

СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА РАЗГИБАТЕЛЯ ПАЛЬЦЕВ КИСТИ, ИМИТИРУЮЩИЙ СУХОЖИЛЬНЫЙ ГАНГЛИЙ

Д.Ю. Соснин¹, В.Г. Козюков¹, И.В. Кадынцев¹, А.Л. Таскаев², А.П. Щекотова¹, Н.В. Каримова², А.А. Галимова²

¹ ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России Ул. Петропавловская, д. 26, г. Пермь, Россия, 614990

² ГБУЗ Пермского края «МСЧ № 9 им. М.А. Тверье» Ул. Братьев Игнатовых, д. 2, Пермь, Россия, 614990

Реферат

Своевременная диагностика паразитарных заболеваний опорно-двигательного аппарата представляет определенные сложности, обусловленные редкостью данной патологии. В статье представлено клиническое наблюдение – случай дирофиляриоза влагалища разгибателя пальца кисти у 49-летней женщины, госпитализированной с диагнозом «гигрома тыльной поверхности кисти». Правильный диагноз заболевания был поставлен только после извлечения паразита во время операции. Обсуждены проблемы дифференциальной диагностики данного заболевания и гигромы тыла кисти. Для уточнения диагноза предложено использовать предоперационное УЗИ мягких тканей кисти.

Ключевые слова: дирофиляриоз, сухожильный ганглий, гигрома.

DOI 10.21823/2311-2905-2016-22-3-117-121

Дирофиляриоз – трансмиссивное паразитарное заболевание человека и животных, возбудителями которых являются круглые черви (нематоды) – *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis*. Длина взрослых особей достигает 20 см, а диаметр – 1,3 мм. Обычно гельминты паразитируют в сосудистом русле собак и других представителей семейства псовых [9]. Помимо них заражению могут быть подвержены другие млекопитающие: домашние и дикие кошки, хорьки, ондатры, а также человек. Промежуточный хозяин – комары (род *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*). Инфицирование окончательного хозяина происходит при укусе зараженного комара. Во время кровососания личинки паразита проникают в кровь окончательного хозяина, где через несколько стадий превращаются во взрослых паразитов. В организме окончательного хозяина происходит спаривание взрослых особей гельминта с отрождением самками большого количества живых личинок, способных при кровососании проникнуть в организм комара.

У человека диагностика дирофиляриоза основана на обнаружении гельминта. Как правило, поражения человека регистрируются случайно при поражении гельминтом органов

зрения [3, 4] или при подкожной локализации паразита [8, 10]. Поражения других органов регистрируются значительно реже, и паразит выявляется, как правило, случайно. Так, в доступной литературе описаны клинические случаи острого орхитидимита [5], интраларингеальной инвазии [7], локализации в щечной области [2]. Документированных случаев обнаружения данных гельминтов как причины патологии опорно-двигательной системы в доступной литературе нами не обнаружено. В связи с этим определенный интерес представляет клинический случай дирофиляриоза сухожилия разгибателя пальцев кисти, который мы представляем.

Больная Н., 49 лет, поступила для планового стационарного лечения в ортопедическое отделение ГБУЗ ПК «МСЧ № 9 им. М.А. Тверье» (г. Пермь) в январе 2016 г. с жалобами на болезненное образование, локализованное на тыльной поверхности правой кисти. В последнее время отмечала появление зуда, который усиливался в вечернее время.

Считает себя больной в течение двух лет, когда обнаружила опухолевидное образование на тыльной поверхности правой кисти.

Соснин Д.Ю., Козюков В.Г., Кадынцев И.В., Таскаев А.Л., Щекотова А.П., Каримова Н.В., Галимова А.А. Случай дирофиляриоза разгибателя пальцев кисти, имитирующий сухожильный ганглий *Травматология и ортопедия России*. 2016;22(3):117-121. DOI 10.21823/2311-2905-2016-22-3-117-121.

