



ТКАНЕВЫЕ ГЕЛЬМИНТОЗЫ, ПОРАЖАЮЩИЕ МОЛОЧНУЮ ЖЕЛЕЗУ

И.Б. Щепотин, А.С. Зотов, А.Ю. Литовченко,
А.В. Григорук, Н.Ф. Аникусько, А.М. Нейман

Кафедра онкологии Национального медицинского университета
им. А.А. Богомольца; городская онкологическая больница, Киев, Украина

В клинической практике встречаются нетипичные глистные поражения различных органов, в частности инвазии кожи и мягких тканей, которые на этапе первичной диагностики трактуются как новообразования.

Интерес к тканевым гельминтозам (в частности, к дирофиляриозам) возрастает в последние десятилетия в связи с распространением и частой регистрацией этой патологии. Об этом свидетельствует рост количества описанных случаев. Так, проведенный нами анализ числа публикаций по базе Medline (по ключевому слову «Dirofilaria») показал, что с 1985 по 1994 г. было опубликовано 54 работы, а с 1995 по 2005 г. — 134. Анализ материала позволяет также отследить распространение подкожного дирофиляриоза: если в 1985—1989 гг. основная доля случаев подкожного дирофиляриоза приходилась на страны Азии и Африки, то в 1990—1994 гг. — на страны Западной Европы и Австралию. В 1995—1999 гг. новые случаи подкожного дирофиляриоза были зарегистрированы на территории Российской Федерации, а в 2000—2005 гг. — и в других странах СНГ

(в том числе и на Украине). В России первый случай дирофиляриоза был зафиксирован в 1915 г., в последующие 80 лет (до 1995 г.) отмечено 110 случаев, а только в период с 1995 по 2001 г. — 125 случаев.

Дирофиляриоз — редкий зоонозный, трансмиссивный гельминтоз домашних и диких плотоядных животных. Существует два вида дирофиляриоза: подкожный и внутренний. Возбудитель подкожного дирофиляриоза — *Dirofilaria repens* — поражает подкожную клетчатку, глаза, молочные железы у женщин и половые органы у мужчин, а внутреннего — *Dirofilaria immitis* — сердце, легочную артерию, полые вены. Человек является факультативным хозяином, возбудитель в нем развивается до половозрелой стадии. Заражение человека происходит в очагах инвазии животных через переносчиков — различные виды комаров (*Anopheles*, *Aedes*, *Culex*).

Пациенты с дирофиляриозом первично обращаются за помощью к офтальмологам, хирургам или онкологам, предъявляя жалобы на наличие образований различной локализации

