

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2014

УДК 616.995.132-053.2-036.1

*Дворяковский И.В., Яцык С.П., Дворяковская Г.М., Талалаев А.Г.***СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА У МАЛЬЧИКА 8 ЛЕТ (ВОЗМОЖНОСТИ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ ДИАГНОСТИКИ)**

Научный центр здоровья детей РАМН, 119991, Москва, Ломоносовский проспект, 2, стр. 1

Представлены результаты выявления редкого гельминтоза — дирофиляриоза у мальчика 8 лет, который локализовался в коже мошонки. При УЗИ выявлено неоднородное объемное образование. После оперативного удаления этого образования при морфологическом исследовании был установлен дирофиляриоз. Рекомендуется использование УЗИ в качестве первичного метода обследования.

Ключевые слова: дирофиляриоз у детей; ультразвуковая диагностика.

*I.V. Dvoryakovskiy, S.P. Yatsyk, G.M. Dvoryakovskaya, A.G. Talalaev***THE CASE OF DIROFILARIASIS IN A BOY OF 8 YEARS OLD (POSSIBILITIES OF ULTRASONIC DIAGNOSIS)**

The results of detection of rare helminthiasis dirofilariasis in the boy of 8 years old, which was localized in the skin of the scrotum are presented. In ultrasound examination there was revealed the inhomogeneous space-occupying lesion. After surgical removal of this mass in the morphological study there was established dirofilariasis. There is recommended to use ultrasound as the primary method of inspection.

Key words: dirofilariasis in children; Ultrasound diagnosis.

**Д**ирофиляриоз – заболевание, вызываемое паразитированием нематоды рода *Dirofilaria* в организме человека. Этот гельминтоз характеризуется медленным развитием и длительным хроническим течением. Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы кровососущих комаров, зараженных инвазионными личинками дирофилярий. Источником заражения комаров обычно являются инвазированные домашние собаки и кошки, реже дикие животные. Вследствие недостаточной информированности врачей дирофиляриоз проходит под различными диагнозами непаразитарной этиологии [1–4].

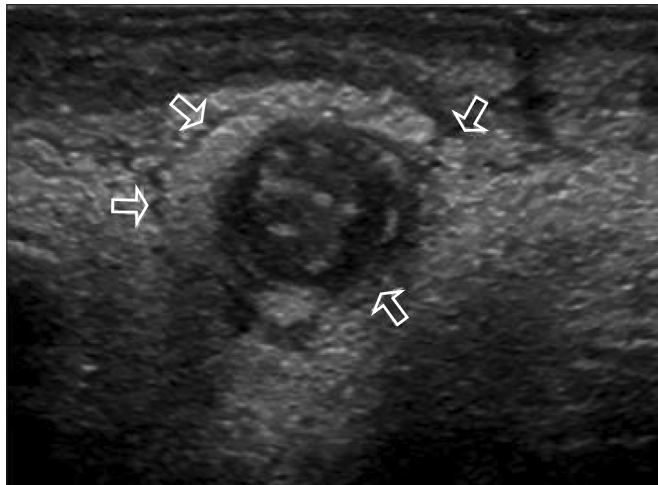
В данной работе описывается случай дирофиляриоза в области мошонки. Родители мальчика С., 8 лет, обратились к урологу с жалобами ребенка на чувство жжения и зуда в левой половине мошонки. При осмотре определялась выраженная гиперемия и отек мошонки, пальпаторно выявлялось объемное образование плотной однородной консистенции размером с горошину. Ребенок был направлен на ультразвуковое исследование, которое выполнено с помощью высокочастотного (до 14 МГц) линейного датчика. В стенке мошонки определялось объемное образование размером 10x10x8 мм с четким контуром, эхогенным неоднородным центром, окружен-

ным анэхогенным слоем (см. рисунок). Сосуды не визуализировались. Было решено проводить динамические исследования с частотой одного раза в 2–3 нед. В течение 2 мес было проведено 4 исследования, результаты которых практически не менялись. По данным последнего исследования: размеры образования оставались прежними, несколько поменялась структура центра – оставаясь эхогенной, стала более неоднородной. Учитывая клинические данные принято решение об оперативном лечении.

Ребенок госпитализирован в уроandroлогическое отделение НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, где проведено оперативное вмешательство – ревизия мошонки слева. Чрезмошоночным доступом выделено образование в пределах здоровых тканей, которое располагалось в стенке мошонки интактно по отношению к левому яичку и придатку. Образование удалено. Рана послойно ушита. Полученный материал направлен на морфологическое исследование в специализированную лабораторию по паразитарным болезням клинического центра Первого МГМУ им. И.М. Сеченова.

При микроскопическом исследовании срезов обнаружен очаг хронического воспаления, в соединительнотканной капсуле которого определялся серозно-гнойный экссудат, белок, эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты, макрофаги и фибробласты. В центре образования в зоне лимфоэозинофильной инфильтрации – свернутая в клубок нематода *Dirofilaria* – круглый червь, многократно срезанный в поперечном или косом направлении.

