

Князюк А.С., Чипура И.В.², Лемтюгов М.Б., Шарикова А.В.², Свистунов С.В.³

¹ Гомельский государственный медицинский университет, Гомель, Беларусь

² Гомельская городская клиническая больница № 2, Гомель,

Беларусь ³ООО «Белсоно», Гомель, Беларусь

Опыт лечения дирофиляриоза в урологии

Введение

Дирофиляриоз - заболевание, вызываемое паразитированием нематоды рода *Dirofilaria* в организме человека, поражающее, как правило, кожу, слизистые оболочки, подкожную клетчатку, в редких случаях - внутренние органы. Заражение происходит при укусе инвазированным комаром рода *Culex*, *Aedes* или *Anopheles* [1, 2]. Дирофиляриоз все чаще встречается на территории Республики Беларусь. В Гомельской области ежегодно регистрируется не менее чем 10-14 случаев дирофиляриоза человека. Наиболее часто наблюдается подкожная (67%) и подконъюнктивальная (27%) локализация гельминта [3]. При оценке эпидемиологической ситуации данного гельминтоза на территории России и Беларуси с 1997 г. по 2013 г. на примере 719 клинических случаев частота генитального дирофиляриоза составляла 2,9% [4]. Но это надводная часть айсберга. Считается, что личинка в тканях организма человека растет, но не превращается в половозрелую особь, хотя полностью исключить возможность микрофиляриемии нельзя. Инкубационный период у человека от 1 месяца до нескольких лет. Клиника весьма вариабельна и обусловлена первичной локализацией паразита и его последующей миграцией со скоростью до 10-15 см/сут. Диагностика заболевания затруднена. Изначально, как правило, имеют место ошибочные диагнозы: фиброма, атерома, опухоль, лимфаденит. Окончательный диагноз верифицируют при основном методе лечения - хирургическом удалении гельминта [1-4].

Цель исследования

Проанализировать опыт лечения урологического отделения УЗ «ГГКБ № 2» дирофиляриоза нетипичной локализации.

Материалы и методы

На базе урологического отделения УЗ «ГГКБ № 2» впервые в 2015 г. проходил лечение пациент С., 1983 года рождения по поводу дирофиляриоза мошонки [1]. В 2017 г. (в январе и апреле) были выявлены и пролечены еще два случая данного заболевания с локализацией паразитарной кисты в оболочках яичка.

Результаты и обсуждение

Пациент С., 1983 года рождения, житель города Гомеля, в конце августа 2015 г. отметил дискомфорт в правом яичке, который в течение 2 суток самостоятельно купировался. В начале октября 2015 г. вновь появился дискомфорт в правой половине мошонки, переходящий в боль, локально в нижнем полюсе правого яичка появилось слегка болезненное объемное образование примерно 0,7 см в диаметре. Кожа над ним была не изменена, общее состояние не страдало. Обратился за медицинской помощью к урологу по месту жительства. Был диагностирован эпидидимит и назначена терапия: доксициклин 0,1 по одной капсуле 2 раза в день и нимесулид 0,1 по 1 таблетке 2 раза в день на 10 дней. Эффекта не было. Пациент был направлен на УЗИ органов мошонки, где выявлено: справа между оболочками яичка определяется объемное образование размером до 10 мм, заполненное активно перемещающимися трубчатыми структурами, меняющими свою конфигурацию, что может соот-

ветствовать паразитарной кисте. Яички и придатки обычных размеров, формы, экзогенности и структуры. Кровоток в яичках и придатках сохранен. Избыточного количества жидкости между оболочками яичка нет (рис. 1).

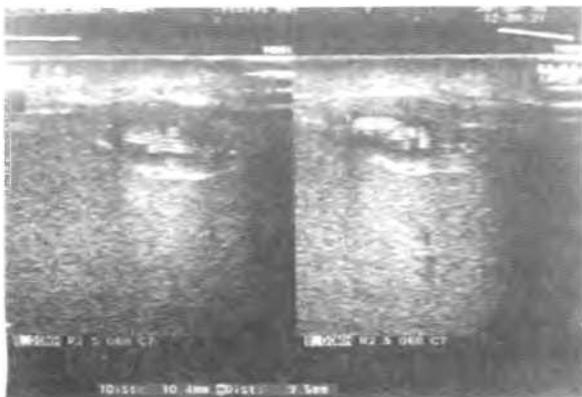


Рис. 1. Сонограмма паразитарной кисты правого яичка

В связи с наличием паразитарной кисты правой половины мошонки был госпитализирован в урологическое отделение УЗ «Гомельская городская клиническая больница № 2» для оперативного лечения.

Anamnes morbi: в июне 2015 г. длительно работал в лесном массиве близ г. Жлобин Гомельской области, где неоднократно подвергался укусам комаров. Однако сам пациент свое заболевание связывает с полученным в это же время укусом клеща, локализовавшимся на внутренней поверхности верхней трети правого бедра. Клещ был целиком удален и исследован на наличие вируса клещевого энцефалита в территориальном центре гигиены и эпидемиологии. Антибактериальная терапия не проводилась. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение 2014-2015 гг. пациент за пределы Гомельской области никуда не выезжал.

