

Подкожный диروفилариоз челюстно-лицевой локализации: редкое клиническое наблюдение

Саид Сальменович Ксембаев^{1*}, Олег Александрович Иванов²,
Ольга Евгеньевна Торгашова¹, Альбина Ренатовна Хамитова²

¹Казанский государственный медицинский университет, г. Казань, Россия;

²Городская клиническая больница № 7, г. Казань, Россия

Реферат

Диروفилариозы — тропические гельминтозы, вызываемые круглыми червями — филариями. Для них характерен длительный инкубационный период, медленное развитие заболевания и его длительное хроническое течение. Диروفилариозом можно заразиться от человека и животных, заболевание передается через укусы насекомого (комара, слепня, мошки, мокрецов). Диروفилариозы эндемичны для территорий с теплым и влажным климатом. В России заболевание протекает атипично, с отсутствием в тканях половозрелых нематод и микрофиларий. Данное заболевание не характерно для Республики Татарстан, и ранее регистрировались единичные случаи локализации паразита в области глазного яблока. В статье представлен редкий клинический случай подкожной локализации нематоды — диروفиларии в челюстно-лицевой области. У пациента диагностировали опухолеподобное новообразование челюстно-лицевой области, при удалении которого был обнаружен живой паразит в капсуле. В анамнезе у пациента отсутствовали факты посещения эндемичных по данному заболеванию стран.

Ключевые слова: диروفилариоз, диروفилария, челюстно-лицевая область.

Для цитирования: Ксембаев С.С., Иванов О.А., Торгашова О.Е., Хамитова А.Р. Подкожный диروفилариоз челюстно-лицевой локализации: редкое клиническое наблюдение. *Казанский мед. ж.* 2018; 99 (5): 829–832. DOI: 10.17816/KMJ2018-829.

Subcutaneous dirofilariasis of maxillofacial localization: a rare clinical case

S.S. Ksembaev¹, O.A. Ivanov², O.E. Torgashova¹, A.R. Khamitova²

¹Kazan State Medical University, Kazan, Russia;

²City Clinical Hospital No 7, Kazan, Russia

Abstract

Dirofilariasis is a tropical helminthosis caused by nematodes — filariae. They are characterized by long incubation period, slow disease development and its long chronic course. Dirofilariasis can be caught from humans and animals, it is transmitted through insect bites (mosquitoes, gadflies, sand flies, midges). Dirofilariasis is endemic to areas with warm and humid climate. In Russia, the disease is atypical, with the absence of mature nematodes and microfilariae in the tissues. This disease is not typical for the Republic of Tatarstan and only isolated cases of parasite localization in the eyeball were previously recorded. The article presents a rare clinical case of subcutaneous localization of nematode of dirofilaria in the maxillofacial region. The patient was diagnosed with tumor-like neoplasm of the maxillofacial region, on the removal of which a live encapsulated parasite was found. The patient had no history of visiting endemic countries.

Keywords: dirofilariasis, dirofilaria, maxillofacial area.

For citation: Ksembaev S.S., Ivanov O.A., Torgashova O.E., Khamitova A.R. Subcutaneous dirofilariasis of maxillofacial localization: a rare clinical case. *Kazan medical journal.* 2018; 99 (5): 829–832. DOI: 10.17816/KMJ2018-829.

Дирофиляриозы — тропические гельминтозы, вызываемые круглыми червями — филляриями. Для них характерен длительный инкубационный период, медленное развитие заболевания и его длительное хроническое течение. Дирофиляриозом можно заразиться от человека и животных, заболевание передается через укус насекомого (комара, слепня, мошки, мокрецов). Паразиты поселяются в лимфатических сосудах и узлах, в половых органах и в полостях организма, под кожей и в глазном яблоке [1].

По данным ВОЗ в мире насчитывается более 120 млн. зараженных. Дирофиляриоз широко распространен в развивающихся странах с тропическим климатом. В странах СНГ болезнь встречается нечасто. Однако увеличение потока туристов, специалистов, работающих за рубежом в зонах жаркого климата, способствует увеличению числа лиц, подвергающихся риску заражения тропическими паразитарными болезнями, и их завозу на территорию Российской Федерации [2].

