

УДК 616.831:616.995.121]—089

С. С. ОГАНЕСЯН

О КЛИНИКЕ И ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ОДНОКАМЕРНОГО ЭХИНОКОККА ГОЛОВНОГО МОЗГА

Изучались клиника и диагностика однокамерного эхинококка головного мозга у 13 больных. Приведены особенности хирургического лечения эхинококковых кист больших полушарий и послеоперационного ведения.

Эхинококк головного мозга, несмотря на ряд биологических и клинико-морфологических особенностей, по своему клиническому проявлению и способам диагностики и лечения имеет много общих черт с внутричерепными опухолями.

Эхинококкоз продолжает оставаться краевой патологией для ряда районов. В Армянской ССР интенсивность пораженности населения эхинококкозом на 1961 г. составляла 0,9% [7], при этом 99,8 падает на гидатидозный эхинококк и только 1,2%—на альвеококкоз. Частота множественного эхинококкоза выше на секционном материале—в трех из 36 случаев [12].

Поражение нервной системы при общем эхинококкозе отмечается в пределах от 0,2 [3, 25] до 7,5% [27]. По данным Arseni a. Samitca [17], удельный вес эхинококка головного мозга в клинике внутричерепных патологических процессов невелик—1,62%; Г. П. Корнянский [6] к 1966 г. собрал из отечественной литературы сообщения о 151 случае. Если к ним добавить 13 наших случаев, то получится около 170, из коих 60% приходится на гидатидозную форму и 40%—на альвеококкоз. Число клинических наблюдений эхинококкоза головного мозга у отдельных авторов небольшое: в Институте нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко АМН СССР за 30 лет наблюдалось 19 случаев [3—6], Goinard et Descuns [23] ссылаются на 14 случаев, по 13 случаев приводят Arana—Iniguez a. San Julian [15] и Nosratollah [26]; в 36 наблюдений Arseni a. Samitca [17] входят и случаи с поражением костей черепа.

Паразитарные заболевания нервной системы мы наблюдали у 16 больных, из них в 1 случае имелся редкой интрамедуллярной локализации цистицерк спинного мозга [10] и в 15—эхинококк: позвоночника и спинного мозга у 2 больных и головного мозга—у 13, что составляет 1,4% среди верифицированных случаев внутричерепных опухолей и опухолеподобных процессов. В одном из этих 13 случаев наблюдался

альвеококкоз левого лобно-теменного отдела головного мозга (заболевание отличалось злокачественным течением и кончилось неблагоприятно). По данным Л. П. Шубиной [14], 23 из 28 случаев альвеококкоза мозга были секционными. В остальных 12 случаях имело место развитие однокамерного эхинококка, причем в одном из них (у 12-летнего мальчика) с редкой локализацией—субтенториально в боковой цистерне варолиева моста [9]. У 11 больных гидатидозный эхинококк локализовался в больших полушариях головного мозга. Поражение одной доли мозга отмечено у 6 из 11 больных, двух—у 4, трех—у 1. Теменная доля среди 11 больных была вовлечена в патологический процесс 6 раз, лобная и височная—по 5 раз, затылочная—2 раза. При вовлечении 2—3 долей не представлялось возможным установить исходное место развития процесса по отношению к той или другой доле головного мозга. Правосторонняя локализация встречалась у 6 больных, левосторонняя—у 5. Четверо были дети в возрасте от 4 до 13 лет, трое—юноши 16—18 лет, четверо—взрослые 25—49 лет. Мужчин было 6, женщин—5.

Первые симптомы заболевания у 3 больных появились после легкой травмы головы, у 2—после гриппа. В 2 случаях первые признаки заболевания проявились за 3 недели, в 6—за несколько месяцев и в 3—за несколько лет до поступления в клинику. Заболевание до этого рассценивалось как менинго-энцефалит (у 3), абсцесс мозга (у 3), внутричерепная опухоль (у 5). В большинстве случаев патологический внутричерепной процесс носил нарастающий характер, порой с незначительным уменьшением общемозговых и отчасти очаговых и менингеальных симптомов. Однако настоящего римитирующего течения, описываемого в литературе [3—6], мы не наблюдали.

