

**Щеблыкин Александр Николаевич**, студент,  
Северный государственный медицинский университет

**Левицкий Сергей Николаевич**, к.б.н., доцент,  
Северный государственный медицинский университет

**Давыдова Надежда Геннадьевна**, к.м.н., доцент,  
Северный государственный медицинский университет

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ ЭХИНОКОККОЗА В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

**Аннотация.** Эхинококкоз – редкая патология в стоматологической практике, что существенно затрудняет его диагностику. Клиническая картина эхинококкоза в челюстно-лицевой области неспецифична, а кистозные образования, вызванные эхинококком, легко спутать с онкологическими процессами, мукоцеле, кистами слюнных желез или гранулемами. Такая схожесть приводит к диагностическим ошибкам и неверной тактике лечения.

**Ключевые слова:** Эхинококкоз в стоматологии, клинический случай, ошибки в лабораторной диагностике.

Эхинококкоз относится к группе зоонозов и биогельминтозов. Вызывается у человека личиночной стадией цепня, характеризуется хроническим течением и развитием преимущественно в печени, реже в легких и других органах, образует множественные кистозные образования, склонные к увеличению в размерах.

Эхинококкоз убиквитарен и распространен в мире с разной частотой. Архангельская область не является эндемичным районом, однако в настоящее время имеется тенденция к увеличению общей заболеваемости эхинококкозом и расширению географии паразита. Постоянная миграция населения способствует распространению заболевания в неэндемичные районы.

Целью данной работы являлся поиск клинических случаев эхинококкоза в стоматологической практике. Для этого были отобраны и проанализированы журнальные статьи на русском и английском языках, находящиеся в англоязычной базе pubmed (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>) и российской научной электронной библиотеке elibrary ([https://elibrary.ru/defaultx.asp/?/](https://elibrary.ru/defaultx.asp?/)). Всего найдено и проанализировано 24 источника. Важно подчеркнуть: эхинококкоз остается редкой патологией, особенно в стоматологической практике. Именно в силу редкости его диагностика существенно затруднена. Клиническая картина в челюстно-лицевой области неспецифична. Кистозные образования, вызванные эхинококком, легко спутать с онкологическими процессами, мукоцеле, кистами слюнных желез или гранулемами. Такая схожесть приводит к диагностическим ошибкам и, как следствие, неверной тактике лечения.

Для дальнейшего анализа были отобраны наиболее яркие клинические случаи эхинококкоза в стоматологической практике с неспецифическим проявлением.

**Случай 1.** 45-летний мужчина на плановом стоматологическом осмотре. На слизистой оболочке щеки обнаружено красновато-коричневое образование – четко очерченное одиночное овальное образование с голубоватым оттенком, без признаков воспаления, выделений или кровотечения. Пациент знал о наличии образования, но посчитал его незначительным из-за бессимптомного характера. Образование распространялось от зуба 3.4 до зуба 3.5, было неподвижным, спаянным с окружающими тканями, мягким по консистенции, флюктуирующим и частично болезненным при пальпации. Поставлен предварительный



диагноз мукоцеле. Была проведена биопсия. Макроскопическое исследование образца показало беловатое отверстие. На срезах была обнаружена трехслойная киста. Везикулы или выводковые капсулы содержали сколексы на различных стадиях созревания, а также наблюдались гидатидные песчинки с крючковидными выростами. Киста разорвалась после удаления содержимого просвета. Был поставлен гистопатологический диагноз: гидатидная киста слизистой оболочки щеки. Эхинококковых кист в других частях тела обнаружено не было. Пациент находится под наблюдением, рецидивов не выявлено [1].

**Случай 2. Внутримышечный (интраоральный).** 20-летняя женщина обратилась с жалобами на небольшую припухлость в правой части щеки, которая наблюдалась в течение последних 5 дней. В анамнезе отмечалось постепенное развитие припухлости, которая со временем увеличилась и достигла нынешних размеров. За 2 дня до обращения в больницу у пациентки наблюдалась субфебрильная, перемежающаяся лихорадка, не сопровождавшаяся болью или затруднениями при жевании. При внеротовом осмотре отклонений не выявлено. Внутриротовой осмотр показал, что слизистая оболочка с обеих сторон абсолютно нормальная, а при пальпации на правой щеке, в области зубов 4.6, 4.7, 4.8, на уровне смыкания зубов, была обнаружена локализованная припухлость размером приблизительно 1 × 1 см, овальной формы, со слегка шероховатой поверхностью, четко очерченная, безболезненная и плотная по консистенции. Образование свободно перемещалось относительно покрывающей его слизистой оболочки, но было фиксировано к передней части жевательной мышцы. Размер образования не изменялся при открывании или закрывании рта, спазм жевательной мышцы не наблюдался. Обследование околоушной железы и протока с соответствующей стороны показало нормальные результаты с достаточным слюноотделением. На основании анамнеза и клинического обследования был поставлен предварительный диагноз: кальцифицированный щечный лимфатический узел с правой стороны. Рассматривались дифференциальные диагнозы: внутримышечная кальцификация, рабдомиома и солитарная нейрофиброма. Была рекомендована панорамная рентгенография, которая не выявила никаких отклонений. Ультразвуковое исследование правой щеки выявило толстостенное кистозное образование (1 × 0,8 см) с гиперэхогенным пристеночным очагом, расположенным глубоко под правой жевательной мышцей на уровне угла нижней челюсти. Было проведено полное хирургическое иссечение. Гистопатологические данные подтвердили диагноз эхинококковой кисты. Гистопатологическое исследование показало наличие выводковых капсул, исходящих в виде мельчайших выступов из зародышевого слоя [2].

