

Случай диروفилариоза век

Р.Р. Файзрахманов, О.А. Файзрахманова, Н.А. Собянин

МУЗ Городская клиническая больница № 2, Пермь

Case of dirofilariasis of eyelids

**R.R. Fayzrakhmanov,
O.A. Fayzrakhmanova, N.A. Sobyenin**

MUZ Municipal Clinical Hospital №2, Perm

Dirofilariasis is parasitic disease which refers to larva migrans. Patient Mrs. L., 25 years old, resident of Slobodskoy city Kirov Region, applied to Perm Clinical Hospital with complaints about intumescences of inferior eyelid, feeling of movement in superior eyelid of right eye, local hyperemia of inferior and superior eyelids. During superior eyelid skin incision over undulating fold a threadlike object of white color, 12 cm length, and 1 mm diameter was removed from the fatty tissue. The result of histological study was: impuberal female *Dirofilaria repens*.

Дирофиляриоз (*Dirofilarioses*) – паразитарное заболевание, относится к ларвальным гельминтозам. Возбудитель заболевания – нематоды семейства Onchocercidae: *Dirofilaria immitis*, *Dirofilaria repens* и др. *Dirofilaria immitis* обычно паразитирует в правом желудочке сердца, легочной артерии, полых венах, а *Dirofilaria repens* (рис. 1) чаще обнаруживают в подкожной клетчатке. *D.immitis* и *D.repens* – довольно крупные гельминты светло-желтого цвета, суживающиеся к обоим концам. Поверхность нематод снабжена продольными гребнями. Половозрелые самки *D.immitis* достигают длины 25–30 см, *D.repens* несколько меньше (10–17 см), все они живородящие, личинки (микрофилярии) имеют длину 0,22–0,30 мм, а по ширине равны диаметру эритроцита (0,005–0,007 мм).

Промежуточными хозяевами диروفиларий являются комары родов *Culex*, *Aedes* и *Anopheles*. Личинки, попавшие с кровью в организм комара, проходят в мальпигиевы сосуды, где в течение 10–15 дней (при температуре окружающей среды выше 14°C) превращаются в инвазионных, а затем мигрируют к голове комара и концентрируются в ротовом аппарате. При питании комаров личинки попадают в кровь животных, где мигрируют по кровеносным сосудам и через 3–4 месяца после двух линек попадают в места постоянной дислокации: личинки *D.immitis* в круп-

ные сердечные и легочные сосуды и сердце, а *D.repens* в подкожную клетчатку. Половой зрелости *D.immitis* достигают через 7–9 месяцев, а *D.repens* через 6–8 месяцев. У человека чаще всего обнаруживают *D.repens*. Человек для них является случайным хозяином. Клиническая картина заболевания определяется миграцией незрелых гельминтов в тканях или внутренних органах человека [4]. Поражение глаз при диروفилариозе наблюдается часто. Месту нахождения гельминтов соответствуют жалобы больного и клиническая картина [1].

D.repens обычно паразитирует и мигрирует в подкожной клетчатке век или под конъюнктивой с образованием узла [2], крайне редко их обнаруживают в склере и стекловидном теле [6]. Так, в Будапеште в 2005 году был выявлен случай субконъюнктивальной локализации гельминта (рис. 2).

В 1999 году в Минске в офтальмологический отдел ГП «МТЗ Медсервис» обратился пациент N. 32 лет, постоянный житель Республики Беларусь, с жалобами на отеки верхнего и нижнего век правого глаза, всей правой стороны лица, диплопию, на гиперемии конъюнктивы и экзофтальм правого глаза, болезненность при поворотах глазного яблока (особенно при взгляде влево), общее недомогание, головные боли [5]. При ультразвуковом исследовании орбиты в ретробульбарном пространстве было выявлено образование с признаками подвижности (рис. 3).

Трансконъюнктивальным доступом из ретробульбарного клетчаточного пространства был удален живой белый червь толщиной 0,6 мм, длиной 11,5 см, который был доставлен в паразитологическую лабораторию Минского городского центра гигиены и эпидемиологии для установления вида. Извлеченный гельминт оказался неполовозрелой самкой *Dirofilaria repens*.

