

### **Заключение**

В результате нашего исследования установлено, что маркер резорбции костной ткани  $\beta$  CrossLaps в сыворотке крови при МГНЗ имеет значение для прогноза прогрессирования деструктивного синдрома и, как следствие, прогноза прогрессии заболевания до ММ.

Поражение почек при МГНЗ сопровождается высокой экспрессией галектина 3 в сыворотке крови, который может служить маркером опухолевой прогрессии, связанной с данной патологией.

Использование методов, направленных на исследование метаболических маркеров костной ткани помогут врачам оценить степень поражения костей скелета до появления очагов остеолита и своевременно назначить специфическое лечение, тем самым уберечь пациентов от грозных проявлений заболевания – патологических переломов, и в результате повысить качество их жизни.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. A long-term study of prognosis in monoclonal gammopathy of undetermined significance / R. A. Kyle [et al.] // The New England journal of medicine. – 2002. – Vol. 346, № 8. – P. 564–569.
2. Monoclonal gammopathy of undetermined significance and risk of skeletal fractures: a population-based study / S. Y. Kristinsson [et al.] // Blood. – 2010. – Vol. 116, № 15. – P. 2651–2655.
3. Prognostic value of serum markers of bone metabolism in untreated multiple myeloma patients / R. Fonseca [et al.] // British journal of haematology. – 2000. – Vol. 109, № 1. – P. 24–29.
4. Current and future biomarkers for risk-stratification and treatment personalisation in multiple myeloma. / G. N. Lê [et al.] // Molecular omics. – 2019. – Vol. 15, № 1. – P. 7–20.
5. Prevalence and risk of progression of light-chain monoclonal gammopathy of undetermined significance: a retrospective population-based cohort study / A. Dispenzieri [et al.] // Lancet (London, England). – 2010. – Vol. 375, № 9727. – P. 1721–1728.

УДК 616.995.132.5-08:[617.52:616.716.8]-089

*А. А. Козырева, Е. С. Ядченко, В. Н. Ядченко, Ю. М. Прокопенко*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г.Гомель, Республика Беларусь*

### **ПАЗИТАРНАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ В ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ. ДИРОФИЛЯРИОЗ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

#### **Введение**

Дирофиляриоз у человека – редкое и трудное для диагностики заболевание, в связи с разнообразными клиническими проявлениями, в том числе с наличием атипичных форм, которые непосредственно связаны с климатическими условиями, влияющими на развитие паразита. Дирофиляриоз – трансмиссивный зоонозный биогельминтоз, вызываемый нематодами, паразитирующими в лимфатической системе, а также подкожной клетчатке [1,2,5]. Наиболее частая заболеваемость дирофиляриозом отмечается в регионах с теплым влажным климатом – при температуре ниже 14 °С дирофилярии перестают развиваться. Кожный дирофиляриоз у человека чаще всего встречается в Южной и Восточной Европе. На первом месте Италия (66%), далее идут Франция (22%), Греция

(8%) и Испания (4%). Эндемические очаги подкожного дирофиляриоза у людей имеются в Малой Азии, Центральной Азии и Шри-Ланке [2, 3, 4]. Имеются подтвержденные случаи дирофиляриоза на территории Республики Беларусь и сопредельных стран. Согласно литературным данным в Гомельской области регистрируется от 10 до 14 случаев заболевания дирофиляриозом у человека в год [5]. В том числе на базе отделения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии У« Гомельская областная клиническая больница» (УГОКБ) за период с 2018 по 2022 гг. наблюдались 5 пациентов с дирофиляриозом мягких тканей челюстно-лицевой области, один из которых с дирофиляриозом со стороны слизистой оболочки полости рта щечной области. Повышение влажности воздуха и теплые зимы создают благоприятные условия для массового размножения комаров. Кроме того, люди все чаще путешествуют со своими животными и создаются условия для распространения паразитов из неблагоприятных в другие регионы [1]. Известно, что жизненный цикл дирофилярии происходит со сменой хозяина. Установлено, что в Беларуси в связи с умеренным климатом человек является лишь факультативным хозяином и что заражение зарегистрировано только одним видом дирофиляриоза – *Dirofilaria repens*. Основные хозяева – крупный рогатый скот, лошади и собаки, кошки, реже дикие хищники. Человек может заразиться при укусе кровососущих – комаров, зараженных личинками дирофилярий. Около 70 видов комаров способны поддерживать развитие личинок дирофилярий до инвазионной стадии, чаще всего это насекомые семейства Culicidae – родов *Anopheles*, *Culex*, *Culiseta* и *Coquillettidia*. В Беларуси переносчиком личинок дирофилярий является комар обыкновенный (*Culex ripiens*). Этот тип заражения называется трансмиссивным [1,2,5]. Инкубационный период, в течение которого развивается заболевание, обычно составляет от 30 дней до нескольких лет. В области проникновения микродирофилярий, как правило, возникает небольшое, но болезненное уплотнение. Также возможны жалобы на ощущение перемещения паразита. Действительно, возможна миграция дирофилярий по организму хозяина (носителя). В течение дня половозрелая особь может перемещаться по телу на расстояние 25–30 см [1, 2, 5]. Половозрелые формы обитают в лимфатических сосудах и узлах. Дирофилярии живородящи, самка производит до миллиона личинок (микродирофилярий 1-го типа), которые механически закупоривают и вызывают варикозное расширение лимфатических сосудов, что, в свою очередь, ведет к застою лимфы и развитию слоновости. В Беларуси заболевание данным гельминтозом имеет атипичную клиническую картину. В организме человека не происходит оплодотворения, так как редко сочетается наличие в одном человеке и самца, и самки, таким образом, нет возможности появления микродирофилярий. Дирофиляриоз – это заболевание, которое протекает с преимущественным поражением кожи (63%), конъюнктивы (50%), слизистых оболочек, подкожной клетчатки, реже – внутренних органов (чаще легких) и тканей [2].

