

КОЖНАЯ ФОРМА НЕКОТОРЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ. ТРУДНОСТИ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ

¹Зотина Г.П., ¹Тихонова Е.П., ¹Сергеева И.В., ¹Кузьмина Т.Ю., ¹Андропова Г.П.,
²Упирова А.А.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России, Красноярск, Россия (660022, Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru

²КГБОУ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», Россия, Красноярск (660062, Красноярск, ул. Курчатова, 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru.

Проблема дирофиляриоза в нашей стране изучена недостаточно. За последние годы число случаев инвазирования данным гельминтозом неуклонно возрастает. Распространенность данного вида гельминта нехарактерна для Сибири, поэтому в г. Красноярске регистрируются единичные случаи. В статье представлены материалы клинических наблюдений двух случаев дирофиляриоза. Выделены отдельные симптомы, характерные для течения заболевания. В большинстве случаев невозможно провести раннюю диагностику. Одновременно с этим заболевание имеет сезонный характер, и проявляющиеся симптомы характерны для большинства воспалительных процессов с абсцедированием. Однако необходимо заметить, что имеется патогномичный признак — изменение локализации процесса и длительность заболевания. Обращено внимание на то, что при постановке диагноза данного заболевания необходимо учитывать особенности эпидемиологического анамнеза, характерные клинические проявления болезни в зависимости от локализации гельминта и результаты ультразвуковых исследований.

Ключевые слова: гельминтозы, дирофиляриоз, диагностика, лечение

CUTANEOUS SOME HELMINTHIASIS. DIFFICULTIES EARLY DIAGNOSIS

¹Zotina G.P., ¹Tihonova E.P., ¹Sergeeva I.V., ¹Kuzmina T.Y., ¹Andronova G.P.,
²Upirova A.A.

¹Krasnoyarsk State Medical University. V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street Partizan Zheleznyaka, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru;

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital ambulance behalf of N.S. Karpovich, Russia, Krasnoyarsk (660062, Krasnoyarsk, Kurchatov Str., 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru.

Dirofilariasis problem in our country is not well understood. In recent years, the incidence of infestation according helminthiasis is steadily increasing. The prevalence of helminth species not typical for Siberia, so in Krasnoyarsk recorded isolated cases. The article presents two cases of clinical observations heartworm. Allocated some symptoms characteristic of the disease. In most cases, it is impossible to hold early diagnosis, at the same time, the disease is seasonal, and exhibit symptoms characteristic of most inflammatory processes with abscess formation. However, it should be noted that there is a pathognomonic sign - a change in the localization process and the duration of the disease. Attention is drawn to the fact that the diagnosis of the disease must take into account peculiarities of epidemiological history, typical clinical manifestations of the disease, depending on the location of the helminth and ultrasound results.

Keywords: helminth infections, dirofilariosis, diagnosis and treatment

В настоящее время в результате активных миграционных процессов граждан Российской Федерации, особенно в страны с субтропическим и тропическим климатом, становится заметным рост заболеваемости, в том числе и экзотическими паразитарными инвазиями. Это касается и тканевых гельминтозов, вызываемых личинками животных, которые могут протекать в кожной (Larva migrans) или висцеральной формах [1, 3, 4, 5].

Возбудителями *Larva migrans* у человека обычно являются личинки гельминтов, относящихся к нематодам и реже — к трематодам и цестодам. Известно, что для этих гельминтозов человек является случайным хозяином и в организме человека попавший гельминт не развивается до половозрелого состояния. Человек, инвазированный *Larva migrans*, не является источником заболевания для других людей. Одним из таких нематодозов является диروفилариоз [2].

Кожная форма этого гельминтоза, вызываемая *Dirofilaria repens*, широко распространенная инвазия собак во всем мире, и случаи поражения человека регистрируются повсеместно, в том числе и в России.

Обсуждение

По данным оперативного мониторинга, осуществляемого Роспотребнадзором с 2006 г., отмечается тенденция к увеличению числа случаев диروفилариоза среди населения. Так, за трехлетний период (2008–2010 гг.) зарегистрирован 101 случай диروفилариоза, а за следующий аналогичный временной период (2011–2013 гг.) – 186 случаев, т.е. в 1,8 раза больше. В 2014 г. зарегистрировано 143 случая диروفилариоза (0,1 на 100 тыс. населения) в 31 субъекте Российской Федерации против 84 случаев (0,06 на 100 тыс. населения) в 31 субъекте РФ в 2013 г. Наибольшее число случаев этого нематодоза зарегистрировано в Москве, Нижегородской, Пензенской, Ивановской областях.

В настоящее время диروفилариоз представляет особый интерес в патологии человека, и это связано прежде всего с тем, что в лечении заболевания принимают участие врачи различных специальностей: дерматологи, офтальмологи, хирурги, онкологи, стоматологи и многие другие. Допускается большое количество ошибок на всех этапах первичной диагностики, соответственно есть ошибки и в лечении.

