

ISSN 2225-6016

ВЕСТНИК

*Смоленской государственной
медицинской академии*

Том 13, №2

2014



УДК 616.995.1

СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА В СМОЛЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

© Кирюшенкова В.В., Лабузов Д.С., Тарасов А.А., Гайкова О.М.

Смоленская государственная медицинская академия, Россия, 214019, Смоленск, ул. Крупской, 28

Резюме: В статье приводятся данные по этиологии и эпидемиологии редкого для средней полосы гельминтоза – дирофиляриоза. Описан клинический случай данного заболевания на территории Смоленской области. Обращается внимание на трудности диагностики дирофиляриоза.

Ключевые слова: дирофиляриоз, гельминт, инвазия

CASE OF DIROFILARIASIS IN THE SMOLENSK REGION

Kiryushenkova V.V., Labuzov D.S., Tarasov A.A., Haikova O.M.

Smolensk state medical academy, Russia, 214019, Smolensk, Krupskaya St., 28

Summary: Information on the etiology and epidemiology of the rare helminthic invasion dirofilariasis is considered in the article. The clinical case of this disease in the territory of the Smolensk region is described. The difficulties of the diagnosis are visible.

Key words: dirofilariasis, helminth, invasion

Введение

Дирофиляриоз является распространенным гельминтозом животных (собак, кошек) в жарких странах афро-азиатского региона. Возбудителями инвазии являются гельминты рода *Dirofilaria*, среди которых наиболее распространенным видом является *D. repens*. В организме животных происходит полный цикл развития гельминтов. Дирофилярии паразитируют в подкожной соединительной ткани и внутренних органах, где созревают до половозрелой стадии, достигая в длину 30-120 мм. Самки дирофилярий продуцируют личинки (микрофилярии), которые циркулируют в кровеносном русле. Распространение инвазии среди животных осуществляется комарами, при укусе которых микрофилярии передаются от больных животных к здоровым. Человек может оказаться только случайным хозяином дирофилярий. В редких случаях при укусе инфицированным комаром личинки дирофилярий попадают в организм человека с последующей локализацией взрослого гельминта чаще всего в подкожных тканях, слизистых оболочках и конъюнктиве глаз. В абсолютном большинстве случаев у больного человека развивается единственная особь, для которой организм человека является биологическим тупиком. Специфическая лабораторная диагностика дирофиляриоза не разработана. Выявление дирофилярий происходит случайно [4, 5].

В последние годы наблюдается тенденция к увеличению случаев заражения дирофиляриозом людей в странах с умеренным климатом [1, 3]. За период с 1995 по 2003 годы инвазирование дирофиляриями среди людей было зарегистрировано на территории 37 государств. В РФ за 2006-2008 гг. выявлен 101 случай, за 2009-2011 гг. – 186 случаев, в 2011 г. – 84 случая, в 2012-2013 гг. – 143 случая. В Смоленской области с 2007 года выявлено 6 больных в возрасте 13-56 лет.

Рост заболеваемости данным гельминтозом, возможно, связан с повышением влажности воздуха, тёплыми зимами, которые создают благоприятные условия для массового выплода комаров. Кроме того, люди иногда путешествуют со своими животными, которые могут инфицироваться в эндемичных зонах. Также, в настоящее время отмечается рост завоза из жарких стран животных редких экзотических пород.

Результаты наблюдения

Приводим в качестве примера клиническое наблюдение. Ребенок Р., 13 лет, поступил в клинику детской хирургии СГМА 29 января 2013 г. с жалобами на наличие в области левого яичка округлого образования, которое было обнаружено около 2 недель назад в момент принятия ванны. Педиатром и хирургом по месту жительства заподозрено доброкачественное образование яичка, и ребенок направлен в клинику детской хирургии. Из анамнеза было выявлено, что в июле 2012 г. ребенок с семьей отдыхал у моря в пригороде Одессы.

При поступлении состояние удовлетворительное. Пациент правильного телосложения, пониженного питания. Со стороны внутренних органов – без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. *Status localis*: оба яичка в мошонке, развиты соответственно возрасту. У нижнего полюса левого яичка подкожно определяется опухолевидное образование, округлой формы, до 1,3 см в диаметре, безболезненное при пальпации. Кожа мошонки не изменена.

