

8. The impact of assisted reproductive technology and chorionicity in twin pregnancies complicated by obstetric cholestasis / G. Pacella [et al.] // *Matern Fetal Neonatal Med.* – 2016. – Vol. 29, № 9. – P.1481-1484.
9. Диагностика и лечение внутрипеченочного холестаза беременных: клинические рекомендации / Н.И. Клименченко [и др.] // *Акушерство и гинекология.* – 2017. – № 1. – С. 112-119.
10. Еремينا, Е.Ю. Внутрипеченочный холестаз беременных / Е.Ю. Еремينا // *Медицинский алфавит.* – 2015. – № 7. – С. 36-40.
11. Холестаз у беременных / Э.Б. Яковлева [и др.] // *Университетская клиника.* – 2017. – Т. 13, № 1. – 86-90.
12. Relationship between early onset severe intrahepatic cholestasis of pregnancy and higher risk of meconium-stained fluid / M.C. Estiu [et al.] // *PLoS One.* – 2017. – Vol. 12, № 4. – 15 p.
13. Тарасова, Л.В. Дифференциальная диагностика кожного зуда в практике гастроэнтеролога / Л.В. Тарасова, Д.И. Трухан, Т.Н. Прокопьева // *Дневник казанской медицинской школы.* – 2016. – Т. 2, № 12 – С. 66-70.
14. Медведь, В.И. Эксклюзивные сложности гестации / В.И. Медведь // *StatusPraesens.* – 2013. – Т. 2, № 13. – С. 24-31.
15. Жесткова, Н.В. Холестатический гепатоз беременных (патогенез, клиника, лечение) / Н.В. Жесткова // *Журнал акушерства и женских болезней.* – 2010. - № 1. – С.91-97.