При локализации гельминта в подкожной клетчатке век возникает опухолевидная ограниченная припухлость с маловыраженными воспалительными явлениями [1]. Диагностика основана на обнаружении гельминта, анамнестических данных, повышенной эозинофилии в крови [3]. Учитывая локализацию гельминта в подкожной клетчатке, необходимо отметить возможность миграции от одной части тела к другой.



Рис. 1. Самка *Dirofilaria repens*

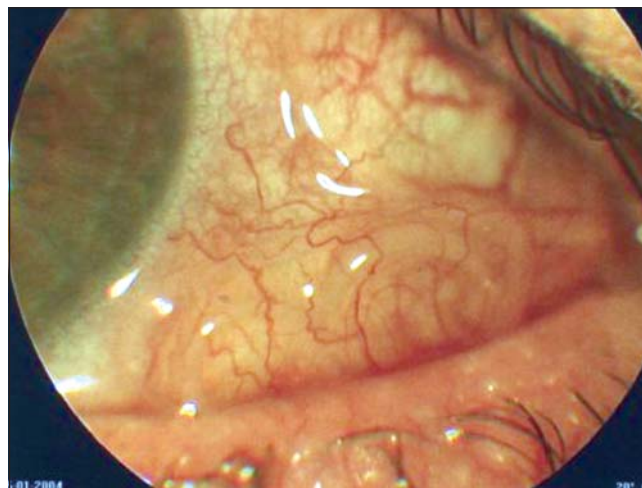


Рис. 2. Субконъюнктивальная локализация *Dirofilaria repens*

Дирофиляриозы эндемичны для территорий с теплым и влажным климатом и чаще всего встречаются на юге Европы, странах Балканского полуострова. В России дирофиляриоз регистрируется в Приморском, Хабаровском, Краснодарском, Ставропольском краях, республиках Северного Кавказа, Астраханской, Волгоградской, Ростовской, Липецкой, Воронежской областях. В последние 5 лет имеются сообщения о регистрации болезни в Саратовской, Самарской, Нижегородской областях, Республике Калмыкия. Уральский регион не является эндемичным для дирофиляриоза.

В Пермскую краевую клиническую больницу обратилась больная Л., 25 л., жительница г. Слободской Кировской области с жалобами на припухлость нижнего века, ощущения движения в верхнем веке правого глаза, локальную гиперемию верхнего и нижнего век.

Из истории заболевания известно, что в марте 2004 года в г. Слободской пациентку укусил комар в область лодыжки левой ноги. В месте укуса образовалась пустула с локальной гиперемией. За медицинской помощью больная не обратилась, пустулу не вскрывала. Локальная гиперемия длительное время оставалась на прежнем уровне. Через два месяца симптоматика прошла полностью. В ноябре 2004 года на фоне полного благополучия появилась припухлость левого колена. При обращении к врачу по месту жительства были назначены гормональные препараты в виде мазей для наружного применения. При применении мазей наблюдалась положительная динамика на время действия препарата. В сентябре 2006 года в течение трех недель беспокоили затруднение дыхания, боли при вдохе, которые прошли самостоятельно. В декабре 2006 года появились зуд в области шеи слева, гиперемия, отек. В январе 2007 года выявлен отек, гиперемия верхнего века слева. Больная обратилась к окулисту по месту жительства, откуда была направлена в стационар для решения вопроса по дальнейшей тактике ведения. В стационарных условиях обнаружили движение в области верхнего века слева. Произведена попытка удаления движущегося объекта. Удалить не удалось. Больная консультирована инфекционистом, психиатром. В течение длительного времени симптоматика отсутствовала. В мае 2008 года появились неприятные ощущения в области верхней челюсти справа, миграция локальной гиперемии в область внутреннего угла правого глаза в течение трех недель. Появилось болезненное уплотнение нижнего века, гиперемия. Симптоматика периодически усиливалась. Больная обратилась в Пермскую краевую клиническую больницу к дежурному врачу.

