

Петрова Юлия Александровна

заведующая отделением

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

г. Санкт-Петербург

Орлова Галина Георгиевна

врач

СПб ГБУЗ «Городская Мариинская больница»

г. Санкт-Петербург

Азанчевская Светлана Владиславовна

канд. мед. наук, заведующая отделением

СПб ГБУЗ «Городское патологоанатомическое бюро»

г. Санкт-Петербург

DOI 10.21661/r-474037

ФЕТАЛЬНЫЙ ЭХИНОКОККОЗ: ПРИЖИЗНЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Аннотация: в данной статье рассматривается проблема фетального эхинококкоза. Проявления человеческого эхинококкоза разнообразны. Пациенты попадают в сферу деятельности клинициста по различным причинам, например, когда большая киста оказывает механический эффект на функцию органа или разрыв кисты вызывает острые аллергические реакции.

Ключевые слова: эхинококкоз, поражения эхинококковыми гидатидами, сколексы эхинококка, инфекционные поражения, инфекционные болезни.

Инфекция, вызываемая личинками *Echinococcus granulosus*, которая может приводить к образованию кист в печени и других органах.

Кистозный эхинококкоз – личиночная кистозная стадия (названная эхинококковыми кистами) маленького ленточного червя (*Echinococcus granulosus*), который может вызвать болезнь у здоровых промежуточных хозяев, обычно травоядных животных, и случайно инфицированных людей.

Проявления человеческого эхинококкоза разнообразны. Пациенты попадают в сферу деятельности клинициста по различным причинам, например,

когда большая киста оказывает механический эффект на функцию органа или разрыв кисты вызывает острые аллергические реакции. Киста также может быть обнаружена случайно в ходе рентгеновского исследования, сканирования тела, операции или по другим клиническим причинам. Частые основные жалобы – дискомфорт и боль в верхних отделах живота, плохой аппетит и самодиагностируемая масса в брюшной полости. Физикальные результаты – гепатомегалия, пальпируемая масса, если она находится на поверхности печени или других органов, и вздутие живота.

Случай из практики: Больной Н.32 лет, считал себя больным с августа 2017 года, когда появились боли, отек крупных суставов, геморрагическая сыпь левой голени, лихорадка. Пациент был госпитализирован в Клиническую инфекционную больницу имени С.П. Боткина города Санкт-Петербурга. В ходе обследования у него заподозрен ревматоидный полиартрит в связи, с чем он для дальнейшего исследования переведен в многопрофильный стационар. По данным серологического и биохимического исследования крови диагноз ревматоидного полиартрита не подтвердился. По показаниям ему выполнены повторные вскрытия с последующим дренированием жидкостных скоплений околоуставных областей (коленных, тазобедренных суставов), и их гистологическим и гистохимическим исследованием.

По данным гистологического и гистохимического исследования у пациента выявлены множественные округло-овальные гидатиды с отчетливой хитиновой оболочкой, с перифокальной кальцификацией, в просвете части гидатид определяются сохранные сколексы.

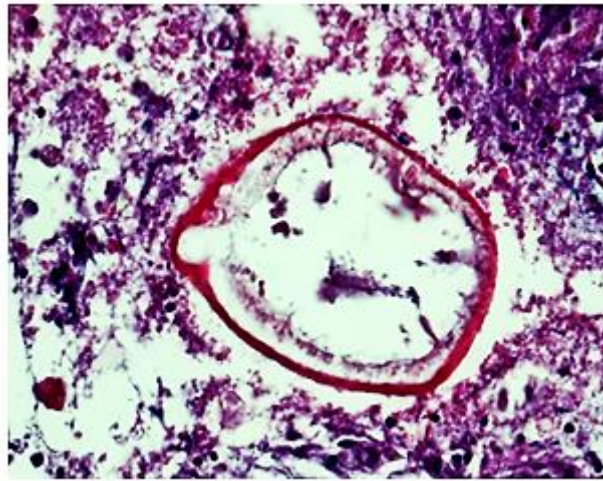


Рис. 1. x100, окраска Шик-реакция

В детрите единичные гидатиды с PAS-позитивной стенкой.

Лоскут кожи с выраженной инфильтрацией дермы и подкожно-жировой клетчатки, представленной лимфоцитами, плазматическими клетками, нейтрофильными лейкоцитами и большим количеством эозинофильных лейкоцитов

В стенках артерий среднего и мелкого калибров – очаговая воспалительная инфильтрация с нарушением архитектоники слоев, очаговым фибриноидным некрозом, неравномерным разрастанием фиброзной ткани в подкожно-жировой клетчатке в зоне клеточной инфильтрации.

В связи с полученными данными, пациент был переведен в Клиническую инфекционную больницу №30 имени С.П. Боткина города Санкт-Петербурга для дальнейшего стационарного лечения с использованием противопаразитарной терапии. В ходе специализированного лечения самочувствие пациента незначительно улучшилось – уменьшилась слабость, снизилась утомляемость, нормализовалась температура тела.

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

Заключение. При диагностике редких поражений эхинококковой природы, многие специалисты формулируют диагноз по гистологической картине, что в свою очередь влияет на дальнейшую тактику лечения. Данный случай, сложный

в диагностическом плане, представлен как возможный пример в клинической практике рядового врача в многопрофильном стационаре. По совокупности данных клинической картины с учетом гистологического заключения, врач-инфекционист в дальнейшем назначает лечение в каждом индивидуальном случае.

Список литературы

1. Ветшев П.С. Современный взгляд на состояние проблемы эхинококкоза / П.С. Ветшев, Г.Х. Мусаев // *Анналы хирургической гепатологии*. – 2006. – Т. 11. – №1. – С. 26–30.
2. Ветшев П.С. Абсцессы и кисты печени // *Болезни печени и желчевыводящих путей* / В.П. Ветшев; под ред. В.Т. Ивашкина. – М.: Медицина, 2005. – С. 414–430.
3. Эхинококкоз цистный (однокамерный): клиника, диагностика, лечение, профилактика / В.П. Сергиев, Ю.А. Легоньков, О.Г. Полетаева [и др.]. – М.: Вектор-Бест, 2008. – 33 с.
4. *Ветеринарная паразитология* / Г.М. Уркхарт, Дж. Эрмур, Дж. Дункан, А.М. Данн, Ф.В. Дженнингс. – М.: Аквариум, 2000. – 352 с.
5. Мусаев Г.Х. Диагностика и комплексное лечение гидатидозного эхинококкоза: Дис...д-ра мед. наук. – М., 2000. – 342 с.