

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА ГЛАЗ

10-я городская клиническая больница

Дирофиляриоз – паразитарное заболевание, вызываемое гельминтом *Dirofilaria* и проявляющееся паразитированием нематоды в подкожной клетчатке, слизистых человека [1].

Заболевание встречается на юге Европы, в Италии, Венгрии, в Турции, Аргентине, Центральной Африке, США, Шри-Ланке, а на территории бывшего СССР – в Средней Азии, на юге Украины, в Армении, Грузии, Казахстане, Узбекистане [1]. Ранее северная граница местных случаев заражения дирофиляриозом проходила на широте 53-54 градусов северной широты. В 1998 году случай дирофиляриоз зарегистрирован в г. Новосибирске (55 гр. с.ш.) [7].

В последние годы участились случаи регистрации дирофиляриоза и на территории Беларуси (10 случаев в Гомельской, Могилевской областях и в Минске за последние 5 лет) [8, 9, 10]. Это может быть связано с глобализацией паразитарных заболеваний, миграцией людей, развитием международной торговли и туризма [2].

Возбудитель дирофиляриоза относится к классу круглых червей *Nematoda*, роду *Dirofilaria* [2].

Дирофилярии имеют нитевидное тело, покрытое тонко исчерченной кутикулой. Длина взрослой самки гель-

минта 17-20 см, ширина 0,3-0,7 см, самцы несколько меньше [2]. Нематоды являются живородящими, личинки (микрофилярии) имеют размер 0,05-0,2 мм [3].

Дирофилярии развиваются с двойной сменой хозяев. Окончательным хозяином являются животные семейства псовых. Промежуточным хозяином и переносчиком возбудителя являются комары рода *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*.

Инфицирование комара происходит при укусах зараженных дирофиляриозом животных. В организме комара микрофилярии развиваются до инвазионной стадии. Дальнейшее развитие паразита происходит в организме основного хозяина. При укусе инфицированного комара личинки проникают в кожу основного хозяина, затем – в кровеносное русло и током крови разносятся в различные ткани, где развиваются во взрослую особь [2].

По общепризнанному мнению, человек является случайным хозяином дирофилярий, а с точки зрения продолжения жизненного цикла возбудителя – «биологическим тупиком», поскольку при его инфицировании гельминт хотя и может достигать половозрелости, однако самки не отрождают микрофилярий [1, 2].

Клиническая картина может быть весьма разнообразной, что обусловлено первичной локализацией паразита

и последующей его миграцией. С момента инфицирования человека до образования узелка, в котором локализуется гельминт, обычно проходит примерно 1 месяц, однако описаны случаи, когда этот период достигал 12 месяцев и даже нескольких лет [2].

Наиболее частая зона поражения у человека – область вблизи глаз, возможно, в связи с тем, что эта область наиболее открыта для комаров [1].

Сложность раннего выявления дирофиляриоза связана со своеобразием дебюта заболевания. Как правило, первым его признаком является появление воспалительного инфильтрата кожи диаметром 3-5 мм в месте инокуляции паразита. Инфильтрат может быть болезненным, иногда больные ощущают зуд, жжение, чувство ползания в области инфильтрата, особенно при его пальпации. Эти ощущения могут наблюдаться больными до тех пор, пока вокруг паразита не сформируется капсула. Инфильтраты склонны к миграции.

Токсико-аллергические реакции у человека, зараженного дирофиляриями, не развиваются даже при условии длительно сохраняющейся инвазии в связи с отсутствием у человека микрофиляриемии. Из-за отсутствия сенсibilизации организма крайне редко бывает эозинофилия. Только в случае гибели паразита или развития нагноения могут развиваться явления интоксикации [2].

При локализации паразита в области глаз могут иметь место следующие проявления:

- со стороны век – псевдохлазион, отек, гранулема, абсцесс;
- со стороны конъюнктивы-отек, хемоз, гранулема, гиперемия, киста;
- со стороны склеры – гранулема;
- со стороны глазницы – отек, гранулема, экзофтальм, боли в глазу, диплопия, слезотечение [1].

Единственный случай обнаружения живой особи дирофилярии в стекловидном теле человека описан А.М.Водозовым с соавторами в 1975 году [11].

В связи с тем, что в организме человека обнаруживается только один паразит, лечением дирофиляриоза является полное хирургическое удаление гельминта. Применение микрофилярицидных препаратов при дирофиляриозе не показано в связи с отсутствием у человека микрофиляриемии. Применение антигельминтных препаратов (диэтилкарбамазин, ивермектин, дитразин) себя не оправдало, поскольку в случае гибели паразита, у больного может развиться токсико-аллергическая реакция [2].

В качестве иллюстрации глазного проявления дирофиляриоза приводим случай клинического и паразитологического обследования больного дирофиляриозом. Больная М., 33 лет, обратилась в кабинет неотложной офтальмологической помощи УЗ «10-я городская клиническая больница» г. Минска 12.05.07 г. с жалобами на жжение, покраснение правого глаза, внезапно возникшее под конъюнктивой опухолевидное образование, которое появилось после сна, за несколько часов до обращения к врачу.

