

УДК 616.716.1-002.951.1 (575.2) (04)

ЭХИНОКОККОЗ ВЕРХНЕЙ ЧЕЛЮСТИ

Г.О. Миненков – канд. мед. наук,
Б.Д. Шалабаев – канд. мед. наук

In this article the cases of echinococcosis of maxilla during our practice have shown.

Гидатидный эхинококкоз – тяжелое природно-очаговое паразитарное заболевание. Оно представляет серьезную угрозу здоровью людей во многих странах мира, в том числе и в Кыргызской Республике, которая является эндемической зоной по эхинококкозу. Это заболевание – результат инвазии гельминта *Echinococcus granulosus* (Rudolphi, 1801). Основными хозяевами возбудителя являются хищники семейства собачьих, промежуточными – овцы и люди [1]. Наиболее часто первично поражается печень (60–80% случаев). Это связано с тем, что она является первым “фильтром” для порталной крови. Затем по частоте поражения следуют легкие (10–20% случаев) и далее остальные органы и системы организма [2]. Очень редко этот паразит проникает в верхнечелюстные пазухи (в/челюстные пазухи) [3, 4]. Трудности ранней и дифференциальной диагностики, частота послеоперационных осложнений и рецидивов делают проблему эхинококкоза параназальных синусов весьма актуальной [5].

В качестве примера приведем случай эхинококкоза в/челюстной пазухи, зарегистрированный в ЛОР-отделении Национального госпиталя при Минздраве Кыргызской Республики.

Девочка 8 лет, проживающая в сельской местности, поступила в ЛОР-отделение 15.04.1995 г. Со слов матери, около четырех месяцев назад у ребенка появились отек правой половины лица и выпячивание глазного яблока кпереди. В анамнезе выяснено, что в хозяйстве семьи овцы и собаки.

При осмотре отмечен экзофтальм справа. Этот глаз смещен вперед и кнаружи и его движения ограничены книзу. С этой же стороны виден хемоз бульбарной конъюнктивы. При пальпации нижней части глазного яблока отмечена болезненность. Зрение на оба глаза сохранено (VOD=VOS=1,0). На глазном дне справа сосок зрительного нерва бледно-розовый, границы его четкие, вены расширены и имеют извитой вид, артерии без изменений.

Больной были проведены следующие исследования: компьютерная томография (КТ), ультразвуковое исследование (УЗИ), диафаноскопия и магнитно-резонансная томография (МРТ) полости носа и околоносовых пазух, УЗИ печени, обзорная рентгенография органов грудной клетки и серологическая диагностика (Test system “Echinococcus Ig G strip”).

КТ-исследование было выполнено в аксиальной и коронарной проекциях. Толщина срезов при его проведении была равна 3 мм. На серии компьютерных томограмм контурировалась тень опухолевидного образования (рис. 1). Оно проецировалось на правую в/челюстную пазуху и имело неоднородно-жидкостную плотность (16–25 ед.Н.), размеры его были равны 24x25x31 мм и имели четкие контуры овальной формы, с “трубы” соединительнотканым “ободком” по периферии. Толщина последнего по всему периметру достигала 3,1–3,4 мм. Со стороны стенок пазухи определялись КТ-признаки остеопороза от давления с равномерным их истончением по направлению к дефекту, расположенного сзади (рис. 1).

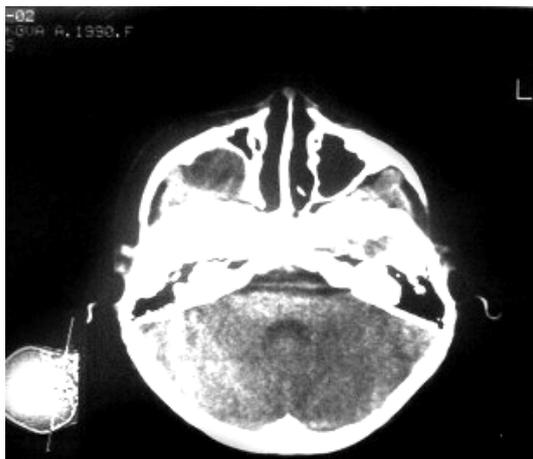


Рис. 1. КТ больной с эхинококкозом верхней челюсти. В правой в/челюстной пазухе видно объемное образование.

Следует отметить, что после проведения КТ больная была обследована через два месяца. При диафаноскопии свечение пораженной пазухи было менее интенсивным, чем противоположной здоровой. УЗИ позволило констатировать отражение ультразвуковых волн не только от истонченных передней и задней стенок пазухи, но и промежуточных капсул дочерних пузырей (многокамерный эхинококк). Наличие человеческих антител к эхинококковым антигенам было подтверждено с помощью иммуноферментного анализа. УЗИ выявило в правой доли печени объемный очаг с четкими контурами и дистальным акустическим усилением (рис. 2). Внутри его определялись множественные “дочерние” кисты с гиперэхогенными структурами и наличием внутренней седиментации. Дополнительно определялось удвоение наружных линий стенок кисты.

