

СЛУЧАИ ДИРОФИЛЯРИОЗА В ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.И.Шлыков, Н.С.Караваяев, Г.Н. Чугунова, И.Э. Еркин

МСЧ и поликлиника УВД по Рязанской области

В статье приведены примеры случаев подкожного дирофиляриоза из клинической практики врачей поликлинического звена. Приведенные клинические случаи призваны нацелить врачей поликлинического профиля на эпиднастороженность в отношении этого паразитарного заболевания, достаточно редко встречающегося в зоне умеренного климата.

Ключевые слова: дирофиляриоз, поликлиническая практика.

Лето-пора отдыха на природе, пора проведения сельскохозяйственных работ. Но какое же лето в средней полосе России без комаров. А укусы комаров не такое уж безобидное дело. Они являются переносчиками различных заболеваний, в т.ч. достаточно редко встречающихся - таких как дирофиляриоз.

Дирофиляриоз – трансмиссивный, тканевой гельминтоз, вызываемый паразитированием нематод *Dirofilaria imens* с поражением преимущественно кожи, слизистых и подкожной клетчатки, реже – внутренних органов и тканей (1). Возбудитель дирофиляриоза относится к классу круглых червей *Nematoda*, отряду *Spirurida*, подотряду *Filariata*, семейству *Filariidae*, роду *Dirofilaria* (3). Название гельминта происходит от латинского *imens* – ужасный, жестокий, *filum* – нить, *imans* – ползающий (1).

Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы кровососущих комаров родов *Aedes*, *Culex* и *Anopheles*. Источником заражения комаров являются больные гельминтозом домашние собаки, а также кошки, реже дикие плотоядные животные (волки, лисицы и др.), в подкожной клетчатке которых паразитируют взрослые гельминты обоих полов. Оплодотворенные самки отрождают в кровь животного личинки дирофилярий – микрофилярии. Передача инвазии человеку осуществляется комаром, зараженным личинками дирофилярий (3). В месте укуса часто ощущается жжение, длительный зуд, необычное чувство распирания (2,3). Паразит растет медленно и достигает относительно крупных размеров примерно через 6 месяцев и может выживать в течение нескольких месяцев или даже нескольких лет (1). Самцы достигают 7 см, самки намного крупнее – до 35 см. Гельминт располагается под кожей, слизистой оболочкой или в подкожно-жировой клетчатке.

Характерным симптомом дирофиляриоза является перемещение гельминта под кожей (до 30 см за 1-2 суток), которое отмечается у 10-40% инвазированных. Клинические проявления зависят от локализации паразита -от поражения органа зрения до поражения половых органов(2,3) Усиление миграции происходит при воздействии прогревания компрессами ,согревающими мазями, воздействии УВЧ при физиолечении.

Человек не является источником заражения для окружающих, так как в его организме обычно не бывает одновременного паразитирования половозрелых

самцов и самок. Самки остаются неоплодотворенными и не отрождают микрофилярий в кровь. Чаще люди инфицируются при проведении сельскохозяйственных работ или во время отдыха на природе, где есть значительные скопления комаров и зараженные животные (3). Филяриидозы человека распространены главным образом, в странах тропического пояса (4). В Российской Федерации подкожный дирофиляриоз регистрируется у жителей Астраханской, Волгоградской, Воронежской и других областей, а также в Краснодарском, Ставропольском краях, в Северной Осетии и Дагестане. Очаги инвазии с местной передачей выявлены и в зоне умеренного климата вплоть до 55 – 57 град. с. ш.

За период с 1996 г. по 2001г. зарегистрировано по РФ всего 152 случая этого заболевания(2).

В зависимости от локализации патологического процесса пациенты обращаются за медицинской помощью к терапевтам, офтальмологам, стоматологам, отоларингологам, урологам, дерматовенерологам и др.

Врачи-специалисты из-за недостаточной информированности в отношении дирофиляриоза, выставляют диагноз, не связанный с паразитарной этиологией: атерома,

флегмона, фиброма, фурункул, киста, опухоль, ущемленная паховая грыжа и др.(2).