Диروفилариозы – это трансмиссивные биогельминтозы из группы нематодозов, инвазионные личинки которых передаются человеку через переносчиков – комаров. Диروفилариозы распространены повсеместно [2]. У человека наиболее часто встречается вид *Dirofilaria repens* Railliet et Henry, 1901. Длина тела самки 100–170 мм, самца – 50–70 мм. Естественными донорами являются дикие (реже домашние) млекопитающие, преимущественно семейства псовых, у которых паразиты локализуются в подкожной клетчатке. Клиническая картина представлена самыми разнообразными симптомами. В связи с тем, что заболевание вызвано расположением гельминта в тканях, в местах его нахождения образуются характерные, резко болезненные узлы с выраженной эозинофильной инфильтрацией вокруг паразита [2], определяются плотные образования с умеренным отеком тканей, покраснение кожи, зуд, нередко присоединяется болезненность, в некоторых случаях повышается температура до высоких цифр, иногда клиника схожа с тромбозом вен. Также

отмечается миграция паразита в другие части тела. Количество симптомов заболевания нередко напрямую связано со стадией и длительностью заболевания.

Тяжесть клинических проявлений зависит от интенсивности инвазии и частоты повторных заражений. При попадании личинок дирофилярий в организм человека большинство из них погибает на ранних стадиях развития. В этот период клинические проявления отсутствуют либо слабо выражены.

Дирофиляриозы характеризуются медленным развитием и длительным течением. Инкубационный период продолжается от одного месяца до нескольких лет, что примерно соответствует времени развития личинки до взрослой стадии. На ранних стадиях болезни, до образования вокруг паразита капсулы, в 10–40% случаев отмечается перемещение опухоли, узелка на расстояние до 10 см в сутки, связанное с миграцией гельминта.

Примерно в 50% случаев инвазии паразиты локализуются в области глаза, чаще всего под конъюнктивой или в подкожной клетчатке век, при этом отмечаются птоз, блефароспазм, слезотечение. Развитие дирофилярии в глазнице сопровождается рецидивирующим воспалением глазничной клетчатки, хемозом, экзофтальмом, ограничением подвижности глазного яблока.

Источником инвазии в синантропных очагах служат зараженные домашние собаки, реже кошки. Фактором увеличения числа больных дирофиляриозом может являться формирование синантропных очагов и сохранение в них паразитарной системы дирофилярий в цепи «собака – комар – человек» и «собака – комар – собака» [2].

Участившиеся случаи дирофиляриоза у человека заставили нас проанализировать два случая этого заболевания в нашей клинике. Приводим наши наблюдения.

На территории Красноярского края в период 2013–2014 гг. зарегистрировано 2 случая дирофиляриоза человека. В 2013 г. – местный случай в Красноярске, в 2014 г. – завозной случай в Зеленогорске. В обоих случаях диагноз подтвержден в «Центре гигиены и эпидемиологии Красноярского края», где были идентифицированы особи *Dirofilaria repens*.

Первый случай дирофиляриоза выявлен у жительницы г. Красноярска в конце апреля 2013 г., которая отмечала укусы комаров на даче в районе Кузнецовского плато. При обращении за медицинской помощью в краевой офтальмологический центр был поставлен диагноз «Хронический конъюнктивит. Новообразование нижнего века». Окончательный диагноз установлен через 2 месяца после самопроизвольного вскрытия опухоли и извлечения паразита.

В 2014 г. на кафедру инфекционных болезней и эпидемиологии с курсом ПО КрасГМУ обратился пациент с жалобами на появление под кожей шевеления, жжения и зуда через 2 недели после отдыха в Таиланде. При объективном осмотре на тыльной

поверхности правой стопы пальпировалось образование в виде плотного извилистого жгута ярко-розового цвета длиной 10 см. Установлен диагноз: *Larva migrans*.

Второй случай обращения на кафедру был 3 сентября 2015 г. пациента В., 44 лет, который считал себя больным с 28 января 2014 г., когда на острове Самуи (Таиланд) его укусило летающее насекомое, похожее на большую муху. В месте укуса возникло сильное жжение, не проходившее в течение 4 ч. Через 2 недели появилась небольшая аллергическая реакция в виде единичных высыпаний, сопровождавшихся зудом. Постепенно аллергические проявления усиливались. Через 2 месяца появились крапивница, кашель, боли в эпигастральной области и в правом подреберье, особенно в ночное время. Самостоятельно принимал метронидазол, затем немозол.

1 мая 2014 г., принимая ванну, обнаружил в области левого коленного сустава торчащего из-под кожи гельминта, который был извлечен впоследствии хирургическим путем. Вид гельминта в «Центре гигиены и эпидемиологии» идентифицировать не удалось.

Пациент вновь отправился в Таиланд в г. Патаяя, обратился в Мемориальный госпиталь, где ему были назначены ивермектин и преднизолон. В процессе лечения повысилась температура тела до 40°C, появились кашель, боль в грудной клетке, сильные боли в животе и диарея. В испражнениях пациент обнаружил разнообразных кишечных паразитов. Высокая лихорадка и диарея продолжались в течение 10 дней. Аллергические проявления исчезли, но сохранялись слабость, мучительный кашель, потеря веса за этот период составила 10 кг.

