

СМАЛЬКО Є.О.,
студентка, Харківський
національний медичний
університет

Науковий керівник:
НЕКРАСОВА Н.О., д.м.н.,
професор,
Харківський національний
медичний університет

НЕЙРОЦИСТИЦЕРКОЗ ЯК ПРИЧИНА СИМПТОМАТИЧНОЇ ЕПІЛЕПСІЇ: КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК

Вступ. Цистицеркоз – одне з найчастіших гельмінтозних захворювань людини, що вражає нервову систему, становить інвазію личинкової стадії свинячого цип'яка.[1, с. 159]. У 2015 році Довідкова група ВООЗ з епідеміології тягаря хвороб харчового походження визнала *Taenia solium* однією з основних причин смерті від хвороб харчового походження [2, с. 134]. В 50% випадків відбувається ураження мозку – нейроцистицеркоз. *Taenia solium* є найпоширенішою інфекційною причиною судом у деяких районах США. В свою чергу нейроцистицеркоз є найпоширенішою причиною епілепсії у світі і, за оцінками, є причиною 30% всіх випадків епілепсії в ендемічних країнах, до яких належать: Мексика, Центральна та Південна Америка, Китай, Африка, Індія та Нова Гвінея [3, с. 809]. У розвинених країнах більшість випадків захворювання спостерігається серед іммігрантів чи осіб, які часто подорожують до різних регіонів світу, список яких не обмежується лише вищеперерахованими країнами. Описані одиничні випадки захворювання у корінних жителів США, Франції та Італії, які не виїжджали до ендемічних зон [5, с.507]. Реальна поширеність нейроцистицеркозу невідома, проте за даними аутопсії у Мексиці захворювання виявляють у 3,6 % випадків [6, с.260]. Прояви неврологічних симптомів (таких як судомні напади, порушення свідомості, зміни психіки) методи діагностики, способи профілактики та лікування при нейроцистеркозі описані у клінічному випадку.

Клінічний випадок. Студент ХНМУ, чоловік 22-х років, вихідець із сільської місцевості Індії, був госпіталізований в неврологічне відділення Харківської міської студентської лікарні в листопаді 2019 року зі скаргами на судомні напади з порушенням свідомості, в супроводі сильного головного болю, який вперше виник в його гуртожитку в Харкові та в університеті.

Вперше напад стався за день до госпіталізації, тривав близько 1 хв, аура не супроводжувала. Після нападу протягом 5-7 хвилин хворий був без свідомості, після того, як опритомнів відмітив сильний головний біль. Наступного дня напад повторився ще раз. Хворий був оглянутий невропатологом.

При огляді: гарячка відсутня, (температура 37°C), ЧСС 85/хв., частота дихання 19/хв, насичення киснем 97%, артеріальний тиск 130/89 мм. Шкіра волога, еластична. Серцева, дихальна, шлунково-кишкова та сечова системи в нормі. У неврологічному статусі: свідомість ясна, орієнтація в просторі та часі відсутня. Зіниці та очні щілини однакові з обох боків, ліворуч і праворуч. Конвергенція збережена. Горизонтальний ністагм зліва. Обличчя симетричне, язик по середній лінії. Глибокі сухожильні рефлексі прискорені, але симетричні, зліва і справа. Чутливість обличчя та кінцівок збережена. Патологічні рефлексі та менінгеальні ознаки не були визначені. У позі Ромберга стан хворого стабільний. Проте мав деякі проблеми з виконанням тестів на координацію.

Діагноз при надходженні: Фокальні моторні напади, ідіопатична епілепсія. При детальному зборі анамнезу було з'ясовано, що протягом останнього року пацієнт відчував епізоди головного болю легкого та середнього ступеня. Висловлював скарги на періодичне відчуття поколювання в правій нижній кінцівці з тенденцією до збільшення тривалості часу нападів (тривали від 5 до 15 хвилин) протягом останніх 6 місяців. Відмітив зміни в поведінці протягом останніх 2-х років: з'явилися невластиві труднощі в спілкуванні та проблеми з керуванням гнівом. Раніше психічні розлади діагностовані не були. Обоє батьків страждають на гіпертонію, мати страждає на мігрень. Зі слів сім'ї не вживають м'ясо через вегетаріанство. Вживання алкоголю та паління пацієнт заперечує.

