

УДК: 616.995.1 + 616 - 036.22

Анализ случаев дирофиляриоза в Крыму

Н.Г. Яценко, Н.П. Сиротюк

Крымский государственный медицинский университет им. С.И. Георгиевского, Симферополь

Ключевые слова: дирофиляриоз, эпидемиология, клиника

Клиническая диагностика большинства гельминтозов затруднительна ввиду отсутствия симптоматики вообще или наличия слабо выраженных проявлений. Что касается редких гельминтозов, то о них многие специалисты очень мало информированы и полагают, что их распространение реально только в условиях жарких стран. Тем не менее некоторые из них стали регистрироваться чаще, ошибок в их диагностике очень много, поскольку у большинства врачей отсутствует настороженность и знание этой патологии.

Среди приблизительно 20 гельминтозов-зоонозов, паразитирующих у людей на Украине, половина относится к ларвальным, при которых в организме человека присутствует личиночная стадия гельминта. Лишь один гельминтоз не укладывается в понятие ларвальных, это - дирофиляриоз, нематодоз семейства Filariidae, единственный трансмиссивный филяриоз, распространенный не только в странах жаркого климата (Африка, Южная Америка),

но и в умеренной климатической зоне, в том числе в странах СНГ и даже в более северных широтах (до 46° северной широты во Франции и до 55-57° северной широты в России) [12]. Паразит при этом гельминтозе иногда может достичь половой зрелости в организме человека, но микрофилярии не отрождаются, что, видимо, связано с низким уровнем инвазии и наличием однополых паразитов, а патологические изменения обусловлены воздействием взрослых гельминтов.

Окончательный облигатный хозяин дирофилярий и источник инвазии - собаки, кошки, лошади, лисы и другие представители семейства псовых, кошачьих, виверровых, в организме которых гельминт, достигнув половой зрелости, отрождает личинки - микрофилярии, что клинически проявляется появлением папул, дерматита в области головы, шеи. Человек - факультативный хозяин, не является источником инвазии, т.е. он - "биологический тупик". Заражение людей происходит при укусе переносчиков - ко-

маров *Aedes*, *Anopheles*, *Culex*, москитов. Считают, что промежуточным хозяином может быть и блоха [3].

Человек может заразиться тремя видами филярий, паразитирующих у животных. Первый - *D. immitis*, распространенная у собак в основном в США, Японии, Австралии [11]. При попадании в организм человека личинка несколько месяцев мигрирует в подкожной клетчатке, затем проникает в левый желудочек сердца, где созревает и, попав в легочные артерии, вызывает тромбоз с развитием воспалительной реакции вокруг гельминта, образованием эозинофильных и нейтрофильных гранул, иногда с некрозом и последующим формированием фиброзной капсулы.

Клинические проявления у инвазированного человека возникают не всегда, возможны миалгии, кашель с мокротой, содержащей примесь крови, боль в грудной клетке. Обычно рентгенологически в легких случайно обнаруживается извитое или округлое образование диаметром 1-3 см,

напоминающее опухоль, при гистологическом исследовании которого выявляются нематоды, окруженные грануляционной тканью. Крайне редко взрослые дирофилярии обнаруживались в сердце. Этот вид дирофилярий для нашей зоны практического значения не имеет.

Второй вид дирофилярий возможный у человека - *D. ursi*, распространен в зоне обитания медведей, тигров, при этом гельминт достигает крупных размеров (до 38 см).

И, наконец, третий вид дирофилярий, распространенный в республиках СНГ (особенно в Украине, в том числе в Крыму, в Казахстане, странах Закавказья, Средней Азии), - *D. tenuis*, *D. repens*, которые часто называют *D. conjunctive*. Сезон заражения этим гельминтозом - лето и осень, в период увеличения численности переносчиков. При укусе комара личинки проникают в подкожную клетчатку, где в течение 2-3 месяцев превращаются во взрослых особи длиной 80 - 130 мм. Личинки дирофилярий активно мигрируют, могут с током крови разноситься в различные ткани, но, как правило, не покидают подкожной клетчатки, образуя плотные, безболезненные, эластичные узлы размером до 2 см. Иногда узлы болезненны, напряжены, гиперемизированы, иногда определяют кисты, фибромы, абсцессы. Локализация узлов различна - под конъюнктивой, на туловище, конечностях, лице, шее, веках. В литературе имеются сообщения о поражении дирофиляриями легких и плевры [14], развитии эозинофильного менингита [13], проникновении гельминта в половые органы [15, 5, 3, 8].

И м м у н о д и а г н о с т и к а (ELISA), ПЦР, применяемый за рубежом экспресс-метод определения антител и циркулирующих антигенов у больных, в нашей стране практически не применяются. Лечение дитразином неэффективно. Сообщают о возмож-

ности назначения больным альбендазола двумя 3-5 - дневными курсами [7].