Клинически нахождение паразита в теле человека проявляется как доброкачественное или опухолеподобное новообразование (атерома, фиброма, киста и др.), возможен лимфаденит. В связи с тем, что отсутствуют характерные клинические проявления возникают трудности в диагностике данного состояния [1,2, 5]. Пациенты на протяжении многих лет ходят к врачам разных специальностей, надеясь получить помощь, но обычно безрезультатно, пока гельминт не вылезет где-либо под кожей, что приведет к развитию воспалительной реакции, либо пока он не окажется в органе зрения (в области века или конъюнктивы). Точный диагноз устанавливается путем гистологического исследования новообразования.

Лечение дирофиляриоза хирургическое. Назначения противопаразитарных препаратов, как правило, не требуется [2, 3, 4, 5].

### ***Цель***

Демонстрация редкого клинического случая дирофиляриоза мягких тканей челюстно-лицевой области.

### ***Материал и методы исследования***

В качестве материала послужила выписка из стационарной карты пациента, проходившего лечение по поводу дирофиляриоза челюстно-лицевой области.

### ***Результаты исследования и их обсуждения***

Пациент Ш., 38 лет, госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии УГОКБ по экстренным показаниям по направлению хирурга поликлиники с диагнозом: ретенционная киста щечной области справа, в стадии воспаления. Пациент предъявлял жалобы на наличие округлого болезненного образования в щечной области справа, отек в щечной и подглазничной области справа. Из анамнеза выяснилось, что образование появилось около двух недель назад, периодически отмечал дискомфорт в щечной области справа, рост и болезненность образования, за два дня до обращения появился отек в щечной области справа, который распространился на подглазничную область. Также известно, что пациент проживает в болотистой местности вблизи леса. Пациент за пределы Республики Беларусь не выезжал.

На момент обращения в приемное отделение у пациента имелось нарушение конфигурации лица за счет отека в щечной и подглазничной области справа, в толще мягких тканей щечной области справа пальпировалось образование овальной формы до 3,0×1,0 см с тяжестью, идущей в подглазничную область, подвижное чувствительное при пальпации, кожа над образованием не изменена, слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, симптом флюктуации отрицательный. На госпитальном этапе проведено общеклиническое обследование – показатели в пределах возрастной нормы. Проведены лучевые методы исследования в области новообразования и смежных областей.

По данным ультразвукового исследования в мягких тканях правой щечной области справа, на глубине до 1,0 см определяется участок овальной формы 25×10 мм с неоднородной внутренней структурой без явно выраженного жидкостного компонента с нечеткими контурами, без собственного кровотока.

По данным КТ -ангиографии в правой щечной области, прилегая к жевательной фасции и щечной мышце, на фоне уплотненной клетчатки определялось неоднородное округлое образование 12,5×11,5×18,5 мм, после контрастного усиления отмечалось незначительное накопление контрастного вещества в венозную фазу, преимущественно по периферии. Данная КТ-картина может соответствовать образованию правой щечной области.

По данным лабораторных и инструментальных методов исследования данных, указывающих на паразитарную этиологию заболевания не получено. На фоне проведенного курса антибиотикотерапии воспалительные явления купировались, но сохранялось округлое, мало смещаемое относительно окружающих мягких тканей образование, размерами 1,2×1,5 см, преимущественно со стороны слизистой оболочки полости рта, в связи с чем выполнено оперативное вмешательство – удаление новообразования под местной анестезией. В процессе операции выявлено наличие плотной оболочки белесоватого цвета, которая участками была интимно спаяна с окружающими тканями. при вскрытии которой выделился округлый живой движущийся гельминт длиной около 5 см и 0,15 см в диаметре (рисунок 1).



Рисунок 1 – Макропрепарат ( дирофилярия ), тело гельминта.

Операционная рана промыта антисептиком, в рану введен резиновый дренаж. Рана ушита. Послеоперационный период протекал без осложнений. Послеоперационный диагноз: Дирофиляриоз слизистой оболочки щечной области справа. Для верификации выделенный паразит направлен УЗ «ЦГЭиОЗ», где был исследован. Диагноз подтвержден.

