



УДК 616 - 002.95 - 07 - 08 - 06 : 617.52

Н.Г. Бобылев, А.Г. Бобылев, Д.А. Бобылев, А.П. Ладнюк, И.Ю. Литвина, В.В. Кorableва

ДИРОФИЛЯРИОЗ ЛИЦА (2 СЛУЧАЯ ИЗ ПРАКТИКИ)

Дальневосточный государственный медицинский университет,
680000, ул. Муравьева-Амурского, 35, тел.: 8-(4212)-32-63-93, e-mail: nauka@mail.fesmu.ru, г. Хабаровск

В настоящее время дирофиляриоз представляет особый интерес в патологии человека, и это связано прежде всего с тем, что в лечении заболевания принимают участие врачи различных специальностей: дерматологи, офтальмологи, хирурги, онкологи, стоматологи и многие другие. Допускается большое количество ошибок на всех этапах первичной диагностики, соответственно есть ошибки и в лечении.

Дирофиляриозы — это трансмиссивные биогельминтозы из группы нематодозов, инвазионные личинки которых передаются человеку через переносчиков — комаров. Дирофиляриозы распространены повсеместно [1]. У человека наиболее часто встречается вид- *Dirophilaria repens* Railliet et Henry, 1901. Длина тела самки 100-170 мм, самца — 50-70 мм. Естественными донорами являются дикие (реже домашние) млекопитающие, преимущественно семейства псовых, у которых паразиты локализуются в подкожной клетчатке.

Клиническая картина представлена самыми разнообразными симптомами. В связи с тем, что заболевание вызвано расположением гельминта в тканях, в местах его нахождения образуются характерные, резко болезненные узлы, с выраженной эозинофильной инфильтрацией вокруг паразита [2], определяются плотные образования с умеренным отеком тканей, покраснение кожи, зуд, нередко присоединяется болезненность, в некоторых случаях повышается температура до высоких цифр, иногда клиника схожа с тромбозом вен, также отмечается миграция паразита в другие части тела. Количество симптомов заболевания нередко напрямую связано со стадией и длительностью заболевания.

Участившиеся случаи дирофиляриоза у человека, в том числе в челюстно-лицевой области, заставили нас проанализировать два случая этого заболевания в нашей клинике. Приводим наши наблюдения.

Первый случай.

17.05.07 г. пациентка, 58 лет, обратилась в приемный покой челюстно-лицевого отделения МУЗ ГКБ №2 с жалобами на отек, опухолевидное образование скуловой области слева.

Резюме

В статье представлены материалы клинических наблюдений двух случаев дирофиляриоза лица. Выделены отдельные симптомы, характерные для течения заболевания. В большинстве случаев невозможно провести раннюю диагностику, одновременно с этим, заболевание имеет сезонный характер, и проявляющиеся симптомы характерны для большинства воспалительных процессов с абсцедированием. Однако необходимо заметить, что имеется патогномоничный признак — изменение локализации процесса и длительность заболевания. Предлагается индивидуальная профилактика дирофиляриоза лица.

Ключевые слова: дирофиляриоз, пути инфицирования, диагностика, лечение, профилактика.

N.G. Bobylev, A.G. Bobylev, D.A. Bobylev,
A.P. Ladnyuk, I.Y. Litvina, V.V. Korableva

DIROFILARIOSIS OF THE FACIAL REGION (2 CLINICAL CASES)

Far east state medical university, Khabarovsk

Summary

The materials of clinical observations of 2 clinical cases of dirofilariosis of the facial region are presented in this article. Characteristic symptoms of this disease were considered. In the majority of cases earlier diagnostics is impossible. Also, the disease has the seasonal character, and it's symptoms are similar to other inflammations with abscessing. However, there is the pathognomonic sign - the change of localization of the process and of prolongation of the disease's period. An individual prophylaxis of dirofilariosis of the facial region is suggested.

Key words: dirofilariosis, ways of contamination, diagnostics, treatment, prophylaxis.

Из анамнеза: со слов пациентки, в феврале-марте 2007 г. в скуловой области увеличились «вены», через

неделю отметила отек тканей лица, преимущественно справа, уплотнение перемещалось по правой половине лица при переохлаждении.

Местно: на момент поступления в мягких тканях скуловой области справа определяется опухолевидное образование, плотноэластической консистенции, диаметром до 2 см, кожа над образованием не изменена, умеренно отечна. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Пациентка с первичным диагнозом «атерома правой скуловой области» госпитализирована. 17.05.07 г. произведена операция удаление атеромы. Под местной анестезией произведено два сходящихся полукруглых разреза, тупым путем выделена и удалена капсула и опухолевидное образование, после ревизии образования под капсулой обнаружен белый круглый червь длиной около 100 мм, толщиной до 0,3 мм.

Постоперационный период без осложнений. На 3 сут инфильтрат уменьшился в размерах, заживление раны вторичным натяжением.

Второй случай.

