

# Глистные поражения головного мозга

Выполнила студентка 2 группы VI курса  
Лечебного факультета  
Токмакова А.Н.

Поражение ЦНС могут вызывать следующие  
гельминтозы:

- ❖ Цистицеркоз (личинки *Taenia solium*)
- ❖ Эхинококкоз (личинки *Echinococcus granulosus*)
- ❖ Ценуроз (личинки *Coenurus cerebralis*)
- ❖ Парагонимоз (*Paragonimus westermani*)
- ❖ Трихинеллез (*Trichinella spiralis*)
- ❖ Японский шистосомоз (*Schistosoma japonicum*)

## Поражение ГМ при цистицеркозе

- ❖ На НС оказывает токсическое влияние и вызывает реактивное воспаление окружающей мозговой ткани и оболочек.
- ❖ Сопровождается отеком мозга вследствие повышенной секреции цереброспинальной жидкости хориоидальными сплетениями.

3 основные формы:

- ❖ поражение больших полушарий,
- ❖ поражение желудочковой системы,
- ❖ поражение основания мозга.

## Проявления поражения больших полушарий:

- ✓ нарушения психики (возбуждение, депрессия, галлюцинации, бред, корсаковский синдром),
- ✓ мультифокальные эпилептические припадки, джексоновские припадки,
- ✓ неглубокие парезы, незначительные расстройства чувствительности, легкие нарушения речи,
- ✓ Приступообразная интенсивная головная боль, рвота, головокружение, застойные диски зрительных нервов.

## Поражение желудочковой системы:

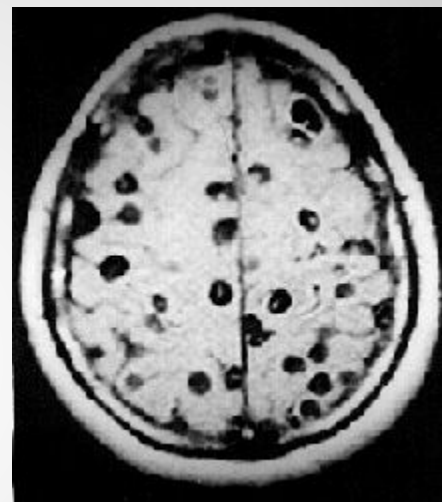
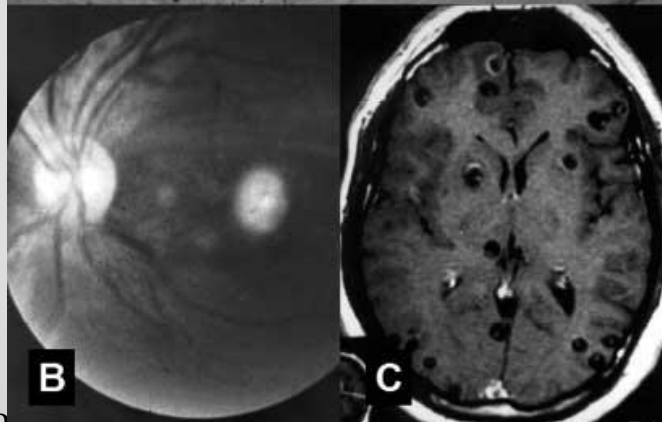
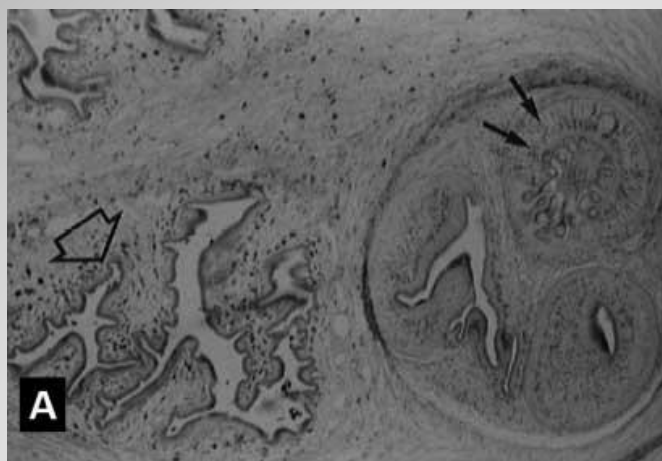
- ✓ цистицерк чаще бывает одиночным и локализуется в IV желудочке,
- ✓ клинические проявления связаны с нарушением ликворооттока: внутричерепная гипертензия, гидроцефалия боковых и III желудочков, окклюзионный синдром, которые обуславливают синдром Брунса.