Дирофиляриоз относится к редким инвазиям человека. Статистические данные об этом гельминтозе весьма разноречивы, однако со времени описания первого случая подкожного дирофиляриоза (1867 год) прослеживается явная тенденция к росту заболеваемости в странах СНГ. Так, до 1955 года было зарегистрировано более десяти инвазированных, в последующие 40 лет - более сотни, а за период с 1997 по начало 2002 года только в России обнаружено около 100 больных [1, 2, 9]. В Украине с 1996 по 2003 год выявлено 138 больных в 16 областях и АР Крым, в 2004 году - 42 человека. Также данные статистики свидетельствуют о поражённости дирофиляриозом представителей семейства псовых до 44,5% [2].

С учетом вышеизложенного представляло интерес проанализировать заболеваемость дирофиляриозом в АР Крым. Актуальность этой инвазии для данного региона связана с широким ареалом распространения переносчиков, чему способствует теплый климат и благоприятные условия для вылода комаров в 500 анофелогенных водоемах, расположенных на юге и севере республики, а также с наличием инвазированных собак, численность которых трудно оценить, поскольку ветеринарная служба не проводит такие исследования.

Первый больной дирофиляриозом в Крыму обнаружен в 1975 году [10]. В 1975-2004 гг. зарегистрировано 26 случаев дирофиляриоза, причем отмечается тенденция к росту этой патологии в последние годы. Так, если за период с 1975 по 1999 гг. выявлено 9 больных, то с 2000 по 2004 гг. - уже 17.

Вероятно, число зараженных больше, поскольку многие отдыхающие в Крыму подвергаются укусам комаров, но, учитывая длительный инкубационный пери-

од, клинические проявления у них возникают по возвращении из Крыма. Так, мы встретили описание случая дирофиляриоза в Москве у больной, посетившей за 2 месяца до заболевания Крым [9].

Наибольшее количество больных проживало в г. Евпатории и Джанкойском районе (по 4 человека), а также в Керчи, Симферополе, Красногвардейском и Краснопереконском районах (по 3 человека). Отмечены случаи заболевания в Первомайском, Советском, Кировском, Ленинском районах, городах Саки и Феодосия. Не исключена возможность заражения во время поездок в соседние районы, особенно часто больные указывали на пребывание в г. Евпатории. Учитывая, что в этом городе сформировался очаг марсельской лихорадки, при которой источником заражения также являются собаки, то, по-видимому, возникает необходимость ветеринарной службе обратить на эти факты особое внимание.

Среди заболевших большую часть составляли женщины - 69,2%. Возраст больных - от 17 до 79 лет, при этом зависимости заболеваемости от возраста не выявлено.

Большинство больных имели дома собак, практически все отмечали укусы комаров.

Первые симптомы заболевания у основной массы больных (15 человек) возникли в июне - ноябре, что соответствует сезону заражения (лето-осень) и длительности формирования молодых особей (2 - 3 месяца). 3 человека считали себя больными более года.

Наиболее частой локализацией гельминта была область глаза (у 11 больных) - веко, бровь, подглазничная область, под конъюнктивой. Следует отметить, что левый глаз поражался чаще, чем правый. У 6 больных очаг располагался на лице (висок, лоб, нос), у 2-х - на голени. Интересно отметить также и то, что гельминт обнаруживали в подключичной области, в области молочной желе-

зы, мошонки, на плече. Особый интерес представляет случай достаточно редкой локализации дирофилярии в области полового члена, при этом гельминт был виден невооруженным глазом под кожей и передвигался от крайней плоти до основания члена в пределах 4 см.

Кроме наиболее типичного расположения дирофилярий под кожей, у 2-х больных паразит обнаруживался в абсцессе сальника и на брыжейке толстой кишки во время оперативного вмешательства по поводу аппендицита и перитонита [4].

При паразитировании гельминта в подкожной клетчатке глаза больные обычно отмечали припухлость века, местное воспаление, зуд, боли, ухудшение зрения, ощущение шевеления гельминта, иногда - диплопию. В ряде случаев появившаяся припухлость смещалась из области брови к носу, затем - в область глазниц [6].

В подобных клинических случаях больным изначально выставлялся диагноз инородное тело под конъюнктивой или кожи глаза, киста, неврома, новообразование свода орбиты глаза или подглазничной области, аллергический конъюнктивит, фурункул брови. Лишь только после безуспешной терапии при хирургическом вмешательстве обнаруживали гельминт.

В тех случаях, когда у больных дирофилярии локализовались на лице, возникало опухолевидное образование в области лба, виска, носа, которое иногда перемещалось, чувство жжения, шевеления, боль, субфебрилитет. Диагнозы до оперативного вмешательства были следующие: липома, атерома, фурункулез, лимфаденит.

Расположение гельминта в подключичной области, области молочной железы, плеча, голени также сопровождалось появлением опухолевидного образования, зачастую мигрирующего (предплечье, рука, грудь), что расце-

нивалось как новообразование, липома, венозной тромбоз, большие обычно направлялись к онкологам.

Локализация дирофилярии в области мошонки характеризовалась резкими болями, температурой, местным отеком, гиперемией, что заставляло предположить острое заболевание яичка, далее во время операции обнаруживался гельминт.