REFERENCES

1. Maev I.V., Andreev Dmitriy N., Dicheva D.T., Kaznacheeva T.V. Intrahepatic cholestasis of pregnancy: the state-of-the-art. *Klinicheskaya meditsina.* 2015;(6):25-30. (In Russ.).
2. Lee N.M., Brady C.W. Liver disease in pregnancy. *World J. Gastroenterol.* 2009;15(8):897-906. (In English) doi: 10.3748/wjg.15.897.
3. Uspenskaya Yu.B., Goncharenko N.V. Sovremennoe sostoyanie problemy kholestaza (The current state of the problem of cholesterol in pregnant women). *Problemy zhenskogo zdorov'ya.* 2013;8(3):70-76. (In Russ.).
4. Trukhan D.I., Tarasova L.V. Patologiya zhelchevyvodyashchei sistemy u zhenshchin: osobennosti patogeneza, techeniya, korrektsii i profilaktiki (Pathology of biliary system in women: peculiarities of pathogenesis, course, correction and prevention). *Consilium medicum.* 2013;(6):51-54. (In Russ.).
5. Turunen K., Sumanen M., Haukilahti R., Kirkinen P., Mattila K. Good pregnancy outcome despite intrahepatic cholestasis. *Scandinavian Journal of Primary Health Care.* 2010;(28):102-107. (In English) doi: 10.3109/02813431003784001.
6. Masharova A.A., Eremina E. Ju. Of the article intraliver pregnancy cholestasis. *Eksperimental'naya i klinicheskaya gastroenterologiya.* 2011;(6):87 – 91.(In Russ.).
7. Shan D., Hu Y., Qiu P., Mathew B.S., Chen Y., Li S., Hu Y., Lin L., Wang Z., Li L. Intrahepatic Cholestasis of Pregnancy in Women With Twin Pregnancy. *Twin Research and Human Genetics.* 2016;19(6): 697-707. (In English) doi:10.1017/thg.2016.74.
8. Pacella G., Salsi G., Arcangeli T., Youssef A., Farina A., Bacchi-Reggiani M., Bellussi F., Mazzella G., Azzaroli F., Porcu E., Rizzo N., Ghi T. The impact of assisted reproductive technology and chorionicity in twin pregnancies complicated by obstetric cholestasis. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine.* 2016;29(9):1481-1484. (In English) doi: 10.3109/14767058.2015.1051954.
9. Klimenchenko N.I., Khodzhaeva Z.S., Shmakov R.G., Fedorova T.A., Ivanets T.Yu., Baev O.R., Pavlovich S.V., Kan N.E., Tyutyunnik V.L., Zubkov V.V., Esayan R.M., Kartseva V.S. Diagnosis and treatment of intrahepatic cholestasis of pregnancy. *Clinical recommendations. Akusherstvo i ginekologiya.* 2017;(1):112 – 119. (In Russ.).
10. Eremina E.Yu. Vnutriphechenochnyi kholestaz beremennykh (Intrahepatic cholestasis of pregnant women). *Meditsinskii alfavit.* 2015;(7):36-40. (In Russ.).
11. Yakovleva E.B., Trubnikova I.O., Chernnykh S.V., Govorukha I.T., Vustenko V.V. Cholestasis in pregnant women. *Universitetskaya klinika.* 2017;13(1):86-90. (In Russ.).
12. Estiu M., Frailuna M., Otero C., Dericco M., Williamson C., Marin J., Macias R. Relationship between early onset severe intrahepatic cholestasis of pregnancy and higher risk of meconium-stained fluid. *PLoS One.* 2017;12(4): 1-15. (In English) doi.org/10.1371/journal.pone.0176504.
13. Tarasova L.V., Prokopyeva T.N., Trukhan D.I. The differential diagnosis of pruritus ingastroenterology practice. *Dnevnik kazanskoi meditsinskoi shkoly.* 2016;2(12):66-70. (In Russ.).
14. Medved' V.I. Eksklyuzivnye slozhnosti gestatsii (Exclusive difficulties of gestation). *Status Praesens.* 2013;2(13):24-31. (In Russ.).
15. Zhestkova N.V. Kholesticheseskii gepatoz beremennykh (patogenez, klinika, lechenie) (Cholestatic hepatitis of pregnant women (pathogenesis, clinic, treatment)). *Zhurnal akusherstva i zhenskikh boleznei.* 2010;(1):91-97. (In Russ.).

УДК 616.995.132.5

© Коллектив авторов, 2018

А.М. Сулейманов¹, Ф.З. Мирсаева², Г.А. Файзуллина², Л.А. Рябых², Д.Р. Нагаева²
ДИРОФИЛЯРИОЗ В КЛИНИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

¹ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница №21», г. Уфа

²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье приводится описание редкого случая проявления гельминтоза на лице. Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы комаров, зараженных личинками дирофилярий. Болезнь у пациента Х., 64 лет, проявилась в виде плотного новообразования левой подглазничной области, которое появилось около года назад. Из анамнеза выяснилось, что он не покидал территорию Башкирии. Пациент отмечал двукратное воспаление мягких тканей в области уплотненного новообразования. После госпитализации в отделение челюстно-лицевой хирургии с диагнозом фиброма левой подглазничной области проведено оперативное лечение под местной анестезией. Операционной находкой оказалась нитевидной формы круглый червь длиной около 10 см и шириной около 1 мм. Идентификация гельминта проведена на кафедре инфекционных болезней БГМУ. Определена нематода рода *Dirofilaria*. Через два месяца после выписки пациента из стационара в феврале 2017 г. нами выявлен второй случай дирофиляриоза у пациента Ш., 27 лет, локализованного в правой щечной области. В предоперационном периоде больному проведено УЗИ новообразования. Трактовка исследования не позволила диагностировать гельминтоз. Дирофилярия явилась очередной операционной находкой.

Ключевые слова: гельминтоз, дирофилярия, дирофилярия в клинике челюстно-лицевой хирургии.