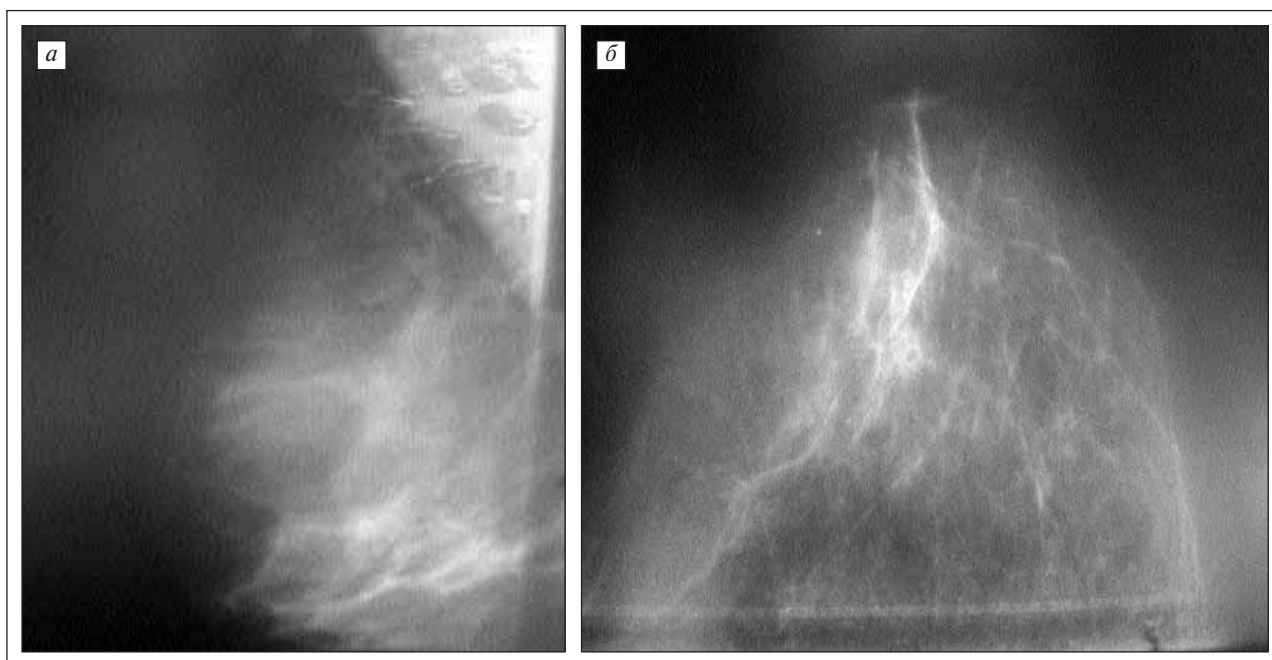


Рис. 1. Маммограмма правой молочной железы

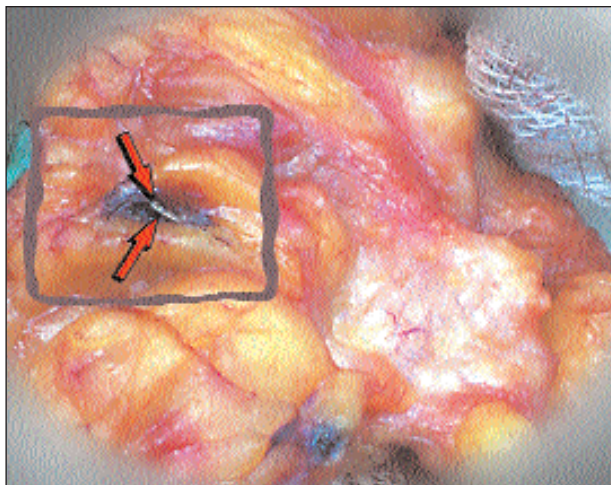


Рис. 2. Макропрепарат.
Dirofilaria repens в ткани молочной железы

(глаза, верхние и нижние конечности, мошонка, молочные железы), которые быстро увеличиваются в размерах и иногда сопровождаются гиперемией и зудом. Низкая осведомленность врачей об этом заболевании и отсутствие патогномоничных признаков приводят к ошибкам диагностики. Чаще всего диагноз дирофиляриоз устанавливают вторично, после хирургического лечения (из новообразования извлекается глист) и консультации паразитологов (морфологически определяется род глиста). После определения вида гельминта и объема поражения при дирофиляриозе назначают медикаментозную терапию (вермокс 0,1 г 2 раза в день в течение

7—10 дней или дитразин 0,1 г 4 раза в день в течение 14 дней).

За период 2000—2006 гг. на кафедре онкологии Национального медицинского университета им. А.А. Богомольца на базе киевской городской онкологической больницы было зарегистрировано 5 случаев дирофиляриоза молочных желез и мягких тканей. Приводим описание клинического случая.

Больная Ф., 59 лет, поступила 25.12.2006 с диагнозом «рак правой молочной железы» (T1N0M0) по направлению из районной поликлиники. Из анамнеза заболевания известно, что женщина долгое время проживала на даче в Киевской области, неподалеку от водоема, на протяжении последних 5 лет за пределы области не выезжала. Объективно: в верхнем наружном квадранте правой молочной железы пальпируется образование 1 см в диаметре, плотное, с нечетким контуром, связанное с окружающими тканями, ограниченно подвижное. В левой молочной железе — признаки фиброзно-кистозной мастопатии. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Патологии других систем и органов не выявлено.

Цитологическое исследование пунктата образования (07.12.2006): подозрение на железистый рак (недостаточно материала для исследования).

УЗИ молочных желез (08.12.2006): в правой молочной железе — очаги воспаления. Левая молочная железа без особенностей. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Маммография (08.12.2006): справа в верхнем наружном квадранте — усиление рисунка с его фиброзной деформацией, локально утолщена кожа, узловых образований нет.

Заключение: рентгенологически большая часть данных свидетельствует о Пайеровской форме рака правой молочной железы, возможен локальный воспалительный процесс (рис. 1).

Больная прооперирована 26.12.2006. Была выполнена секторальная резекция правой молочной железы. Из центра образования извлечен круглый, белесоватый гельминт 6 см длиной, в диаметре 1 мм (рис. 2). По данным, полученным при экспресс-биопсии, рак не подтвердился.

