

© В. А. Фигурнов, Е. В. Дубяга, Е. В. Фигурнова, 2018
УДК. 616.995.132.5-06:617.574-002.36-089
DOI: 10.24884/0042-4625-2018-177-3-52-53

В. А. Фигурнов¹, Е. В. Дубяга², Е. В. Фигурнова¹

ФЛЕГМОНА ПРЕДПЛЕЧЬЯ КАК СЛЕДСТВИЕ РАЗВИТИЯ В ТКАНЯХ ДИРОФИЛЯРИИ

¹ Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Амурская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Благовещенск, Россия

² Государственное автономное учреждение здравоохранения Амурской области «Амурская областная клиническая больница», г. Благовещенск, Россия

Ключевые слова: флегмона, диروفилария

V. A. Figurnov¹, E. V. Dubyaga², E. V. Figurnova¹

Forearm phlegmon caused by the development of dirofilaria in tissues

¹ Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Amur State Medical Academy», Blagoveshchensk, Russia; ² «Amur regional clinical hospital», Blagoveshchensk, Russia

Keywords: phlegmon, dirofilaria

Дирофиляриоз – паразитарное заболевание, связанное с паразитированием у человека тонкого длинного паразита (до 12–14 см) *dirofilaria immitis*, источником которой являются в основном собаки, а заражение личинками происходит при укусе комарами [1].

После описания первого случая дирофиляриоза в Амурской области [2] и случая дирофиляриоза левой молочной железы [3], мы приводим наше наблюдение больной, которая наблюдалась и оперировалась по поводу флегмоны левого предплечья, в удаленных тканях которой были обнаружены фрагменты дирофилярии.

Цель работы – представить описание случая развития флегмоны левого предплечья у женщины 24 лет, с описанием ультразвукового исследования (УЗИ) до операции и результатом гистологического исследования удаленного воспалительного материала.

Работа выполнена с письменного согласия пациента и в соответствии с принципами Хельсинкской декларации (в ред. 2013 г.).

Больная К., 24 года, обратилась за медицинской помощью в связи с тем, что у нее в верхней половине левого предплечья появилась опухоль с покраснением на ее вершине.

Больную беспокоили тупые постоянные боли в области опухоли, усиливающиеся при движении руки, а также при сжимании и разжимании пальцев. Боли усиливались при надавливании области опухоли, особенно в месте покраснения.

Больной себя считает около 3 месяцев, когда на внутренней поверхности левого предплечья в нижней его 1/3 почти на границе с запястьем появилось красное пятнышко, через несколько дней оно превратилось в папулу, которая увеличивалась в размере и достигла размеров 1,5×1,5 см. В этом месте было ощущение незначительной боли и периодический кожный зуд. Примерно через месяц папула уменьшилась, затем

исчезла, но появились боль и зуд в средней 1/3 левого предплечья, ощущение тяжести. При надавливании и движении руки в этом месте появлялась незначительная боль. Это продолжалось около месяца, затем эти явления стали исчезать, но появились тяжесть, боли и припухлость в месте той опухоли, с которой больная обратилась за медицинской помощью.

При объективном осмотре: опухоль занимает внутреннюю часть верхней половины левого предплечья. При пальпации ее отмечается болезненность, особенно на вершине в месте покраснения, там же пальпируется уплотнение в глубине кожи, в остальных отделах ткани мягкие. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Температура тела не повышена.

Анализ крови: Hb – 158 г/л, эр. – 5,11·10¹²/л., л. – 7,5·10⁹/л., СОЭ – 13 мм/ч, тр. – 210·10⁹/л, Нt – 45, п – 3 %, с. – 67 %, э. – 2 %, мон. – 4 %, лимф. – 24 %. Анализ мочи без патологических изменений. При УЗИ мягких тканей воспалительного участка левого предплечья под кожей была выявлена гипозоногенная овальная правильной формы структура размером 23×5 мм, четко ограниченная от окружающих тканей, расположенная вглубь от кожи на 15 мм, неоднородная, внутри образования лоцируются подвижные линейные структуры в виде трубочек (рис. 1). Делается заключение о возможности паразитарного подкожного поражения. Под местной анестезией больной была произведена операция вскрытия и удаления воспаленного участка. Был иссечен и удален конгломерат 3×3 см. При гистологическом исследовании удаленного материала обнаружены гранулемы (рис. 2), в центре которых выявлены паразиты, которые выглядят в срезах как паразиты спиралевидной формы. Между телом паразита и окружающим воспалительным пролифератом имеется гомогенная капсула типа хитиновой. Вокруг паразита – грануляционная ткань, хроническое гранулематозное воспаление с преобладанием эозинофилов, макрофагов, лимфоцитов. Большое количество многоядерных клеток, гигантских клеток инородных тел.