Иногда диагноз дирофиляриоза устанавливается на операционном столе, когда живой гельминт выходит наружу самостоятельно или выделяется хирургом из удаленной ткани при ее ревизии(2)

Приводим примеры случаев подкожного дирофиляриоза из нашей практики:

Случай 1: Пациентка К., 27 лет 30 марта 2009 г. обратилась в поликлинику с жалобами на наличие ползающего «червяка» под слизистой оболочкой в полости рта, передвижения которого сопровождается умеренным зудом. Осмотрена ЛОР-врачом, дерматологом-диагноз вызвал затруднение. На следующий день осмотрена инфекционистом. Пациентка отмечала снижение массы тела (на 7 кг с лета 2008 г.). Состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. Кожные покровы обычной окраски. Сыпи, отеков нет. Умеренная гиперемия, зернистость слизистой в области небного язычка. По органам и системам патологии не выявлено.

Из анамнеза - первый эпизод заболевания отмечался в конце декабря 2008 г., когда в течение полутора суток беспокоила зудящая, медленно передвигающаяся «бугристость», «припухлость» кожи в правой половине шеи. Размер ее был около 1,5 см в диаметре. Кожа над ней имела обычную окраску. Затем все исчезло. 28 марта 2009 г. появился отек, гиперемия, зуд нижнего века правого глаза, слезотечение. При надавливании пальцем под кожей века ощущалась тонкая, плотная, извитая «венка». После наложения на веко заваренного пакетика с чаем, все симптомы быстро исчезли. В ночь на 30 марта пациентка просыпалась от болей, ощущения инородного тела (по типу воткнувшейся рыбьей кости) в правой небной миндалине. А с полудня 30 марта с изумлением наблюдала за извивающимся тонким «червяком» до 3 см длиной, который перемещался под слизистой оболочкой от правой небной миндалины к небному язычку и далее к левой небной миндалине. Движения его сопровождалось умеренным жжением. К утру 31 марта «червяк» исчез, субъективные ощущения в полости рта прошли.

Из анамнеза: постоянное место жительства – г. Рязань. Домашних животных в квартире нет. В течение 2008г. много раз выезжала в г. Тулу и

Тульскую область. С 3 по 8 мая и с 22 по 28 июля 2008г. находилась в служебной командировке в г. Волгограде. С 8 по 18 августа 2008 г. отдыхала в Турции в г. Мармарис на берегу Эгейского моря. Во время нахождения за границей укусы насекомых отрицала. В анализах крови патологии выявлено не было.

Был заподозрен дирофиляриоз. Пациентке предложено удаление гельминта

хирургическим путем как только он вновь появится под кожей.

На фоне жжения, 9 апреля 2009г., пациентка обнаружила движущуюся «жилку» на шее. Амбулаторно, под местной анестезией, проведено рассечение кожи в области левой половины шеи, из раны удален извивающийся тонкий белого цвета гельминт около 2,5 см длиной. Тело его, при удалении, было разделено на фрагменты.

При исследовании фрагментов паразита макроскопическим методом в паразитологической лаборатории ФГУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии в Рязанской области». установлена их принадлежность незрелой особи *Dirofilaria immitis*. В толстой капле крови, окрашенной по Романовскому – Гимзе микрофилярии возбудителей филяриидозов не обнаружены.

Специализированной клинико-диагностической лабораторией по паразитарным болезням клинического центра ММА им. Сеченова диагноз дирофиляриоза был подтвержден.

Случай 2: пациент З., 41 год . 10.05.2008 г отметил небольшую припухлость под левым глазом, легкую болезненность в этой области при пальпации. Через два дня эти явления исчезли. А через две недели вновь появился отек под левым глазом, который держался в течении суток. Через 5 дней пациент обнаружил отек теперь уже в левой височной области, который через несколько недель переместился в левую теменную, а затем затылочную область. Перемещение этого небольшого отека не сопровождалось никакими неприятными ощущениями и обнаруживалось пациентом при тщательном ощупывании головы, при пальпации был немного болезнен., имел плотно-эластическую консистенцию.

Пациент консультирован неврологом, аллергологом, хирургом, сосудистым хирургом, окулистом, дерматологом, диагноз: невралгия тройничного нерва? эозинофильный инфильтрат? аллергический отек; атерома; ангиолипома; остеома; тромбоз вен лица. В клинических и биохимических анализах крови и мочи, на ЯМРТ головного мозга, УЗИ припухлости отклонений от нормы выявлено не было. На фоне проводимого массажа воротниковой области, фонофореза с гидрокортизоном левой половины лица, лазеротерапии «припухлость» переместилась в конце ноября 2008 г. в левую лобно-височную область и дальнейшее её движение прекратилось. После посещения сауны пациент отмечал увеличение опухолевидного образования в лобной области до 2,5 см., планировалось оперативное удаление «атеромы» лобной области.

