

Д.С. Боенко, И.А. Талалаенко, Ю.В. Светличный, А.О. Целикова, В.И. Чубарь

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, Донецк

СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ, ИМИТИРУЮЩИЙ ДЕРМОИДНУЮ КИСТУ

В клинической практике нередко возникают ситуации, когда в лечении пациента на разных этапах принимают участие несколько специалистов – терапевты, хирурги, стоматологи, офтальмологи, дерматологи и т.д. Клинические случаи, лежащие на стыке медицинских специальностей, являются наиболее интересными. В лечении таких больных могут допускаться диагностические и, соответственно, лечебные ошибки. Иногда окончательный диагноз устанавливается только оториноларингологом в ходе операции. В полной мере это касается участившихся в последние годы во всем мире случаев дирофиляриоза, имитирующего патологию ЛОР-органов [2, 5, 10, 15].

Дирофиляриоз – тканевой трансмиссивный гельминтоз, характеризующийся медленным развитием и длительным хроническим течением. Его возбудитель относится к классу круглых червей *Nematoda*. По данным медицинской литературы на территории Украины и России чаще встречается *Dirophililaria repens* Railliet et Henry [1, 3, 4, 8, 11]. Это зооноз, окончательным хозяином гельминта являются животные – представители семейства псовых, кошачьих. Заражение человека происходит через укусы комаров. Впервые подкожный дирофиляриоз у человека описан в 1867 г. в Италии. В России первое сообщение о нём принадлежит А.П. Владыченскому (1915), нематода была выделена из опухоли, локализованной между внутренней стенкой орбиты и глазным яблоком [6].

Дирофиляриоз характеризуется достаточно продолжительным инкубационным периодом, длящимся от 1-2 месяцев до 2 лет. Как указывают исследователи, клинические проявления этого заболевания зависят от места нахождения гельминта [7, 9]. Как правило, в подкожном или подслизистом слое появляется безболезненная или болезненная «опухоль», сопровождающаяся локальным жжением и зудом, с гиперемией над ней. Больных также могут беспокоить боли в месте локализации гельминта с иррадиацией по ходу нервных стволов, головная боль, тошнота, слабость [12, 13]. Локализация гельминта, как

правило, и «определяет» профиль врача, к которому обращается инфицированный пациент.

Клиническая картина и данные объективного обследования, как правило, неспецифичны, и не позволяют быстро установить правильный диагноз. Часто дирофиляриоз протекает под видом кисты, атеромы, опухоли, абсцедирующего инфильтрата или аллергического отека. В доступной литературе мы не нашли сообщений о дирофиляриозе с локализацией в подкожной клетчатке в проекции околоносовых пазух. В связи с этим представленный нами клинический случай выявления *Dirofililaria repens* у человека интересен для практикующего оториноларинголога, челюстно-лицевого хирурга, дерматолога и других специалистов.

Приводим наше наблюдение.

Больная Ф., 18 лет, госпитализирована в ЛОР-клинику Дорожной клинической больницы на ст. «Донецк» 6.11.2017 г. с диагнозом «новообразование передней стенки правой лобной пазухи» (история болезни № 6256/623).

При поступлении предъявляла жалобы на наличие плотного, умеренно болезненного образования, расположенного немного выше междубровья. Болеет в течение нескольких лет. Осенью 2015 года впервые отметила появление плотного болезненного выпячивания в области лба. Как свидетельствуют данные амбулаторной карты, обратилась к хирургу и была госпитализирована в хирургическое отделение г. Алчевска, где произведено хирургическое удаление новообразования с последующим морфологическим исследованием. Патогистологическое заключение: «дермоидная киста». Выписана с выздоровлением. Однако через четыре месяца в проекции послеоперационного рубца вновь появилась заметная припухлость, при пальпации определялось плотное, умеренно болезненное новообразование, соответствующее «старой» локали-

