

В.В. КРЮЧКОВ, Е.М. РАХАДИЛОВ, В.С. КАРАБАЕВ, А.Б. ДЖАНКАБАЕВ, М.Э. ЕМ
 Больница скорой неотложной помощи г.Алматы
 Кафедра нейрохирургии КазМУНО

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ЭХИНОКОККОЗА ПОЗВОНОЧНОГО КАНАЛА

Целью настоящего исследования является анализ методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза позвоночного канала. Материал и методы лечения: в течение пяти лет (1999-2014 гг.) на лечении находилось 29 больных с эхинококкозом позвоночного канала, что составило 0,8% от общего количества больных эхинококкозом. В подавляющем большинстве случаев распознать заболевание удается при развитии признаков сдавления спинного мозга, которые зависят от длительности процесса, уровня поражения, объема и количества паразитарных кист. При исследовании крови больных на активность эхинококковых антител (РПГА), уровень титров составил 1:200. Всем больным произведено хирургическое вмешательство, которое состояло в ламинэктомии, опорожнении кисты, удалении хитиновой оболочки с обработкой полости 2,5% раствором йода (экспозиция 5 минут) с последующей нейтрализацией йода раствором тиосульфата натрия. Заключение. Для диагностики эхинококкоза позвоночного канала необходимо применение компьютерной томографии или МРТ. С целью уточнения диагноза в сомнительных случаях необходима постановка РПГА - при эхинококкозе в крови определяются титры эхинококковых антител. Единственно эффективным методом лечения является раннее хирургическое вмешательство.

Ключевые слова: эхинококкоз, позвоночник, ЦНС.

Эхинококкоз человека является тяжелым паразитарным заболеванием, широко распространенным во многих регионах Республики Казахстан. Среди редких форм эхинококковой болезни наиболее тяжелым является поражение эхинококковой кистой нервно-сосудистых структур позвоночного канала (спинного мозга, его сосудов и корешков). Причинами развития эхинококкоза позвоночного канала могут быть как гематогенная инвазия, так и прорастание кист из соседних образований через межпозвоночные отверстия. По данным исследователей, занимающихся проблемой эхинококкоза, локализация паразита в позвоночном канале встречается у 0,4 - 1% больных (1,2,3). Анализ литературы показывает, что в основном данные наблюдения сообщаются как случаи из практики и основываются на немногочисленном количестве больных (от 1 до 3 случаев у каждого автора) (4).

Целью настоящего исследования является анализ методов диагностики и хирургического лечения эхинококкоза позвоночного канала.

Материал и методы лечения.

В течение пятнадцати лет (1999-2014 гг.) на лечении находилось 29 больных с эхинококкозом позвоночного канала, что составило 0,8% от общего количества больных эхинококкозом. У 26 больных эхинококковые кисты располагались экстрадурально, у троих больных - субдурально. Локализация по длине позвоночника: шейно-грудной уровень (С7-ТН3) - 1 больной; грудной отдел (ТН10-11) - 6 больных; поясничный отдел (L2-L5) - 10 больных; крестцовый отдел (S1-S2) - 2 больных. Мужчин - 22, семь женщин. Возраст от 15 до 56 лет.



Б

Рисунок 1 - Эхинококковые кисты поясничного отдела позвоночного канала (больной А, 36 лет)

Развитие заболевания протекало медленно. Длительное время эти больные лечились по месту жительства у терапевтов и невропатологов по поводу остеохондроза и лишь отсутствие эффекта от лечения побудило их обратиться к нейрохирургам. Один больной поступил на оперативное лечение повторно с множественным эхинококкозом позвоночного канала, причиной которого явилось обсеменение после первой операции, произведенной в другой клинике. Главные начальные проявления - ортопедические нарушения со стороны позвоночника в виде локального болевого синдрома, ограничения движений и деформацией позвоночного столба (кифоз, кифосколиоз). Начальные проявления и значительная часть развития заболевания сопровождалась признаками со стороны спинного мозга (миелопатией) и радикулярным синдромом. У всех больных к моменту поступления имелись грубые неврологические нарушения в виде пареза нижних конечностей и нарушения тазовых функций.