Соснин Дмитрий Юрьевич. Ул. Петропавловская, д. 26, г. Пермь, Россия, 614990; e-mail: sosnin_dm@mail.ru

Рукопись поступила: 18.04.2016; принята в печать: 07.07.2016

За медицинской помощью не обращалась, лечения не получала. Свое обращение связывает с увеличением опухоли и появившимися болезненными ощущениями и зудом. Профессиональный анамнез не отягощен, работает продавцом одежды, травму кисти отрицает. Проживает в двухэтажном доме, где также находятся собака и кошка, в южные страны не выезжала. На момент госпитализации состояние пациентки удовлетворительное, со стороны внутренних органов патологии не выявлено.

Локальные изменения: по тыльной поверхности правой кисти в области диафиза третьей пястной кости имеется округлое, умеренно подвижное опухолевидное образование (размеры 2,5×1,5 см, высотой 0,5 см), не спаянное с кожей, связанное с сухожилием разгибателя пальца. Образование мягко-эластической консистенции, болезненное при пальпации, кожа над ним не изменена. Движения в суставах третьего пальца не ограничены. Сосудистых и чувствительных расстройств на кисти не выявлено.

Результаты лабораторных исследований: группа крови АВ (IV)Rh⁺ (положительная), HBsAg не обнаружен, антитела к ВИЧ, ВГС, *Treponema pallidum* – не обнаружены. В общем анализе крови отклонений от нормы не обнаружено. В лейкоцитарной формуле также не выявлено признаков, которые могли бы указывать на паразитарное заболевание (содержание эозинофилов 2%) или острый воспалительный процесс (палочкоядерные нейтрофилы 1%, сегментоядерные нейтрофилы 57%). СОЭ незначительно ускорена – 19 мм/ч. При исследовании кала яйца гельминтов и цисты простейших не обнаружены. Общий анализ мочи без особенностей. Отклонений в результатах биохимического исследования крови (глюкоза, холестерин, билирубин, АлАТ, АсАТ, креатинин) и исследованиях показателей гемостаза (ПТВ, АПТВ, ТВ, фибриноген, АДФ – агрегация тромбоцитов, этаноловый тест) не выявлено.

На основании жалоб, анамнеза, клинических и инструментальных данных установлен диагноз – сухожильный ганглий тыла правой кисти. Рекомендовано оперативное лечение в плановом порядке.

Протокол операции: под местной анестезией раствором новокаина 0,5% – 50,0 выполнен линейный разрез кожи над опухолевидным образованием в проекции диафиза третьей пястной кости. В подкожно-жировой клетчатке обнаружено жидкостное образование округлой формы размерами 2,5×1,5×0,5 см с четкой капсулой беловатого цвета, плотно спаянное с паратенонием сухожилия разгибателя пальцев кисти. После рассечения спаек и мобили-

зации опухолевидного образования последнее удалено вместе с частью наружной оболочки сухожилия. Сухожилие разгибателя пальцев (пучок к третьему пальцу) на протяжении 2,5 см увеличено в диаметре на 2–3 мм, имеет желтоватый цвет, отсутствует характерный блеск (дегенеративные изменения). После вскрытия капсулы опухолевидного образования из полости выделилось до 0,5 мл серозно-гноеподобной жидкости желто-зеленого цвета без запаха. При дальнейшей ревизии был обнаружен живой паразит белого цвета, подвижный при извлечении (рис.).

Послеоперационная рана промыта раствором антисептика (хлоргексидин). Выполнен контроль гемостаза. Кожная рана ушита отдельными узловыми капроновыми швами с оставлением трубчатого латексного (диаметр 3 мм) дренажа. Наложена асептическая повязка. Экссудат и макропрепарат отправлены на бактериологическое исследование. Послеоперационный период протекал без осложнений.

Бактериологическое исследование экссудата роста микрофлоры не выявило. Препарат: извлеченный паразит представлял собой живую подвижную нематоду серо-белого цвета. Тело гельминта – нитевидное, снаружи покрыто плотной кутикулой. Размеры извлеченного паразита: длина – 5,6 см, толщина – около 1 мм. При макроскопическом исследовании гельминта сотрудник лаборатории предположительно идентифицировал его как *Dirofilaria repens*.



