

cheek skin. We used 1–2 through sutures to provide forming of natural nasal-cheek groove. Fastening of them were delayed for 4–5 days to prevent ischemia.

Results and discussion

All the defects were completely covered with PF. Reconstructions were completed in single stage in all cases. One partial necrosis of flap developed in patient with smoking history. There were no other complications in our material. Thus, total complication rate was 6,2 %. Average patient reported cosmetic outcome was rated 9,1 points (SD 0,9). Two patients evaluated results with less than 8 points. Unsatisfactory alar appearance was mentioned due to moderate deformity (1 case) and reduced size of alar (1 case). Cheek-alar groove was successfully reestablished in 14 patients. Changes of the donor site were minimal in all patients. Also, satisfied appearance of alar was achieved in 14 patients (87,5 %). Functional outcome of reconstruction was rated 9,4 (SD 2,5). Alar prolapse occurred in two patients resulting non-acceptable score.

Jigsaw puzzle advancement flap was described as a reconstruction technique for alar skin defect. Its main advantage is minimal change of donor site, comparatively simple procedure and single stage procedure. Main problem of PF is difficulty to create a natural nose-cheek groove. Rich blood supply provides capacity to use it as folded flap to reestablish lining of alar. Natural appearance of nose-cheek joint can be achieved using delayed suture technique. Presented approach is limited by the elasticity of cheek skin and defect size over than 2 cm in horizontal dimension.

Conclusion

Presented technique of folded PF can be used as a single stage procedure for reconstruction of full thickness nasal alar defects. Cartilage graft can be added to provide adequate support. Using of modified PF showed 87.5 % rate of optimal both cosmetic and functional scores.

REFERENCES

1. Singh, D. J. Nasal Reconstruction: Aesthetic and Functional Considerations for Alar Defects / D. J. Singh, S. P. Bartlett // Facial Plastic Surgery. – 2003. – Vol. 19(1). – P. 1927.
2. Nasal ala reconstruction: Surgical conundrum / A. Ortins-Pina [et al.] // J Cutan Aesthet Surg. – 2017. – Vol. 10. – P. 55–58.
3. Driscoll, B. P. Reconstruction of nasal alar defects [published correction appears in Arch Facial Plast Surg. 2001;3(4):91-99] / B. P. Driscoll, S. R. Baker // Arch Facial Plast Surg. – 2001. – Vol. 3(2). – P. 91–99.
4. Goldberg, L. H. «Jigsaw puzzle» advancement flap for a surgical defect involving the lateral nasal ala / L. H. Goldberg, A. Kimyai-Asadi, S. Silapunt // Dermatol Surg. – 2005. – Vol. 31. – P. 569–571.
5. Иванов С. А. Новые решения в реконструкции крыла носа // Проблемы здоровья и экологии. – 2018. – № 1. – С. 36–42.

УДК 616.381-089-06:616.995.132.5

Е. Л. Артюшков¹, Д. Х. Нурбаев², В. А. Цыдзик², М. И. Беленица²

¹Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»,

²Государственное учреждение здравоохранения

«Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи»

г. Гомель, Республика Беларусь

СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА В АБДОМИНАЛЬНОЙ ХИРУРГИИ

Введение

Дирофиляриоз — единственный в умеренном климате гельминтоз с трансмиссивным путем передачи. Возбудителем дирофиляриоза является нематода семейства Filariidae

рода *Dirofilaria* (от лат. «*dirofilum*» — злая нить). Наиболее часто заболевания у человека вызывают *D. repens*, реже — *D. immitis*. Комары, выполняя роль промежуточных хозяев и являясь переносчиками этих паразитов, заражаются при кровососании на инвазированных животных. Заражение людей (или животных) происходит в процессе питания комаров кровью. Личинка, попавшая в ткани человека в месте укуса комара, начинает расти и увеличиваться в размерах [1]. Установить диагноз только по клиническим признакам не всегда возможно. В связи с относительно редкой встречаемостью диروفилариоза человека в странах с умеренным климатом у врачей отсутствует настороженность в отношении этой инвазии. Поэтому нередко изначально устанавливают ошибочные диагнозы фибромы, липомы, атеромы, кисты, опухоли, лимфаденита и др. [2]. Клинические проявления диروفилариоза у человека обусловлены миграцией незрелых гельминтов в тканях или внутренних органах (гельминт может мигрировать на расстояние до нескольких десятков сантиметров). Заболевание проявляется безболезненным или болезненным опухолевидным образованием, сопровождающимся локальным жжением и зудом, с гиперемией над ним. Во всех случаях паразитирует лишь одна особь диروفиларии (незрелая самка). Наиболее часто личинки диروفиларий локализуются в области глаз, подкожно в области туловища, молочных желез, у мужчин в области половых органов (мошонке, яичек), а в более редких случаях — в области рта, в сальнике и брыжейке [3, 4].