зации патологического процесса. Произведена спиральная компьютерная томография околоносовых пазух с 3D реконструкцией, обнаружен щелевидный костный дефект передней стенки правой лобной пазухи с четкими краями размером 2 мм, с примыкающим к нему мягкотканым образованием, диаметр которого составляет 12 мм. Пневматизация всех околоносовых пазух не нарушена. Носовая перегородка искривлена влево в костном и хрящевом отделах. Данная ситуация была расценена хирургом как рецидив дермоидной кисты. Пациентка была повторно госпитализирована в хирургическое отделение для оперативного лечения. Как следует из медицинских документов, в ходе повторной операции удалить данное новообразование не удалось из-за его тесной связи с плотной надкостницей лобной кости. Для уточнения диагноза и тактики лечения пациентка направлена в Донецкий дорожный ринологический центр.

Из перенесенных заболеваний отмечает острые респираторные инфекции. Является уроженкой Луганской области, последние 4 года не покидала пределов Донбасса. В детстве перенесла травму лица, закрытую черепно-мозговую травму. Туберкулёз, малярию, вирусные гепатиты, употребление наркотиков, венерические заболевания отрицает.

При поступлении общее состояние удовлет-

ворительное. Кожа и видимые слизистые чистые, обычной окраски. В лёгких везикулярное дыхание, хрипов нет. Частота дыхательных движений – 18 в минуту. Границы сердца в норме, при аускультации тоны чистые, ритмичные. Артериальное давление 120/80 mmHg, пульс 65 ударов в минуту, удовлетворительных свойств. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень у края реберной дуги, селезёнка не пальпируется. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

При наружном осмотре кожа носа и в проекции передних стенок околоносовых пазух обычной окраски, носовая пирамида правильной формы. На 15 мм выше носолобного шва в области междубровья определяется округлое, безболезненное, плотное новообразование диаметром около 10 мм, не спаянное с кожей, плотно связанное с лобной костью. При эндоринскопии: носовая перегородка искривлена влево в костном и хрящевом отделах. Слизистая полости носа розовая, в носовых ходах скудное слизистое отделяемое. Правая нижняя носовая раковина застойно гиперемирована, синюшна. Носовые ходы без особенностей. Дополнительные образований в полости носа не выявлено. В носоглотке аденоидные вегетации 1 степени.

Шейные лимфатические узлы не увеличены, мягкие при пальпации. Фарингоскопия: слизи-



Рис. 1. Больная Ф., 18 лет. Конусно-лучевая 3D компьютерная томография околоносовых пазух в сагиттальной проекции. Мягкотканное новообразование в области передней стенки лобной пазухи, щелевидный дефект лобной кости. Пневматизация околоносовых пазух не нарушена.

стая глотки обычной окраски, нёбные миндалины 1 степени. Ларингоскопия: слизистая гортани бледная, надгортанник не изменён, преддверные и голосовые складки подвижны, полностью смыкаются при фонации. Отоскопия: AD = AS. В слуховых проходах скудное количество серы. Барабанные перепонки перламутрового цвета, опознавательные знаки чёткие, подвижность барабанных перепонки сохранена. Слух AD = AS, шёпотная и разговорная речь – 6 м.

С целью уточнения характера новообразования и его связи с лобной пазухой, и, принимая во внимание его рецидивирующий характер, выполнена конусно-лучевая 3D компьютерная томография околоносовых пазух. Обнаружен щелевидный дефект передней стенки правой лобной пазухи, к которому примыкает округлое образование с чёткими контурами диаметром 10×12 мм, связанное с надкостницей лобной кости (рис. 1.).

Принято решение о проведении оперативного лечения с вероятной резекцией лобной кости для профилактики рецидива процесса.

Приводим данные клинического обследования.