Рис. 1. Паразит *Dirofilaria spp.*, извлеченный из сухожильной оболочки (паратеноний) общего разгибателя пальцев кисти

Однако, учитывая отсутствие четких морфологических признаков, позволяющих различить особи *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis* при макроскопическом осмотре, по нашему мнению, корректнее идентифицировать извлеченного паразита как *Dirofilaria spp.* [6].

Диагноз после операции: дирофиляриоз сухожилия разгибателя пальцев правой кисти. При выписке из стационара пациентке было рекомендовано обратиться к инфекционисту или паразитологу для дальнейшего лечения.

Обсуждение

Данный клинический случай представляет определенный интерес из-за необычной локализации относительно редкого для человека паразита и является первым описанием *Dirofilaria spp.*, выявленным в паратенонии сухожилия разгибателя пальцев кисти. Первоначальный диагноз был затруднен из-за сходства клинической картины с проявлениями сухожильного ганглия и отсутствия специфических симптомов, описанных для дирофиляриоза. Следует указать, что при предоперационном обследовании никаких признаков паразитарного заболевания выявлено не было. Результаты всех стандартных исследований, приведенных выше, были в пределах нормы. Такой неспецифический признак паразитарных заболеваний, как эозинофилия, часто наблюдающийся при миграции личинок нематод в тканях организма, в представленном случае отсутствовал. Однако при сборе анамнеза и по данным осмотра часть жалоб и признаков не совсем укладывались в клиническую картину, характерную для относительно небольших размеров и мягко-эластичного сухожильного ганглия тыла кисти, а именно – болезненность и ощущения зуда разной интенсивности.

Рациональным в таком случае явилось бы предварительное выполнение перед операцией ультразвукового исследования мягких тканей тыла кисти. Тем более что данный метод диагностики при локализации паразита в мягких тканях уже продемонстрировал свою эффективность [2].

Таким образом, в подобных случаях следует рекомендовать более широкое выполнение ультразвуковых методов исследования мягких тканей в диагностических целях, в том числе и при сухожильных ганглиях различных локали-

заций. Кроме того, в последние годы доказано, что *Dirofilaria spp.* могут размножаться в организме человека, продуцируя микрофилярий [1]. Поэтому после извлечения самого паразита пациенту следует обязательно провести дальнейшую медикаментозную терапию, направленную на уничтожение паразита на всех стадиях его развития.

Конфликт интересов: не заявлен.

Источник финансирования: исследование проведено без спонсорской поддержки.

Литература

1. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Жаров С.Н., Федянина Л.В., Фролова А.А., Супруга В.Г., Лучшев В.И. Первый в России аутохтонный случай выявления длительной микрофиляриемии *Dirofilaria repens* и первый опыт комбинированной терапии *Dirofilaria repens*. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2013;(3):47-52.
2. Будаев А.П., Гребеник Л.А., Громов А.Л., Москалев В.Г. Клинический случай выявления *Dirofilaria repens* у человека с локализацией в щечной области с использованием ультразвукового исследования. *Курский научно-практический вестник «Человек и здоровье»*. 2014;(4):46-48.
3. Гаврилова Т.В. Редкие случаи дирофиляриоза органа зрения в Перми. *Офтальмохирургия*. 2012;(4):4.
4. Корхов А.П., Темиров Н.Э., Нагорный С.А., Ермакова Л.А., Думбадзе О.С., Бескровная Ю.Г., Черникова Е.А. Случай редкой внутриглазной локализации *Dirofilaria spp.* у человека. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 2009;(1):59.
5. Кочеров А.А., Лобанов А.В., Чупрынин А.В. Случай острого орхоэпидимита, вызванного гельминтом (*Dirofilaria repens*). *Урологические ведомости*. 2015;5(1):104-105.
6. Кравченко В.М., Итин Г. С. Морфологическая характеристика *Dirofilaria immitis* и *Dirofilaria repens*. *Теория и практика паразитарных болезней животных*. 2012;13:197-200.
7. Свистушкин В.М., Завойкин В.Д., Пряников П.Д., Федякина Л.В., Чучаева Н.Д., Будейкина Л.С., Ракунова Е.Б. Впервые описанный случай интраларингеальной инвазии *Dirofilaria repens*. *Русский медицинский журнал*. 2014;22(26):1943-1944.
8. Супруга В.Г., Цыбина Т.Н., Денисова Т.Н., Морозов Е.Н., Романенко Н.А., Старкова Т.В. Первый случай диагностики дирофиляриоза по микрофиляриям, обнаруженным в пунктате подкожной опухоли человека. *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. 2004;(4):6-8.
9. Ястреб В.Б. Клинические признаки дирофиляриоза собак, вызванного *Dirofilaria immitis* и *D. repens*. *Российский паразитологический журнал*. 2009;(2):86-91.
10. Permi H.S., Kishan Prasad H.L., Kumar Y.S., Shetty K.J., Veena S., Mohan R. Subcutaneous human dirofilariasis due to *Dirofilaria repens*: report of two cases. *J Global Infect Dis*. 2011;(2):199-201.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Соснин Дмитрий Юрьевич – д-р мед. наук, доцент кафедры клинической лабораторной диагностики факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Козюков Владимир Григорьевич – д-р мед. наук, профессор кафедры травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии, ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Кадынцева Игорь Валерьевич – канд. мед. наук, доцент кафедры общей хирургии № 1 ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Щекотова Алевтина Павловна – д-р мед. наук, доцент, заведующая кафедрой клинической лабораторной диагностики факультета дополнительного профессионального образования ГБОУ ВПО «Пермский государственный медицинский университет им. акад. Е.А. Вагнера» Минздрава России

