боковым сдавливанием головного мозга и блокадой ликворопроводящей системы при вентрикулярной и паравентрикулярной локализации эхинококковых пузырей объемом 200-250 см<sup>3</sup>. Размеры эхинококковых пузырей у наших больных колебались от 1,3 до 12 см.

Спинальная жидкость у 38 больных была нормальной, а у 4 больных - слегка изменена (умеренный лимфоцитарный плеоцитоз).

По данным исследований головного мозга с применением компьютерной томографии и ядерно-магнитной резонансной томографии, эхинококковые кисты чаще локализовались в белом веществе головного мозга, преимущественно в теменно-височно-затылочных долях [8]. Эхинококковые кисты головного мозга у 53 больных имели одиночную, у 8 - множественную локализацию, а у 4 больных были установлены сочетанные поражения внутренних органов. При одиночной локализации пузырей они располагались в белом веществе правого полушария лобной, теменной и височной долей и в полости бокового желудочка. При множественной локализации они располагались по 2-5 пузырей в белом веществе конвексальной и базальной поверхности различных долей головного мозга. Тяжесть клинического течения заболевания объяснялась не величиной, а

множественностью и различной локализацией эхинококковых пузырей. Нами проведены сопоставления спонтанной ХЛ с величиной содержания белка в ликворе у 17 больных. Установлено, что сверхслабое свечение ликвора не зависит от количества белка, что свидетельствует о том, что указанное свечение как при эхинококкозе мозга, так и в контрольной группе, по-видимому, обусловлено фракционным составом белка.

Проведена серия опытов с целью выявления предельных значений интенсивности свечения при эхинококкозе мозга и в контрольной группе. Сопоставление полученных данных показало, что интенсивность фотоиндуцированной ликворы наиболее выражена при эхинококкозе мозга в контрольной группе. Это является одним из дополнительных критериев оценки метаболических изменений при эхинококкозе мозга. Можно думать, что интенсивность фотоиндуцированной ХЛ при эхинококкозе мозга отражает особенности метаболического свободнорадикального окисления.

**Заключение.**

На основании наших наблюдений и литературных данных, в клинике, диагностике и профилактике послеоперационных осложнений эхинококкоза головного мозга важное значение имеют:

- Появление кратковременного серозного менингита и эпилептических припадков;
- Медленно прогрессирующее течение заболевания с одним или множественными очагами поражения головного мозга;
- Несоответствие между грубыми рентгенологически-гипертензионными изменениями в костях черепа и небольшой длительностью клинического проявления заболевания с выраженным субъективным общемозговым синдромом;
- Данные КТ и ЯМРТ в определении количества, локализации, объема, консистенции эхинококковой кисты и состоянии окружающих структур головного мозга;
- Хемилюминисценция цереброспинальной жидкости при эхинококкозе головного мозга

является важным критерием в комплексной диагностике эпилептических припадков.

– Активное вымывание сколексов эхинококка, попавших в серозные полости больного в результате разрыва кисты во время ее удаления, значительно снижает рецидивы заболевания, помогает контролировать внутричерепное давление, что существенно облегчает течение послеоперационного периода.

**Литература:**

1. Абада М., Галли И., Живаневский А. О диагностике однокамерного эхинококка головного мозга // *Вопр. нейрохирург.* - 1976. - № 6. - С. 51-53.
2. Акматов Б.А. Эхинококкоз.- Бишкек, 1994.- С.6-131.
3. Акшулаков С.К., Хачатрян В.А., Махамбетов Е.Т. Эхинококкоз головного мозга.- Алматы.- 2000.- С.23.
4. Ахунбаев И.К. Эхинококкоз. - БСЭ, 1964. - Т. 35. - С. 885-895.
5. Кариев М.Х., Азарова Т.Г., Маламут И.П. и др. Актуальные вопросы ангионеврологии. - Тошкент - 1990.- С. 84-85.
6. Корнянский Г.П., Васин Н.Я., Эпштейн Н.В. Паразитарные заболевания центральной нервной системы. - М., 1968. - С. 79-139.
7. Оганесян С.С. О клинике и хирургическом лечении однокамерного эхинококкоза головного мозга // *Журн. эксперимент., и клин., медицины.*-1978. Т.18.- №4.- С. 55-62.
8. Петровский Б.В., Милонов О.Б., Десничин П. Хирургия эхинококкоза. - М., 1985.
9. Росин В.С. Диагностика однокамерного эхинококка головного мозга // *Сов. Медицина*, 1991.- № 2.- С. 84-86.
10. Ersahin Y., Mutluer S., Cuzelbag E. Intracranial hydatid cysts in children // *Neurosurgery*, 1993. - Vol. 332. - P. 219-224.
11. Lunariddi P. et al. Cerebral hydatidosis in childhood // *Neurosurgery*, 1990. - Vol. 36. - P. 312-314.
12. Jimenes-Mejias M.E. et al. Hidatidosis cerebral // *Med. Clin. (Barc)* - 1991. - N 97. - P. 125-132.
13. Abbassioun K., Rahmat И., Ameli N. O., Trafazoli M. Computerized tomography in hydatid cyst of the brain // *J. Neurosurg.* - 1978. - Vol. 49. - P. 408-411.
14. Carcassonne M., Aubrespy P., Dor V., Choux M. Hydatid cyst in childhood // *Prog. Pediatr. Surg.* - 1973. - Vol. 5. - P. 1-35.