A.M. Suleymanov, F.Z. Mirsaeva, G.A. Fayzullina, L.A. Ryabykh, D.R. Nagaeva
DIROFILARIASIS IN THE DEPARTMENT OF MAXILLOFACIAL SURGERY

The article describes a rare case of helminthiasis on the face. Human infection occurs by transmissible way through the bite of blood-sucking mosquitoes, infected with larvae of dirofilaria. The disease in patient Kh., 64 years old, manifested itself in the form of dense tumor of the left infraorbital area, which appeared about a year ago. From the anamnesis of the disease it was found out that he did not leave the territory of Bashkortostan. The patient noted a double inflammation of the soft tissues in the area of the dense tumor. After hospitalization into the department of maxillofacial surgery with the diagnosis "Fibroma of the left infraorbital region" surgical intervention was performed under local anesthesia. The operating finding was filamentous round worm about 10 cm long, about 1 mm wide. The helminth identification was carried out at the Department of Infectious Diseases of the Bashkir State Medical University. A nematode of the genus *Dirofilaria* was identified. Two months after the patient's discharge from hospital in February 2017 we identified the second case of dirofilariasis in a patient Sh., 27 years old, localized in the right buccal region. In the preoperative period, the patient underwent an ultrasound of the tumor. The study did not diagnose helminthiasis. *Dirofilaria* was another operational finding.

Key words: helminthiasis, dirofilaria, dirofilaria in the department of maxillofacial surgery.

Дирофиляриоз (*Dirofilariasis* от лат. *diro*, *filum* – злая нить) – заболевание, вызываемое паразитированием нематоды рода *Dirofilaria* в организме человека. Этот гельминтоз характеризуется медленным развитием и длительным хроническим течением. Заражение происходит трансмиссивным путем через укусы комаров, зараженных инвазионными личинками дирофилярий. Филярии – это биогельминты, развитие которых происходит со сменой хозяев. Промежуточные хозяева – членистоногие (комары, слепни, мошки). Человек является случайным и окончательным хозяином паразита, в организме человека не происходит развитие червя до стадии микрофиляремии, что не позволяет применять те же методы диагностики, что и для животных [4].

В странах СНГ и бывшего СССР встречается только подкожный дирофиляриоз, развивающийся в результате инвазии *D. Repens* и распространенный среди жителей Казахстана, Узбекистана, Туркмении, Грузии, Армении, Украины, Белоруссии [4]. В условиях городской квартиры передача инвазии при наличии больных собаки или кошки может осуществляться круглогодично комарами рода *Culex*.

До настоящего времени считалось, что проявления гельминтоза в челюстно-лицевой области является редкостью [3]. Отсутствие патогномичных признаков заболевания часто приводит к диагностическим ошибкам: в зависимости от локализации очага дирофилярий больные обращаются к врачам разного профиля: хирургам, онкологам, оториноларингологам, окулистам, челюстно-лицевым хирургам. В результате после первичного приема больным выставляют клинический диагноз, не связанный с паразитарной этиологией (атерома, фиброма, фурункул). Как правило, при первичном обращении к специалистам гельминтоз не выявлялся [4, 6]. Обычно дирофиляриозы, широко распространенные в странах с тропическим и субтропическим климатом, в нашей практике расцениваются как казуисти-

ка. Были описаны два случая дирофиляриоза [7], заражение жителей из Башкирии произошло во время их службы в армии в Туркмении на границе с Афганистаном вблизи г. Кушка. По данным литературы очаги инвазии с местной передачей в зоне умеренного климата выявлены до 55-57°с.ш., еще пару десятилетий назад северной границей заболевания считалась широта 53-54°с.ш. [2].

Примерно через 6 месяцев после заражения паразит достигает максимальных размеров и располагается внутри воспаленного узла. Как правило, гельминт располагается в соединительно-тканной капсуле, содержащей серозно-гнойный экссудат, белок, эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты [3].

Приводим клиническое наблюдение, интересное тем, что заражение гельминтозом произошло в условиях Башкирии.