Общий анализ крови: эритроциты – 4,7 Т/л, Нб – 151 г/л, цветной показатель – 0,9, лейкоциты – 6,5 Г/л, СОЭ – 4 мм/ч, п-1, с-35, э-17; л-37, м-10, тромбоциты – 300 Г/л. Длительность кровотечения по Дюке – 1'30". Время свёртывания по Сухареву: начало – 4', конец – 5'. Общий анализ мочи: прозрачность ясная, удельный вес – 1012, белок не обнаружен, реакция слабощелочная, лейкоциты – 2-4 в поле зрения, эритроциты – нет, эпителий – незначительное количество. Биохимический анализ крови: общий белок – 69 г/л, мочевины – 4,2 ммоль/л, креатинин – 82,9 мкмоль/л, общий билирубин – 15,7 мкмоль/л, прямой билирубин – 2,0 мкмоль/л, непрямого билирубин – 13,7 мкмоль/л, глюкоза крови – 6,4 ммоль/л, АлАТ – 6,5 ед/л, АсАТ – 5,0 ед/л. Группа крови А (II) Rh+. Рентгенография органов грудной клетки: сердце и аорта без особенностей, легочные поля без патологических изменений. ЭКГ: ритм синусовый, регулярный, частота сердечных сокращений 78 в минуту, вертикальное положение электрической оси сердца, синдром ранней реполяризации желудочков.

7.11.2017 г. под интубационным наркозом выполнена операция – удаление новообразования, резекция передней стенки правой лобной пазухи. Произведен горизонтальный разрез кожи и подкожной клетчатки в проекции новообразования с иссечением имеющегося послеоперационного рубца. Тупым и острым путём выделено опухолеподобное новообразование, связанное с надкостницей передней стенки правой лобной пазухи (рис. 2.), не связанное, однако, с костным дефектом.

Надкостница в области дефекта лобной кости обнажена и отодвинута распатором. В области дефекта передней стенки лобной пазухи, отступив 3 мм по его периметру, резецирована кость при помощи фибродиспенсера. Обнажена слизистая оболочка лобной пазухи, которая не изменена. Учитывая нормальную пневматизацию лобной пазухи и неизменённый вид её слизистой оболочки, просвет пазухи не вскрывался. В области костного дефекта уложена коллагеновая мембрана «Остеобиол». В рану введен дренаж, она ушита двумя кетгутowymi швами, на кожу наложено пять косметических викриловых швов, асептическая повязка. Удалённый материал направлен на патогистологическое исследование.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Дренаж удалён на вторые сутки, рана зажила первичным натяжением. В клинике получала ежедневные перевязки, Супракс-солютаб по 400 мг ежедневно, Лоратадин 1 таблетка ежедневно, Линекс по 1 капсуле 3 раза в день.

Патогистологическое исследование операционного материала от 9.11.2017 г. № 2924: в присланном материале инкапсулированные гелиминты с выраженным хроническим воспалением окружающих тканей (рис. 3.).

13.11.2017 г. пациентка выписана с выздоровлением. Направлена на консультацию к паразитологу с целью уточнения дальнейшей тактики.

Данный клинический случай свидетельствует, что диروفилляриоз распространён повсеместно, а не только в странах с тёплым и влажным

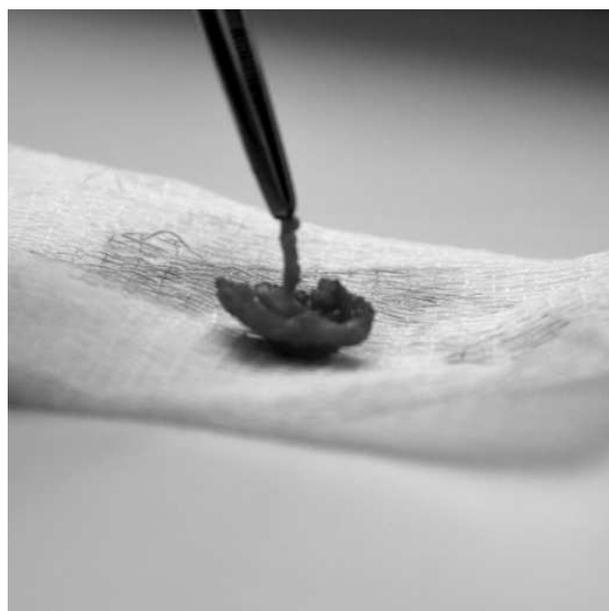


Рис. 2. Удалённое новообразование.