На головную боль жаловались все больные. Чаще она носила приступообразный характер с некоторым преобладанием в области расположения паразитарной кисты, сопровождалась рвотой, иногда усиливалась при перемене положения тела. У детей заболевание обычно начиналось с гипертензионных явлений. При перкуссии черепа отмечалась локальная болезненность в соответствии с местом расположения патологического процесса (у 7). У 3 детей при перкуссии черепа был получен своеобразный «гидатидозный» шум—жужжание [16, 22] и у 5 из 7 больных детского и юношеского возраста—«шум треснувшего горшка». В 5 случаях к моменту поступления больных в клинику присоединились желудочковые симптомы; постоянно наблюдались стволые симптомы.

Эпилептические припадки общего или фокального характера отмечены у 3 больных разного возраста. Они присоединялись всегда позднейшего ряда других симптомов. Разной степени выраженности симптомы оболочечно-корешкового раздражения отмечались у всех больных. Выраженная краниобазальная симптоматика отмечена в случае височно-базальной локализации крупного эхинококкового пузыря. Гемипарез

был у 3 (у 1 из них—гемиплегия), моторная афазия—у 1, амнестическая и сенсорная афазия—у 3.

Во всех случаях были выявлены застойные соски зрительных нервов. У одного юноши имелась вторичная атрофия зрительных нервов с полной слепотой на оба глаза. Ликворное давление было повышено во всех 9 пунктированных случаях, содержание белка и клеток в ликворе особых изменений не претерпевало. Эозинофилия в крови была у 3 больных, достигшая лишь у одного 10%. Реакция Казони была положительной у 4. Э. С. Мартикян [7] отмечает высокую специфичность этой реакции при эхинококке других органов (положительная в 93% случаев). Некоторые авторы считают специфичной реакцию связывания комплемента по схеме RW [24] (она дает положительный результат в 50—60% случаев). При этом отмечают, что реакция Казони при эхинококке головного мозга «может быть негативной в течение многих лет, а реакция связывания комплемента—в течение нескольких месяцев» [18, 22].

Краниографические признаки внутричерепной гипертензии отсутствовали только в 1 из 10 обследованных случаев. Они были более выраженными у детей и юношей. Кроме того, у 3 из 4 детей было установлено истончение с небольшим выпячиванием участка свода черепа над областью паразитарной кисты, расположенной более или менее близко к коре мозга. В 1 случае краниография выявила частичное обызвествление стенок кисты в виде полукольца. Каротидная ангиография, произведенная у 7 из 11 больных, указывала на изменения церебральных сосудов, аналогичные таковым при кистозных опухолях мозга и внутричерепной гипертензии.

На ЭЭГ обнаруживался очаг патологической активности в пораженной области мозга на фоне общемозговых изменений и межполушарной асимметрии. Эхо ЭГ установила смещение срединных структур мозга в пределах от 5 (эхинококк лобной доли) до 22 мм (лобно-теменно-височного отдела). Возможно, значительные смещения М-эха при однокамерном эхинококке мозга встречались относительно чаще, чем при внутричерепных опухолях тех же локализаций.

Все больные поступили в клинику в период выраженных симптомов в разгаре болезни с явлениями внутричерепной гипертензии и признаками дислокации мозга различной выраженности. Это исключало возможность выделить в течении заболевания четкую стадию, описываемую рядом авторов вообще при эхинококковом поражении организма [2, 7]. Один больной к моменту поступления в стационар был в состоянии терминальной комы вследствие височно-тенториального вклинения, 4—в сопорозном состоянии, остальные 6—в состоянии той или иной выраженности оглушения сознания. Симптомы торможения психических функций независимо от локализации эхинококковой кисты отмечены практически у всех больных (у 10 из 11, поступивших без явлений комы); психические нарушения «лобного типа», отмеченные у 4 больных, в отличие от наблюдений Mattos-Pimenta и

Brandt [25], ничем по существу не отличались от таковых при опухолях лобно-долевой локализации. В одном случае в анамнезе были эпизоды расторможения психических функций в поздних стадиях заболевания.