Пациент Х., 64 лет, медицинская карта № 1198, госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы 09.01.2017 г. с диагнозом фиброма подглазничной области слева.

Больной жаловался на наличие опухолевидного образования в левой подглазничной области и периодически возникающий дискомфорт в данной области. До обращения в клинику пациент отмечал двукратное воспаление мягких тканей в области уплотненного новообразования.

Общее состояние больного на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД 140/80 мм рт. ст., ЧСС 66 уд./мин.

Местный статус: лицо симметричное, кожа лица физиологической окраски, слизистая оболочка полости рта светло-розовая, влажная. В подглазничной области слева определяется опухолевидное образование плотной консистенции размером 2,0×1,5 см. При пальпации новообразование безболезненное, цвет кожи над ним не изменен (рис. 1).



Рис 1. Признаки воспаления в области локализации диروفиларии

В предоперационном периоде проведены исследования:

ОАК от 22.01.2016 эритроциты – $5,0 \times 10^{12}/л$, Нв – 150 г/л, тромбоциты – $139 \times 10^9/л$; лейкоциты – $9,1 \times 10^9/л$, СОЭ – 4 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные – 64, лимфоциты – 27, моноциты – 9.

Б/х анализ крови от 22.12.2016 г.: общий белок – 82 г/л; билирубин общий – 10,2 мкмоль/л, холестерин – 5,3 ммоль/л, креатинин – 70 мкмоль/л

Анализ мочи: 22.12.2016 г.: уд. вес 1015, реакция кислая.

ЭКГ от 22.12.2016 г.: синусовый ритм, ЭОС не отклонена.

10.01.2017 г. под местным обезболиванием произведена операция по удалению новообразования округлой формы $1,5 \times 1,0$ см. Операционной находкой оказался нитевидной формы круглый червь длиной около 10 см, шириной около 1 мм, находившийся внутри полостного новообразования. Рана была ушита капроновыми швами.

Идентификация гельминта проведена на кафедре инфекционных болезней БГМУ. Определена нематода рода *Dirofilaria*.

Иммунограмма от 13.01.2017 г.: лейкоциты $5,4 \times 10^9/л$; лимфоциты 15%; иммуноглобулин А – 3,0 г/л; иммуноглобулин М 1,4 г/л; иммуноглобулин G – 10,0 г/л; ЦИК 10 Ед.

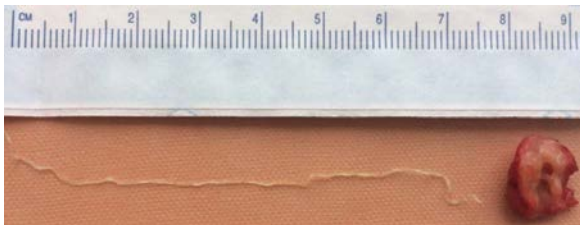


Рис 2. Дирофилярия с удаленной капсулой

Гистологическое заключение № 650-51/2 от 16.01.2017 г.: поперечно-полосатая мышечная ткань; фиброзно-жировая ткань с очаговой лимфоплазмодитарной и гистоцитарной инфильтрацией, сосудами разного калибра.

Заживление послеоперационной раны – первичным натяжением. Больной выписан в удовлетворительном состоянии 17.01.2017 г.

В феврале 2017 г. нами выявлен второй случай диروفилариоза у пациента Ш., 27 лет, локализованного в правой щечной области. В предоперационном периоде больному проведено УЗИ новообразования (рис. 3), интерпретация результатов которого не позволила диагностировать гельминтоз. Дирофилярия явилась очередной операционной находкой.