Таскаев Алексей Леонидович – врач травматолог-ортопед, ГБУЗ Пермского края «МСЧ № 9 им. М.А. Тверье»

Каримова Нина Вячеславовна – врач клинической лабораторной диагностики ГБУЗ Пермского края «МСЧ № 9 им. М.А. Тверье»

Галимова Альфина Акрамовна – врач-клинической лабораторной диагностики ГБУЗ Пермского края «МСЧ № 9 им. М.А. Тверье»

DIROFILARIASIS OF TENDINOUS SHEATH OF EXTENSOR POLLICIS LONGUS IMITATING DORSAL HAND GANGLION CYST: A CASE REPORT

D.Yu. Sosnin¹, V.G. Kozyukov¹, I.V. Kadyntsev¹, A.L. Taskaev², A.P. Shchekotova¹, N.V. Karimova², A.A. Galimova²

¹Perm State Medical University named for acad. E.A. Wagner
Ul. Petropavlovskaya, 26, Perm, Russia, 614990

²Tverje Hospital N 9
Ul. Brat'yev Ignatovykh, 2, Perm, Russia, 614990

Abstract

Early diagnostics for parasitic diseases of musculoskeletal system is rather challenging due to rare occurrence of described pathology.

The authors review a clinical case of a female patient, 49 years old, with dirofilariasis of tendinous sheath of extensor pollicis longus. The patient was admitted to hospital with a diagnosis of dorsal hand ganglion cyst. Correct diagnosis was made only after parasite extraction during surgical procedure. The authors discuss issues of differential diagnosis of such disease as well as dorsal hand ganglion. Diagnosis can be confirmed by preoperative ultrasound scans of hand soft tissues.

Keywords: dirofilariasis, ganglion cyst, hygroma

DOI 10.21823/2311-2905-2016-22-3-117-121

Competing interests: the authors declare that they have no competing interests.

Funding: the authors have no support or funding to report.

References

1. Bronshtejn AM, Malyshev NA, Zharov SN, Fedjanina LV, Frolova AA, Suprjaga VG, Luchshev VI. [Russia's first autochthonous case of identifying the long microfilariae *Dirofilaria repens* and the first experience of combination therapy *Dirofilaria repens*]. *Jepidemiologija i infektionnye bolezni* [Epidemiology and Infectious Diseases]. 2013;(3):47-52. [in Russ.]
2. Budaev AP, Grebenik LA, Gromov AL, Moskalev VG. [Case detection of *Dirofilaria repens* in humans localized in the cheek area using ultrasound]. *Kurskii nauchno-prakticheskii vestnik «Chelovek i zdorov'e»* [Kursk scientific-practical herald «Man and health»]. 2014;(4):46-48. [in Russ.]
3. Gavrilova TV. [Rare cases of dirofilariasis of eyes in Perm]. *Oftal'mokhirurgiya* [Ophthalmosurgery]. 2012;(4):4. [in Russ.]