Эхинококковые кисты поясничного отдела позвоночного канала с распространением в паравертебральные ткани у больной Х, 45 лет



Рисунок 2

У 3х больных обзорная рентгенография позвоночника патологии не выявила. У двоих констатировано расширение межпозвоночных отверстий с одной стороны, у одного больного отмечено расширение позвоночного канала.

У всех больных использована компьютерная томография (КТ) и МРТ позвоночника, рентгенография легких и ультразвуковое исследование брюшной полости. Применение последних двух методов диагностики было направлено на исключение поражения эхинококковыми кистами легких и печени. При этом, у 1 больного обнаружен эхинококкоз правого легкого. При УЗИ брюшной полости эхинококковых кист в печени ни у одного больного обнаружено не было. При КТ позвоночного канала эхинококковые кисты определялись в виде округлых образований повышенной интенсивности с выраженной капсулой, сдавливающие спинной мозг. При эхинококкозе органов брюшной полости с диагностической целью активно применяются серологические методы исследования, позволяющие своевременно выявить не только наличие эхинококкоза, но и его осложнения. В связи с отсутствием сообщений о применении серологических реакций для диагностики эхинококкоза позвоночного канала, нами была предпринята попытка исследовать кровь больных эхинококкозом позвоночника с целью определения активности эхинококковых антител (РПГА). Постановка реакции проводилась с использованием антигенного эритроцитарного диагностикума. При этом в крови были обнаружены титры эхинококковых антител. Уровень титров составил 1:200.

Всем больным произведено хирургическое вмешательство, которое состояло в ламинэтомии, опорожнении кисты, удалении хитиновой оболочки с обработкой полости 2,5% раствором йода (экспозиция 5 минут) с последующей нейтрализацией йода раствором тиосульфата натрия. Данная методика обработки использована в связи с невозможностью применения в позвоночном канале таких общепринятых методов, как обработка формалином или горячим фурацилином. Несмотря на это, у четверых больных имел место рецидив. Двое больных оперированы трижды.

Обсуждение.

Диагностика эхинококкоза позвоночника довольно сложна. В подавляющем большинстве случаев распознать заболевание удастся при развитии признаков сдавления спинного мозга, которые зависят от длительности процесса, уровня поражения, объема и количества паразитарных кист. В тоже время, характерные симптомы заболевания (появление корешковых болей, нарушения движения и чувствительности) наблюдаются также и при других патологиях спинного мозга. Так, у десяти больных первичный диагноз предполагал наличие опухоли позвоночного канала, а диагноз был установлен только во время оперативного вмешательства. Существующие на сегодняшний момент методы диагностики эхинококкоза позвоночника ограничиваются в основном, миелографическими исследованиями и проведением компьютерной томографии. Обнаруженные в полости позвоночного канала образования приходится дифференцировать с туберкулезом позвоночника и опухолью спинного мозга, что в большинстве случаев приводит к диагностической ошибке.



Рисунок 3 - Вскрытие оболочки эхинококковой кисты и эвакуация содержимого (интраоперационное фото)

Большую помощь в процессе предоперационной диагностики эхинококкоза позвоночника могли бы оказать серологические методы исследования, основанные на иммунологическом ответе организма на внедрение паразита. Среди многочисленных применяемых в настоящее время реакций наиболее чувствительной является реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), которая отличается простотой в постановке и низким процентом ложноположительных результатов. Данная реакция нашла широкое применение в диагностике эхинококкоза органов брюшной полости. В тоже время данный метод подтверждения диагноза заслуживает внимания в диагностике эхинококкоза позвоночного канала.

Заключение. Эхинококкоз спинного мозга является редкой и тяжелой формой паразитарного поражения ЦНС. Для диагностики этой патологии необходимо применение компьютерной томографии, позволяющая обнаружить наличие образований в позвоночном канале. С целью уточнения диагноза в сомнительных случаях необходима постановка РПГА. При эхинококкозе спинного мозга в крови определяются титры эхинококковых антител. Единственно эффективным методом лечения является раннее хирургическое вмешательство.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Ордабеков С.О., Монтаев А.А. Эхинококкоз позвоночника с компрессией спинного мозга // Хирургия Казахстана. - 1997. - № 1-2. - С. 65-68.
- 2 Атаханов Р.А., Пайзахметов А.Х. Эхинококкоз позвоночника // «Эхинококкоз и очаговые заболевания паренхиматозных органов человека». - 1998. - №2. - С 142-144.
- 3 Turgut M. Hydatid disease of the spine: a survey from Turkey // Infection. - 1997. - №25. - P.221-226.
- 4 Palmer S.R., Biffin A.H., Craig P.S., Walters T.M. Control of hydatid disease in Wales // DMJ. - 1996. - V.312. - P. 674-675.