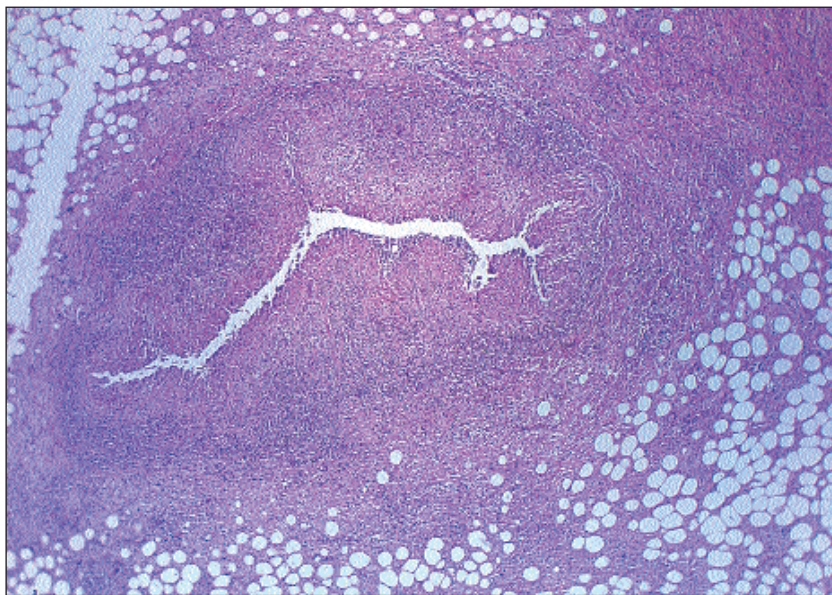


Рис. 3. Микропрепарат. Тканевой инфильтрат.
Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 20 × 10. В жировой клетчатке — очаг хронического продуктивного воспаления с организацией и фиброзом. Воспалительный инфильтрат — преимущественно лимфогистиоцитарный с примесью эозинофилов. Отмечаются многоядерные гигантские клетки



Патогистологическое заключение 50733—38/06: паразитарная гранулема (рис. 3, 4).

После операции установлен диагноз «паразитарная гранулема правой молочной железы (диروفилария)». Послеоперационный период протекал гладко, больная выписана на 7-е сутки в удовлетворительном состоянии. Рекомендовано: консультация инфекциониста, осмотр онколога через 3 мес.

Больная осмотрена через 8 мес. За консультацией к инфекционистам не обращалась. Общее состояние — удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Молочные железы: правая — в верхнем наружном квадранте определяется послеоперационный рубец около 6 см длиной, молочная железа без особенностей; левая — признаки фиброзно-кистозной мастопатии. Подмышечные лимфатические узлы не увеличены. Патологии других систем и органов не выявлено.

Несмотря на то что больная проходила обследование в специализированном учреждении, окончательный диагноз не был установлен ни на одном из диагностических этапов. Пациенты именно такого рода с подозрением на онкопатологию, отказывающиеся от специального лечения и обращающиеся за помощью к народным целителям, биоэнерготерапевтам и пр., ими «излечиваются». Нельзя не отметить, что у выздоровевших были псевдотуморозные образования (паразитарные гранулемы, плазмноклеточный мастит, эктазия протока), а следовательно, информация об эффективности «народных» методов лечения рака является ложной.



Рис. 4. Микронепарат. *Dirofilaria repens*.
Окраска гематоксилин-эозином. Увеличение 10 × 20

Рост инфекционных заболеваний, еще несколько десятилетий назад считавшихся «экзотическими», формирует у практических врачей (даже осведомленных о проблеме тканевых гельминтозов) психологическую «неготовность» к восприятию такой патологии как вполне реальной на этапе предварительной или дифференциальной диагностики.

Эпидемиологические и клинические данные последних лет свидетельствуют о необходимости усовершенствования медиками знаний в области диагностики, клиники, лечения и профилактики тканевых гельминтозов, а также требуют повышения информированности населения о реальной опасности этой патологии и мерах ее личной профилактики.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т.И., Лысенко А.Я., Супруга В.Г. и др. Вест офтальмол 1999;3:36—9.
2. Авдюхина Т.И., Супруга В.Г., Постнова В.Ф. и др. Диروفилариоз в странах СНГ: Анализ случаев за 1915—1996 годы. Мед паразитол 1997;4:3—7.
3. Казанцев А.П., Зубик Т.М., Иванов К.С., Казанцев В.А. Дифференциальная диагностика инфекционных болезней. М., Мед. информ. агентство; 1999. с. 131—3.
4. Ковалёва Н.М. Болезни путешественников. Сучасні інфекції 2000;4:90—5.
5. Павликовская Т.М., Гуша Г.И., Вакаренко О.Г., Вароди Е.И. Эпидемиологический надзор за карантинными и паразитарными заболеваниями и их профилактика в Украине. Одесса; 2000. с. 223—4.
6. Постнова В.Ф., Абросимова Л.М., Ковтунов А.И. и др. Мед паразитол 1996;4.
7. Руководство по инфекционным болезням. Под ред. Ю.В. Лобзина Санкт-Петербург, Фолиант; 2000. с. 227—8.
8. Руководство по тропическим болезням. Под ред. А.Я. Лысенко М., Медицина; 1983. с. 207—34.
9. Трихлеб В.И., Городецкий М.М., Курпита В.И., Сморгунова В.Ф. Филяриоз — редкий гельминтоз в Украине. Сучасні інфекції 2000;4:100—4.
10. Merrill J.R., Otis J., Logan W.D., Davis M.B. The dog Heartworm (*Dirofilaria immitis*) in man. An epidemic Pending or in progress. JAMA 1980; 243(10):1066—8.