Cite as: Sosnin DYu, Kozyukov VG, Kadyntsev IV, AL Taskaev, Shchekotova AP, Karimova NV, Galimova AA. [Dirofilariasis of tendinous sheath of extensor pollicis longus imitating dorsal hand ganglion cyst: A case report]. *Traumatalogia i ortopedia Rossii*. 2016; 22(3):117-121 [in Russian]. DOI 10.21823/2311-2905-2016-22-3-117-121.

✉ Sosnin Dmitry Yu. Ul. Petropavlovskaya, 26, Perm, Russia, 614990; e-mail: sosnin_dm@mail.ru

1 Received: 18.04.2016; Accepted for publication: 07.07.2016

4. Korkhov AP, Temirov NE, Nagornyi SA, Ermakova LA, Dumbadze OS, Beskrovnaya YuG, Chernikova EA. [The case of a rare intraocular localization *Dirofilaria* spp. in humans]. *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni* [Medical Parasitology and Parasitic Diseases]. 2009;(1):59. [in Russ.]
5. Kocherov AA, Lobanov AV, Chuprynin AV. [The case of acute orchiepididymitis caused by helminth (*Dirofilaria repens*)]. *Urologicheskie vedomosti* [Urological Bulletin]. 2015;5(1):104-105. [in Russ.]
6. Kravchenko BM, Itin GS. [Morfologicheskaja harakteristika *Dirofilaria immitis* i *Dirofilaria repens*]. *Teoriya i praktika parazitarnyh boleznej zhivotnyh* [Theory and practice of parasitic diseases of animals]. 2012;13:197-200. [in Russ.]
7. Svistushkin VM, Zavoikin VD, Pryanikov PD, Fedyakina LV, Chuchaeva ND, Budeikina LS, Rakunova EB. [The first reported case of invasive endolaryngeal *Dirofilaria repens*]. *Russkii meditsinskii zhurnal* [Russian Medical Journal]. 2014;22(26):1943-1944. (in Russ.)
8. Supryaga VG, Tsybina TN, Denisova TN, Morozov EN, Romanenko NA, Starkova TV. [The first case of diagnosis of heartworm on the microfilaria found in punctate subcutaneous human tumor]. *Meditinskaya parazitologiya i parazitarnye bolezni* [Medical Parasitology and Parasitic Diseases]. 2004;(4):6-8. [in Russ.]
9. Jastrebov VB. [Clinical signs of heartworm dogs caused by *Dirofilaria immitis* and *D. repens*]. *Rossiiskij parazitologicheskij zhurnal*. [Russian Parasitological Magazine]. 2009;(2):86-91. [in Russ.]
10. Permi HS, Kishan Prasad HL, Kumar YS, Shetty KJ, Veena S, Mohan R. Subcutaneous human dirofilariasis due to *Dirofilaria repens*: report of two cases. *Journal of Global Infectious Diseases*. 2011;3(2):199-201.

 INFORMATION ABOUT AUTHORS:

Sosnin Dmitry Yu. – associate professor of the chair of clinical laboratory diagnostics, faculty of continuing professional education, Perm State Medical University named after acad. E.A. Wagner

Kozyukov Vladimir G. – professor the chair of traumatology, orthopedics and field surgery, Perm State Medical University named after acad. E.A. Wagner

Kadyntsev Igor V. – associate professor, department of general surgery N 1, Perm State Medical University named after acad. E.A. Wagner

Shchekotova Alevtina P. – head of Department of the chair of clinical laboratory diagnostics, faculty of continuing professional education, Perm State Medical University named after acad. E.A. Wagner

Taskaev Alexey L. – trauma and orthopedic surgeon, Tverje Hospital N 9

Karimova Nina V. – doctor of clinical laboratory diagnostics, Tverje Hospital N 9

Galimova Al'fina A. – doctor of clinical laboratory diagnostics, Tverje Hospital N 9