Из анамнеза: постоянное место жительства – г. Рязань. На даче содержит трех среднеазиатских овчарок в возрасте 5 лет, 1,5 лет и 6 мес., с одной из которых в марте 2008 г. выезжал в г. Москву на выставку собак. В августе 2005 г. и июле 2006 г. отдыхал на Северном Кавказе. В июле 2007 г. посещал г. Псков, где отмечались многочисленные укусы комаров.

В связи с выявлением вышеописанного случая дирофиляриоза у пациентки К. и эпиднастороженностью к этому заболеванию 25.05.09 г. больной был вновь

приглашен на осмотр. Ему было повторно назначено УЗИ опухолевидного образования, причем врач УЗИ был нацелен на поиск паразита. На глубине 2 мм была найдена овальная кистозная полость 14, 5мм в диаметре, имеющая гиперэхогенную капсулу 0,6 мм. Полость имела жидкостную структуру, в которой перемещались линейные гиперэхогенные «полоски» толщиной 0,8 мм, длиной 4-5 мм. Через неделю, в плановом порядке, под местной анестезией, в лобной области произведено иссечение опухолевидного образования 1,5 см в диаметре, при вскрытии которого обнаружен живой гельминт в виде клубка ориентировочно до 7-8 см в длину и 0,2 мм в толщину.

В паразитологической лаборатории ФГУЗ «Центра гигиены и эпидемиологии в Рязанской области» гельминт был дифференцирован как незрелая особь *Dirofilaria repens*.

Пациенту было предложено обследовать домашних собак на диروفилариоз. И 9 июня 2009 г. в Рязанской областной лаборатории в крови одной из собак, которая была на выставке в марте 2008 г в г. Москва, микроскопически обнаружены нитевидные личинки диروفиларий (экспертиза №1473). Ветеринарной службой собаке назначена дегельминтизация.

Приведенные клинические случаи призваны нацелить врачей поликлинического профиля на эпиднастороженность в отношении этого паразитарного заболевания, достаточно редко встречающегося в зоне умеренного климата. Необходимо помнить, что диروفилариоз может протекать под маской других болезней, иногда не очень типично, как в случае 2.

Диагностика диروفилариоза основана на комплексном анализе эпидемиологических данных, клинических признаках и данных лабораторных исследований. Пребывание на территории, эндемичной в отношении диروفилариоза, в сезон активности комаров при наличии специфических симптомов и клинических проявлений болезни может помочь врачу заподозрить диروفилариоз и после хирургического извлечения гельминта подтвердить диагноз путем морфологического исследования и идентификации возбудителя.

Мероприятия по профилактике диروفилариоза направлены на истребление комаров, выявление и дегельминтизацию инвазированных домашних собак, предотвращение контакта комаров с домашними животными и человеком.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т.И. Учебное пособие к практическим занятиям по медицинской паразитологии / Т.И. Авдюхина, Т.Н. Константинова, Ю.П. Горбунова. – М., 2007.
2. Профилактика диروفилариоза: методические указания МУ 3.2.1880-04.- М., 2004.
3. Клиническая паразитология / А.Я. Лысенко [и др.]. - Женева, 2002.
4. Шувалова Е.П. Тропические болезни / Е.П. Шувалова.- Л., 1973.

CASES DIROFILARIOSIS IN POLYCLINIC PRACTICE

A. I. Shlykov, N.S. Karavayev, G.N. Chugunova, I.E. Erkin

The article gives examples of cases of subcutaneous dirofilariosis of clinical practice patient clinical

management. The clinical cases are designed to focus the patient clinical profile to epidnastorozhennost against this parasitic disease, is rarely encountered in temperate climates.

Key words: *dirofilariosis, patient practice.*

А.И.Шлыков: врач-инфекционист поликлиники МСЧ УВД по Рязанской области, полковник
внутренней службы

Н.С.Караванов: начальник МСЧ УВД по Рязанской области, кандидат медицинских наук

Г.Н. Чугунова: начальник поликлиники МСЧ УВД по Рязанской области, майор внутренней службы

И.Э. Еркин: зам. начальника МСЧ УВД по Рязанской области