В.В. КРЮЧКОВ, Е.М. РАХАДИЛОВ, В.С. КАРАБАЕВ, А.Б. ДЖАНКАБАЕВ, М.Э. ЕМ

*Жедел Шугыл Колек корсету Ауруханасы
Алматы ДЖБИ-ның нейрохирургия кафедрасы*

ОМЫРТҚА ӨЗЕГІНІҢ (КАНАЛЫНЫҢ) ЭХИНОКОККОЗЫН ХИРУРГИЯЛЫҚ ЕМДЕУ

Түйін: Бұл зерттеудің мақсаты омыртқа өзегінің эхинококкозын диагностикалау әдісін тұжырымдау және хирургиялық емдеу болып табылады.

Зерттеу әдісі және материал: 15 жыл ішінде (1999 - 2014 ж.ж.) жалпы эхинококкозбен науқастардың ішінен, омыртқа өзегінің эхинококкозы бар 29 науқас емделді.

Көп жағдайда процестің ұзақтығына байланысты, зақымдалу деңгейіне, паразитарлық жылауықтың көлемі мен санына байланысты, жұлынның басылған немесе жаншылған белгілері болғанда ауруды анықтау мүмкін болады. Науқастардың қанын эхинококктың антиденелерінің белсенділігіне тексергенде, титр деңгейі 1:200 құрады. Барлық науқастарға ламинэктомиядан тұратын жылауықты тазалап, хитиндік қабатын алып тастап, қуысты 2,5% йод ерітіндісімен залалсыздандыратын, кейіннен йодты натрий тиосульфатымен бейтараптайтын хирургиялық ем жүргізіледі.

Қорытынды: омыртқа өзегінің эхинококкозын диагностикалау үшін компьютерлік томография немесе МРТ қолданылады. Күмәнді жағдайда диагнозды нақтылау үшін РПГА жасалады - эхинококкоз болған жағдайда қанда эхинококк антиденелерінің титрі артады. Бірден-бір тиімді ем ертерек хирургиялық емдеу.

Түйінді сөздер: эхинококкоз, омыртқа, ОНЖ.

V.V. KRYUCHKOV, E.M. RAKHADILOV, A.V. DJANKABAEV, M.E. YEM

*Emergency Hospital of Almaty City
Chair of neurosurgery of the Almaty State University for Physicians' Advanced Training*

ECHINOCOCCOSIS OF VERTEBRAL CANAL (DIAGNOSIS AND SURGICAL TREATMENT)

Resume: The purpose of the present research is the analysis of methods of diagnostics and surgical treatment of vertebral canal echinococcosis. Material and methods of treatment: within five years (1999-2014) 29 patients were on treatment with vertebral canal echinococcosis that has made 0.8 % from total quantity of patients with echinococcosis. In overwhelming majority of cases it is possible to distinguish disease at development of spinal cord compression attributes which depend on duration of process, level of defeat, volume and quantity of parasitic cysts. At research of patients' blood on activity of echinococcosis antibodies (РПГА), the level of titers has made 1:200. All patient were under the surgical intervention which consist in laminectomy, cyst emptying, excision of a chitinous tunic with processing a cavity with of 2,5% solution of iodine (an exposition of 5 minutes) with the subsequent neutralization of iodine by a thiosulfate sodium solution. Conclusion: For diagnostics of vertebral canal echinococcosis application of computer tomography or MPT is necessary. With the purpose of specification of the diagnosis in doubtful cases application of РПГА is necessary - at echinococcosis titers of echinococcosis antibodies are defined in blood. Solely effective method of treatment is an early surgical intervention.

Keywords: echinococcosis, vertebral column, CNS.