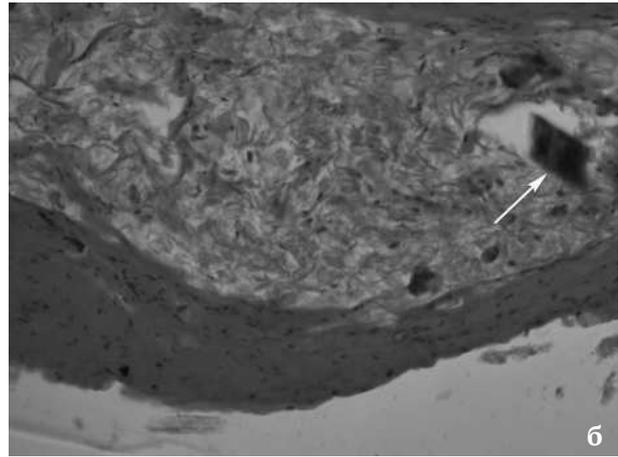
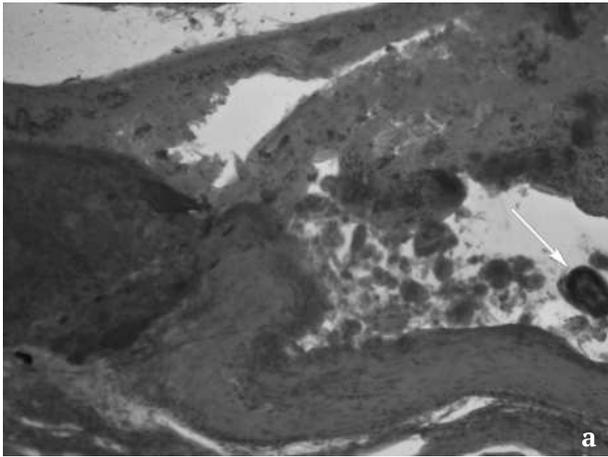


Рис. 3. Гельминт на фоне хронического воспаления и грануляций в поперечном (а) и продольном сечении (б), окраска гематоксилин-эозином.

климатом. Клиническая картина заболевания в данном случае была неспецифична, что совпадает с данными международной литературы [11, 12, 14]. Необычным является то, что патологический процесс имитировал дермоидную кисту, связанную с лобной пазухой. По данным Г.З. Пискунова (2006), дермоидные кисты изредка могут встречаться в гайморовой пазухе [10], однако ни одного упоминания об их развитии в лобной пазухе мы не нашли. Обращает на себя внимание тот факт, что пациентка была дважды оперирована по месту жительства, морфологически исследовался операционный материал. Следовательно, на этом этапе обследования и лечения были допущены диагностические и лечебные ошибки. Интересно то, что у больной име-

ла место эозинофилия периферической крови, характерная для гельминтозов, хотя большинство исследователей, публикующих анализ случаев дирофиляриоза челюстно-лицевой области и ЛОР-органов, его отрицает [1-3, 6]. Происхождение щелевидного дефекта передней стенки лобной пазухи, по-видимому, связано с перенесенной в детстве черепно-мозговой травмой. Менее вероятным является его появление вследствие произведенных ранее хирургических операций или врожденный характер. В заключении следует отметить, что практикующим оториноларингологам необходимо знать особенности этой редкой патологии, что позволит избежать ошибок и улучшить результаты лечения этой группы больных.