## Поражение основания мозга:

- ✓ цистицерк чаще ветвистый (в виде грозди винограда),
- ✓ синдром базального лептоменингита (головная боль, рвота, брадикардия),
- ✓ оптико-хиазмальный арахноидит, поражение III, IV, V, VI пар черепных нервов, окклюзионный синдром.

## Опорные признаки в постановке диагноза

- ✓ Ремиттирующее течение заболевания с полиморфной клинической картиной
- ✓ эозинофилия в крови,
- ✓ колеблющийся лимфоидно-нейтрофильный плеоцитоз, иногда повышение уровня белка (от 0,5 до 2 г/л), в некоторых случаях - сколекс и обрывки капсулы цистицерка в цереброспинальной жидкости,
- ✓ положительная реакции связывания комплемента крови и цереброспинальной жидкости с цистицеркозным антигеном (реакция Боброва - Возной),
- ✓ рентгенографические данные, КТ, МРТ,
- ✓ данные офтальмоскопии,
- ✓ исчезновение внутричерепных кистозных очагов после лечения альбендазолом или празиквантелом.



**А** - наличие паразита в образцах тканей с визуализацией характерных крючков (большая стрелка) и спирального канала (маленькие стрелки);  
**В** - офтальмоскопическая визуализация субретинальной цисты;  
**С** - кистозные поражения со сколексом при проведении нейровизуализации.

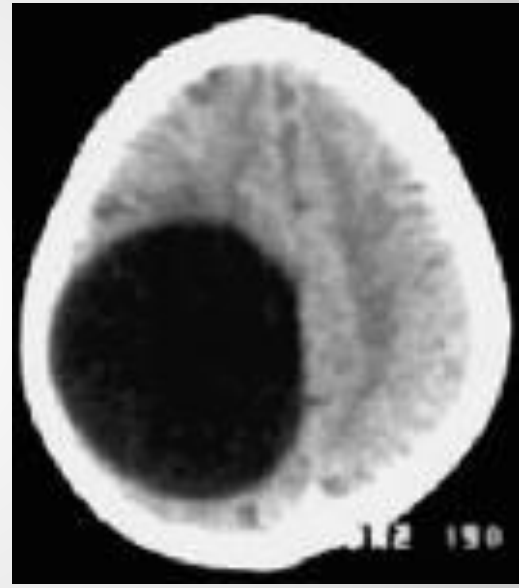
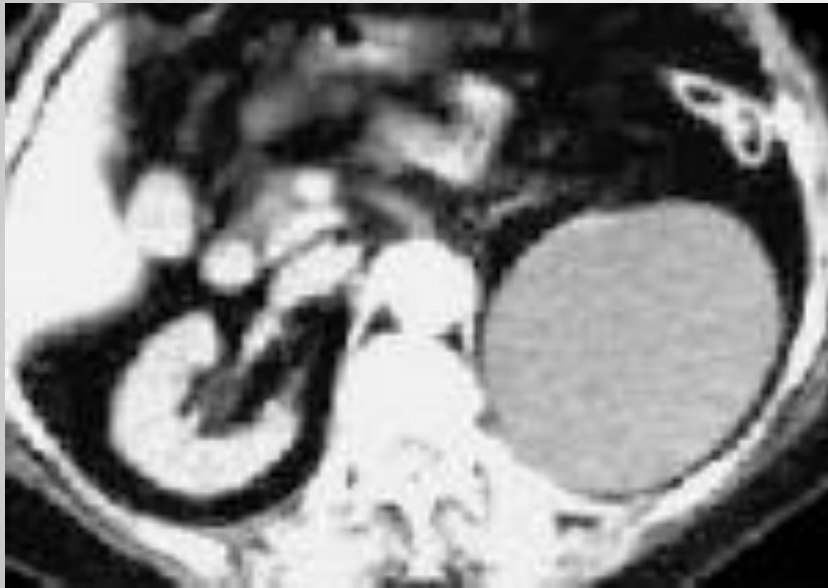
## Эхинококкоз головного мозга

- ❖ Развивающаяся из личинок киста может быть однокамерной (гидатидозной) и достигать большого объема (до 700 мл) либо многокамерной, состоящей из множества пузырьков.
- ❖ Однокамерный эхинококк:
  - ✓ при локализации в толще ткани головного мозга проявляет себя как опухоль;
  - ✓ при внутрижелудочковом расположении вызывает окклюзионно-гипертензионный синдром.
- ❖ Многокамерный эхинококк:
  - ✓ преобладают общемозговые симптомы,
  - ✓ очаговые симптомы представлены признаками раздражения (эпилептические приступы), в поздней стадии заболевания симптомы выпадения функций.
- ❖ Течение заболевания ремиттирующее.
- ❖ Абсцедирование кист (при прорыве их содержимого явления острого менингоэнцефалита или вентрикулита).



