

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра патологической анатомии имени профессора П.Г.Подзолкова

РЕФЕРАТ
«Эхинококкоз»

Выполнил: Ординатор 1-го года
Очирова Ранжид Ринчиновна

Руководитель: К.М.Н., доцент
Хоржевский Владимир Алексеевич

Красноярск, 2023

Содержание

1. Введение
2. Этиология, эпидемиология и патогенез.
3. Патологическая анатомия.
4. Осложнения.
5. Список литературы.

Введение.

Эхинококкоз (от греч. echinos - еж, kokkos - зерно) - гельминтоз из группы цестодозов, характеризующийся образованием эхинококковых кист в различных органах. В мире наибольшая заболеваемость эхинококкозом отмечается в Австралии, Новой Зеландии, Северной Африке, Южной Америке, Южной Европе, Центральной Азии. В России гельминтоз встречается в Поволжье, Приуралье, Ставропольском и Краснодарском крае, Западной Сибири, на Дальнем Востоке.

В эндемичных регионах заболеваемость населения эхинококкозом достигает 5-10%. Распространенность эхинококкоза тесно связана с развитием животноводства. Учитывая тот факт, что при эхинококкозе могут поражаться различные внутренние органы, а единственно радикальным методом лечения является операция, заболевание лежит в сфере интересов торакоабдоминальной хирургии, нейрохирургии, кардиохирургии.

Этиология, эпидемиология и патогенез.

Наибольшее значение в патологии человека и животных имеют *Echinococcus granulosus*, вызывающий гидатидозную форму эхинококкоза, и *Echinococcus multilocularis*, вызывающий альвеолярную форму эхинококкоза, или альвеококкоз. Гидатидозный эхинококкоз встречается чаще, чем альвеококкоз.

В развитии гидатидозного эхинококкоза у человека большая роль принадлежит облигатному хозяину половозрелого ленточного червя: в природе - плотоядным животным (волки, шакалы и др.), в культурных очагах - собаке. У них паразит обитает в кишечнике. Личинка альвеококка, отличающаяся от личинки гидатидозного эхинококка, обнаруживается у грызунов и человека. Охота и скотоводство на пастбищах, загрязненных фекалиями зараженных хищников, приводят к заражению скота (коровы, олени и др.), поедающего загрязненную траву, и собак, которым скармливают внутренности убитых диких животных. Это обуславливает появление смешанных очагов инвазии. Заражение человека происходит в очагах инвазии при тесном контакте с зараженными собаками, при разделке туш пораженных животных, пользовании загрязненными природными водоисточниками. Следует подчеркнуть, что альвеококкоз характеризуется определенной географической патологией. В нашей стране он чаще наблюдается в Якутии, Казахстане. Очаги альвеококкоза встречаются также в некоторых странах Европы.

В ЖКТ человека под действием пищеварительных ферментов оболочка яйца и онкосферы растворяется, и наружу выходит личинка. С помощью крючьев она внедряется в слизистую кишки, откуда попадает в венозный кровоток и в порталную систему. Большая часть онкосфер оседает в печени; иногда через

нижнюю полую вену онкосферы попадают в правые отделы сердца, а оттуда – в малый круг кровообращения и легкие. Реже через легочные вены и левые отделы сердца зародыши оказываются в большом круге кровообращения и могут быть занесены в любой орган: головной мозг, селезенку, почки, мышцы и др. В результате инвазии примерно в 70-80% случаев развивается эхинококкоз печени, в 15% - эхинококкоз легких, в остальных случаях происходит поражение других органов.

После оседания зародыша эхинококка в том или ином органе начинается пузырчатая или гидатидозная стадия развития паразита. Эхинококковый пузырь представляет собой кисту, покрытую двухслойно оболочкой, состоящей из внутреннего (зародышевого) и наружного (хитинового) слоев. Киста медленно увеличивается в размерах (примерно на 1 мм в месяц), однако спустя годы может достигать гигантских размеров. Внутри эхинококкового пузыря содержится прозрачная или беловатая опалесцирующая жидкость, в которой плавают дочерние пузыри и сколексы. Дочерние пузыри эхинококка могут образовываться и снаружи хитиновой оболочки; их общее количество может достигать 1000.

Проявления эхинококкоза связаны с сенсibiliзирующим влиянием паразитарных антигенов и механическим давлением кисты на органы и ткани. Паразитирование эхинококка сопровождается выделением продуктов обмена, что приводит к развитию интоксикации и аллергической реакции замедленного типа. В случае полного разрыва кисты происходит истечение ее содержимого в плевральную или брюшную полость, что может вызвать анафилактический шок. Увеличивающаяся в размерах эхинококковая киста давит на окружающие структуры, нарушая функции пораженного органа. В некоторых случаях развивается нагноение кисты; реже возможно самопроизвольная гибель эхинококка и выздоровление.

Патологическая анатомия.