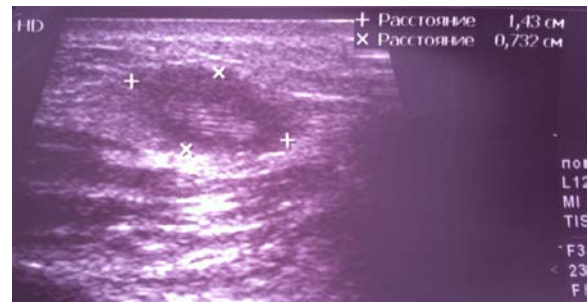


Рис. 3. УЗИ области локализации диروفиларии. Лоцируется гипозоногенное солидное образование с ровными контурами без видимой капсулы. В центре – образование повышенной эхогенности

Как отмечают Р.Я. Абдуллаев с соавт. [1], при УЗИ очаг диروفиларий обладает характерными ультразвуковыми признаками: полостное объемное образование пониженной эхогенности округлой или овальной формы с ровным нечетким контуром, размером от 10 до 15 мм, толщиной стенки до 1 мм. Визуализация множественных или единичных геометрических фигур линейной формы повышенной эхогенности, различной длины, толщиной 0,6-0,7 мм, с просветом в центре, флотирующих в полости образования или неподвижных.

При неопытности эти геометрические фигуры в полости можно принять за кальцинаты.

Характерно, что при компрессии датчиком кисты сдавливаются, и объемное образование может перемещаться под кожей. Кроме того, при доплерографии сосудистые сигналы в полости кисты чаще отсутствуют, но изредка могут регистрироваться на внутрикистозных перегородках в виде точечных сосудистых сигналов.

Профилактика: мероприятия в очаге инвазии направлены на снижение численности комаров и популяции бродячих собак, кошек и других плотоядных [4,5]. Профилактика заражения людей и животных диروفилариями основывается в первую очередь на прерывании трансмиссивной передачи инвазии и складывается из нескольких направлений: истребление комаров, выявление и дегельминтизация инфицированных домашних собак. В очагах диروفилариоза проводят

сплошную обработку водоемов (деларва-цию), жилые и нежилые помещения обраба-тывают инсектицидами.

Выводы

Диагностика дирофиляриоза представ-ляет определенную трудность ввиду отсут-

ствия патогномичных признаков заболевания, что часто приводит к диагностическим ошиб-кам. При отсутствии профилактических меро-приятий дирофиляриоз в Республике Башкор-тостан из ряда казуистичных случаев может перейти в разряд обыденных.

Сведения об авторах статьи:

- Сулейманов Азат Мудасирович** – к.м.н., заведующий отделением челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, проезд Лесной, 3. Тел. 8(347)246-53-40. E-mail: Suleimanov_azat@mail.ru.
Мирсаева Фания Зартидиновна – д.м.н., профессор, заведующая кафедрой хирургической стоматологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: Faniya-mirsaeva@mail.ru.
Файзуллина Гузель Ахтямовна – к.м.н., доцент кафедры хирургической стоматологии ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: flamingo004@yandex.ru.
Рябых Любовь Алексеевна – к.м.н., доцент кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3. E-mail: chlhipobgmu@mail.ru.
Нагаева Диана Рифовна – клинический ординатор кафедры ортопедической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии с курсом ИДПО ФГБОУ ВО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3.

ЛИТЕРАТУРА

1. Эхография челюстно-лицевой зоны / Р.Я. Абдуллаев [и др.] – Харьков: Планета принт, 2015. – 130 с.
2. Майчук, Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
3. Постнова, В.Ф. Новые случаи дирофиляриоза человека/ В.Ф. Постнова, А.И. Ковтунов, Л.М. Абросимова, Т.И. Авдохина [и др.] // Медицинская паразитология – 1997. – № 1. – С. 6-9.
4. МУ 3.2.188004 Профилактика дирофиляриоза: методические указания от 03.03.2004. URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200040970> (дата обращения 12.02.2018)
5. Романова, Е.М. Экологическая обусловленность распространения дирофиляриоза в Ульяновской области/ Е.М. Романова, Т.И. Индирякова, Н.В. Зонина // Известия Самарского научного центра Российской академии наук, 2009. – Т. 1, № 1(4). – С. 793-795.
6. Тарабукина, В.А. Дирофиляриоз у людей // Medicus Amicus. URL: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=1x183-4-7a-10-14-21-28-37-44-45x1> (дата обращения 12.02.2018)
7. Туктаров, И.Р. Проявление филяриоза в Республике Башкортостан // Теоретические и клинические вопросы челюстно-лицевой хирургии: сборник научн. трудов. – Уфа, 2000. – Т. 3. – С. 141-145.