При проведении обзорной рентгенографии органов грудной клетки мы не выявили дополнительных очаговых, патологических образований. Несмотря на наличие КТ было проведено МРТ-исследование. Это позволило нам сопоставить результаты КТ и МРТ при эхинококкозе челюстно-лицевой области. МРТ-исследование было выполнено в T1W и T2W режимах (рис. 3). Во время исследования в верхнечелюстной пазухе справа определялся очаг жидкостной плотности с четкими конту-

рами по периферии. В T1W режиме определялся изоинтенсивный сигнал, в T2W режиме – гиперинтенсивный. Структура образования характеризовалась многокамерностью. Верхний край описанного образования деформировал ретробульбарное пространство и поддавливал глазное яблоко снизу. В отличие от КТ на МРТ мы не увидели детальной проработки тени образования, не определялся остеопороз костных стенок и наличие в ней дефекта.

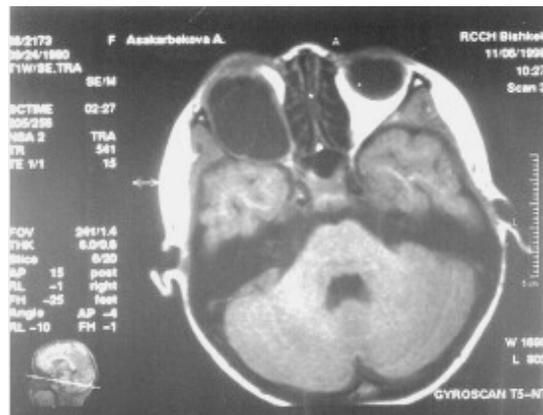
После проведенного обследования больная была переведена в хирургическое отделение городской детской клинической больницы №3 г. Бишкек, где ей было произведено удаление эхинококкового пузыря в печени. Через месяц больная вновь была госпитализирована в ЛОР-отделение Национального госпиталя, где эхинококковая киста правой верхнечелюстной пазухи была удалена посредством расширенной гайморотомии. При выполнении операции мы сохранили основную методику, но ввели некоторые дополнительные особенности. К ним относится введение в полость эхинококкового пузыря после предварительного отсасывания шприцем жидкости, раствора спирта и формалина в разведении один к одному. Это делалось с целью предупреждения возможной диссеминации окружающих тканей сколексами, содержащимися в эхинококковой жидкости, в случае прорыва оболочки кисты. Операционный материал (рис. 4) отправлен на патоморфологическое исследование, позволяющее подтвердить диагноз эхинококкоза.



Рис. 2. Многокамерный эхинококк правой доли печени на УЗИ.



А



Б

Рис. 3. МРТ больной:
А – T1W режим МРТ; Б – T2W режим МРТ.

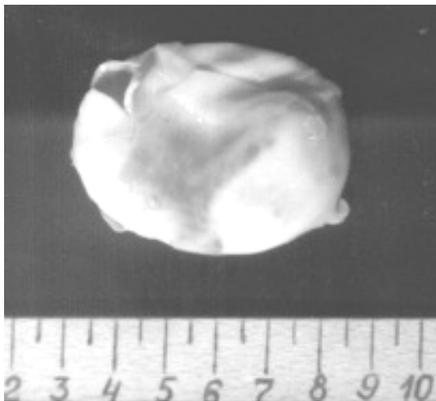


Рис. 4. Макропрепарат удаленной эхинококковой кисты.

Операция прошла без осложнений. Полость была тампонирована. Тампон был убран через 5 дней. В отделении больная получила курс антибактериальной терапии: клафоран по 0,5 – 2 раза в день в/м 5 дней, гентамицин по 0,04 – 2 раза в день, флагил 150 мл – 2 раза в день; патогенетической терапии: химиостероидную смесь №3 и симптоматическую – доналгин по 1 таб. 2 раза в день.

Больная выписана на 11-е сутки после операции. На протяжении 5 лет никаких признаков рецидива эхинококкоза у больной не было обнаружено.

Эхинококковое поражение верхнечелюстных пазух регистрируется относительно редко,

что предопределяет определенные трудности в диагностике и установлении тактики лечения этой категории больных. Детальная КТ-семиотика эхинококкового поражения верхней челюсти в комплексном исследовании позволила поставить предварительный диагноз, совпадающий с клиническим и избрать тактику хирургического лечения, предупреждающую возможность диссеминации окружающих тканей сколексами, содержащимися в эхинококковой жидкости.

Литература

1. *Мальшев А.Ф., Соболевская О.А.* Актуальные вопросы диагностики и лечения эхинококковой болезни человека // Вятск. мед. вестн. – 2002. – №1. – С. 20–21.
2. *Петровский Б.В., Милонов О.Б., Дееничин П.Г.* Хирургия эхинококкоза. – М.: Медицина, 1985.
3. *Овчинников Ю.М.* К дифференциальной диагностике заболеваний околоносовых пазух // Российск. ринол. – 1998. – №2. – С. 21.
4. *John R. Haaga, Ralph J. Alfdi.* Computed tomography of the Body. – St. Louis, Washington, Toronto, 1988. – Chapt. 15 (Upper aerodigestive and neck, edited by Barbara L. Carter). – P. 445–471.
5. *Габуня Р.И., Колесникова Е.К.* Компьютерная томография в клинической диагностике // Гл. 2. Органы головы и шеи. – М.: Медицина. – 1995. – С. 28–38.