Цель

Описать клинический случай диروفилариоза брюшной полости на примере пациента находившегося на стационарном лечении в ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница скорой медицинской помощи».

Материалы и методы исследования

Рассмотрен клинический случай пациента с диروفилариозом брюшной полости, проведен анализ результатов физикальных, инструментальных методов исследования и результата проведенного оперативного лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Клинический случай

Пациент В., 1968 года рождения (53 года), самостоятельно обратился 04.04.2022 в приемное отделение УЗ «ГГКБСМП». На момент осмотра предъявлял жалобы на боли в правой подвздошной области. Боли появились около 6 часов назад, самостоятельно не купировались, поэтому пациент обратился в стационар. При осмотре кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание везикулярное хрипов нет, ЧД — 18 в минуту. Тоны ясные, ритмичные. ЧСС — 85 в минуту, АД — 130/80 мм. рт. ст. Язык влажный, не обложен. Печень не увеличена, безболезненна при пальпации. Мочеиспускание свободное, безболезненное. St. localis: отмечается болезненность при пальпации в правой подвздошной области. Симптомы Раздольского, Ситковского, Бартомье-Михельсона сомнительны. Перитонеальных симптомов нет.

В приемном отделении пациенту выполнили следующие виды обследований: ОАК, ОАМ, УЗИ ОБП. Результаты анализа крови: лейкоциты — $5,94 \times 10^9$ г/л, эритроциты — $4,98 \times 10^{12}$ г/л, гемоглобин — 148 г/л. Результат общего анализа мочи: цвет — соломенно-желтый, прозрачная, кислая, плотность — м/м, белок — 0,02 г/л, глюкоза — отрицательная, амилаза — 508 ед./л, эритроциты — 0–1 в п/з, лейкоциты — 1–3 в п/з. Резуль-

тат УЗИ органов брюшной полости. Печень: КВР — 164 мм., эхогенность повышенная, структура однородная. Желчный пузырь: 74×30 мм, стенка 2 мм, содержимое однородное. Поджелудочная железа: не увеличена, контур ровный, эхогенность повышена, структура однородная. Селезенка: без особенностей. ЧЛС почек не расширена. Заключение: Диффузные изменения печени, поджелудочной железы.

Пациент с подозрением на «острый аппендицит» был госпитализирован в хирургическое отделение. С целью дообследования была выполнена диагностическая лапароскопия. Оперативное лечение проводилось в условиях комбинированной многокомпонентной анестезии. Стандартно через троакары над пупком и левой подвздошной областью введены лапароскоп и манипуляторы. В брюшной полости выпота нет. В области гипогастрии, больше справа выявлен инфильтрат. Консилиум у операционного стола с участием ответственного дежурного хирурга — решено выполнить лапаротомию, ревизию органов брюшной полости. Нижнесрединная лапаротомия. При ревизии тонкой кишки на расстоянии около 1 метра от илеоцекального угла выявлен рыхлый инфильтрат, состоящий из пряди большого сальника и петли тонкой кишки. При разделении инфильтрата тупым методом выявлен в виде волоса червь светлого цвета около 15 см длиной (рисунок 1). При ревизии тонкой кишки перфоративного отверстия не выявлено. Прядь большого сальника плотной консистенции была резецирована, взята на гистологию. Брюшная полость промыта растворами антисептиков, осушена, при ревизии брюшной полости другой патологии не выявлено. Выполнено дренирование брюшной полости. Швы на рану.