Дирофиляриозы характерны для территорий с теплым и влажным климатом и чаще всего встречаются на юге Европы, в странах Балканского полуострова, Турции, Африке, Индии, Шри-Ланке, Малайзии [3, 4]. В России дирофиляриоз регистрировался в южных регионах — в Краснодарском и Ставропольском краях, республиках Северного Кавказа, Астраханской, Волгоградской областях, а также в Приморском и Хабаровском краях [5, 6, 7]. Публикации последних лет свидетельствуют о тенденции распространения паразита в более северные районы России [8, 9]. Так, по данным литературы, в период с 2010 по 2014 гг. в Саратовской области зарегистрировано 15 случаев заболевания. Особенно остро стоит проблема дирофиляриоза в городах при наличии инвазированных собак, прежде всего бродячих, и «подвальных» комаров (рода *Culex*), что способствует круглогодичной передаче инвазии трансмиссивным путем. По данным ФБУН «Ростовский научно-исследовательский институт микробиологии и паразитологии» Роспотребнадзора зараженность комаров микрофиляриями на различных территориях Российской Федерации варьирует в разные годы от 0,01 % до 13,6 %.

На территории Республики Татарстан с 2009 до 2011 гг. регистрировались единичные случаи заражения дирофиляриозом с локализацией под конъюнктивой [10], в последние годы не было отмечено случаев заражения дирофиляриозом с локализацией в челюстно-лицевой области.

Основателем отечественного учения о глистных заболеваниях, в частности о дирофиляриозах, является академик К.И. Скрыбин. Он установил, что в районах с умеренным климатом у человека встречается единственный филляриоз типа *Dirofilaria immitis*, и человек является только факультативным хозяином. Основными же носителями, как и в тропических странах, являются инвазированные крупный рогатый скот, лошади и собаки, кошки, реже дикие плотоядные (волки, лисицы и др.). Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы кровососущих комаров семейства *Culicidae* — родов *Anopheles*, *Ochlerotatus*, *Aedes*, *Stegomyia*, *Culex*, *Culiseta* и *Coquillettidia* (около 70 видов комаров способны поддерживать развитие личинок дирофилярий до инвазионной стадии), зараженных личинками филлярий. Продолжительность цикла развития в комаре составляет 8–35 дней [11].

Заболевание развивается в течение инкубационного периода, который обычно длится несколько месяцев. Клиника проявляется с образования небольшого уплотнения в области внедрения филлярии. Иногда развивается незначительная и малозаметная припухлость в области локализации гельминта. Одной из особенностей данного паразита является миграция по организму хозяина (носителя). За сутки филлярия способна мигрировать по организму на расстояние 25–30 см [12, 13]. В России, в отличие от тропических и субтропических стран, заболевание протекает атипично, с отсутствием в тканях половозрелых нематод и микрофилярий, а, следовательно, болезнь не осложняется слоновостью, и поэтому трудно диагностируется.

Необходимо отметить, что при дирофиляриозе количество эозинофилов крови остается неизменным, так как филлярия, в отличие от других гельминтов, не вызывает сенсибилизации организма носителя. Местные проявления в виде уплотнения, узелка чаще всего принимаются за новообразования: атеромы, кисты, липомы. Диагноз дирофиляриоза в этом случае устанавливается только в ходе оперативного вмешательства [14, 15].

Впервые подкожный дирофиляриоз у человека описан в 1867 г. в Италии. Первый случай в России диагностирован А.П. Владыченским в 1915 г. Филлярия была выделена из образования, локализованного между внутренней стенкой орбиты и глазным яблоком.

Лечение дирофиляриоза хирургическое. Методы специфической терапии не разработаны. В литературе имеются сведения об успешных

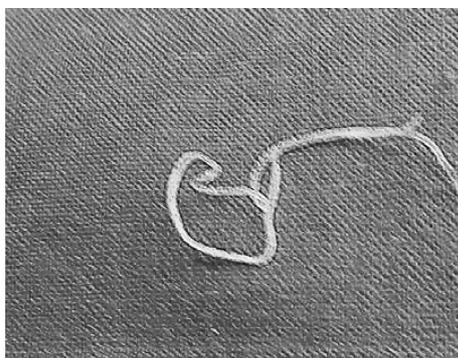


Рис. 1. Фото извлеченного паразита из новообразования

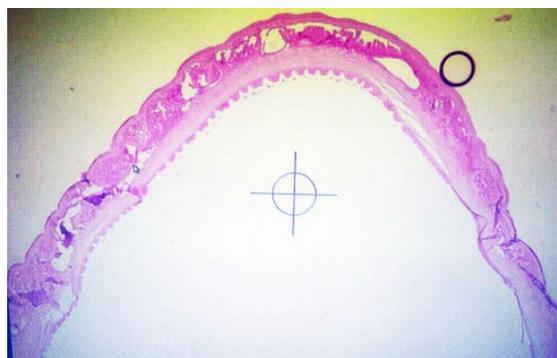


Рис. 2. Гистологический препарат извлеченного паразита

попытках применения комбинированной схемы терапии при установленной микрофиляриемии при диروفилариозе [16].

