

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.

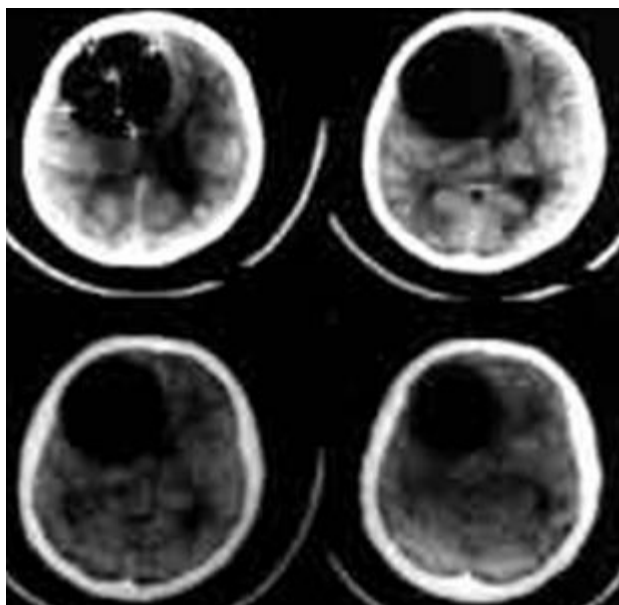


Рис. 1. На КТ визуализируется однокамерная эхинококковая киста лобно-височной доли мозга.

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 см³. Размеры эхинококковых пузырей у наших больных колебались от 1,3 до 12 см.

Спинномозговая 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 конвекситальной 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.