Для постановки діагнозу було проведено біохімічне лабораторне дослідження крові, МРТ [11, с.1102]. Неврологічний статус хворого виявив ністагм і порушення координаційних проб. Загальний аналіз крові показав підвищення еозинофілів до 8%. МРТ показало кілька невеликих конгломеруючих периферичних товстостінних інфекційних гранульом у лівій лобовій частці з великим навколишнім набряком у лівій лобно-тім'яній частці. На МРТ (26.11.2019) виявлено корково-підкіркову неоднорідну структуру в латеральних відділах лівої лобової частки об'ємного утворення, неправильної форми, без чітких контурів розміром 24x26x25 мм. За підставою епідеміологічного анамнезу, клінічного обстеження та результатів МРТ, у пацієнта було встановлено діагноз нейроцистицеркоз з первинним пошкодженням лівої лобової долі, що проявляється симптоматичною епілепсією та цефалгіко-астенічним синдромом [11, с.1099]. Призначено лікування: карбамазепін по 200 мг 2 рази на добу протягом 6 місяців та альбендазол по 400 мг 2 рази на добу протягом 3 тижнів (згідно з місцевими рекомендаціями України).

28.11.2019 пацієнт самовиписався з лікарні, бажаючи продовжити лікування вдома. В Індії було проведено тест на антитіла до цистицерка, який виявився позитивним; було проведено ще одну МРТ головного мозку з контрастуванням, яка показала кілька невеликих конгломератів по периферії посилення товстостінної інфекційної гранульоми в лівій лобовій частці з обширним оточуючим набряком у лівій лобно-тім'яній частці.

04.12.2019 був проведений огляд нейрохірургом (Індія), в результаті чого медикаментозне лікування було доповнено згідно Індійських рекомендацій: левітілом (по 500 мг 2 рази на день протягом 2-3 років), метилпреднізолоном (4 мг 3 рази

на добу з поступовим зниженням дози протягом 15 днів), пантапрозол (40 мг 2 рази на добу 15 днів).

Станом на 31.01.2020 стан хворого покращився, динаміка скарг (відсутність судом, зменшення інтенсивності та частоти головних болів) та МРТ картина позитивні, неврологічний статус без особливих ознак. В якості медикаментозного лікування збережено левіпіл та карбамазепін.

Через 4 місяці лікування пацієнт повідомив про зменшення частоти головних болів і тривалості поколювання в кінцівках, клінічно виглядав краще.

Висновки. Нейроцистицеркоз – є найпоширенішою причиною епілепсії у світі. Поширеність і доступність авіаційних польотів, туризму в цілому, призводить до поширення нейроцистицеркозу не тільки в ендемічних країнах, а й в решті країн земної кулі, в тому числі України, що ставить завдання в збільшенні обізнаності про це захворювання серед студентів та лікарів, дослідженні зв'язків між глистовою інвазією, епілепсією та психічними захворюваннями з метою попередження проявів неврологічних симптомів у хворих, забезпечуючи таким чином своєчасну діагностику і лікування.

ЛІТЕРАТУРА

1. Del Brutto O.H. Neurocysticercosis: a review. *Sci World J.* 2012. с. 159.
2. White, A. C. Neurocysticercosis: A major cause of neurological disease worldwide. *Clinical Infectious Diseases.* 1997. 24(2), 101-131.
3. Murray P, Rosenthal K, Pfaller M. Medical Microbiology. 7th ed. Philadelphia, PA, USA: Elsevier Saunders. 2013. с. 809.
4. Ahmad, F. U., & Sharma, B. S. Treatment of intramedullary spinal cysticercosis: report of 2 cases and review of literature. *Surgical Neurology.* 2007. 67(1), 74-77.
5. Meza, N. W., Rossi, N. E., & Galeazzi, T. N.. Cysticercosis in chronic psychiatric inpatients from a Venezuelan community. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene.* 2005. 73(3), 504-509.
6. Del Brutto, O. H. Neurocysticercosis. *Seminars in Neurology.* 2005. 25(3), 243-251.
7. World Health Organization. 10 facts about neurocysticercosis. 2021 – URL: <https://www.who.int/features/factfiles/neurocysticercosis/en/>
8. DeGiorgio, C. M., Medina, M. T., Durón, R., Zee, C., & Escueta, S. P. Neurocysticercosis. *Epilepsy Currents.* 2004. (3), 107-111.
9. Burneo, J. G., Plener, I., & Garcia, H. H. Neurocysticercosis in a patient in Canada. *Canadian Medical Association Journal.* 2009. 180(6), 639-642.
10. Ahmad, R., Khan, T., Ahmad, B., Misra, A., & Balapure, A. Neurocysticercosis: A review on status in India, management, and current therapeutic interventions. *Parasitology Research.* 2017. 116(1), 21-33.
11. Nash, T. E., Pretell, E. J., & Lescano, A. G. Perilesional brain edema and seizure activity in patients with calcified neurocysticercosis: A prospective cohort and nested case-control study. *The Lancet Neurology.* 2008. 7(12), 1099-1105.
12. Khurana, S., Aggarwal, A., & Malla, N. Prevalence of anti-cysticercus antibodies in slum, rural and urban populations in and around Union territory, Chandigarh. *Indian Journal of Pathology and Microbiology.* 2006. 49(1), 51-53.