На основе всех полученных данных и результатов объективного инструментального и гистологического обследования был выставлен окончательный диагноз: «Дирофиляриоз левого предплечья».



Рис. 1. Результаты УЗИ воспаленных тканей левого предплечья у больной К., 24 года. В верхней части видна гипозоногенная структура правильной овальной формы, внутри которой лоцируются линейные структуры в виде трубочек

Конфликт интересов/Conflicts of interest

Авторы заявили об отсутствии потенциального конфликта интересов./Authors declare no conflict of interest.

ЛИТЕРАТУРА [REFERENCES]

1. Фигурнов В. А., Гордиенко В. П., Левченко Н. Р. Дирофиляриоз молочной железы // Дальневосточ. мед. журн. 2015. № 4. С. 116–117.

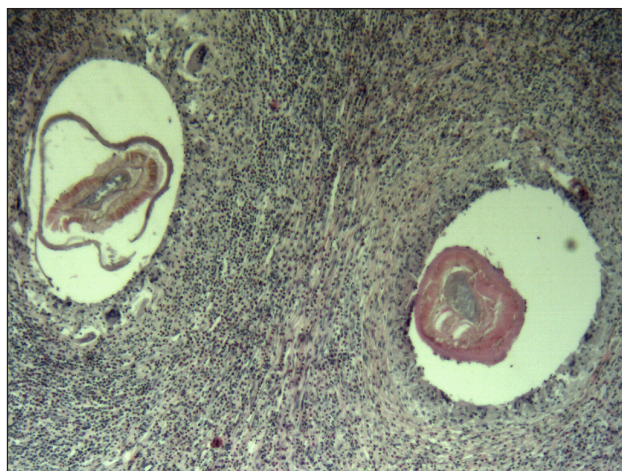


Рис. 2. Гистологическая структура удаленного материала из левого предплечья той же больной

- [Figurnov V. A., Gordienko V. P., Levchenko N. R. Dirofilyarioz molochnoi zhelezy // Dal'nevostochnyi meditsinskii zhurnal. 2015. № 4. P. 116–117].
2. Фигурнов В. А., Моисеенко Г. А., Мошконова О. К. и др. Первый случай выявленного дирофиляриоза на территории Амурской области // Мед. паразитол. 2009. № 1. С. 58–58. [Figurnov V. A., Moiseenko G. A., Moshkonova O. K. et al. Pervyi sluchai vyvaylenno go dirofilyarioza na territorii Amurskoi oblasti // Meditsinskaya parazitologiya. 2009. № 1. P. 58–58].
 3. Чебышев Н. В., Далин М. В., Гусев В. К. и др. Атлас по зоопаразитологии. М. : МИА им. И. М. Сеченова, 1977. 143 с. [Chebyshev N. V., Dalin M. V., Gusev V. K. i dr. Atlas po zooparazitologii. Moscow: MIA im. I. M. Sechenova, 1977. 143 p.].

Поступила в редакцию 25.10.2017 г.

Сведения об авторах:

Фигурнов Валентин Александрович* (e-mail: E.Figurnova@list.ru), д-р мед. наук, профессор кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией; Дубяга Евгений Витальевич** (e-mail: prozektor79@mail.ru), врач-патологоанатом патологоанатомического отделения; Фигурнова Елена Валентиновна* (e-mail: E.Figurnova@list.ru), врач – старший лаборант кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией и дерматовенерологией; *Амурская государственная медицинская академия МЗ РФ, 675000, Россия, г. Благовещенск, ул. Горького, д. 95; **Амурская областная клиническая больница, 675000, Россия, г. Благовещенск, ул. Воронкова, д. 2Б.