Месяцем раньше до этого больная дважды обращалась в поликлинику с жалобами на отек, уплотнение правого виска, которые разрешились самостоятельно, а через 2 недели появились заново в области верхнего века правого глаза. Во всех случаях выставлялся диагноз аллергический отек, назначалось десенсибилизирующее лечение.

Из анамнеза установлено, что в феврале 2007 г. больная М. выезжала на отдых в Египет.

Объективно при обследовании: правый глаз – умеренный отек век, слезотечение, перикорнеальная инъекция. Движения глазного яблока в полном объеме, положение его правильное.

Конъюнктив глазного яблока несколько отечна, во внутреннем сегменте приподнята в виде кисты, размером 7*7*5 мм. При биомикроскопии под конъюнктивой в области «кисты» просматриваются подвижные, многократно закрученные петли нитевидного гельминта белого цвета.

Образование слегка смещается при пальпации, с признаками движения паразита. Роговица прозрачна, зеркальна, сферична. Передняя камера средней глубины, влага ее прозрачна. Радужка не изменена, зрачок – 3 мм, круглый, в центре. Хрусталик и стекловидное тело прозрачны, глазное дно – без особенностей. Внутриглазное давление нормальное, острота зрения обоих глаз =1,0.

После проведенного обследования больной выставлен диагноз: инородное тело (живой паразит) под конъюнктивой глазного яблока правого глаза.

В связи с выраженной подвижностью гельминта, больная экстренно взята в операционную. Под местной эпibuльбарной анестезией через разрез конъюнктивы длиной 4 мм удален живой, активно извивающийся круглый червь длиной 11 см, шириной 0,6 мм.

После промывания конъюнктивальной полости раствором гентамицина, рана ушита непрерывным швом 8:0.

Со стороны общего анализа крови, рентгенограммы органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено.

На следующий день глаз успокоился. Сохранялась легкая гиперемия конъюнктивы в области раны, сама рана адаптирована.

Удаленный гельминт был доставлен в паразитологическую лабораторию Минского городского центра гигиены и эпидемиологии для исследования. Паразит идентифицирован как неполовозрелая самка *Dirofilaria repens*.

Больная получила местное антибактериальное и противовоспалительное лечение. Общего антипаразитарного лечения не проводилось.

Данный случай представляет интерес для практических врачей в связи с учащением случаев дирофиляриоза в Республике Беларусь.

Выводы

1. Поражения глаз при дирофиляриозе участилось, поэтому особое внимание офтальмологов должно быть обращено на наличие узлов под кожей век и конъюнктивой у лиц, вернувшихся из стран, где имеется повышенный риск распространения дирофиляриоза.

2. Больные с подозрением на дирофиляриоз (глазная форма) должны быть срочно направлены в отделение микрохирургии глаза для хирургического лечения.

3. Обязательным является идентификация удаленного паразита с целью установления окончательного диагноза.

Литература

1. Майчук, Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. – М., Медицина, 1988, с.110-114.

☆ История военной медицины

2. Малов, В.А., Черемных, Л.Г., Горобченко, А.Н. и др. // Клиническая медицина.-2005, №5, с.69-72.
3. Стрюкова, И.Л., Гончарова, О.В., Гулыц, В.А // Вестн. Офтальмологии. – 2001, №3, с. 43-44.
4. Беляев, В.С., Кравчинина, В.В., Барашков, В.И. и др. // Вестник Офтальмологии. – 1989, №6, с.72-73.
5. Афондулова, И.С. // Вестник Офтальмологии. – 2000, №2, с.40.
6. Малов, В.А., Черемных, Л.Г., Горобченко, А.Н. и др. // Мед. паразитол.-2005, №2, с. 16-18.
7. Яковлева, Е.Г, Рубан, И.М. // Мед. паразитол.-1999, №3, с.49-50.
8. Нараленкова, Е.Ю. //Мед.паразитол. – 2004, №2, с.49-51.
9. Карпук, Л.И., Семижон, О.А., Остапчук, С.П., Гардисенко, Е.В. // Тканевые гельминтозы: диагностика, патогенез, клиника, лечение, эпидемиология. Труды научно-практической конференции (под ред. член-корр. НАН Беларуси, проф.О.-Я.Л.Бекиша). – Витебск: ВГМУ, 2000, с.38-39.
10. Булай, А.А., Гомонова, М.И., Матвеевко, Н.Г. // Достижения и перспективы развития современной паразитологии. – Труды У республиканской научно-практической конференции (под ред. член-корр. НАН Беларуси О.-Я.Л.Бекиша).-Витебск: ВГМУ, 2006, с.154-157.
11. Водовозов, А.М., Яруллин, Г.Р., Дьяконова, С.В. Круглый червь (*Dirofilaria repens*) в стекловидном теле человека. – Труды Волгогр. мед. ин-та, 1975, т.28, с.387-392.

РЕПОЗИТОРИЙ БГМУ