

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ НАЗАЛЬНОГО МИАЗА НА ФОНЕ РИНОЛИТА

Ш. Алиев,
В. Шпотин, доктор медицинских наук,
Д. Фернандо, кандидат медицинских наук
Александро-Мариинская областная клиническая больница,
Астрахань
E-mail: dinafernando@mail.ru

Представлен редкий случай назального миаза, возникшего на фоне ринолита. Описаны особенности клинической картины и хирургического лечения.

Ключевые слова: назальный миаз, ринолит.

Миазы – паразитарные болезни из группы энтомозов, вызванные личинками мух в тканях и полостях организма человека и животных.

Миазы делятся на случайные, факультативные и облигатные. По месту паразитирования личинок насекомых выделяют тканевые и полостные формы заболевания [1]. В зависимости от пораженного органа или ткани различают кожные, мочеполовые, кишечные миазы, назальный миаз, отомиаз, офтальмомиаз [2–5], в зависимости от возбудителя – вольфартиоз (муха *Wohlfahrtia magnificia*), гастрофилез (овод *Gastrophilus equi*), гиподерматоз (овод *Hypoderma bovis*, *H. lineatum*), кордилобиоз (муха *Cordylobia anthropophaga*), дерматобиаз (овод *Dermatobia hominis*) и др. [6].

Миазы встречаются в тропических, субтропических и умеренно континентальных климатических зонах. Известны также случаи внутрибольничных миазов у пациентов, находящихся в коме.

Наиболее часто миазы ассоциированы с мухами, относящимися к виду *W. magnificia* (вольфартова муха), распространенными в умеренном и жарком климате. Взрослые мухи обитают на полях и питаются нектаром растений. Самки мух способны откладывать от 120 до 150 личинок в открытые полости (нос, глаза, уши), на раны и язвы на теле животных, иногда – человека (во время сна под открытым небом). Личинки могут жить у человека в ушах, носу, лобных пазухах, глазах. Быстро внедрившись в ткани, личинки разрушают их до костей механически и с помощью выделяемых ферментов. Паразитирование личинок сопровождается сильной болью, вызывает некроз тканей и гангренозные процессы. Спустя 5–7 дней личинки выпадают в почву и окукливаются. Через 11–23 дня в почве из куколки развивается взрослое насекомое (рис. 1).

Представляем редкий клинический случай назального миаза в сочетании с ринолитом полости носа.

Пациент Н., 56 лет, житель сельского района, обратился в приемное отделение Александро-Мариинской областной клинической больницы с жалобами на боли, отечность и покраснение носа, зловонный запах из него, резкое затруднение носового дыхания, головную боль. Со слов больного, 5 дней назад появились гиперемия, болевой

синдром, увеличились размеры носа. Пациент госпитализирован в ЛОР-отделение для оперативного и противовоспалительного лечения с диагнозом: фурункул носа в стадии абсцедирования. При сборе анамнеза выяснилось, что затрудненное носовое дыхание беспокоит пациента несколько лет. Больной связывает это с попаданием в полость носа неизвестного инородного тела, которое не было извлечено. В последние 2 мес появился резкий запах из носа. Больной работает пастухом в одном из сельскохозяйственных фермерских угодий Астраханской области (пасет овец). За последние 5 дней заметил, что во время сна под открытым небом к его носу постоянно слетаются мухи.

Риноскопическая картина при поступлении: наружный нос резко гиперемирован, в преддверии носа слева определяются обильное слизисто-гнойное отделяемое со зловонным запахом, инфильтрация мягких тканей с гнойно-некротическим стержнем в центре (рис. 2). Из-за резкого отека слизистой оболочки носа общий носовой ход не был обзорим, дыхание через левую половину носа отсутствовало.