Резко выраженные гипертензионно-гидроцефальные явления, наряду с нечеткой очаговой симптоматикой поражения больших полушарий и заинтересованностью субтенториальных образований у 3 больных, делали невозможным клиническое дифференцирование супратенториального патологического процесса с субтенториальным без контрастной вентрикулографии. Причем в одном из этих случаев со смещением М-эха на 7,5 мм каротидная ангиография оказалась негативной. После вентрикулопункции, произведенной на противоположной предполагаемому очагу стороне, отчетливо выявились местные симптомы поражения больших полушарий, а вентрикулография исключила наличие очага в задней черепной яме.

Заболевание в целом более бурным и интенсивным течением отличалось у детей и подростков, период бессимптомного течения у них был короче, чем у взрослых, некоторые дети быстро худели; развивалась анемия.

Заболевание до операции часто трактовалось как внутримозговая опухоль (у 5) с предположением кистозного ее характера; в 2 случаях предполагался абсцесс мозга. В отличие от ряда внутримозговых опухолей при эхинококке мозга наблюдалось преобладание гипертензионно-гидроцефальных, менингеальных и вторично-дислокационных симптомов над первично-очаговыми. Лишь в 4 случаях на основании несколько колеблющегося течения, оболочечно-корешковой симптоматики, эозинофилии в крови, положительной реакции Казони и соответствующего эпидемиологического анамнеза была установлена эхинококковая природа внутричерепного объемного процесса.

В клинике данных за эхинококк других органов не имелось ни у одного больного, и это дало основание допустить первичное происхождение внутричерепных эхинококковых солитарных кист. Лишь в 1 случае спустя 4 года после удаления крупного эхинококкового пузыря (без его травматизации) из правой теменной области головного мозга у 16-летней больной было установлено аналогичное поражение печени. По-видимому, для подавляющего большинства случаев оправдано высказывание Dew [20] о том, что первичное поражение эхинококком мозга представляется солитарной кистой, а кистам мозга вторичного происхождения часто присуща их множественность.

Из 11 больных с однокамерными эхинококками больших полушарий один умер без операции на следующий день после поступления в клинику в глубоком коматозном состоянии, с витальными нарушениями (эхинококковая киста диаметром 10,5 см левой височной доли с височно-тенториальным вклинением мозга). 10 больных подверглись операции.

Оперативное вмешательство заключалось в костно-пластической краниотомии под интратрахеальным наркозом [11] со щадящим, нетравматичным удалением паразитарной кисты. При выполнении хирургического вмешательства учитывался ряд рекомендаций [3, 6, 15, 21, 26]. В целях уменьшения объема головного мозга и снижения внутричерепного давления в начале операции вводился маннитол, поднимался головной конец операционного стола, проводилась гипервентиляция. После откидывания костного лоскута выпускалось 10—20 мл цереброспинальной жидкости путем люмбальной пункции. По вскрытии твердой мозговой оболочки эти мероприятия прекращались, голова опускалась в сторону расположения кисты.

Почти во всех случаях отмечались явления реактивного арахноидита, более выраженные в случаях, когда киста выходила на конвекситальную кору мозга (у 2) или располагалась ближе к коре (у 3). В 2 случаях в толще мягких мозговых оболочек содержались единичные обызвествленные бляшки. Реактивный воспалительный процесс у 2 больных охватывал и внутреннюю поверхность твердой мозговой оболочки с развитием рыхлых дураарахноидальных спаек соответственно области расположения кисты.