В конце августа вновь появились крапивница, боль в верхнем этаже живота, кашель, ринит, кожный зуд. При осмотре кожные покровы обычной окраски, кое-где следы расчесов, в области левого коленного сустава послеоперационный рубец длиной 3 см. Явления вазомоторного ринита. Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области и вокруг пупка, небольшой метеоризм, печень на 1,5 см выстоит из-под края реберной дуги.

При компьютерной диагностике на приборе пульсогемоиндикации в тонком кишечнике тестировались *Ancylostom caninum* (женская и мужская особи), а также *Fasciolopsis busky* и *Macracantorinchus*. В протоках поджелудочной железы – *Clonorchis sinensis* (подтвержден при дуоденальном зондировании), в легких – личинки *Ancylostoma caninum*. После трех курсов специфического лечения с последующей длительной реабилитацией все симптомы болезни постепенно исчезли.

Таким образом, в данных клинических случаях у этих двух пациентов наблюдалась кожная форма нематодоза, а во втором случае анкилостомидоза — и кожная (*Larva migrans*),

и висцеральная формы этого гельминтоза в комплексе с клонорхозом, фасциолопсидозом и макраканторинхозом.

Своими наблюдениями мы дополняем клиническую картину дирофиляриоза. Первый симптом заболевания – болезненная опухоль, в которой ощущаются зуд и жжение разной степени интенсивности. Некоторые больные отмечают «особые» ощущения сразу же после инфективного укуса комара, выражающиеся в необычном чувстве распирания и очень сильном длительном зуде в месте укуса. Характерным симптомом дирофиляриоза является миграция возбудителя – перемещение уплотнения или самого гельминта под кожей, которое отмечается у 10–40% инвазированных. Расстояние, на которое перемещается дирофилярия, составляет несколько десятков сантиметров, скорость перемещения — до 30 см за 1–2 суток. Усиление миграции паразита происходит при воздействии на кожу токами УВЧ при физиотерапии, а также после прогревания компрессами или согревающими мазями, а в некоторых случаях — при переохлаждении этого участка кожи. Специфическим признаком дирофиляриоза является ощущение шевеления и ползания живого «червя» внутри уплотнения, опухоли или подкожного узла. У многих больных инвазия имеет рецидивирующее течение с фазами затихания и обострения процесса. При несвоевременном удалении гельминта может происходить развитие абсцесса в месте его локализации. Как правило, гельминт располагается в соединительно-тканой капсуле, содержащей серозно-гнойный экссудат, белок и эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты, которыми инфильтрирована жировая клетчатка, с добавлением макрофагов и фибробластов. В начале заболевания, когда появляются уплотнения, узелок, отмечается умеренная отечность или незначительная гиперемия кожи, иногда она совсем не изменена. В ряде случаев больные извлекают гельминта при расчесах кожи, или в результате спонтанного вскрытия гнойника гельминт выходит наружу самостоятельно. Другими симптомами заболевания могут быть головная боль, тошнота, слабость, повышенная температура, сильные боли в месте нахождения гельминта с иррадиацией по ходу нервных стволов. Изменения в периферической крови нехарактерны, однако эозинофилия при дирофиляриозе бывает увеличенной в пределах 8–11% [2].

Выводы

1. Активная миграция жителей в регионы с тропическим и субтропическим климатом, эндемичным по различным паразитарным инвазиям, способствует появлению на территории России новых, не известных ранее, в том числе экзотических, заболеваний.

2. Недостаточная осведомленность медицинских работников и оснащенность лабораторной службы, узкий спектр имеющихся специфических лечебных препаратов создают определенные трудности в диагностике и лечении этих заболеваний.

3. Использование альтернативных методов диагностики, в частности метода пульсогемоиндикации, позволяет расширить формат диагностического поиска и применить адекватные методы дегельминтизации.

Список литературы

1. Агулов А.Т. Профилактика протозойных и вирусных инфекций, кандидомикозов, кишечных гельминтозов / А.Т. Агулов, Ф.З. Абдусаламова, Г.М. Ештокина. – Предтеча, 2011. — 176 с.
2. Аракельян Р.С. Дирофиляриозы: учебно-методическое пособие / Р.С. Аракельян, Х.М. Галимзянов. – Астрахань, 2011. — 44 с.
3. Бронштейн А.М. Паразитарные болезни человека протозоозы и гельминтозы / А.М. Бронштейн, А.К. Токмалаев. — М., Издательство Российского университета, 2004. — 208 с.
4. Лучшев В.В. Гельминтозы человека / В.В. Лучшев, В.В. Лебедев. – Краснодар: Советская Кубань, 2010. — 124 с.
5. Токмалаев А.К. Клиническая паразитология. Протозоозы и гельминтозы / А.К. Токмалаев, Г.М. Кожевникова. – Медицинское информационное агентство, 2010. — 432 с.

Рецензенты:

Мартынова Г.П., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск;

Винник Ю.С., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой общей хирургии Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.