## Опорные признаки в постановке диагноза

- ✓ данные анамнеза (контакт с домашними животными),
- ✓ объективное обследование (при суб- и эпидуральном расположении паразита иногда выражена атрофия прилежащих костей черепа),
- ✓ эозинофилия в крови,
- ✓ в цереброспинальной жидкости обнаруживается небольшой плеоцитоз с наличием эозинофилов, небольшое повышение уровня белка, иногда — отдельные части пузыря,
- ✓ КТ,
- ✓ кожно-аллергическая реакция Касони (но в настоящее время не применяется),
- ✓ РСК,
- ✓ исследование других органов (в особенности печени),
- ✓ дифференциальный диагноз с опухолями мозга.



## Ценуроз головного мозга

- ❖ Личинки имеют вид тонкостенных водяных пузырей размером от горошины до куриного яйца. Стенка ценуруса тонкая, просвечивающаяся, двухслойная. На внутренней оболочке пузыря группами располагаются плотно прилегающие друг к другу довольно крупные сколексы на различных стадиях развития.
- ❖ Объективное исследование:
  - ✓ очаговая потеря чувствительности,
  - ✓ положительный симптом Кернига,
  - ✓ ригидность затылочных мышц.
- ❖ При локализации ценура в желудочках головного мозга развивается синдром Брунса.

## Опорные признаки в постановке диагноза

- ✓ данные эпидемиологического анамнеза (контакт с собаками, др. животными),
- ✓ клиническая картина,
- ✓ повышается давление цереброспинальной жидкости, нередко в ней увеличиваются содержание белка и число лимфоцитов,
- ✓ офтальмоскопия (застойные диски зрительных нервов),
- ✓ окончательный диагноз возможен лишь при оперативном вмешательстве (выделяют ценур и направляют в паразитологическую лабораторию).

# Парагонимоз головного мозга

- ❖ Поражение головного мозга является осложнением легочного парагонимоза (гематогенный занос яиц гельминта) с последующим развитием:
  - ✓ энцефалита,
  - ✓ менингоэнцефалита,
  - ✓ синдрома поражения головного мозга (церебральный парагонимоз).
- ❖ Обычно поражение мозга возникает на фоне обострения легочного процесса.
- ❖ Локальные симптомы:
  - ✓ парезы и параличи,
  - ✓ расстройства чувствительности,
  - ✓ гемианопсия,
  - ✓ слепота,
  - ✓ психотические расстройств,
  - ✓ джексоновские припадки с различной аурой.

## Опорные признаки в постановке диагноза

- ✓ Сочетание неврологических симптомов с хроническим легочным процессом, указание в анамнезе на явления со стороны брюшной полости, а особенно эпидемиологический анамнез (эпидемический очаг, употребление в пищу сырых крабов, раков и сырой воды),
- ✓ офтальмоскопия,
- ✓ давление ликвора обычно повышено, нередко отмечаются ксантохромия, клеточно-белковая или белково-клеточная диссоциация с положительными глобулиновыми реакциями, цитоз, чаще лимфоцитарный, иногда эозинофильный.

## Трихинеллез

- ❖ Иногда паразит проникает в ЦНС, нанося серьезный ущерб, достаточный для получения неврологического дефицита.
- ❖ Клинические проявления:
  - ✓ признаки поражения ЦНС, типичные для острых воспалительных процессов в тканях головного и спинного мозга (энцефаломиелит, менингоэнцефалит): интенсивная головная боль, нарушения сна, иногда бредовые состояния и расстройства психики, судороги и эпилепсия.
- ❖ Диагностика:
  - ✓ анализ крови,
  - ✓ мышечная биопсия,
  - ✓ анализ кала (выявление взрослых особей).

## Японский шистосомоз

- ❖ Поражение ЦНС обусловлено как заносом яиц с током крови, так и эктопической локализацией *S. japonicum* в сосудах головного мозга.
- ❖ В ЦНС специфические гранулемы и другие повреждения обнаруживаются преимущественно в сером и белом веществе головного мозга.
- ❖ Неврологические симптомы могут появиться уже через 6—8 недель после заражения.
- ❖ Часто регистрируется джексоновская эпилепсия, возможны проявления менингоэнцефалита, гемиплегия, параличи.
- ❖ Диагностика:
  - ✓ серологические методы (РСК, ИФА, РЭМА),
  - ✓ внутрикожная проба,
  - ✓ обнаружение яиц гельминтов в кале, биопсия прямой кишки.