**Случай 3. Эхинококковая киста, поражающая нижнюю челюсть.** Пациентка 35 лет, замужняя, жительница сельской местности с низким социально-экономическим положением, обратилась с жалобами на умеренную боль и ощущение давления в области правого височно-нижнечелюстного сустава (ВНЧС) при жевании, а также при открывании и закрывании рта в течение последних 2-3 лет. Боль была тупой, локализованной и усиливалась при разговоре и приеме пищи. Пациентка не работала и занималась ведением домашнего хозяйства. При осмотре наблюдалось отклонение нижней челюсти влево при открывании и закрывании рта при приемлемом объеме открывания рта. Клинический осмотр выявил безболезненное мягкое образование в области правого ВНЧС с симптомом «треснувшей яичной скорлупы»; признаки неизменной головки мышечелкового отростка отсутствовали. Движения в ВНЧС справа были ограничены. Общее состояние пациентки нормальное, шейный лимфаденит отсутствует. По данным компьютерной томографии данной области выявлено плохо очерченное остеолитическое поражение с вовлечением ветви и мышечелкового отростка справа, размером 3 см × 1,5 см. Компьютерная томография показала хорошо отграниченную жидкостную кистозную структуру с истончением мышечелкового отростка, распространяющуюся на подвисочную область и прилегающую к крыловидным отросткам справа [3].



Особое значение имеет точная диагностика неспецифического проявления эхинококкоза в полости рта у детей. Мы обнаружили описанные клинические случаи локализации эхинококкоза: на нижней челюсти (внутрикостно): 15-летний пациент, с бессимптомным увеличением угла челюсти, трудности дифференциальной диагностики. Случай показывает редкость патологии; ценен для разбора «почему нельзя сразу ставить диагноз кисты» [4].

Интересным является случай эхинококкоза поднижнечелюстной железы, который является классическим примером ошибочной диагностики: 13-летняя девочка с медленно растущей припухлостью в правой поднижнечелюстной области, которая наблюдалась в течение 2 месяцев. Цитологическое исследование дало жидкий аспират, в мазке изредка обнаруживались лимфоциты, поэтому диагноз неясен [5].

В случае у 5-летнего пациента наблюдалось безболезненное увеличение средней зоны лица, остеолит верхнечелюстной пазухи, выздоровление после энуклеации [6].

Таким образом, эхинококкоз в стоматологии – редкая, но смертельно опасная патология, которую легко спутать с онкологией, мукоцеле или кистой слюнной железы. Если вы работаете стоматологом на севере – от Нарьян-Мара до Ямала, – любой пациент с кистовидным образованием челюсти или асимметрией лица за счёт безболезненной припухлости должен быть проверен на эхинококкоз. Повреждение кисты при неправильной тактике грозит анафилактическим шоком и распространением паразита. Своевременная диагностика возможна только при включении эхинококкоза в дифференциальный поиск с обязательным гистологическим подтверждением.

*Список литературы:*

1. Lavanya R.M., Kamath V.V., Komali Y., Krishnamurthy S. Hydatid cyst of the buccal mucosa: An unusual presentation. Indian J Dent. – 2015. – Vol. 6(3). – P.157-60. doi: 10.4103/0975-962X.160350
2. Karimi Ebrahim. A Rare Case of Sublingual Gland Hydatid Cyst. Case Reports in Clinical Practice. 2020. doi:10.18502/CRCP.V4I4.2388
3. Nitin Bholra, Anendd Jadhav, Rajiv Borle, Samarth Shukla. Echinococcal cyst affecting the mandible. – 2015. Vol. 5(1). – P. 115–118. doi: 10.4103/2231-0746.161115
4. Dehghan A., Jamalpour M.R., Amini E., Rouhani G. Primary intraosseous mandibular hydatid cyst: a case report and review of 97 cases of osseous cystic echinococcosis. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol. - 2022. – Vol. 133(5). – P. 556–563. doi: 10.1016/j.oooo.2021.10.017
5. Thakur J., Khan I., Shukla S.K. Unusual Presentation of Hydatid Cyst in Submandibular Region - A Case Report and Literature Review. Indian Journal of Otolaryngology and Head & Neck Surgery. – 2023. – Vol. 75. – P. 1063–1067. doi: 10.1007/s12070-022-03368-8
6. Gonzalez O.V., Scheffer L.R., Medina A., Gonzalez M.G., Casamada C.G. Oral Maxillofac Surg Cases. – 2025. – Vol. 11(3). – P. 100416.