Выделение кисты производилось, как правило, без предварительной ее пункции. Последняя представляет реальную опасность паразитарного обсеменения, несмотря на скрупулезное соблюдение ряда предосторожностей. Кроме того, случаи с пункцией протекают с асептическим менингитом и аллергической реакцией. При случайно произведенной пункции кисты жидкость отсасывали не поршнем шприца, а электроаспиратором [3, 6] с введением в кисту непосредственно перед извлечением иглы раствора формалина, который больше не аспирировался.

Выделение глубокой кисты производилось после рассечения коры мозга электроножом, при поверхностных кистах заранее вскрывались мягкие мозговые оболочки по всему краю видимой части пузыря. Мозговое вещество отделялось от стенки кисты влажными ватными шариками с направлением в щель между кистой и мозговым веществом струи раствора фурациллина и введением в освободившееся околопузырное пространство увлажненных широких полосок от резиновой перчатки или синтетической пленки. Плотные сращения между стенкой кисты и мозгом (у 2) обходились в ущерб мозговому веществу, тонкий слой которого оставлялся на кисте. Описанным способом удалены эхинококковые кисты без травмирования у 8 из 10 больных. Разрыв кисты во время операции произошел у 2 больных. Диаметр кисты был от 6 до 15 см, в большинстве случаев самые крупные кисты наблюдались у детей и подростков, содержимое кисты—бесцветная и прозрачная или едва мутноватая жидкость—составляло от 85 до 550 мл.

Ложе кисты во всех случаях обрабатывалось раствором формалина и фурациллина, хотя отдельные авторы [1] не считают это обязательным. Очевидно, пока вопрос о проникновении элементов паразита

за пределы однокамерной кисты и фиброзной капсулы остается в литературе спорным [7, 8, 12, 13, 19, 20], обработку мозговой полости антипаразитарным средством следует считать целесообразной. В 6 случаях к глубинным отделам этой полости прилежала непосредственно стенка того или другого отдела бокового желудочка, однако случаев внедрения кисты в свободную полость желудочка мы не наблюдали. Гистологически во всех случаях была установлена типичная картина хитиновой оболочки и герминативного слоя с наличием сколексов и крючьев. Дочерные пузыри были выявлены в 5 из 11 случаев.

Гипертензионно-гидроцефальные явления, психические нарушения и очаговые симптомы после операции регрессировали быстрее, чем после удаления внутримозговых опухолей. У 4 из 9 выздоровевших больных отмечалось нарастание оболочечно-корешковой симптоматики и цитоза в ликворе в связи с развитием асептического менингита: у двух из них произошел разрыв кисты во время операции; у одного имело место выхождение содержимого пузыря через пункционное отверстие в стенке кисты; в 4-ом случае менингит развился после вентрикулографии с эмульсией майодила, произведенной за 1,5 месяца до удаления эхинококкового пузыря. Всем больным дополнительно назначалась противовоспалительная и десенсибилизирующая—стероидная терапия. Одна больная 25 лет с большой эхинококковой кистой левого лобно-височного отдела мозга была оперирована к исходу последних дней беременности при явлениях височно-тенториального вклинения, на следующие сутки после операции она родила здорового ребенка (срок наблюдения 4,5 года).

Из выживших больных семь выписались из клиники практически здоровыми (сроки наблюдения 3—12 лет), у одного остался амавроз на оба глаза, развившийся еще до операции, у одной больной стойко держался гемипарез (была гемиплегия).