Извлеченные у больных гельминты представляли нематоды белого цвета длиной от 4 до 20 см и были идентифицированы в паразитологической лаборатории республиканской СЭС как самки *D. repens*. У всех больных паразитировала одна особь гельминта, за исключением одного случая, когда при операции офтальмологами у пациентки были извлечены 8 дирофилярий.

Таким образом, следует отметить рост заболеваемости дирофиляриозом в последние годы. Сданной патологией из клиницистов наиболее часто сталкиваются офтальмологи, онкологи, хирурги, урологи. Диагноз дирофиляриоза до оперативного вмешательства не устанавливается, за исключением случаев, когда гельминт выходит из нагноившегося и вскрывшегося опухолевидного образования или виден под кожей невооруженным глазом. Оказать помощь в постановке диагноза может наличие мигрирующего уплотнения под кожей, а также жалобы больного на чувство шевеления в области очага. Наряду с наиболее частой локализацией гельминта под кожей, в области глаз, возможно и редкое расположение в серозных полостях, в области мошонки, полового члена. Наиболее неблагоприятными по заболеваемости дирофиляриозом городами АР Крым следует считать Евпаторию, Джанкой, Керчь, а также Красногвардейский, Красноперекский и Симферопольский районы, что диктует необходимость проведения ветеринарной службой работы по выявлению инва-

зированных собак.

Литература

1. Авдюхина Т.И., Лысенко А.Я., Супряга В.Г. и др. Дирофиляриоз органа зрения; реестр и анализ 50 случаев в Российской Федерации и странах СНГ. //Вестн. офтальмол. - 1996. - №3. - с. 35-39.
2. Авдюхина Т.И., Супряга В.Г., Постникова В.Ф. и др. Дирофиляриоз в странах СНГ: анализ случаев за 1915-1996 годы. //Мед. паразитол. - 1997. - №4. - с. 3-7.
3. Авраменко Ю.В., Супряга В.Г., Бронштейн А.М. и др. Дирофиляриоз под маской ущемленной паховой грыжи. //Детская хирургия. - 2003. - №4. - с. 50-51.
4. Борисова М.А., Сиротюк Н.П., Цыганкова О.Д. и др. О проявлениях инвазии *Dirofilaria repens* Raillet et Henri, 1911 у человека. //Мед. паразитол. - 1986. - №5. - с. 86.
5. Григорьева М.В., Дворовенко Е.В. Дирофиляриоз оболочек мошонки у детей. //Детская хирургия. - 2003. - №2. - с. 49.
6. Иванова Н.В., Ефетова Т.М., Чемодурова С.В. и др. Ларвальные офтальмогельминтозы. //Офтальмологич. журнал. - 2002. - №3. - с. 63.
7. Локтэва Г.М., Зарицкий А.М., Бодня К.И. и др. Проблема дирофиляриозов. //Сучасні інфекції. - 2004. - №4. - с. 60-65.
8. Петров С.Н. Случай дирофиляриоза у ребенка 4 лет. //Детская хирургия. - 2003. №2. - с. 48-49.
9. Постникова В.Ф., Ковтунов А.И., Абросимова Л.М. и др. Новые случаи дирофиляриоза человека. //Мед. паразитол. - 1997. - №1. - с. 6-9.
10. Скрыбин А.С., Сальман Г.Я. Первый случай обнаружения нематоды *D. repens* у человека в Крыму. //Мед. паразитол. - 1979. - №4. - с. 76-77.
11. Шрей К.Ф., Траутветтер Э. //Walham Focus. - 1998. - Т.8. - №3. - с. 49-50.
12. Яковлева Е.Г., Рубан И.М. О случае дирофиляриоза в г. Новосибирске. //Мед. паразитол. - 1999. - №3. - с. 49-50.
13. Dobson C., Welch I.S. //Trans. Roy. Soc. trop. Med. Hyg. - 1974. - Vol. 68. - P. 223-28.
14. Moorhouse D.E., Abrahams E.W., Stephens B.I. //Med. J. Aust. - 1976. - Vol. 2. - P. 902-903.
15. Mussner W., Bosch J., Buhl D et al. //Urologie A. - 1997. - Bd. 36. - S. 84-86.

Аналіз випадків дирофіляріозу в Криму

Н.Г. Яценко, М.П. Сиротюк

Наведені дані щодо розповсюдження і особливостях дирофіляріозу. Проаналізовані випадки дирофіляріозу в Криму з 1975 до 2004 року з врахуванням локалізації, основних клінічних проявів, помилкових діагнозів, виставлених до операції.

Ключові слова: дирофіляріоз, епідеміологія, клініка

Case analysis of dirophylosis in Crimea

N.G. Yatsenko, N.P. Sirotyuk

There are presenting data regarding the epidemiology of dirophylosis in Crimea. The cases of dirophylosis in Crimea from 1975 to 2004 years has been analyzed, taking account of localization, main clinical features, mistake diagnoses has been made before surgery.

Key words: dirophylosis, epidemiology, natural course