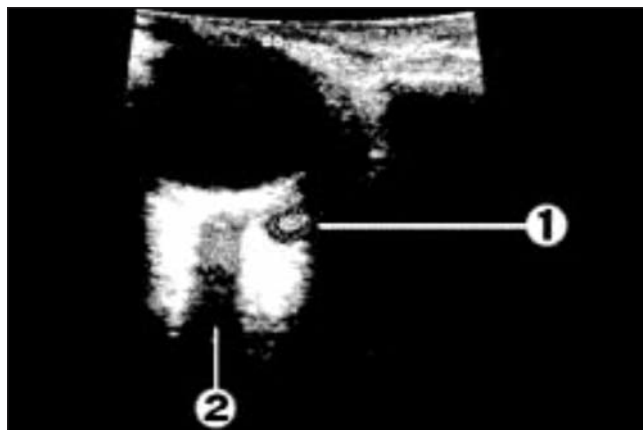


Рис. 3. Ретробульбарная локализация *Dirofilaria repens*.
Примечание: 1 — образование, 2 — зрительный нерв

При осмотре: *Visus OU* = 1,0. Правый глаз: в области внутреннего угла нижнего века визуализируется небольшая припухлость, локальная гиперемия. На верхнем веке контурируется волнообразная складка 1,1–1,2 см. Окружающие ткани спокойны, отечность отсутствует. Учитывая анамнестические данные, дежурным врачом нанесена гормональная мазь на области кожной складки для регистрации движения. Через 15 минут произошло изменение положения физиологической складки, Л. была взята в операционную. При разрезе кожи верхнего века над волнообразной складкой из подкожной клетчатки извлечено нитевидное образование (рис. 4) белого цвета, длиной 12 см и диаметром 1 мм.

На рану наложен шов. В послеоперационном периоде рана зажила первичным натяжением. Гельминт отправлен на гистологическое исследование в отделение паразитологических исследований Центра гигиены и эпидемиологии в Пермском крае. Результат гистологического исследования — неполовозрелая самка *Dirofilaria repens*.

Таким образом, с учетом локализации поражения, клиники, данных гистологического исследования заболевание было верифицировано как дирофиляриоз.

Особенностью заболевания больной Л. является то, что укус произошел на территории Кировской области, которая является неэндемичной зоной для этого заболевания. Этот факт говорит о возможности не единичного случая заболевания на этой территории. Обращает на себя внимание тот факт, что укус комара у больной был в области лодыжки левой ноги. По клинической картине можно судить о миграции гельминта к верхнему веку правого глаза. В связи с тем, что личинка дирофилярии в организме человека не достигает половой зрелости и не производит микрофилярий, можно считать хирургическое лечение радикальным методом.

Литература

1. Азнабаев М.Т., Бабушкин А.Э., Мальханов В.Б. Редкие случаи в клинической офтальмологии. — Уфа, Уфимский НИИ глазных болезней, 2001. — 58с.
2. Беляев В.С., Кравчинина В.В., Барашков В.И. и др. Случай дирофиляриоза глаза // *Вестн. офтальмол.* — 1989. — №6. — С. 72–74.
3. Дронова А.П., Усанова Е.Б. Случай дирофиляриоза органа зрения // *Офтальмол. Журн.* — 1997. — №5. — С.382.
4. Майчук Ю.Ф. Паразитарные заболевания глаз. — М., 1988. — 35с.
5. Мурашко В.А., Позняк Н.И., Ковшель Н.М. Случай дирофиляриоза с ретробульбарной локализацией инкапсулированного паразита // *Белорусский Офтальмологический Журнал.* — 2000. — №6. — С.72–73.
6. Тимохина Н.Г., Беляк Т.П. Случай филариоза склеры // *Вестн. офтальмол.* — 1988. — №2. — С. 63–64.

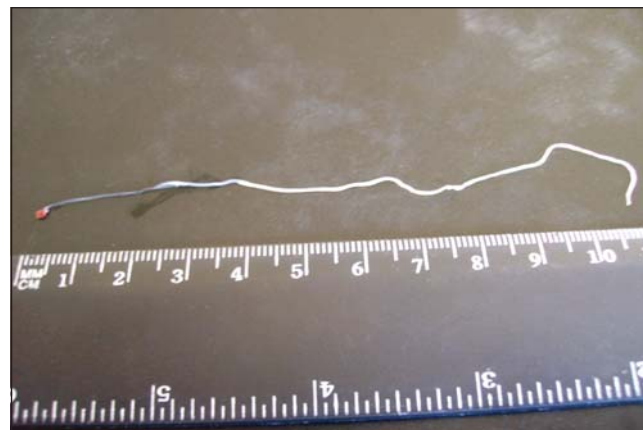


Рис. 4. Самка *Dirofilaria repens*, извлеченная из-под кожи в области верхнего века