

С. Б. Кравченко*, О. В. Рыбалов, Ву Вьет Куонг

РЕДКОЕ КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ДИРОФИЛЯРИОЗА ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ

*Полтавская областная клиническая больница им. Н. В. Склифосовского
ВГУЗУ «Украинская медицинская стоматологическая академия»

В немногочисленных публикациях периодических стоматологических изданий описаны единичные наблюдения о гельминтах, которые могут находить себе «приют» в органах и тканях головы, в частности в челюстно-лицевой области [1, 2]. В основном эти сообщения относятся к собачьим и кошачьим токсокарам, которые паразитируют у собак и кошек и от них попадают в организм человека, где могут существовать в виде личинок до десятков лет, вызывая различные формы токсокароза [3, 4].

Наше наблюдение относится к другому виду гельминта, паразитирующего в тканях человека, особенно в подкожной клетчатке – *Dirofilaria imens*. Основным поставщиком дирофилярии считаются комары рода *Anopheles*, *Culex*, *Aedes*. Однако один из авторов этого сообщения был очевидцем обнаружения обильного скопления дирофилярий в кишечнике саранчи, обитавшей в садовой малине. Диагностика дирофиляриоза по клиническим проявлениям сложна, а в связи с казуистикой встречаемости в челюстно-лицевой области специальные обследования на гельминтоз, в частности иммуноферментными методами, естественно, не проводятся.

Приводим краткую выписку истории нашего случая. Больная М., 50 лет (история болезни №2752), служащая среднего учебного заведения, госпитализирована в челюстно-лицевое отделение Полтавской областной клинической больницы 17. 02. 2010 г. с диагнозом: «Абсцесс правой щеки». Основные жалобы сводились к наличию припухлости и умеренных болей в верхнем отделе правой щечной области. Из анамнеза

выяснено, что первые симптомы заболевания появились около 2-х лет назад. В мае 2008 г. пациентка отдыхала на берегу водоема, где отмечалось большое количество комаров. Через 1, 5 – 2 недели по окончании отпуска появилась небольшая припухлость в правой скуловой области, которая через 7 – 10 дней перешла в подглазничную область. При этом наблюдалось покраснение кожных покровов, отеки щеки в верхнем отделе. Через 3 недели явления воспаления прошли самостоятельно (больная за лечебной помощью не обращалась), однако в этом месте остался плотный «шарик» размером с горошину. Периодически, каждые два месяца, возникали припухания в подглазничной, щечной областях, области верхней губы справа, что сопровождалось легким покалыванием, ощущением глубокого зуда. Общесоматическими заболеваниями не страдает. АД – 120/80 мм рт. столба, пульс 77 ударов в минуту. Температура тела 37°C. Местный статус. Асимметрия лица за счет припухлости верхнего отдела правой щечной области, нижнего века. Кожа над припухлостью гиперемирована, в складку берется с трудом. При пальпации в центре припухлости определяется болезненный инфильтрат до 2, 5 см в диаметре. Клинический диагноз: «Абсцесс верхнего отдела правой щечной области». В анализах мочи и крови от 17. 02. 10 г. нарушений не отмечалось. Цитологическое исследование пунктата очага инфильтрации: эритроциты, лейкоциты во всех полях зрения, макрофаги. Клеток злокачественного роста не найдено. Реакция микропреципитации негативная. На рентгенограмме придаточных

полостей носа нарушений пневматизации не выявлено.

17. 02. 10 г. получено согласие больной на оперативное вмешательство – вскрытие абсцесса. На фоне премедикации под инфильтрационной анестезией 1% раствором новокаина (4 мл) сделан горизонтальный разрез кожи до 1, 5 см длиной по нижнему краю инфильтрата на всю толщу (рис. 1). Туго разведены края раны, получено около 1 мл слизисто-гнояного экссудата. При ревизии полости абсцесса в глубине обнаружено белого цвета, свернутое в кольца нитевидное образование, которое при попытке его извлечь оказало сопротивление.

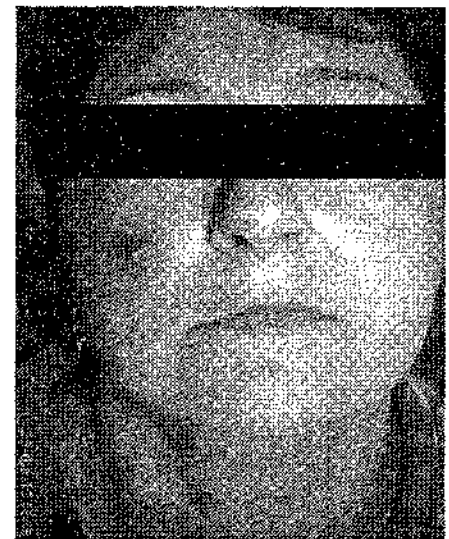


Рис. 1. Фото больной М., оперированной по поводу абсцедирующего очага верхнего отдела правой щечной области, содержащего дирофилярию

Извлеченное инородное тело оказалось живым червем (гельминтом) размерами свыше 7 см в длину с заостренными головным и хвостовым отделами (рис. 2). Заключительный диагноз: «Дирофи-

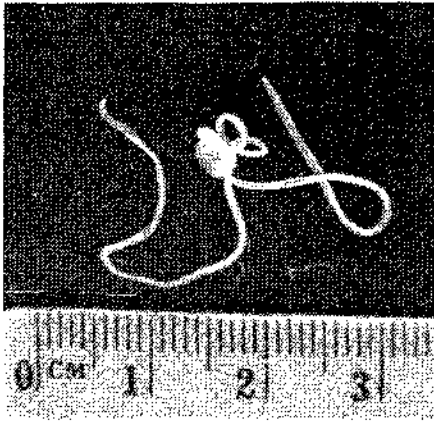


Рис. 2. Общий вид удаленного гельминта

ляриоз, абсцесс верхнего отдела правой щечной области».

Диагноз дирофиляриоза подтвержден биолого-морфологическими исследованиями.

Послеоперационное течение протекало без осложнений. Больная выписана 22. 02. 10 г. на амбулаторное наблюдение.

Приведенный случай относительно уникальной находки гельминта с локализацией в тканях челюстно-лицевой области подтверждает необходимость оповещения широкого круга врачей разных специальностей о подобном рода казуистике и необходимости тщательной ревизии гнойных очагов в случаях невыясненной причины их возникновения.

Литература

1. Кравец Т. П. Хозяева поневоле или как разорвать цепь / Т. П. Кравец // Стоматолог. – 2009. – №10. – С. 12-18.
2. Чернышев В. В. Паразитарные кисты челюстно-лицевой области / В. В. Чернышев // Стоматолог. – 2007. – №12. – С. 24-25.
3. Авдоница Л. И. «Ошибка адресом» и ее последствия (О гельминтозах – для стоматологов) / Л. И. Авдоница // Стоматолог. – 2010. – №1. – С. 34-39.
4. Тимофеев А. А. Дирофиляриоз челюстно-лицевой области / А. А. Тимофеев // Современная стоматология. – 2006. – №4. – С. 97-98.

Стаття надійшла
21.04.2010 р.