

ДИФФУЗНЫЙ ЦИСТИЦЕРКОЗ (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)

Бортный Н.А.

Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьков

Вступление. В литературе встречаются немногочисленные сообщения о единичных случаях паразитирования у человека цистицерка. Чаще всего цистицеркоз обнаруживается в головном мозге, глазах, реже — в скелетной мускулатуре. Цистицеркоз мягких тканей диагностируется крайне редко, так как обычно протекает без выраженной и характерной клинической картины и может быть выявлен лишь с помощью рентгенологического исследования при обызвествлении личинок. Поэтому он мало известен практическим врачам и бывает случайной находкой. Представляем наш случай из практики.

Материал и методы. В городской лечебно-консультативный центр патологии суставов г. Харькова (КУЗ «Харьковская городская клиническая больница № 8») обратился мужчина 57 лет с жалобами на боли в крупных суставах и наличие уплотнений в мягких тканях верхней и нижней конечностей. С предварительным диагнозом «ревматоидный полиартрит? системная красная волчанка?» пациенту было проведено клиничко-лабораторное обследование. Общий анализ крови: гемоглобин — 138 г/л, лейкоциты — $10,1 \times 10^9$ (палочкоядерных — 53%, лимфоцитов — 40%, эозинофилов — 5% и моноцитов — 2%). Скорость оседания эритроцитов составляла 42 мм/ч. Общие биохимические анализы, печеночные пробы и глюкоза крови в пределах нормативных значений. Ревматоидный фактор и С-реактивный белок — положительные. Тесты на вирусы иммунодефицита человека (ВИЧ-1 и ВИЧ-2), поверхностный антиген гепатита В и вирус гепатита С были отрицательными.

На аналоговой рентгенограмме обоих локтевых суставов с захватом нижней трети плечевых костей и верхней трети предплечий в мягких тканях по ходу мышечных пучков были выявлены множественные тени известковой плотности (по типу «рисовых зерен») размером от 0,2х0,5 см до 1-2 см линейной, реже — округлой формы с четкими, ровными контурами (рис. 1). На рентгенограмме обеих голеней с захватом коленных и голеностопных суставов (рис. 2) в мягких тканях голени по ходу мышц выявлены густо расположенные образования такого же характера, но более крупные, округлые, линейные и неправильной формы, которые были то более удлиненные, тонкие, то более округлой формы. Последние равномерно распределены на всем протяжении мягких тканей этой области.

Дополнительно к анамнезу. Пациент длительное время работал в Китае, любил пробовать и есть свиной фарш. Считает себя больным в течении 11 лет, когда под кожей по ходу мышц почувствовал



Рис. 1. Рентгенограмма обоих локтевых суставов с захватом нижней трети плечевых костей и верхней трети предплечий

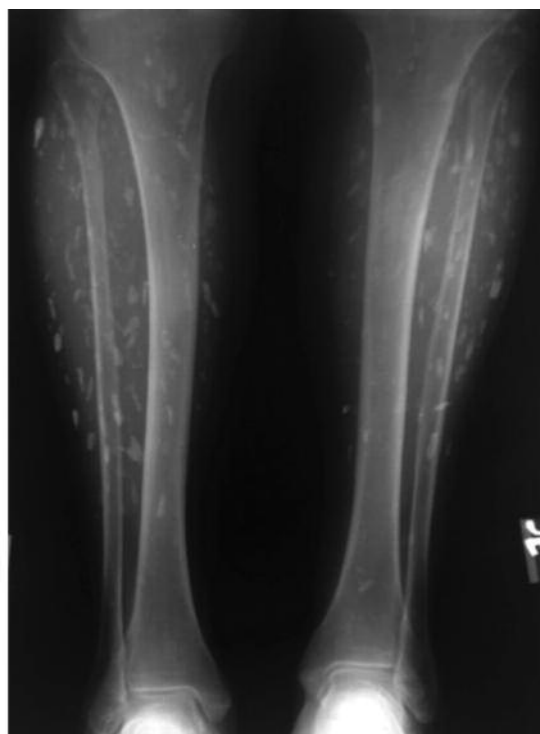


Рис. 2. Рентгенограмма обеих голеней с захватом коленных и голеностопных суставов

появление болезненных уплотнений, увеличение мягких тканей в объеме. За медицинской помощью не обращался. Через некоторое время эти явления исчезли. По совету коллег периодически принимал различные противоглистные препараты.

Пациент консультирован офтальмологом, проведена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга. По результатам исследований патологических изменений не выявлено.

Окончательный диагноз: диффузный цистицеркоз скелетной мускулатуры и мягких тканей.