31.07.07 г. пациент, 28 лет, обратился в приемный покой челюстно-лицевого отделения МУЗ ГКБ №2 с жалобами на нарастающий отек в мягких тканях лобной области.

Из анамнеза: около 1,5 лет назад в указанной локализации появилось образование округлой формы, не выступающее над поверхностью кожи, которое медленно увеличивалось в размерах. Последние 2 нед. беспокоил зуд кожи в области образования, в течение 5 дн. увеличился отек окружающих тканей.

Местно: в центре кожи лба определяется плотный инфильтрат диаметром до 2,5 см, с напряжением и гиперемией кожи, вокруг инфильтрата отек, распространяющийся на ткани переносицы и верхние веки обоих глаз. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Пациент с первичным диагнозом «нагноившаяся атерома лобной области» госпитализирован. 31.07.07 г. произведена операция, под местной анестезией рассечена кожа в центре инфильтрата, получено до 1,0 мл гнойно-сукровичного содержимого с тремя круглыми червями белого цвета длиной от 40 до 50 мм, диаметром до 0,3 мм. Постоперационный период без осложнений. На 5 сут воспалительные явления в мягких тканях лба полностью купировались, заживление раны вторичным натяжением.

В обоих случаях извлеченные паразиты были изучены на кафедре биологии ДВГМУ, где был определен тип паразита — *Dirofilaria repens*.

Больные из отделения выписаны в удовлетворительном состоянии, койко-день составил 5 сут.

Своими наблюдениями мы дополняем клиническую картину дирофиляриоза и впервые приводим описание этого заболевания в челюстно-лицевой области. Первый симптом заболевания — болезненная опухоль, в которой ощущается зуд и жжение разной степени интенсивности. Некоторые больные отмечают «особые» ощущения сразу же после инфективного укуса комара, выражающиеся в необычном чувстве распирания и очень сильном длительном зуде в месте укуса. Характерным симптомом дирофи-

ляриоза является миграция возбудителя — перемещение уплотнения или самого гельминта под кожей, которое отмечается у 10-40% инвазированных. Расстояние, на которое перемещается дирофилярия, составляет несколько десятков сантиметров, скорость перемещения — до 30 см за 1-2 сут. Усиление миграции паразита происходит при воздействии на кожу токами УВЧ при физиотерапии, а также после прогревания компрессами или согревающими мазями, а в некоторых случаях — при переохлаждении этого участка кожи. Специфическим признаком дирофиляриоза является ощущение шевеления и ползания животного «червя» внутри уплотнения, опухоли или подкожного узла. У многих больных инвазия имеет рецидивирующее течение с фазами затихания и обострения процесса. При несвоевременном удалении гельминта может происходить развитие абсцесса в месте его локализации. Как правило, гельминт располагается в соединительно-тканной капсуле, содержащей серозно-гнойный экссудат, белок и эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты, которыми инфильтрирована жировая клетчатка, с добавлением макрофагов и фибробластов. В начале заболевания, когда появляются уплотнения, узелок, отмечается умеренная отечность или незначительная гиперемия кожи, иногда она совсем не изменена. В ряде случаев больные извлекают гельминта при расчесах кожи, или в результате спонтанного вскрытия гнойника гельминт выходит наружу самостоятельно. Другими симптомами заболевания могут быть головная боль, тошнота, слабость, повышенная температура, сильные боли в месте нахождения гельминта с иррадиацией по ходу нервных стволов. Изменения в периферической крови не характерны, однако эозинофилия при дирофиляриозе бывает увеличенной в пределах 8-11% [1, 2].

Поскольку предупредить заболевание гораздо легче, чем вылечить, население должно быть информировано как о путях заражения, так и о симптомах, сопровождающих заболевание. Профилактика сводится к защите от укусов комаров. В связи с этим можно рекомендовать населению защитные средства, отпугивающие насекомых, не использовать для умывания непроточную воду, так как вода в стоячих водоемах и емкостях может содержать *Dirofilaria repens*, которые при втирании в кожу могут легко внедряться в ткани поврежденных участков тела.

Л и т е р а т у р а

1. Авдюхина Т.И., Постнова В.Ф., Абросимова Л.М. и др. // Дирофиляриоз (*D. repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденция ее изменения // Мед. паразитол. - 2003. - №4. - С. 44-48.

2. Бароян О.В., Бредли Д.Ж. // Современные взгляды на тропическую патологию. - М., 1979. - С. 236-239.

Координаты для связи с авторами: *Бобылев Николай Геннадьевич* — канд. мед. наук, доцент, заведующий кафедрой хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии, тел.: 8-962-587-48-01; *Бобылев Анатолий Геннадьевич* — канд. мед. наук, ассистент кафедры хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии; *Бобылев Дмитрий Анатольевич* — врач-стоматолог; *Ладнюк Алексей Павлович* — студент ДВГМУ; *Литвина Ирина Юрьевна* — студентка ДВГМУ; *Кораблева Валерия Владимировна* — студентка ДВГМУ.