REFERENCES

1. Abdullaev R.Ja., Aliev A.D., Efimenko S.G., Lysenko V.V. Jehografija cheljjustno-licevoj zony (Sonography of the maxillofacial area). Har'kov, Planeta print, 2015, 130 p. (in Russian)
2. Maichuk Yu.F. Parazitarnye zaboлевaniya glaz (Parasitic diseases of the eye). Moscow, Meditsina, 1988, 288 p. (in Russian)
3. Postnova V.F., Kovtunov A.I., Abrosimova L.M., Avdokhina T.I. [et al.] Novye sluchai dirofilarioza cheloveka (New cases of human dirofilariosis). Meditsinskaya parazitologiya, 1997, № 1, p. 6-9. (in Russian)
4. МУ 3.2.188004 Profilaktika dirofilarioza: metodicheskie ukazaniya (Prevention of dirofilariosis: guidelines) 03.03.2004. URL: <http://docs.cntd.ru/document/1200040970> (available at 12.02.2018). (in Russian)
5. Romanova E.M., Indiryakova T.A., Zonina N.V. Ecological stipulation spreading dirofilarios in Uliyanovsk region. Izvestia of Samara Scientific Center of the Russian Academy of Sciences, 2009, T. 1, № 1(4), p. 793-795. (in Russian)
6. Tarabukina, V.A. Dirofilarioz u lyudei (Dirofilariosis in humans). Medicus Amicus. URL: <http://www.medicusamicus.com/index.php?action=1x183-4-7a-10-14-21-28-37-44-45x1> (available at 12.02.2018) (in Russian)
7. Tuktarov, I.R. Proyavlenie filyariotoza v Respublike Bashkortostan (Manifestation of filariasis in the Republic of Bashkortostan). Teoreticheskie i klinicheskie voprosy cheljjustno-litsevoj khirurgii: sbornik nauchn. trudov, Ufa, 2000, Vol. 3, p. 141-145. (in Russian)

УДК 616.351-008.1+616053.2
 © Р.Р. Хасанов, 2018

Р.Р. Хасанов

СИНДРОМ КОРОТКОЙ КИШКИ И ХРОНИЧЕСКАЯ КИШЕЧНАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ У ДЕТЕЙ

ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»
 Минздрава России, г. Уфа

Хроническая кишечная недостаточность является основным проявлением синдрома короткой кишки (СКК). Она развивается после массивной резекции тонкой кишки. Применение парентерального питания у данных пациентов жизненно важно. Оно позволяет в условиях хронической кишечной недостаточности обеспечивать достаточное поступление пациенту калорий, питательных веществ и микроэлементов.

Нами было исследовано восемь пациентов с СКК, получавших парентеральное питание. Первичными диагнозами, по поводу которых проводилась массивная резекция тонкой кишки у данных пациентов, были атрезия тонкой кишки, синдром Цюльцера – Уилсона, заворот тонкой кишки с некрозом, некротический энтероколит. Было выявлено, что парентеральное питание позволяет поддерживать весовые показатели пациентов в пределах возрастных норм. Половина пациентов с СКК отстает в росте. Необходимо помнить, что парентеральное питание сопряжено с риском серьезных жизнеугрожающих осложнений. Помимо парентерального питания энтеральное питание является необходимым элементом питания данных пациентов. Терапия хронической кишечной недостаточности является сложной задачей, но это важнейший элемент лечения детей с СКК.

Ключевые слова: синдром короткой кишки, кишечная недостаточность, парентеральное питание, энтеральное питание, дети.