Справка о заболевании. Цистицеркозом называется паразитарное гельминтное заболевание, которое вызывается личинками червей свиного цепня. Данное заболевание встречается по всему миру, но чаще всего случаи заражения происходят на местностях, где распространен тениоз. В частности, цистицеркоз часто встречается на территории Африки, Мексики, Юго-Восточной Азии, Белоруссии, Западной Украины, а также на территории Центральной и Южной Америки (рис. 3). Заболевание может поражать одинаково как мужчин, так и женщин. Причем чаще всего заражаются люди в среднем возрасте. Если провести своевременное лечение, то заболевание обычно вылечивается полностью.



Рис. 3. Схема распространения цистицеркоза в мире (hnb.com.ua).

Возбудителем болезни является личинка цистицерк (*Cysticercus cellulosae*). Человек, по сути, является окончательным хозяином свиного цепня в его биологическом цикле. Взрослая особь обычно обитает в кишечнике человека. Для нормального развития цистицеркоза нужно, чтобы яйца гельминта попали в кишечник или желудок. При попадании в эти органы плотная оболочка яиц растворяется, когда на них воздействует желудочный сок. В итоге зародыши, которые появились из яиц, по кровеносным сосудам разносятся по органам и тканям человека. В 60% случаев личинка попадает в головной мозг. Паразит может жить в мозгу от пяти до тридцати лет.

В зависимости от пораженного органа различают цистицеркоз мышц, цистицеркоз глаз, цистицеркоз сердца, цистицеркоз кожи и цистицеркоз

легких. Симптомы заболевания зависят от локализации процесса. Если заболевание возникло в области головного мозга, то отмечаются такие симптомы, как головокружение, головные боли приступообразного характера, повышенная раздражительность. Могут возникать галлюцинации. В случае цистицеркоза основания мозга возникает базальный менингит, которому характерна головная боль, брадикардия, рвота, поражения зрительных нервов, а также параличи VI и VII черепных нервов. Возможны так же и другие проявления симптомов. При цистицеркозе мышечной ткани и цистицеркозе кожи у пациентов жалоб практически нет. В этом случае их беспокоят только образования, которые возвышаются над поверхностью кожи в глубоких или поверхностных слоях. Чаще всего такие образования появляются на грудной клетке, внутренней поверхности плеча или ладонях. В случае цистицеркоза легких пациенты в основном не имеют никаких жалоб. Если цистицеркозом поражаются глаза, то больные в основном жалуются на понижение остроты зрения и ощущение болезненного давления на глаза. Причем острота зрения может снижаться вплоть до слепоты. При попадании паразитов в сердце у больного появляется покалывание в области сердца и аритмия [hnb.com.ua, 2, 3].

Цистицерки в тканях обычно через определенное время погибают и подвергаются обызвествлению. В редких случаях они рассасываются. Обсеменение тканей цистицерками происходит неравномерно — в мозгу определяются преимущественно единичные или малочисленные цистицерки, в мышечной системе — множественные. Рассеянный мышечный цистицеркоз обычно протекает бессимптомно и обнаруживается или на секции, или прижизненно уже в стадии обызвествления при рентгенологическом исследовании. Рентгеновская картина обызвествленных цистицерков весьма характерна. В мускулатуре туловища, конечностей определяются тени обызвествленной продолговатой формы, величиной от пшеничного зерна до фасоли. Продолговатая, овоидная форма обызвествленных цистицерков типична, но встречаются то более удлиненные, тонкие, то более округлые формы. Это различие формы следует объяснять возрастом отмершего обызвествленного цистицерка. Обызвествленные более молодые цистицерки имеют более продолговатую форму, а более старые — более округлую. Это обусловливается большим накоплением жидкости в более старой финне. Как правило, цистицерки в мышцах принимают овоидную форму вследствие давления окружающих тканей и располагаются по длиннику мышечного пучка, принимая удлиненную форму. Гистологически цистицерки окружены в мышце гиалинизированной соединительной тканью, внутри от которой находится обызвествленная аморфная масса. Обызвествленные массы по периферии расположены полосками, напоминающими оболочку, а в центре имеют глыбчатый характер. Обызвествлению подвергаются и оболочки финны и ее содержимое. Обызвествленные финны расположены среди мышечных пучков, в межмышечных пространствах (рис. 4, 5) [1, 4, 5].