S. localis: кожа мошонки визуально не изменена, в правой половине мошонки у нижнего полюса яичка пальпируется слегка болезненное плотное образование около 1 см в диаметре, интимно спаянное с яичком, не спаянное с кожей и другими оболочками яичка.

Пациент Ч., 1976 года рождения, житель города Гомеля, находился на лечении в урологическом отделении в январе 2017 г. Считает себя больным с ноября 2016 г., когда появились боли в левой половине мошонки. Обратился за помощью к урологу по месту жительства, был направлен на УЗИ мошонки, при котором было выявлено двустороннее варикоцеле. При повторном визите к урологу был выставлен диагноз острый эпидидимит и назначено лечение: диклофенак и ципрофлоксацин. Эффекта от лечения не было, боли в левом яичке сохранялись. При повторном УЗИ мошонки у другого специалиста УЗ-диагностики выявлена киста 9 мм в левой половине мошонки с толстыми стенками, внутреннее содержимое которой было представлено подвижными линейными гиперэхогенными структурами, также подтверждено двустороннее варикоцеле. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение 2015-2016 гг. пациент за пределы Гомельской области не выезжал, в летний период времени неоднократно подвергался укусам комаров. *S. localis:* кожа мошонки визуально не изменена, пальпация левого яичка слегка болезненна, образований в оболочках яичка четко не пальпировалось.

Пациент С., 2000 года рождения, житель города Житковичи Гомельской области, находился на лечении в апреле 2017 г. Считает себя больным с февраля 2017 г., когда обнаружил в правой половине мошонки подкожное образование около 8 мм в диаметре. Обратился за помощью к хирургу по месту жительства, был направлен к урологу с диагнозом «атерома мошонки?».

При УЗИ мошонки патологии органов мошонки не было выявлено. Уролог после осмотра порекомендовал повторить УЗИ мошонки у другого специалиста, при котором была выявлена подкожная киста 8 мм в диаметре в правой половине мошонки с толстыми стенками, внутреннее содержимое которой было представлено линейными гиперэхогенными структурами. Из эпидемиологического анамнеза выяснено, что в течение 2015-2016 гг. пациент за пределы Гомельской области не выезжал, в летний период времени неоднократно подвергался укусам комаров. *S. localis*: кожа мошонки визуально не изменена, подкожно в правой половине мошонки пальпируется подвижное, слегка болезненное плотное образование около 9 мм в диаметре, не спаянное с кожей и яичком.

В результатах лабораторных исследований (ОАК, ОАМ, БАК) отклонений от нормы не было во всех трех случаях.

Всем трем пациентам было произведено оперативное лечение: иссечение паразитарной кисты. В первом случае паразитарная киста размером 8 на 10 мм локализовалась в тканях хвоста придатка правого яичка. Во втором случае паразитарная киста 9 мм в диаметре локализовалась на париетальном листке влагалищной оболочки яичка. В третьем случае киста 8 мм в диаметре локализовалась под кожей мошонки. Удаленные образования представляли собой плотную соединительно-тканную капсулу, содержащую серозно-гнойный экссудат. При вскрытии капсул в каждой выявлено по одному активно перемещающемуся круглому червю, идентифицированному в последующем в микробиологической лаборатории как *Dirofilaria imens*. В первом случае размером 110x0,5 мм, во втором - 140x0,4 мм (рис. 2), в третьем - 115x0,4 мм.



Рис. 2. Интраоперационная находка: паразитарная киста, содержащая живого гельминта

Гистологическое заключение: оболочки кисты с фиброзными стенками, выстланные грануляционной тканью с признаками хронического гнойного воспаления.

В послеоперационном периоде пациенты получали анальгетики, физиолечение, в первых двух случаях - антибактериальную терапию. Послеоперационный период протекал без осложнений, раны зажили первичным натяжением.

Заключение

Проблема диروفилариоза актуальна в Республике Беларусь. Приведенные клинические случаи позволяют акцентировать внимание практикующих врачей на данной патологии, сви-

Материалы I Полесского урологического форума, 15-16 июня 2017 г., Гомель

детельствуют о необходимости обсуждения клиники и диагностики данного заболевания со специалистами разного профиля, а также со студентами медицинских вузов. Дирофиляриоз в урологической практике следует учитывать при дифференциальной диагностике ущемленной паховой грыжи, опухоли, атеромы мошонки, эпидидимита. Уточнить диагноз заболевания до хирургического вмешательства позволяет УЗИ, однако следует также учитывать, что успешная диагностика зависит от степени информированности специалистов.

Литература

1. Князюк, А.С. Случай дирофиляриоза в урологической практике / А.С. Князюк // Проблемы здоровья и экологии. - 2016. - № 2 (48). - С. 95-99.
2. Дирофиляриоз человека / Г.Н. Чистенко [и др.] // Медицинский журнал. - 2013. - № 3. - С. 30-33.
3. Дирофиляриоз человека в Гомельской области Мицюра В.М. Клиническая инфектология и паразитология. - 2017. - том 6, № 1. - С. 99-108.
4. Human subcutaneous/ocular dirofilariasis in the Russian Federation and Belarus, 1997-2013 / V. Kartashev et al. // International Journal of Infectious Diseases. - 2015. -V. 33. - P. 209-211.