

Міністерство охорони здоров'я України
Харківський національний медичний університет
Кафедра стоматології дитячого віку, дитячої
щелепно-лицевої хірургії та імплантології

СЯЙВО ПОСМІШКИ

Збірник наукових праць
науково-практичної стоматологічної конференції
у рамках конкурсу

(м. Харків - 20 листопада 2015 р.)

Харків

2015

Рак А. В., Яковлева Д. Ю.

ДИРОФИЛЯРИОЗ ЛИЦА: ПРОБЛЕМЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

Харьковский национальный медицинский университет

Кафедра хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

Украина, Харьков

В последние годы проблема дирофиляриоза (ДФ) является все более актуальной. В публикациях последних семи лет прослеживается тенденция роста заболеваемости и расширения границ дирофиляриоза в Украине. При диагностике ряда заболеваний челюстно-лицевой области, необходимо исключить паразитарные гранулемы, которые довольно часто встречаются в практической деятельности стоматолога.

Цель исследования: проанализировать взаимосвязь между особенностями клинического течения, диагностики и лечения подкожного дирофиляриоза челюстно-лицевой области. Изучить распространенность данной формы ДФ на территории Харьковской области.

Материалы и методы: нами был проведен анализ историй болезни 19 пациентов с паразитарными гранулемами, вызванными *D. repens*, которые обратились за помощью в стоматологическое отделение ХОКБ за период с 2007 по 2015гг. Зависимости между заболеваемостью, половой принадлежностью и возрастом не наблюдалось. Большинство пациентов проживают в южных районах Харьковской области, где теплый климат способствует росту популяций комаров-переносчиков (Первомайск, Изюм, Лозовая), хотя зарегистрированы случаи заболевания и в шести других районах, исходя из чего можно судить о равномерной распространенности заболевания.

Наиболее часто были вовлечены периорбитальная и надбровная области, реже скуловая, щечная и корень носа, что, возможно, связано с

различной толщиной кожного покрова в этих участках. Всем больным было проведено клиническое обследование, лабораторное (клинический анализ крови, УЗИ).

Результаты и их обсуждение. У 6-ти пациентов дирофиляриоз протекал по типу гнойно-воспалительного процесса. Характерны проявления интоксикации: слабость, недомогание, рецидивирующий субфебрилитет. Объективно: асимметрия той или иной области лица, отек, гиперемия и пастозность кожных покровов, болезненность при пальпации. В ходе обследования выяснили, что признаки абсцесса или флегмоны отсутствуют, флюктуация не определяется, в центре очага поражения – подвижный осумкованный инфильтрат округлой формы, тестообразной консистенции, с четкими границами. У всех остальных пациентов ДФ протекал по типу подкожного новообразования, причем у некоторых наблюдался феномен *larva migrans*: перемещение уплотнения или самого гельминта под кожей на расстояние 5-10см с лобной области в щечную и скуловую.

На УЗИ были выявлены свернутые в клубок паразиты. На сегодняшний день метод является наиболее информативным в дооперационный период. В 70% случаев наблюдали миграцию возбудителя. В клиническом анализе крови нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, количество эозинофилов было в пределах верхней границы нормы – 3-4%.

На основании проведенных клинических и лабораторных исследований нами установлено, что дифференциальную диагностику подкожной формы ДФ необходимо проводить в первую очередь с гнойно-воспалительными процессами челюстно-лицевой области и доброкачественными новообразованиями.

Всем больным было проведено хирургическое лечение, которое заключалось в удалении гранул с паразитами. Доступ: внутри- и внеротовой. В литературе описаны варианты дополнительной медикаментозной терапии, но, как показывает практика, ее применение есть не целесообразным в виду локальности поражения. Послеоперационный период протекает без осложнений. Иногда назначают альбендазол по 400 мг 2 раза в день в течение 7 дней параллельно с антигистаминными препаратами. Инвермектин и диэтилкарбамазин могут вызывать гибель и распад гельминта, провоцируя ряд осложнений. В случае если клиническая картина ДФ напоминала гнойно-воспалительный процесс, перед оперативным вмешательством мы рекомендуем на 1-2 дня проводить комплексную противовоспалительную терапию.

Выводы. Ультразвуковое исследование необходимо использовать в качестве точного инструмента в постановке окончательного диагноза. Лечение подкожного дирофиляриоза является исключительно хирургическим. В каждом конкретном случае характер оперативного вмешательства зависит от локализации гельминта. Увеличение числа бродячих животных, массовая их миграция в природе и населенных пунктах, процесс урбанизации и потепление климата способствуют возрастанию передачи дирофиляриоза от диких плотоядных к домашним животным и человеку.

ЗМІСТ:

Абрикосова А. С., Емельянова Н.Ю.....	3
Бараник А.В., Емельянова Н.Ю.....	7
Березнякова А.І.....	11
Березнякова А.І.....	13
Василенко В.М., Рузин Г.П.....	15
Волкова О.С., Рябоконт Є.М., Донцова Д.О., Доля Е.І.....	17
Волченко Н.В., Соколова І.І., Назарян Р.С.....	19
Волченко Н.В., Соколова І.І., Назарян Р.С.....	21
Герман С.А.....	23
Гречко Н.Б.....	27
Єлісеєва О.В., Соколова І.І.....	31
Искоростенская О.В., Кривенко Л. С., Ткаченко М.В.....	34
Искоростенская О.В., Ткаченко М.В., Ткаченко И. Г.....	37
Искоростенская О. В., Ткаченко М. В., Заверуха Я.И.....	40
Кавушевська Н.С., Тюпка Т.І.....	43
Карнаух Е. В.....	46
Каськова Л.Ф., Хміль О.В., Глущенко Ю.В.....	48
Кузина В.В., Хмыз Т.Г., Амир Содха.....	51
Мельник В. С., Горзов Л.Ф., Сабов А. В.....	54
Мохаммед Махди Салих, Голик Н.В., Фоменко Ю.В.....	57
Назарян Р.С., Огурцов А.С., Прасол А.С.....	60
Назарян Р.С., Щерблякина Н.А., Колесова Т.А.....	62
Фоменко Ю.В., Голик Н.В.	
Назарян Р.С., Щерблякина Н.А., Колесова Т.А.,	66
Фоменко Ю.В., Голик Н.В.	
Назарян Р.С., Щерблякина Н.А., Колесова Т.А.,	68
Фоменко Ю.В., Голик Н.В.	
Никонов А. Ю., Омельченко О. А., Сергиенко М. А.....	72
Рак А. В., Яковлева Д. Ю.....	75
Рябоконт Е.Н., Стеблянка Л.В., Баглык Т.В., Гурьева Т.Е....	78
Рябоконт Є.М., Андреева О.В., Крючко А.І.,	82