главное, проинформировать пациента о характере проблемы, основах патогенеза его головной боли, понимание которых является очень важным моментом в успешности лечения.

1. Болевые синдромы в неврологической практике/ А.М.Вейн, Т.Г.Вознесенская, А.Б.Данилов, О.А.Колосова, Г.Р.Табеева, Е.Г.Филатова. - М: МЕДпресс, 199.-372С.
2. Головная боль: руководство для врачей/ Г.Р. Табеева. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2014.-288С.
3. Мигрень/ Г.Р.Табеева, Н.Н. Яхно. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2011.-624С.
4. Неврология. Национальное руководство. Краткое издание/ под ред. Е.И.Гусева, А.Н.Коновалова, А.Б.Гехт. - М.:ГЭОТАР-Медиа, 2018.-688С.
5. Принципы лечения мигрени/Г.Р.Табеева.-РМЖ.-2007.-№15(10).-С.802-805
6. Первичные головные боли. Практическое руководство/В.В.Осипова. - М.,2007.-56С.
7. Эпидемиология первичных головных болей/ И.Б.Куцмелов, Г.Р.Табеева. - Боль. - 2004. - №4(5). - С25-31.
8. Головная боль. Лечение в амбулаторной практике/ Ю.Ю.Лютынский.-Спб.:Центр гомеопатии, 2007. - 264С.

**Рудаков В.В.¹, Горбовская А.А.¹, Высотский В.Е.² Бубочкин А.Б.³
«Эхинококковая диссеминация трубчатых костей» (Постмортальное
исследование) (Случай из практики)**

¹СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

²СПб ГБУЗ «Городское патологоанатомическое бюро»

³СПб ГБУЗ «Городская Клиническая больница №31»

(Россия, Санкт-Петербург)

doi:10.18411/spc-15-11-2018-06

idsp: 000001:spc-15-11-2018-06

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 трубчатых костей, поражение трубчатых костей, эхинококкоз, гидатиды эхинококка.

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, ополосцирует. 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., Енгашев С.В. Паразитарные болезни животных: Учебное пособие.- М.: РИОР:ИНФРА-М, 2013.-192с.