Д.С. Боечко, И.А. Талалаенко, Ю.В. Светличный, А.О. Целикова, В.И. Чубарь

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького, Донецк

СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ОБЛАСТИ ПЕРЕДНЕЙ СТЕНКИ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ, ИМИТИРУЮЩИЙ ДЕРМОИДНУЮ КИСТУ

Приведено редкое клиническое наблюдение дирофиляриоза в области передней стенки правой лобной пазухи. Пациентка 18 лет, уроженка Луганской области, госпитализирована в ринологический центр для хирургического удаления рецидивирующего новообразования в области лба. Клиническая картина заболевания была неспецифична. На протяжении последних двух лет больная была дважды оперирована по месту жительства. Заболевание имитировало дермоидную кисту, связанную с лобной пазухой. В Донецком дорожном ринологическом центре под интубационным наркозом произведено удаление новообра-

зования и частичная резекция передней стенки правой лобной пазухи. При морфологическом исследовании операционного материала обнаружены инкапсулированные гельминты с выраженным хроническим воспалением окружающих тканей. Делается вывод о том, что знание клинических особенностей этой редкой патологии позволит оториноларингологам избежать диагностических и лечебных ошибок, улучшить результаты лечения этой группы больных.

Ключевые слова: дирофиляриоз, лобная пазуха, дермоидная киста.

D.S. Boenko, I.A. Talalaenko, U.V. Svetlichnyj, A.O. Tselikova, V.I. Chubar

M. Gorky Donetsk National Medical University, Donetsk

THE CASE OF DIROFILARIASIS WITH LOCALIZATION IN THE ANTERIOR WALL OF THE FRONTAL SINUS, IMITATING THE DERMOID CYST

This article shows the rare clinical observation of dirofilariasis with localization in the anterior wall of the frontal sinus. An 18-year-old patient, born in Lugansk region, was hospitalized in the rhinological centre for surgical removal of recurrent growth in the frontal region of head. The clinical aspect of the disease was nonspecific. The patient had been operated twice during the last two years at the local hospital. The disease imitated the dermoid cyst, connected with the frontal sinus. The surgical removal of the neoplasm and partial resection of the an-

terior wall of the right frontal sinus had been performed under the endotracheal anesthesia in Donetsk rhinological centre. Morphological examination of removed growth revealed the encapsulated helminths with severe chronic inflammation of the surrounding tissues. We conclude that knowledge of clinical features of this rare pathology will enable otorhinolaryngologists to avoid diagnostic and therapeutic errors and improve the outcomes of treatment of this group of patients.

Key words: dirofilariasis, frontal sinus, dermoid cyst.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдонина Л.И. «Ошибка адресом» и ее последствия (о гельминтозах для стоматологов). Стоматолог. 2010; 1: 37-39.
2. Авдюхина Т.И., Постанова В.Ф., Абросимова Л.М. и др. Дирофиляриоз (*D. repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденция ее изменения. Мед. паразитол. и паразитарные болезни. 2003; 4: 44-48.
3. Архипов И.А., Архипова Д.Р. Дирофиляриоз. М.: 2004: 194.
4. Бабак О.Я. Роль и место тканевых паразитов в патологии человека. Здоровье Украины. 2007; 7(1): 43-44.
5. Бодня Е.И., Рыжовко С.О., Борисенко В.С., Борисенко О.П. Дирофиляриоз (методические рекомендации). Киев; 2007. 31.
6. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Лучшев В.И. и др. Первый аутохтонный случай дирофиляриоза легких в России. Эпид. инфек. бол. 2011; 3: 50-53.7. Дарченкова Н.Н., Супряга В.Г., Гузеева М.В. и др. Распространение дирофиляриоза человека в России. Мед. паразитол. 2009; 2: 3-7.
8. Кириллов Д.Ф., Тарасов А.В., Шевчук Е.А., Матина О.Н. Наблюдение дирофиляриоза в практике ЛОР-врача. Вестник оториноларингологии. 2011; 5: 70-71.
9. Крылова И.В., Олейник С.В., Одарюк И.А. Дирофиляриоз, осложненный аденофлегмоной шеи. Ринология. 2008; 2: 33-36.
10. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей. М.: «Медицинское информационное агентство». 2006: 417-429.
11. Степанов А. И., Степанова М.Г. Дирофиляриоз в практике врача-оториноларинголога. Акт. Вопросы реабилитации и педагогики. 2016; 2: 42-45.
12. Тимофеев А.А. Дирофиляриоз челюстно-лицевой области. Современная стоматология. 2006; 4: 97-98.
13. Чернышев В.В. Паразитарные кисты челюстно-лицевой области. Стоматолог. 2007; 12: 24-25.
14. Akst L. M. Dirofilariar infection presenting as a facial mass: case report of an emerging zoonosis. Am. J. Otolaryngol. 2004; 25(2): 134-137.
15. To E. W., Tsang W. M., Chan K. F. Human dirofilariasis of the buccal mucosa: a case report. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2003. 32(1): 104-106.