Для корреспонденции: *Дворяковский Игорь Вячеславович*, доктор мед. наук, проф. зав. отд-нием ультразвуковой диагностики НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, e-mail: [dvor2009@yandex.ru](mailto:dvor2009@yandex.ru)



Эхограмма области мошонки мальчика С., 8 лет (поперечное сканирование). Объемное образование (дирофиляриоз) обозначено стрелками.

Дифференциальный морфологический диагноз диофиляриоз в гистологических срезах основан на характерном диагностическом признаке – наличии кутикулярных «шипов», соответствующих вершинам продольных гребней на кутикуле нематоды. Внутри среза просматривались внутренние органы, в том числе половые трубки. Сравнительный анализ данных ультразвукового и морфологического исследований позволил предположить, что эхогенный центр на эхограмме образования представлял собой нематоду, анэхогенная периферия – экссудат, а четкий контур – соединительнотканную оболочку.

На основании данных морфологического исследования пациенту поставлен диагноз диофиляриоза, ребенок выписан в удовлетворительном состоянии.

Анализ литературы и приведенный случай показывают, что при диофиляриозе не наблюдается клинических признаков интоксикации, в результате чего обращение к врачу происходит, как правило, после случайного обнаружения подкожного образования или вызванного им локального дискомфорта [1–4]. Поскольку нематода способна к миграции, то в большинстве случаев бывает невозможно определить место первичной инокуляции. Так, описан случай, когда миграция гельминта продолжалась 11 мес, в течение которых он переместился от левого запястья до левого верхнего века [5]. Одним из признаков поражения, по мнению этих авторов, является ощущение шевеления в зоне эритемы и изменение формы подкожного инфильтрата при его пальпации. Основными поверхностно расположенными структурами, с которыми нужно дифференцировать диофиляриоз,

являются фибромы, липомы, атеромы, кисты, опухоли, лимфаденит [2, 4]. Все эти образования имеют специфические УЗ-характеристики, отличные от диофиляриоза, поэтому заподозрить его при исследовании можно, позволяя тем самым врачу правильно выбрать диагностическую и лечебную тактику для конкретного больного.

Таким образом, учитывая расширение ареала распространения диофиляриоза, сопровождаемое увеличением числа заболевших в России, требуется разработка современных методов обследования, позволяющих диагностировать заболевание на ранних стадиях развития [1]. В качестве первичного метода обследования независимо от возраста больных может быть рекомендован метод УЗ-диагностики.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бронштейн А.М., Супряга В.Г., Ставровский Б.И. Диофиляриоз человека в Московском регионе. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2003; 3: 51–6.
2. Авраменко Ю.В., Супряга В.Г., Бронштейн А.М., Шмыров О.С. Диофиляриоз под маской ущемленной паховой грыжи. Детская хирургия. 2003; 4: 50–1.
3. Лысенко А.Я., Владимиров М.Г., Кондрашин А.В., Майори Д. Клиническая паразитология: руководство. Женева: ВОЗ; 2002.
4. Супряга В.Г., Старкова Т.В., Короткова Г.И. Клинический и паразитологический диагноз диофиляриоза человека. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. 2002; 1: 53–5.
5. Малов А.А., Черемных Л.Г., Горбаченко А.Н., Моисеенко А.Б., Бертрам Л.И. Клинический случай диофиляриоза. Клиническая медицина. 2005; 5: 69–72.

#### REFERENCES

1. Bronstein A.M., Supryaga V.G., Stavrovskiy B.I. Dirofilaria person in the Moscow region. Meditsinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni. 2003; 3: 51–6. (in Russian)
2. Avramenko Yu.V., Supryaga V.G., Bronstein A.M., Shmirov O.S. Dirofilaria under the mask strangulated inguinal hernia. Detskaya chirurgiya. 2003; 4: 50–1. (in Russian)
3. Lisenko A.Ya., Vladimirova M.G., Kondrashin A.V., Mayori D. Clinical Parasitology: a Guide [Klinicheskaya parazitologiya: rukovodstvo]. Geneva: WHO; 2002. (in Russian)
4. Supryaga V.G., Starkova T.V., Korotkova G.I. Clinical and parasitological diagnosis of dirofilariasis person. Meditsinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni. 2002; 1: 53–5. (in Russian)
5. Malov A.A., Cheremnikh L.G., Gorbachenko A.N., Moiseenko A.B., Bertram L.I. A clinical case of dirofilariasis. Klinicheskaya meditsina. 2005; 5: 69–72. (in Russian)

Поступила 27.03.14  
Received 27.03.14

Сведения об авторах:

**Яцык Сергей Павлович**, доктор мед. наук, проф. зав. уроandroлогическим отд-нием НИИ педиатрии НЦЗД РАМН; **Дворяковская Галина Михайловна**, доктор мед. наук, проф. зав. отд-нием ультразвуковой диагностики НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, e-mail: dvor2009@yandex.ru; **Талалаев Александр Гаврилович**, доктор мед. наук, проф., зав. патологоанатомической лаб. НИИ педиатрии НЦЗД РАМН, e-mail: dvor2009@yandex.ru