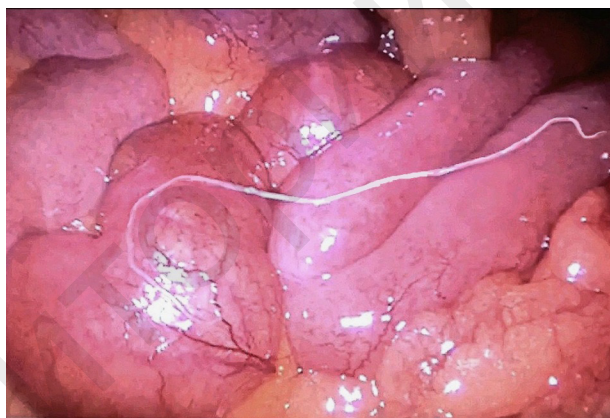


Рисунок 1 — Интраоперационная находка — живой гельминт в брюшной полости

В послеоперационном были взяты анализы. Результат общего анализа крови: лейкоциты — $5,49 \times 10^9$ г/л; эритроциты — $4,77 \times 10^{12}$ г/л; гемоглобин — 147 г/л; цветной показатель — 0,89; скорость оседания эритроцитов — 17 мм/ч; сегментоядерные — 60 %, эозинофилы — 6 %, моноциты — 8 %, лимфоциты — 26 %. Результат биохимического анализа крови: билирубин общий — 48 мкмоль/л; мочевины — 6,3 ммоль/л; общий белок — 71 г/л; АСТ — 24 ед/л; АЛТ — 29 ед./л; глюкоза — 4,9 ммоль/л. Общий анализ мочи: соломенно-желтая, прозрачная, кислая, плотность — м/м, белок — нет, глюкоза — отрицательная, эритроциты — 0 в п/з, лейкоциты — 3–4 в п/з. Коагулограмма: АЧТВ — 26 сек., ПТИ — 1,01, МНО — 0,99, ТВ — 13 сек., фибриноген — 4,1 г/л. Клинико-микробиологическое исследование: предоставленный макропрепарат – инфицированная половозрелая самка диروفилария репенс ($145 \times 0,4$ мм).

Послеоперационный период протекал без особенностей. На 9-е сутки были сняты послеоперационные швы, рана заживает первичным натяжением. Пациент выписан под

наблюдение хирурга и инфекциониста поликлиники по месту жительства с диагнозом: «Дирофиляриоз брюшной полости. Оментит».

Anamnes morbi: при более детальном опросе в послеоперационном периоде пациент уточнил, что в августе 2021 г. неоднократно подвергался укусам комаров в околопупочной и правой подвздошной областях. В течение нескольких недель после этого отмечал периодический зуд кожных покровов в местах укуса. Однако состояние, которое было после укуса комаров, не связывал с болями, которые начали беспокоить спустя длительный промежуток времени.

Выводы

Дирофиляриоз встречается в практике врачей различных специальностей, а приведенный клинический случай показывает возможность редкой локализации *Dirofilaria repens* — в брюшной полости.

В литературе описаны единичные случаи расположения нематоды в брюшной полости. Это позволяет акцентировать внимание практикующих врачей на данную патологию.

Клиническая диагностика дирофиляриоза сложна из-за неспецифических симптомов и диагноз часто выставляется в послеоперационном периоде на основании паразитологического исследования гельминта. Несмотря на сложность диагностики, адекватная хирургическая тактика лечения приводят к полному излечению пациента.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бескровная, Ю. Г. Дирофиляриоз на юге России: распространение и диагностика: дисс. канд. биол. наук, спец. 03.00.19 / Ю. Г. Бескровная. – Ростов на Дону, 2009. – 140 с
2. Нагорный, С. А. Определение диагностической эффективности ИФА с антигеном *Dirofilaria repens* в диагностике дирофиляриоза человека / С. А. Нагорный, Е. Ю. Криворотова // Итоги и перспективы изучения проблем инфекционных и паразитарных болезней: сб. труд. конф. / ФБУН «Тюменский НИИ краевой инфекционной патологии». – Тюмень, 2015. – С. 248–251
3. Дирофиляриоз человека / Г. Н. Чистенко [и др.] // Медицинский журнал. – 2013. – № 3. – С. 30–33.
4. Супряга, В. Г. Клинический и паразитологический диагноз дирофиляриоза человека / В. Г. Супряга, Т. В. Старкова, Г. И. Короткова // Мед. паразитол., 2002. – № 1. – С. 53–55.

УДК 616.34-006.5-072.1

А. Д. Борсук, С. А. Дриго

Государственное учреждение

«Республиканский научно-практический центр
радиационной медицины и экологии человека»
г. Гомель, Республика Беларусь

ЭНДОСКОПИЯ С ОПТИЧЕСКИМ УВЕЛИЧЕНИЕМ И ЦИФРОВОЙ ХРОМОСКОПИЕЙ В ДИАГНОСТИКЕ ПОЛИПОВ ОБОДОЧНОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ

Введение

Роль эндоскопии в профилактике колоректального рака определяется ее высокой чувствительностью в диагностике эпителиальных неоплазий ободочной и прямой кишки [1]. Благодаря использованию эндоскопии высокой четкости, эндоскопии с увеличением, цифровой хромоскопии появилась возможность с высокой степенью точности опреде-