REFERENCES

1. Avdotina L.I. «Oshibka adresom» I ee posledstviya (o gelmintozah dlya stomatologov). Stomatolog. 2010; 1: 37-39. (in Russian)
2. Avduhina T.I., Postanova V.F., Abrosimova L.M. I dr. Dirofillarioz (*D.repens*) v Rossiyskoy Federacii i nekotoryh stranah SNG: situaciya i tendenciya ee izmeneniya. Med. Parazitol. I parazitarnyye bolezni. 2003; 4: 44-48. (in Russian)
3. Arhipov I.A., Arhipova D.R. Dirofilyarioz. M.: 2004: 194. (in Russian)
4. Babak O.Ya. Rol I mesto tkanevyh parazitov v patologii cheloveka. Zdorovje Ukrainy. 2007; 7(1): 43-44. (in Russian)
5. Bodnya E.I., Ryjenko S.O., Borisenko O.P. Dirofilyarioz (metodicheskiye rekomendacii). Kiev; 2007. 31. (in Russian)
6. Bronshtain A.M., Malyshev N.A., Luchshev V.I. I gr. Pervyj autohtonnyj sluchaj dirofilarioza leogkih v Rossii. Epid.infek. bol. 2011; 3: 50-53. (in Russian)
7. Darchenkova N.N., Supryaga V.G., Guzeeva M.V. I dr. Rasprostranenie dirofilyarioza cheloveka v Rossii. Med. parazitol. 2009; 2: 3-7. (in Russian)
8. Kirilov D.F., Tarasov A.V., Shevchuk E.A., Matina O.N. Nabludenie dirofilyariosa v praktike LOR-vracha. Vestnik otolaringologii. 2011; 5: 70-71. (in Russian)
9. Krylova I.V., Olijnik S.V., Odaruk I.A. Dirofilyarioz, osloznyonnyj adenoflegmonoj shei. Rinologiya. 2008; 2: 33-36. (in Russian)
10. Piskunov G.Z., Piskunov S.Z. Klinicheskaya rinologiya. Rukovodstvo dlya vrachej. M.: «Medicinskoje informacionnoje agenstvo». 2006: 417-429. (in Russian)
11. Stepanov A.I., Stepanova M.G. Dirofilyarioz v praktike vracha-otolaringologa. Akt. Voprosy reabilitologii I pedagogiki. 2016; 2: 42-45. (in Russian)
12. Timofeev A.A. Dirofilyarioz chelustno-licevoj oblasti. Sovremennaya stomatologija. 2006; 4: 97-98. (in Russian)
13. Chernyshev V.V. Parazitarnye kisty chelustno-licevoj oblasti. Stomatolog. 2007; 12: 24-25. (in Russian)
14. Akst L. M. Dirofilariar infection presenting as a facial mass: case report of an emerging zoonosis. Am. J. Otolaryngol. 2004; 25(2): 134-137.
15. To E. W., Tsang W. M., Chan K. F. Human dirofilariasis of the buccal mucosa: a case report. Int. J. Oral. Maxillofac. Surg. 2003. 32(1): 104-106.