Пораженный орган, как правило, деформирован и увеличен в размерах. Эхинококковые кисты могут располагаться как в глубине органа, так и на его поверхности. Макроскопически над эхинококковой кистой определяется выбухание и истончение ткани органа. При поверхностном расположении кист обнаруживается плотная, белесоватого цвета фиброзная капсула, которая может быть спаяна с окружающими тканями. В капсуле выявляются отложения солей кальция, в ряде случаев имеет место обызвествление всей капсулы. Эхинококковые кисты имеют округлую или овальную форму, размер их от 1 мм до 40 см в диаметре. Кисты наполнены прозрачной жидкостью и окружены белесоватой блестящей хитиновой оболочкой. В жидкости взвешены мельчайшие белого цвета частички (сколексы). При гибели паразита кисты заполнены гнойным или мутным содержимым, в некоторых случаях представляющим гнойно-творожистую массу. Содержимое эхинококковых

кист, расположенных в печени, может быть окрашено желчью. В полости одной кисты могут находиться более мелкие дочерние пузыри, окруженные белесоватой тонкой хитиновой оболочкой.

В фиброзной капсуле различают три слоя: внутренний, прилежащий к хитиновой оболочке, гиалиновый и слой грануляционной ткани. Внутренний слой представляет собой детрит, в котором встречаются живые и погибшие сколексы. Гиалиновый слой состоит из волокон и пластов, бедных клеточными элементами. За гиалиновым слоем располагается грануляционная ткань, которая проникает в глубь органа. В этом слое встречаются сосуды, нервные волокна, макрофаги, эозинофилы, плазматические и эпителиоидные клетки.

В тканях, расположенных вокруг эхинококковой кисты, наблюдаются атрофические изменения, обусловленные сдавлением при прогрессирующем увеличении кисты. В отдельных случаях возникают инфильтраты, состоящие в основном из эозинофилов. Воспалительные изменения в прилегающих к эхинококковой кисте зонах паренхиматозных органов могут варьировать от незначительных до сформировавшегося цирроза. В участках органа, свободных от эхинококковых кист, можно наблюдать викарную гипертрофию паренхимы.

При гибели паразита и нагноении кисты развивается картина острого гнойного воспаления ее стенок. В печени вблизи нагноившейся фиброзной капсулы происходит дистрофия печеночных клеток. В легочной ткани, окружающей погибшего паразита, наблюдаются ателектазы, очаги пневмосклероза и воспаления, бронхоэктазы.

При эхинококкозе головного мозга вокруг кисты образуется капсула, а вблизи нее отмечаются сглаженность борозд и расширение извилин мозга, иногда внутренняя гидроцефалия (см.), круглоклеточная инфильтрация, утолщение стенок сосудов, некротические изменения нервных волокон, глиоз, при давлении кисты на кости черепа — их узурация.

Осложнения.

При эхинококкозе осложнения чаще связаны с ростом пузыря в печени или метастазами альвеококка. Возможно развитие амилоидоза.

Список литературы.

Вопросы диагностики и хирургического лечения эхинококкоза, под ред. В. В. Вахидова и др., Ташкент, 1979;

Гельминтозы человека, под ред. Ф. Ф. Сопрунова, М., 1985; Дамянов Б. Д., Стоянов Г. И. и Николова В. А.

Эхинококкоз печени — ультраструктурные патогенетические аспекты и клиничко-лабораторные сопоставления, Хирургия, № 1, с. 65, 1985; Дейнека И. Я.

Эхинококкоз человека, М., 1968, библиогр.; Милонов О. Б. и Бабур А. А. Эхинококкоз печени, Ташкент, 1982; Милонов О. Б. и Османов А. О. Рецидивный и резидуальный эхинококкоз органов брюшной полости, Хирургия, № 1, с. 37, 1985;

Многотомное руководство по микробиологии, клинике и эпидемиологии инфекционных болезней, под ред. Н. Н. Жукова-Вережникова, т. 9, с. 509, 1968; Петровский Б. В., Милонов О. Б. и Дееничин П. Г.

Хирургия эхинококкоза, М., 1985;

Руководство по зоонозам, под ред. В. И. Покровского, с. 277, М., 1983; Смирнов В. А. и др.

Современная диагностика рецидивов эхинококкоза органов брюшной полости, Хирургия, № 4, с. 67, 1984;

Тропические болезни, под ред. Е. П. Шуваловой, с. 403, М., 1979;

Хирургия паразитарных заболеваний, под ред. И. Л. Брегадзе и Э. Н. Ванцяна, с. 7, М., 1976; Штерн В. Н.

Рентгенодиагностика эхинококкоза у человека, М., 1973; Bahr R. и Koslowski L. Echinokokkose, Epidemiclogie, Diagnostik und Therapie, Dtsch. med. Wschr., S. 1098, 1977; Goller W. u. a. Die LeberechinoKokkose und ihre Komplikationen, Langenbecks Arch. klin. Ghir., Bd 341, S. 219, 1976; Haertel M., Fretz C. u. Fuchs W. A. Zur computer tomograpbischen Diagnostik der Echinokokkose, Fortschr. Rontgenstr., Bd 133, S. 164, 1980; Koslowski L., Bahr R. u. Kummer D. Klinik und Therapie des Leberechinokokkus, Chirurg, Bd 50, S. 140, 1979.