ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ДИРОФИЛЯРИОЗА В КРАСНОДАРСКОМ КРАЕ И НОВОМ УРЕНГОЕ

Шипкова Л.Н., Лысых Т.В, Мальгина Е.А.
ГБОУ ВПО Кубанский государственный медицинский университет МЗ России, Краснодарский филиал ФГБУ МНТК «Микрохирургии глаза» им. С.Н.Федорова Росмедтехнологии,
ГБУЗ Новоуренгойская центральная городская больница №2 ЯНАО г. Новый Уренгой

Введение. Дирофиляриоз - единственный выявленный на территории Краснодарского края гельминтоз из группы филяриатозов, вызываемых представителями вида *Dirofilaria repens*, встречается в районах с умеренно - континентальным климатом.

Облигатный окончательный хозяин – собаки и другие представители семейства волчьи, факультативный – человек. Промежуточные хозяева - комары вида *Anopfeles maculipennis*. Микрофилярии скапливаются в колющем аппарате насекомого и в момент укуса попадают под кожу окончательного хозяина, с током крови паразиты разносятся в конъюнктиву глаза, слизистые оболочки, подкожную клетчатку, где продолжают свое развитие. Патологическое воздействие филярий на организм человека обусловлено как паразитированием взрослых особей, так и личинок – микрофилярий, циркулирующих в крови или обитающих в коже.

Diropfilaria repens является чрезвычайно распространенным на земном шаре паразитом собак, но у человека встречается не часто.

В г. Краснодаре один из первых случаев был зарегистрирован и описан доктором А.П. Владычинским в 1915 году.

Материалы и методы. Дирофиляриоз протекает с поражением: кожи, слизистых оболочек, подкожной клетчатки, на туловище, в области молочных желез, на конечностях, у мужчин в области мошонки, реже – внутренних органов и тканей, в области рта, корня языка глотки, в сальнике и брыжейки. С момента инвазирования и до образования бугорка, в котором локализуется гельминт, проходит примерно один месяц, в литературе описаны случаи, когда инкубационный период длится до двенадцати месяцев и более. Первичная инокуляция личинки *Diropfilaria repens* может, наблюдаться в разных тканях человека: слизистые оболочки, подкожно-жировая клетчатка, что определяется местом укуса комара. Для личинок дирофилярий характерна выраженная подвижность паразита, скорость передвижения составляет 10-15 см/сутки.

На базе Краснодарского филиала ФГУМНТК « Микрохирургии глаза» им. С.Н. Федорова, во время операции на конъюнктиве глаза пациентов были зафиксированы случаи дирофиляриоза. Методами клинических лабораторных исследований при дирофиляриозе выявлялись: умеренная эозинофилия, нейтрофильный лейкоцитоз. Иногда отмечалось небольшое повышение содержания базофилов и незначительная гипохромная анемия.

Современным методом диагностики дирофиляриоза у человека являются:

1. Иммуногистохимическое исследование с антителами;

2.Иммуноферментный анализ, позволяющие выявить соматические антигены паразитов;

3. Полимеразная цепная реакция (ПЦР). *D. repens* имеет повторяющиеся участки ДНК, а *D.immitis* - кутикулярный антиген, которые могут быть использованы для диагностики этих видов дирофилярий с помощью ПЦР;

4.Метод иммуноблота позволяет выявить как соматические антигены взрослых паразитов, так и секреторно-экскреторные комплексы личинок.

Результаты. Диагностика дирофиляриоза у животных обычно основывается на обнаружении и идентификации микрофилярий в крови с помощью различных методик. По данным литературы, и собственным наблюдениям, микрофилярии попав в кожу человека, при укусе комара, активно передвигаются по подкожным тканям. В период от одного месяца до двух лет с момента заражения превращаются во взрослую дирофилярию, вокруг которой образуется тонкостенная капсула. *D. repens* - чаще обнаруживается у взрослых людей, достигая пика в возрасте 40-49 лет. По данным литературы, исключением является Шри-Ланка, где наиболее подвержены заражению дети до 9 лет, а минимальный возраст, в котором обнаружилась *D. repens* составил 4 месяца. В России дирофиляриоз выявляется среди лиц самых разных возрастных групп - от 3 до 75 лет. В Краснодарском крае лица женского пола составляют 64,6% от числа инвазированных. Дирофиляриоз характеризуется очаговым распространением.

Случаи дирофиляриозов у людей были зарегистрированы в Краснодарском филиале «Микрохирургии глаза» 2009 - 5 человек, 2010 - 5 человек, 2011 - 7 человек, 2012 - 3 человека, в 2013 - 6 человек; в 2014 - 8 человек.