Следовательно данный клинический пример необходимо учитывать в диагностическом и лечебном аспектах при работе с пациентами имеющими опухолевые образования в мягких тканях челюстно-лицевой области, включая слизистую оболочку полости рта.

#### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Дирофиляриозом человек может заразиться при укусе кровососущих — комаров, зараженных личинками дирофилярий. С током слюны личинка попадает в организм хозяина, и в нем происходит созревание паразита. Пациент из приведенного выше клинического случая активно посещал лес и рыбалку. За пределы Республики Беларусь за последние 3 года не выезжал. Заражение произошло на территории Республики Беларусь. По данным литературы, в последние годы участились случаи заражения дирофиляриозом в зонах с умеренным климатом [1, 2, 5], эти данные подтверждены нашим клиническим случаем. Однако на территории Республики Беларусь человек является факультативным хозяином, что означает, что паразит в организме человека не способен размножиться и вызывать типичную клиническую картину. Из чего следует, что клинически поставить диагноз дирофиляриоз при наличии опухолевидного образования в челюстно-лицевой области достаточно сложно, и даже современные методы диагностики (узи и КТ-ангиография) не всегда помогают установить верный диагноз до оперативного вмешательства.

#### ***Заключение***

Таким образом, в результате клинического наблюдения данного пациента и учитывая грядущее потепление, а значит и смену климата в нашем регионе, который благоприятнее для развития дирофилярий, можно сделать вывод, что всё чаще врачи хирургического профиля будут сталкиваться с «загадочными» опухолевидными образованиями в том числе и в челюстно-лицевой области.

#### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Ультразвуковая диагностика дирофиляриоза: случаи из практики / А. М. Асриянц [et al.] // Радиология. – Практика / Radiology. – Practice. – 2022. – № 5. – С. 69–77.

2. Ядченко, В. Н. Инфекционная настороженность при удалении доброкачественных новообразований в челюстно-лицевой области / В. Н. Ядченко, И. О. Походенко-Чудакова, Е. С. Ядченко // Украинский журнал медицины, биологии та спорту. – 2020. – № 5. – С. 236–241.
3. Khurana, S. Human subcutaneous dirofilariasis in India: a report of three cases with brief review of literature/ S. Khurana [et al.] // Indian J Med Microbiol. – 2010. – Vol. 28, № 4. – С. 394–396.
4. Muro, A. Human Dirofilariasis in the European Union / A. Muro [et al.] // Parasitol Today. – 1999. – № 15. – P. 386–389.
5. Мицура, В. М. Дирофиляриоз человека в Гомельской области / В. М. Мицура [и др.] // Клиническая инфектология и паразитология. – 2017. – № 1. – С. 99–108.

**УДК 616.34/.35-006.6-089.853-073.756.5**

***В. А. Кудряшов***

*Учреждение здравоохранения*

*«Гомельский областной клинический онкологический диспансер»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

## **МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО АНАСТОМОЗА**

### ***Введение***

В мире заболеваемость колоректальным раком вышла на лидирующие позиции, он занимает второе место по заболеваемости после рака предстательной железы и рака легкого у мужчин и второе место после рака молочной железы у женщин, при этом смертность находится на втором месте после рака легкого. За 2020 год по данным Международного агентства по изучению рака погибло около 920 000 пациентов с колоректальным раком, что составляет 10% от всех случаев смерти от злокачественной патологии. В Гомельской области в 2022 году заболеваемость раком прямой кишки составила 26,1%, раком ободочной кишки – 33,5%. Частота несостоятельности колоректального анастомоза после оперативного лечения в различных клиниках достигает 23%, поэтому поиск способа наложения анастомоза или метода, позволяющего оценить достаточный уровень кровоснабжения анастомозируемых сегментов кишки, очень актуален [1, 2]. Существуют причины развития несостоятельности анастомоза, которые зависят от хирурга: недостаточное кровоснабжение анастомоза, его расстояние от анального канала, натяжение анастомозируемых тканей, предшествующая кишечная непроходимость, интраоперационная контаминация, отсутствие целостности «колец» после прошивания аппаратом, положительная Bubble-проба. Существуют причины, которые также влияют на частоту несостоятельности, при этом, не являясь зависящими от хирурга: мужской пол, кардиоваскулярная патология, дивертикулярная болезнь кишечника, химиолучевая терапия и курение. На современном этапе мы можем использовать флюоресцентную ангиографию с индоцианином зеленым для оценки кровотока в анастомозируемых отделах кишечника, кроме того при интерстициальном введении препарата мы можем оценить метастазирование опухоли по лимфатическим путям [3]. Ранее с 60-х гг. прошлого века ее применяли для определения фракции выброса, в офтальмологии, определения ОЦК, печеночной функции. Скорость и простота выполнения этой процедуры делают ее методом выбора в лапароскопической колоректальной хирургии [4].