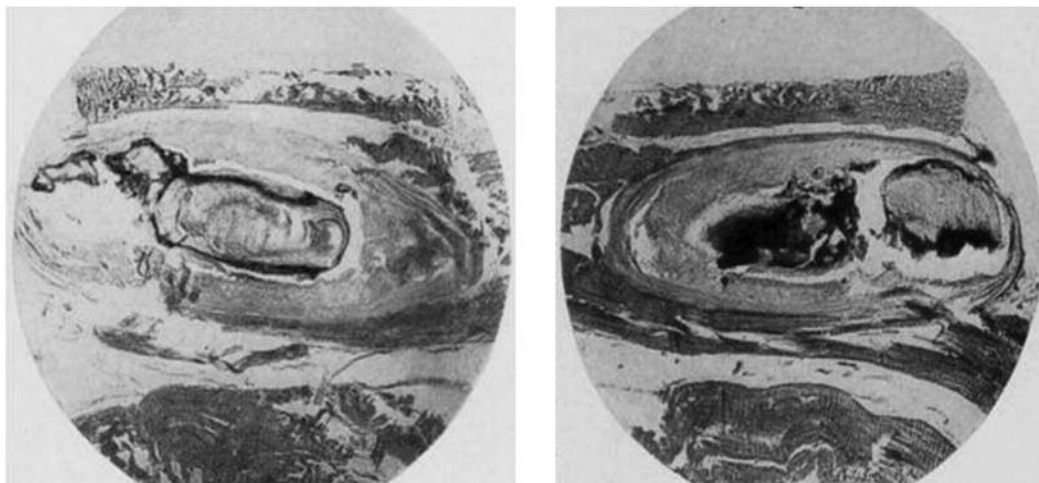


Рис. 4. Микрофотографии обызвествленных цистицерков. Цистицерки расположены среди мышечных пучков. Обызвествленные массы окружены гиалинизированной соединительной тканью (<http://ja-zdorov.at.ua>)

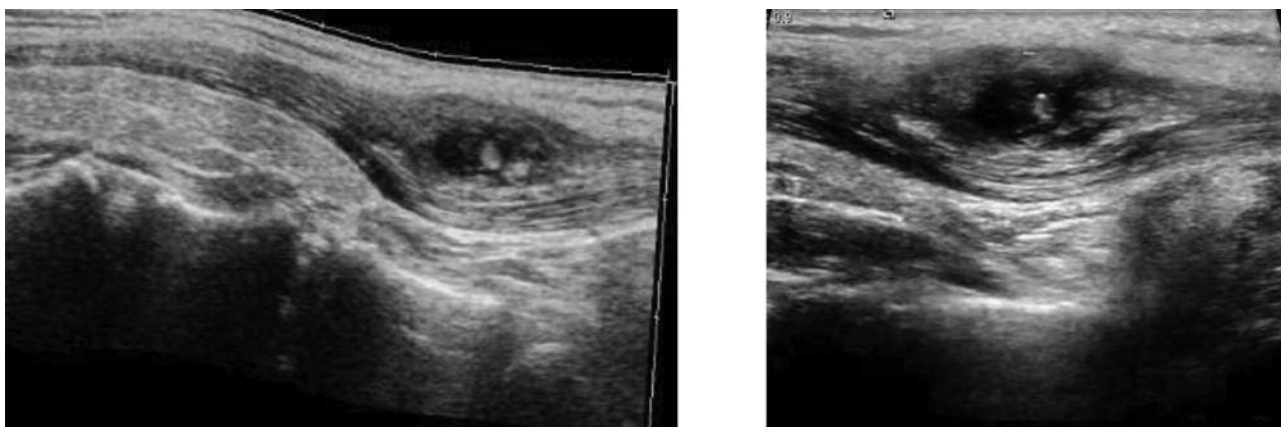


Рис. 5. Ультразвуковое исследование. **А.** Отек и увеличение в объеме тканей вокруг цистицерка в m. Sternocleidomastoideus. **Б.** Кистовидное образование со сколексом внутри (<http://profiale.blogspot.com>)

Выводы. Знание данной патологии расширит возможности врачей-рентгенологов в диагностике паразитарных заболеваний, а также в дифференциальной диагностике суставного и мышечного синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бану А., Veena Н. Редкий случай диссеминированного цистицеркоза: доклад, случай и обзор литературы// Индийский J. Med. Microbiol. (серийный онлайн). — 2011. — 29. — С. 180-3. Доступна с: <http://www.ijmm.org/text.asp?2011/29/2/180/81787>.

2. Чурилін Р.Ю., Крамний І.О., Бортний М.О. Рентгено-діагностика захворювань легень, плеври і середостіння. — Харків: Вид. Рожко С.Г., 2016. — 276 с.: іл. 280.

3. Яременко О.Б. Дифференциальная диагностика и лечение при мышечном синдроме // Здоров'я України. — 2015.

4. Cysticercosis. Ivo Ricardo da Silva Ferreira, M.D., and Sara Pinto Magalhaes, M.D. // N. Engl. J. Med. — 2011. — 41. — Доступна с: DOI: 10.1056/NEJMicm 1103726.

5. Pramod, K.G. Cysticercosis. Доступна с: <https://thirdey-eradiologysite.blogspot.com/2010/12/cysticercosis.html>.