Приводим наше клиническое наблюдение.

В отделение челюстно-лицевой хирургии в декабре 2017 г. по плановым показаниям был госпитализирован пациент З., в возрасте 29 лет с диагнозом: атерома в области медиального отдела параорбитальной области слева. На момент госпитализации — жалобы на наличие опухолевидного образования в области кожи внутреннего угла левого глаза, эстетическую неудовлетворенность.

Со слов пациента, образование размером 5 мм появилось в сентябре 2017 г., медленно увеличивалось в размерах, редко отмечался зуд, появление которого пациент не смог связать с какими-либо причинами. За пределы Республики Татарстан он не выезжал.

При объективном осмотре определялось объемное, округлой формы, опухолевидное образование диаметром до 1,5 см, возвышающееся над уровнем окружающей неизменной кожи до 0,5 см. Кожа над образованием в цвете не изменена. При пальпации образование плотно-эластической, практически хрящевой, консистенции, тугоподвижное, безболезненное.

В декабре 2017 г. была проведена операция по удалению образования под местной анестезией. После проведения двух сходящихся полулунных разрезов тупым путем вылучено опухолевидное образование округлой формы, розовато-серого цвета, в плотной капсуле. Оно легко отделялось от окружающих мягких тканей, но было спаяно с надкостницей. При вскрытии капсулы образования внутри обнаружен живой червеобразный нитевидный паразит бело-серого цвета длиной 10 см. (рис. 1). Гельминт и операционный материал были направлены на исследование в ФБУЗ «Центр гигиены и эпидемиологии в Республике Татарстан».

Паразит идентифицирован как *Dirofilaria repens* (рис. 2).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Впервые в своей клинической практике мы столкнулись с редким клиническим случаем подкожной локализации нематоды — диروفиларии (*Dirofilaria repens*) в челюстно-лицевой области. У пациента в медиальном отделе параорбитальной области слева было диагностировано опухолеподобное образование плотноэластической, практически хрящевой консистенции, тугоподвижное, безболезненное, при хирургическом удалении которого был обнаружен живой паразит в капсуле. Причем в анамнезе у пациента отсутствовали факты посещения эндемичных по данному заболеванию стран.

Таким образом, при опухолевых и опухолеподобных образованиях челюстно-лицевой локализации, не укладывающихся в клинику типичных доброкачественных процессов, не исключается наличие паразитарной инвазии.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Элибеков В.Г., Полищук А.А. Редкий случай филяриатоза. *Дентал Юг*. 2006; (4): 39. [Elibekov V.G., Polishchuk A.A. A rare case of filariasis. *Dental Yug*. 2006; (4): 39. (In Russ.)]
2. Авдюхина Т.И., Постнова В.Ф., Абросимова Л.М. и др. Диروفилариоз (*D. repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденции ее изменения. *Мед. паразитол.* 2003; 4: 44–48. [Avdyukhina T.I., Postnova V.F., Abrosimova L.M. et al. *Dirofilaria* (*D. repens*) in Russian Federation and some countries of CIS: situation and trends of its changes. *Meditinskaya parazitologiya*. 2003; 4: 44–48. (In Russ.)]