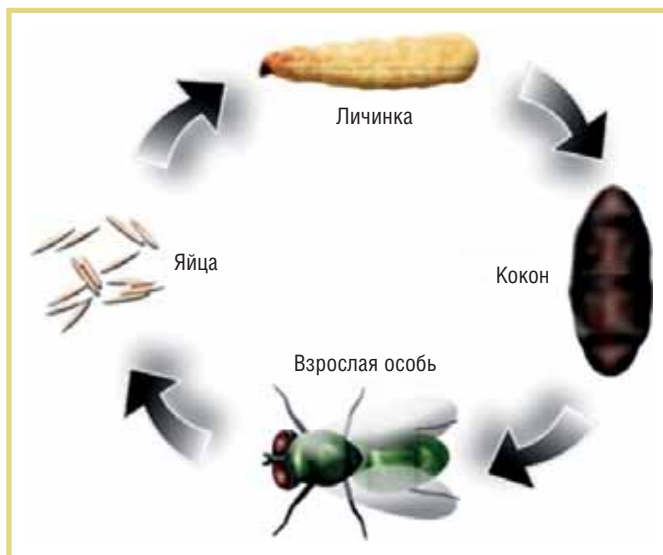


Рис. 1. Жизненный цикл вольфартовой мухи

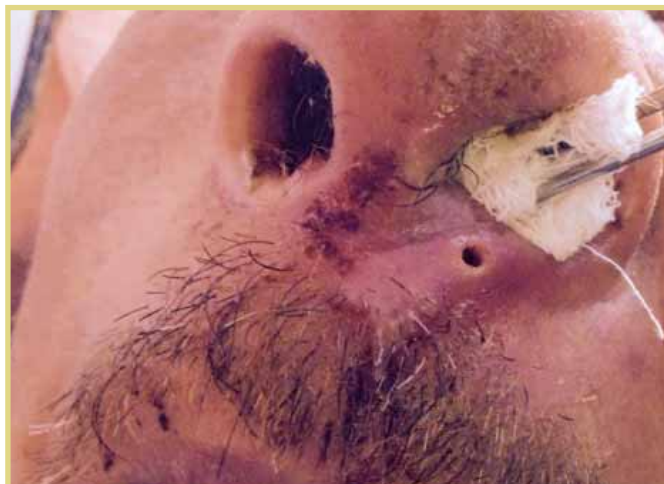


Рис. 2. Внешний вид гнойной раны при назальном миазе

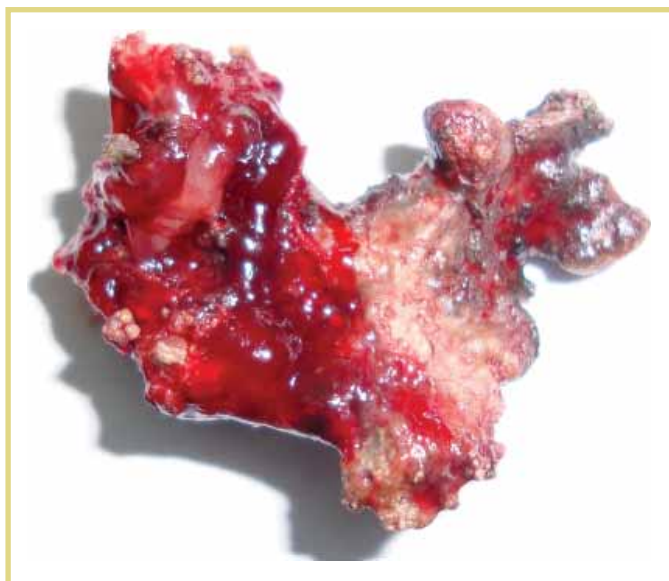


Рис. 3. Ринопит

Под местной анестезией выполнено вскрытие гнойника, получено до 4,0 мл густого зловонного гнойного отделяемого. После обработки полости вскрытого абсцесса раствором антисептика и анемизации слизистой оболочки передних отделов полости носа в глубине раны визуализированы личинки мух светло-серого цвета, размерами до 15 мм, активно двигающиеся (опарыши). В общей сложности из полости абсцесса извлечено 15 личинок. После удаления опарышей и туалета левого носового хода в нем обнаружено инородное тело каменной плотности, полностью обтурирующее левый носовой ход — ринопит (рис. 3). Образование интраназально фрагментировано и удалено. Макропрепарат: ринопит размером до 5,0×5,2×2,6 см, в центре которого определяется косточка от вишни. На месте удаленного ринопита сформировалась дилатационная полость (рис. 4). Дыхание через нос восстановлено.

Клинический диагноз: ринопит, назальный миаз.

После проведения противовоспалительного лечения (на 7-е сутки) больной в удовлетворительном состоянии выписан под амбулаторное наблюдение.

Можно предположить, что патогенез этого клинического случая был следующим. Несколько лет назад в полость носа больного попало инородное тело (косточка от вишни), которое не было удалено. В течение нескольких лет его наличие в полости носа катализировало формирование ринопита, который по мере увеличения сдавливал окружающие ткани. В результате компрессии нарушилась аэрация как полости носа, так и околоносовых пазух, а окружающие ткани подверглись деструкции. Возникший в результате некротизации тканей зловонный запах послужил «сигналом» для мух, привлеченных благоприятными условиями для откладывания личинок. Во время крепкого сна больного под открытым небом мухи или овцевые оводы отложили в полости носа личинки, продолжившие там свою жизнедеятельность.



Рис. 4. Дилатационная полость в носу после удаления ринопита

Представленный клинический случай интересен тем, что, несмотря на технологические успехи в диагностике и лечении многих заболеваний, в отдаленных сельских районах все еще выявляются случаи запущенного поражения мягких тканей носа личинками насекомых с высоким риском осложнений. На фоне вторично возникшего абсцедирования клиническая картина миаза может быть замаскирована симптомами банального гнойного воспаления. Эта проблема остается актуальной как для жителей отдаленных регионов, работников сельскохозяйственных угодий, так и для туристов, отправляющихся в тропические и субтропические страны.

Литература

1. Тумольская Н.И., Кулешов В.Н., Мельникова Л.И. Случаи миазов у человека. Варианты клинического течения // Медицинская паразитол. и паразитарные болезни. – 1998; 4: 32–4.
2. Chung P., Jung Y., Kim K. et al. A human case of internal myiasis in Korea // Korean J. Parasitol. – 1996; 34: 151–4.
3. Ciftcioglu N., Altintaş K., Haberal M. A case of human orotracheal myiasis caused by Wohlfahrtia magnifica // Parasitol. Res. – 1997; 83 (1): 34–6.
4. Jae-Soo Kim, Pil-Won Seo, Jong-Wan Kim. A Nasal Myiasis in a 76-Year-Old Female in Korea // Korean J. Parasitol. – 2009; 47 (4): 405–7.
5. Kuruvilla G., Albert R., Job A. et al. Pneumocephalus: a rare complication of nasal myiasis // Am. J. Otolaryngol. – 2006; 27: 133–5.
6. Pandey A., Madan M., Asthana A. et al. External ophthalmomyiasis caused by Oestrus ovis: a rare case report from India // Korean J. Parasitol. – 2009; 47: 57–9.

A RARE CASE OF NASAL MYIASIS IN THE PRESENCE OF A RHINOLITH
Sh. Aliev, V. Shpotin, MD; D. Fernando, Candidate of Medical Sciences
 Aleksandro-Mariinskaya Clinical Hospital, Astrakhan

The paper describes a rare case of nasal myiasis occurring in the presence of a rhinolith. It presents the specific features of its clinical presentation and surgical treatment.

Key words: nasal myiasis, rhinolith.