**«ЭХИНОКОККОВАЯ ДИССЕМИНАЦИЯ ТРУБЧАТЫХ КОСТЕЙ»
(ПОСТМОРТАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ) (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)****"ECHINOCOCCAL DISSEMINATION OF TUBULAR BONES" (POST-MORTAL
RESEARCH) (CASE FROM PRACTICE)**

**РУДАКОВ В.В.
ГОРБОВСКАЯ А.А.
ВЫСОТСКИЙ В.Е.
БУБОЧКИН А.Б.**

**RUDAKOV V.V.
GORBOVSKAYA A.A.
VYSOTSKY V.E.
BUBOCHKIN A.B.**

*Патологоанатомическое отделение.
Санкт-Петербургское Государственное
Бюджетное учреждение
Здравоохранения «Городская
Мариинская больница»*

*Pathology Department. St. Petersburg State
Budget Institution of Health "Mariinsky City
Hospital"*

victor_rudacov86@mail.ru

victor_rudacov86@mail.ru

doi: 10.18411/pivsn-17

idsp: pivsn-17

АННОТАЦИЯ

Кости поражаются эхинококкозом редко, всего в 0,4-3,2% случаев. Наиболее подвержены эхинококкозу позвоночник и кости таза, на долю которых приходится 50-70% поражений костей скелета. Онкосферы паразита попадают в кости с током артериальной крови из большого круга кровообращения и начинают развиваться в костных пространствах. В длинных трубчатых костях они обычно оседают в эпиметафизарной зоне, наиболее васкуляризованной части кости.

Ключевые слова: Эхинококковая диссеминация, поражение трубчатых костей, эхинококкоз, гидатиды эхинококка.

ANNOTATION

Bones are rarely affected by echinococcosis, only 0.4-3.2% of cases. Spine and pelvic bones are the most susceptible to echinococcosis, which account for 50-70% of skeletal bone lesions. Parasite oncospheres enter the bones with arterial blood flow from the systemic circulation and begin to develop in bone spaces. In the long tubular bones, they usually settle in the epimetaphysar zone, the most vascularized part of the bone.

Key words: Echinococcal dissemination, lesion of tubular bones, echinococcosis, hydatid echinococcus.

ВВЕДЕНИЕ

Кости поражаются эхинококкозом редко, всего в 0,4-3,2% случаев. Наиболее подвержены эхинококкозу позвоночник и кости таза, на долю которых приходится 50-70% поражений костей скелета. Онкосферы паразита попадают в кости с током артериальной крови из большого круга кровообращения и начинают развиваться в костных пространствах. В длинных трубчатых костях они обычно оседают в эпиметафизарной зоне, наиболее васкуляризованной части кости. Рост эхинококковой кисты в кости имеет особенности, резко отличающие его от роста кист во всех других органах. Эхинококков костей представляет собой сочетание первичного и вторичного поражения эхинококковым. Вторичный эхинококкоз кости (в чистом виде) также может иметь место. Он наблюдается изредка при проникновении паразита в кости из

расположенных рядом мягких тканей, в которых происходило его первоначальное развитие.

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

Данный случай рассматривается как редкое исключение и сложное в диагностическом плане. Молодой человек испытывал сильные боли в коленных и тазобедренных суставах. Из анамнеза отрицание воспалительных или инфекционных заболеваний, травм в последнее время. При обследовании обращало на себя внимание увеличение размеров суставов, позже накопление жидкости. После пункции – жидкость светло-желтая мутноватая, ополоскирует. Серологическое исследование наличие данных об антигенных агентах иммунных заболеваний не подтвердило. Морфологическое исследование и дополнительное гистохимическое исследование диагностировало наличие паразитарных включений, заподозрены хитиновые элементы. Пациент находился на стационарном лечении в нескольких специализированных стационарах, но явления диссеминации прогрессировали, у него развился тяжелый сепсис. По данным аутопсии преобладали поражения в трубчатых костях, синовиальных оболочках, кожных покровах суставов.

X100, окраска гематоксилин и эозином

В препаратах переходящая в фиброз грануляционная ткань, слизисто-гнойный экссудат с обилием структур паразита, представленных слоистыми полостями различного диаметра.

При гистологическом исследовании отмечены обширные поражения голеностопных, предплюсневых, лучезапястных, локтевых, коленных суставов с выраженной деструкцией суставных поверхностей и костных структур.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В связи с латентной клинической картиной начала заболевания, отсутствия типичного течения характерного для этого заболевания, индивидуальных особенностей организма с нарастающей симптоматикой, возникли сложности в диагностике. Индивидуальные особенности организма пациента и длительное тяжелое течение заболевания не способствовало его выздоровлению, даже при назначении антипаразитарной терапии. Для клиницистов и патоморфологов такие случаи причислены к редко встречающимся формам заболевания с учетом того, что наш регион не является эндемичным для этого заболевания.

1. Агаев Б.А. Принципы диагностики и лечения эхинококкоза печени //Анналы Хирургии. – 2005 - №1 – 54с.
2. Ахмедов И.Г. Ранняя диагностика рецидива эхинококковой болезни // Хирургия Пирогова - 2008 - №11 – 39 с.
3. Вафин А.З. Отдаленные результаты лечения больных с эхинококкозом печени, оперированных традиционным способом с применением плазменных технологий // «Вестник Хирургии» - 2008 - №5 – 96с.
4. Геллер И.Ю. Эхинококкоз.- М.: Медицина, 1989.-208с.
5. Лутфуллин М.Х., Латыпов Д.Г., Корнишина М.Д. Ветеринарная гельминтология: Учебное пособие.- СПб.: Издательство «Лань», 2011.-304с.
6. Новак М.Д., Енганшев С.В. Паразитарные болезни животных: Учебное пособие.- М.: РИОР:ИНФРА-М, 2013.-192с.