3. Develoux M., Hennequin C., Le Loup G., Paris L. Imported filariasis in Europe: A series of 31 cases from Metropolitan France. *E. J. of Intern. Medicine*. 2017; 37: 37–39. DOI: 10.1016/j.ejim.2016.09.021.
4. Dzamić A., Colović I., Arsić-Arsenijević V. et al. Human *Dirofilaria repens* infection in Serbia. *J. Helminthol.* 2009; 83 (2): 129–137. DOI: 10.1017/S0022149X09341346.
5. Фигурнов В.А., Чертов А.Д. Гельминтозы Дальнего Востока. Редкие наблюдения. *Дальневосточный журнал инфекционной патологии*. 2009; 15: 133–136. [Figurnov V.A., Chertov A.D. Helminthosis of the Far East. Rare cases. *Dal'nevostochnyy zhurnal infektsionnoy patologii*. 2009; 15: 133–136. (In Russ.)]
6. Аракельян Р.С. Случай дирофиляриоза человека в Астраханской области. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 2007; 3: 55. [Arakel'yan R.S. A case of human dirofilariasis in Astrakhan oblast. *Meditsinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni*. 2007; 3: 55. (In Russ.)]
7. Нагорный С.А., Ермакова Л.А., Думбадзе О.С. и др. Дирофиляриоз в Ростовской области. *Мед. паразитол. и паразит. бол.* 2007; 2: 42–46. [Nagornyy S.A., Ermakova L.A., Dumbadze O.S. et al. Dirofilariasis in Rostov oblast. *Meditsinskaya parazitologiya. i parazitarnye bolezni*. 2007; 2: 42–46. (In Russ.)]
8. Бронштейн А.М., Супряга В.Г. и др. Дирофиляриоз человека в Московском регионе. *Мед. паразитол.* 2003; 4: 51–56. [Bronshiteyn A.M., Supryaga V.G. et al. Human dirofilariasis in Moscow region. *Meditsinskaya parazitologiya*. 2003; 4: 51–56. (In Russ.)]
9. Письмо руководителя Роспотребнадзора Г.Г. Онищенко «О заболеваемости редкими гельминтозами в Российской Федерации» № 01/13787-2-32 от 04.09.2010 г. <http://82.rospotrebnadzor.ru/documents/ros/letters/38727> [A letter from the Head of Rospotrebnadzor G.G. Onishchenko «About the morbidity of rare helminthosis in Russian Federation» № 01/13787-2-32 issued on 04.09.2010. <http://82.rospotrebnadzor.ru/documents/ros/letters/38727>. (In Russ.)]
10. Гайнутдинова Р.Ф., Тухбалуллин М.Г., Гилмуллина Ф.С. и др. Диагностика дирофиляриоза человека. *Практическая медицина*. 2012; (1): 123–126. [Gaynutdinova R.F., Tukhbalullin M.G., Gilmullina F.S. et al. Diagnostics of human dirofilariasis. *Practicheskaya medicina*. 2012; (1): 123–126. (In Russ.)]
11. Григорьева М.В., Супряга В.Г. Особенности диагностики кожного дирофиляриоза. *Проблема инфекции в клинической медицине*. СПб: Российская военномедицинская академия. 2002; 342–343. [Grigor'eva M.V., Supryaga V.G. *Osobennosti diagnostiki kozhnogo dirofil'yarioza. Problema infektsii v klinicheskoy meditsine*. (Features of the diagnosis of skin dirofilariasis. The problem of infection in clinical medicine.) Sankt-Petersburg: Rossiyskaya voennomeditsinskaya akademiya. 2002; 342–343. (In Russ.)]
12. Lenka S., Panda N.K., Mishra S., Rathor K. Filariasis of Mandibule and Maxilla: A Rare Entity — First report of case. *J. Oral Max. Surg.* 2017; 75 (4): 769.e1-769.e4. DOI: 10.1016/j.joms.2016.10.028.
13. Baliga M., Ramanathan A., Uppal N. Oral filariasis — A case report. *Br. J. Oral Maxillofac. Surg.* 2010; 48 (2): 143–144. DOI: 10.1016/j.bjoms.2009.04.02.
14. Чибрикова Л.М., Субботина В.Г., Павлищева И.Д. и др. Филяриоз. случай из практики. *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований*. 2016; (3–4): 595–598. (In Russ.)]
15. Зумбулидзе Н.Г., Касымов Ф.О., Яровой Д.А., Гаврилова Е.П. Дирофиляриоз органа зрения (два случая из практики). *Офтальмологический журнал*. 2016; 9 (1): 83–89. [Zumbulidze N.G., Kasymov F.O., Yarovoy D.A., Gavrilova E.P. Ocular dirofilariasis: two case reports. *Oftalmologicheskij zhurnal*. 2016; 9 (1): 83–89 (In Russ.)] DOI: 10.17816/OV9183-89.
16. Бронштейн А.М., Малышев Н.А. Жаров С.Н. и др. Первый в России случай выявления длительной микрофиляриемии *Dirofilaria repens* и первый опыт комбинированной терапии дирофиляриоза *repens*. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2013; (3): 47–52. [Bronshiteyn A.M., Malyshev N.A., Zharov S.N. et al. A first autochthonous human case of the longstanding microfilariemia due to dirofilariasis *repens* in Russia and a first experience of combined therapy of dirofilariasis *repens*. *Epidemiologiya i infektsionnye bolezni*. 2013; (3): 47–52 (In Russ.)]