Проведено УЗИ. Яички визуализируются в мошонке. Паренхима однородная, нормальной эхогенности. Придатки не изменены, структура однородная. Жидкости под оболочками нет. У нижнего полюса левого яичка визуализируется округлой формы образование размером до 12 мм с гиперэхогенными стенками и гипозоногенным неоднородным центром. В режиме ЦДК кровотока не определяется. Заключение: дермоидная киста? организовавшаяся гематома? Из результатов лабораторного обследования: общий анализ крови и общий анализ мочи без патологических сдвигов. Анализ кала на яйца глистов и соскоб на энтеробиоз отрицательные. С диагнозом «доброкачественное образование левой половины мошонки» пациент взят на операцию, которая проведена через 2 дня после поступления.

Под общей анестезией, после обработки операционного поля проведен разрез кожи левой половины мошонки над выявленным образованием до 2,5 см. Рассечена мясистая оболочка. При выделении образования из окружающих тканей нарушена целостность оболочки. При этом обнаружен и удален круглый живой червь длиной до 12-14 см, диаметром до 1-1,2 мм (рис. 1). Проведены гемостаз и туалет раны. Рана ушита послойно наглухо. Наложена асептическая повязка. Макропрепарат: паразитарная киста до 1,3 см в диаметре белесо-розоватого цвета, направлена на патогистологическое исследование. Стенка кисты представлена грануляционной тканью с участками волокнистой соединительной ткани и выраженной эозинофильной инфильтрацией. Диагноз: паразитарная киста левой половины мошонки (мясистой оболочки). При проведении паразитологической экспертизы определена принадлежность паразита к *Dirofilaria repens*.

Послеоперационный период протекал гладко. 5 февраля 2013 г. ребенок в удовлетворительном состоянии был выписан домой.



Рис. 1. *Dirofilaria repens*, извлеченная из-под кожи мошонки пациента Р., 13 лет

Заключение

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о наличии тенденции к расширению ареала распространения диروفилариоза с южных областей в зону умеренного климата. Заражение этим

редким гельминтом, вероятно, чаще всего происходит в период пребывания в странах и регионах с жарким климатом. Однако описаны случаи заболевания у людей, которые постоянно проживают в северных районах Российской Федерации [2]. Описанное наблюдение подтверждает необходимость ознакомления медицинской общественности с эпидемиологией и клиническими проявлениями дирофиляриоза.

Литература

1. Авдюхина Т.И., Постнова В.Ф., Абросимова Л.М. и др. Дирофиляриоз (*D. repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденция ее изменения // Мед. паразитология. – 2003. – №4. – С. 44-48.
2. Батаева М.Е., Середа Т.В. Первые случаи дирофиляриоза на территории Кемеровской области / Мат. IV Ежегодн. Всерос. Конгресса по инф. болезням // Инф. болезни. – 2012. – №10. – С. 40.
3. Бронштейн А.М., Супряга В.Г., Лучшев В.И. и др. Дирофиляриоз человека, вызываемый *Dirofilaria (Nochtiella) repens*, – новая «возникающая» инфекция в Московском регионе // Инфекционные и паразитарные болезни в современном обществе. Клинико-лабораторное обеспечение инфектологии. – М., 2003. – С. 35-36.
4. Супряга В.Г., Старкова Т.В., Короткова Г.И. Клинический и паразитологический диагноз дирофиляриоза человека // Мед. паразитология. – 2002. – №1. – С. 53-55.
5. Токмалаев А.К., Кожевникова Г.М. Клиническая паразитология: протозоозы и гельминтозы. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2010. – 432 с.

Информация об авторах

Кирюшенкова Валентина Викторовна – ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: kiryusha-81@mail.ru

Лабузов Дмитрий Сергеевич – кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской хирургии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: docyzzz@list.ru

Тарасов Анатолий Андреевич – доцент, заведующий кафедрой детской хирургии ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: tarasov.pedsurg@mail.ru

Гайкова Ольга Михайловна – ассистент кафедры инфекционных болезней с эпидемиологией ГБОУ ВПО «Смоленская государственная медицинская академия» Минздрава России. E-mail: d.lavrinova@mail.ru