Один из больных (11-летний мальчик) подвергся повторной операции по поводу развившейся новой эхинококковой кисты в той же анатомической области (правая теменная доля). «Рецидив», по-видимому, был обусловлен развитием второго очага, так как эхинококковая киста во время первой операции (за 1,5 года до этого) была удалена целиком, без предварительной пункции (диагноз эхинококка был поставлен еще до операции). Внешний вид новой кисты также свидетельствовал о недавнем развитии юного пузыря с нежной, тончайшей, эластичной стенкой светло-голубого оттенка. Состояние пациента за истекшие 3 года после второй операции хорошее. По данным Института нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко [3—6], повторные операции по поводу рецидивирующего эхинококка головного мозга были произведены у 2 из 13—15 больных.

Судя по литературным данным, послеоперационная летальность при эхинококке различных органов колеблется в пределах 7—19,3% [7]. Результаты хирургического лечения однокамерного эхинококка

головного мозга не уступают таковым при эхинококке других органов и постепенно улучшаются (таблица).

Таблица

Автор	Год опубликования	Оперировано	Из них умерли
Golnard et Descuns [23]	1952	14	5
Институт нейрохирургии им. Н. Н. Бурденко: М. Д. Дусмуратов [4, 5], Н. Я. Васьин [3], Г. П. Корнянский [6]	1955—1968	13—15	3
Arana-Iniguez and San Julian [15]	1955	13	0
	1957	36 (мозга и костей черепа)	3
Arseni and Samitca [17]			
Арутюнов А. И. [1]	1933	2	0
Nosratollah [26]	1973	12	0
Наши данные		10	1
Итого		100—102 (11,7—12%)	12

Успех хирургического лечения обусловлен прежде всего культурой оперативного вмешательства, в частности, щадящим, нетравматичным удалением однокammerных солитарных кист, а также удалением эхинококковой кисты до наступления вклинения мозга, применением современных способов анестезии и интенсивной терапии.

Нейрохирургическая клиника
Ереванского медицинского института

Поступила 20/II 1978 г.

Ս. Ս. ՀՈՎՀԱՆՆԻՍՅԱՆ

ԳԼԽՈՒՂԵՂԻ ՄԻԱԽՑԱՅԻՆ ԷԽԻՆՈԿՈԿԻ ԱԽՏՈՐՈՇՄԱՆ ԵՎ ՎԻՐԱՔՈՒԺԱԿԱՆ ԲՈՒԺՄԱՆ ՄԱՍԻՆ

Ներգանգային ծավալային պրոցեսով տառապող հիվանդներից 13-ի մոտ հայտնաբերվել է գլխուղեղի էխինոկոկ (1,4%), մեկ հիվանդի մոտ բուշտը հաղվազեպ տեղակայում ուներ՝ վարույան կամուրջի կողմնային ցիստերնի շրջանում, իսկ 12-ի մոտ՝ մեծ կիսագնդերում: Այդ 12 հիվանդներից մեկի մոտ եղել է ճակատակողմնային շրջանի արվեռնոկոկո՝ չարորակ ընթացքով, մյուս 11-ի մոտ՝ միախցային էխինոկոկ, որը հաճախ տեղակայվել է դադաթային, ճակատային և քունքային շրջաններում, մեծ մասամբ ընդգրկելով 1—2 բլիթ: Ներգանգային ծավալային պրոցեսի առկայությունը և ճիշտ տեղագրական ակտորությունը հաջողվել է բոլոր դեպքերում, բայց ուռուցքաման պաթոլոգիայի էխինոկոկային բնույթը նախքան վիրահատությունը որոշվել է 4 հիվանդի մոտ: 11 հիվանդներից 1-ը մահացել է ընդունման հաջորդօրը՝ ուղեղի դիստրոֆիայի հետևանքով:

Վիրահատվել են 10 հիվանդ, որոնցից մեկը մահացել է, մյուս ինը առողջացել են: Հնդգծվում է էխինոկոկային բշտի խնայողաբար և լրիվ հեռացման անհրաժեշտությունը, առանց նրա ամբողջականությունը խախտելու և նույնիսկ առանց կիստայի նախնական պունկցիայի:

