

Л.Л.Каплич,

Д.М. Каплич

Дирофиляриоз глаз

10-я городская клиническая больница, г. Минск

Дирофиляриоз - трансмиссивный гельминтоз, проявляющийся паразитированием нематоды *Dirofilaria* в подкожной клетчатке и слизистых человека. (1).

Заболевание встречается на юге Европы, в Средней Азии, США, Шри-Ланке, Аргентине, Центральной Африке. Северная граница местных случаев заражения дирофиляриозом проходит на широте 53-54 градусов северной широты. (1).

На территории Республики Беларусь за последние 5 лет зафиксировано лишь 10 случаев (8,9,10) этого заболевания, поэтому анализ каждого случая представляет собой научный и практический интерес. Опишем один из них.

Собственное клиническое исследование дирофиляриоза глаза.

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.

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

Удаленный гельминт был доставлен в паразитологическую лабораторию Минского городского центра гигиены и эпидемиологии для исследования.

Паразит идентифицирован как неполовозрелая самка *Dirofilaria repens*.

Мы изучили природу этого паразита.

Исследование хозяина *Dirofilaria repens*

Окончательным хозяином диروفиларий являются животные семейства псовых. Промежуточным хозяином и переносчиком микрофилярий являются комары рода *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*. Отмечено, что при укусе зараженного комара личинки проникают в кожу человека и с током крови разносятся в разные ткани (2). Чаще всего поражается зона вблизи глаза в связи с тем, что эта область наиболее открыта для комаров.(1).

По общепризнанному мнению, человек является случайным хозяином диروفиларий, а с точки зрения продолжения жизненного цикла возбудителя – «биологическим тупиком», поскольку человек обладает низкой восприимчивостью к диروفилариям, и в его организме обнаруживаются единичные личинки, из которых возрастает только один паразит, никогда не достигающий половозрелости и не отраждающий микрофилярий. (1,2, 10).

Анализ клинической картины диروفилариоза человека

Клиническая картина может быть весьма разнообразной, что обусловлено первичной локализацией паразита и последующей его миграцией.(2). Как правило, первым признаком заболевания является появление воспалительного инфильтрата кожи диаметром 3-5 см в месте инокуляции паразита, сопровождающегося отеком, зудом, локальной болезненностью (2). Инфильтраты склонные к миграции, иногда на большие расстояния. При миграции паразита в подкожной клетчатке при каждом его перемещении на новое место появляется новое уплотнение, в то время как на прежнем месте паразитирования никаких следов не остается.(3).

При локализации паразита в области глаз характерны следующие проявления: халязион, отек, гранулема, абсцесс век, отек, киста, гиперемия конъюнктивиты, гранулема склеры; при поражении орбиты: экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока, диплопия, киста орбиты (1).

Известно, что общие токсико-аллергические реакции у человека при диروفилариозе не развиваются даже при длительно сохраняющейся инвазии в связи с отсутствием микрофиляремии. Явления интоксикации могут развиваться только в случае гибели паразита или при нагноении

инфильтрата. Из-за отсутствия сенсibilизации организма крайне редко выявляется эозинофия (2). В связи с тем, что в организме человека паразитирует только один неполовозрелый гельминт, не отрождающий микрофилярий, применение микрофилярицидных препаратов не показано. Применение антигельминтных препаратов (диэтилкарбамазин, ивермектин, дитразин) себя не оправдало, поскольку в случае гибели паразита у больного может развиваться токсико-аллергическая реакция. Следовательно, лечение дирофиляриоза человека заключается в полном хирургическом удалении гельминта (1,2), что и было сделано.

Отмечено, что в последнее время все же участились случаи регистрации дирофиляриоза на территории Республики Беларусь (8,9,10), что связывают с глобализацией паразитарных заболеваний человека. Поэтому наши клинические и литературные исследования представляют определенный интерес.

Литература

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