У пациентов в основе патогенеза выявлялись токсоаллергические реакции и механическое воздействие гельминтов на подкожные ткани. Особое беспокойство больным причиняло появление узелка в подкожной клетчатке или под конъюнктивой века. В связи с этим возникало слезотечение, светобоязнь, отек, гиперемия век и конъюнктивы, птоз, блефароспазм.

На ранних стадиях инвазии до образования вокруг паразита капсулы в 30% случаев отмечается перемещение узелка, связанное с миграцией гельминта. Специфическим признаком было ощущение шевеления и ползания внутри узелка или опухоли. Иногда над узелком появлялся зуд и гиперемия кожи, при пальпации ощущалась болезненность. При этом опухоль легко смещалась. Развитие дирофилярии в глазнице часто сопровождалось рецидивирующим воспалением глазничной клетчатки, хемозом, экзофтальмом, ограниченной подвижностью глазного яблока. Необходимо не допустить развития воспаления узелка, так как может, возникнут абсцесс. На вершине отекшего узелка появлялось отверстие, из

которого выступал конец червя, это явление наблюдалось у двух пациентов, без вскрытия узелка. У остальных пациентов производили хирургическое вмешательство. После операции назначалось лечение диэтилкарбамизином в течение 21 дня и диспансерное наблюдение в течение шести месяцев.

В центральной городской Новоуренгойской больнице №2, в консультационно - диагностическом отделении офтальмологии в 2014 году было зафиксировано 2 случая завезенного дирофиляриоза. У больной 32 лет в конъюнктиве глаза наблюдалась гиперемия, отек век, слезотечение. Женщина проводила свой отпуск в Приморско-Ахтарске Краснодарского края, где

неоднократно подвергалась укусам комаров. Спустя два месяца, ощутила болезненность правого глаза, после чего обратилась к врачу, где было произведено полное хирургическое извлечение паразита. Но через две недели она опять обратилась в больницу с жалобами на боли и зуд на шее. Где был выявлен болезненный инфильтрат кожи диаметром 3-5см, в месте инокуляции паразита. Ей был поставлен диагноз фиброма. Поскольку общие проявления заболевания в виде интоксикации имеют место крайне редко, больная не придала особого значения первичному появлению инфильтрата. И только через месяц она ощутила шевеление в области инфильтрата, это сопровождалось слабостью, головокружением, вокруг паразита сформировалась капсула. Хирургически была удалена и морфологически идентифицирована как нематода - дирофилярия.

Заключение. Первичная диагностика дирофиляриоза затруднена. Практически у всех больных изначально устанавливают ошибочные диагнозы: фибромы, липомы, атеромы, кисты, опухоли, лимфадениты и т.д. Токсико-аллергические реакции не развиваются даже при условии длительного сохраняющейся инвазии (в течение нескольких месяцев), и только в случае гибели гельминта или развития нагноения у больных могут развиваться явления интоксикации. Одной из ключевых причин, объясняющих отсутствие общих проявлений заболевания при дирофиляриозе, является то, что у человека в отличие от животных не развивается микрофиляриемия. Из-за отсутствия сенсибилизации организма крайне редко выявляется и эозинофилия. Исключительное значение в диагностике имеет полное хирургическое извлечение гельминта с последующим его паразитологическим морфологическим исследованием.

Литература: 1.Жданов В.М. Академический справочник «Заразные болезни человека» Медгиз., Москва.-1955.- С. 217-219. 2.Шипкова Л.Н. «Паразитарные болезни человека и основные методы диагностики «Учебное пособие. Изд-во
«Советская Кубань», Краснодар.- 1995.-161с.

Peculiarities of Dirofilaria repens infection at the Krasnodar Territory and in new Urengoi. Shipkova L.N., Lisich T.V., Malgina E.A. Kuban State

Medical University, MRTC S.N.Fedorov «Eye Microsurgery» Krasnodar branch, Novy Urengoy Central City Hospital №2.

Summary. The primary diagnosis of D. repens infection is difficult. Fibroma, lipoma, atheroma, cysts, tumors, lymphadenitis etc. are found practically in all patients what results in erroneous diagnosis. Toxic and sensibilization reactions don't develop even at persistent infection (for few months) and toxic events can develop due to mortality of helminth and development of pylsis in patients. One of the main reasons of absence of common manifestations of infection is absence of mircofilariemia. Eosinophilia is also rarely noted because of sensibilization absence. The complete surgical recovery of a helminth has a very important value for diagnosis followed by it's morphological examination.