ON THE CLINICAL PICTURE AND SURGICAL TREATMENT
OF CEREBRAL MONOCHAMBERAL HYDATID

The author studied the clinical picture and diagnosis of cerebral monochamberal hydatid in 13 patients. The peculiarities of surgical treatment of hydatid cysts of greater hemispheres and the analysis of postoperative treatment are brought in the article.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Арутюнов А. И. Клиническая хирургия, 1963, 5, стр. 3.
2. Брегадзе И. Л. Эхинококк. БМЭ, т. 35, 1964, стр. 885.
3. Васин Н. Я. Многотомное руководство по хирургии, т. III, кн. 2. М., 1968, стр. 743.
4. Дусмуратов М. Д. Дисс. канд. М., 1959.
5. Дусмуратов М. Д. Эхинококкоз головного мозга. Ташкент, 1967.
6. Корнянский Г. П. В кн.: Г. П. Корнянский, Н. Я. Васин, П. В. Эпштейн—Паразитарные заболевания ЦНС. М., 1968, стр. 79.
7. Мартикян Э. С. Дисс. докт. Ереван, 1964.
8. Новиков М. Ю. Архив патологической анатомии и патологической физиологии, 1938, 4, стр. 4.
9. Оганесян С. С. Вопросы нейрохирургии, 1960, 2, стр. 55.
10. Оганесян С. С. Труды Юбилейной сессии УМС-а МЗ Армении, т. IV. Ереван, 1962, стр. 269.
11. Оганесян С. С., Варданян А. В., Меликсетян С. А. Материалы I, II, III конференций хирургов Армении. Ереван, 1969, стр. 53.
12. Ордуян М. С. Труды Ереванского мединститута, вып. X. Ереван, 1959, стр. 83.
13. Томинский И. И. Труды I съезда хирургов Северо-Кавказского края. Ростов н/Д, 1926.
14. Шубина Л. П. Вопросы нейрохирургии, 1966, 4, стр. 45.
15. Arana-Iniguez R., San Julian J. J. Journal of Neurosurgery, 1955, 12, 4, 323.
16. Arana-Iniguez R. Acta Neurologica Latin-Amer., 1958, 4, 294.
17. Arseni C. and Samitca D. C. Acta psychiatrica and Neurologica Scandinavicae 1957, 32, 4, 389.
18. Busche K. A. und Gleys P. (Hrsg.) — Chirurgie des Gehirns und Rückenmarks im Kindes und Jugendalter. Stuttgart, 1968, 858.
19. Deve F. L'echinococcose primitive (Maladie hydatique), Paris, 1949.
20. Dew H. R. Surgery, Gynecology and Obstetrics, 1934, 59, 321.
21. Dowling E., Orlando R. Quilste hidático del lóbulo frontal derecho. 1) Revue Neurolog. Psiquiatr. Med. Legal, 1929, 3, 201, 2) Revue Espanol Asociacion Medico Argentino, 1929, 4, 209.
22. Gerlach J., Jennsen H. P., Koos W., Kraus H. (Hrsg.) — Pädiatrische Neurochirurgie, Stuttgart, 1967, 588, 811.
23. Goinard P. et Descuns P. Les kystes hydatiques du nevraxe. Revue Neurologie, 1952, 86, 5, 369.
24. Lorenz, Ymaz, Guedeni. In: Olivecrona-Tönnis (Hrsg.). Handbuch der Neurochirurgie, IV, 1, Berlin, 1960, 696.
25. Mattos-Pimenta A. und Brandt P. In: Olivecrona-Tönnis (Hrsg.) — Handbuch der Neurochirurgie, IV, 1, Berlin, 1960, 673.
26. Nosratollah A. In: 5th International Congress of Neurological surgery. Excerpta Medica, Amsterdam, 1973, 209.
27. Zülch K. J. und Christensen E. In: Olivecrona-Tönnis (Hrsg.) — Handbuch der Neurochirurgie, III, Berlin, 1956, 696 ff.