

УДК 616.995.132.5 – 07 – 089(45)

ФИЛЯРИОЗ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ**¹Чибрикова Л.М., ²Субботина В.Г., ¹Павлищева И.Д., ²Сушкова Н.В.,
²Чибрикова Ю.А., ²Абдуразакова А.О.**¹ГУЗ СГКБ № 9, Саратов, e-mail: chibricova_liliy@mail.ru;²ГБОУ ВПО Саратовский Государственный медицинский университет им. В.И. Разумовского
Минздрава России, Саратов, e-mail: ekimova82@inbox.ru

Проанализирована динамика учения о глистных инвазиях филяриатоза в России. Освящен цикл развития филярий и пути заражения человека, патогенное действие филярий на организм человека. Отражена особенность клинических проявлений филяриатоза в России в отличие от Азиатских и Африканских стран. Освящена динамика распространения филяриоза в Саратовской области за 5 лет. Обращено внимание на факт большего распространения среди женщин в возрасте после 50 лет, проживающих преимущественно в сельских районах Саратовской области, указана преимущественная локализация поражения. У всех больных эпидемиологический анамнез не позволил точно установить механизм заражения филяриатозом. Приведен случай из практики, особенностью которого является инкубационный период около 2-х лет, малосимптомность клинических проявлений и случайное выявление локализации филярии в подглазничной области во время УЗИ исследования.

Ключевые слова: филяриатоз, пути передачи инфекции, эпидемиология в Саратовской области, клиника

FILARIASIS. CASE STUDY**¹Chibrikova L.M., ²Subbotina V.G., ¹Pavlishcheva I.D., ²Sushkova N.V.,
²Chibrikova Y.A., ²Abdurazakova A.O.**¹GUZ SGKB № 9, Saratov, e-mail: chibricova_liliy@mail.ru;²GBOU Saratov State Medical University n.a. V.I. Razumovsky, Saratov, e-mail: ekimova82@inbox.ru

The dynamics of the doctrine of the filariasis worm infestations in Russia. Dedicated cycle of filarial infection and the ways of man, filarial pathogenic effect on the human body. The features of clinical manifestations of filariasis in Russia, in contrast to Asian and African countries. Dynamics of the spread of filariasis is consecrated in the Saratov region in 5 years. Attention is drawn to the fact more spread among women after the age of 50 years, living mainly in rural areas of the Saratov region, contains the predominant localization of the lesion. In all patients, epidemiological history makes it impossible to establish a mechanism of filarial infection. An case study, which is a feature of the incubation period of about 2 years, malosymptomno clinical manifestations and random identification of localization filaria in the suborbital area during the ultrasound study.

Keywords: filariasis, transmission path, epidemiology in the Saratov region, the clinic

Филяриатоз – группа трансмиссивных гельминтных заболеваний, вызываемых филяриями – нематодами, паразитирующими в лимфатической системе и подкожной клетчатке. Филяриатозы распространены в основном в странах с тропическим и субтропическим климатом: на территории Африки, Центральной и Южной Америки, Юго-Восточной Азии, Японии. По данным ВОЗ в мире насчитывается 120 млн. зараженных, а 40 млн. человек стали инвалидами [3, с. 257-273].

Род филярий был обоснован О.Ф. Мюллером (датский ученый, естествоиспытатель) в 1789 году. В настоящее время известно более 80 родов филярий, включающих около 380 видов.

Впервые о гельминтных заболеваниях в России и их лечении упоминает П.С. Паллас (немецкий и русский ученый, энциклопедист, естествоиспытатель и путешественник) в 1781 году, интересовались данной проблемой также С.П. Боткин, И.И. Меч-

ников и В.А. Манасеин. Основоположником отечественного учения о глистных заболеваниях, в частности о филяриатозах, является академик К.И. Скрябин. Он установил, что в районах с умеренным климатом у человека встречается единственный филяриатоз типа *Dirofilaria repens* (1918), что человек является только факультативным хозяином. Основными же носителями, как и в тропических странах, являются инвазированные крупный рогатый скот, лошади и собаки, кошки, реже дикие плотоядные (волки, лисицы и др.).

Заражение человека происходит трансмиссивным путем через укусы кровососущих комаров рода *Aedes*, *Culex*, *Anopheles*, зараженных личинками филярий. Продолжительность цикла развития в комаре составляет 8 – 35 дней [4, с. 124 – 300].

Филярии имеют нитевидную (filus – нить) форму тела белого цвета длиной 8 – 10 см самки, самцы до 4 см и всего до 0,1 – 0,5 мм в диаметре. По внешнему виду

напоминают длинные белые нитки. Снаружи покрыты достаточно плотной оболочкой (кутикулой). Под ней расположены продольные тяжи мышц на спине и на брюшке. Они помогают филарии сгибать и разгибать тело и обеспечивают движение. Внутренние органы находятся в полости, заполненной жидкостью. Желудочно-кишечный тракт – прямая трубка без извилин, которая начинается ротовым отверстием и заканчивается анальным. Взрослые паразиты и личинки питаются растворенными в лимфе белками и жирами. Продолжительность жизни филарии в организме человека 8 – 17 лет. За этот период самка может произвести до миллиона личинок. Обычно самки и самцы переплетаются между собой, образуя клубки. Взрослые паразиты локализованы в тканях и полостях тела человека, а личинки (микрофиларии) – в крови и тканях. Микрофиларии совершают суточные миграции: в зависимости от активности переносчика они появляются в периферической крови либо ночью, либо днем. Личинки днем находятся в глубоких кровеносных сосудах (внутренних органах), а ночью выходят в периферические. Филарии живородящи. Половозрелые формы обитают в лимфатических сосудах и узлах до 18-20 лет. При укусе комаром человека личинки попадают в кровь, затем мигрируют в лимфатическую систему и через 3 – 18 месяцев достигают половой зрелости. Болезни подвержены люди обоих полов и всех возрастов. Заболеть рискуют люди, которые посещают страны Южной Америки, Африки, Южной Азии, Австралию и Океанию, острова Тихого и Индийского океана.

Инкубационный период 3 – 6 месяцев у приезжих людей и 12 – 18 месяцев у коренного населения (зависит от силы иммунитета и особенностей возбудителя).

Патогенное действие:

Токсико-аллергическое (отравление организма продуктами жизнедеятельности паразитов).

Механическое (закупорка и варикозное расширение лимфатических сосудов, приводящее к нарушению оттока лимфы, в результате чего происходит отек пораженного органа (слоновость)).

Характерные симптомы: в ранней стадии преобладают симптомы, связанные с повышенной чувствительностью организма – лихорадка, конъюнктивит, увеличение лимфатических узлов, приступы бронхиальной астмы.

Вторая стадия (стадия носительства) продолжается от 2-х до 7-и лет и сопровождается увеличением и воспалением лимфатических узлов и сосудов. В этот период

заканчивается развитие филарий до половозрелых форм и в крови появляются микрофиларии.

Третья стадия (стадия закупорки) проявляется хилурией (наличие лимфы в моче), гидроцеле (водянка яичка), хилезной диареей (понос с примесью лимфы), элевантиазом (слоновость) нижних конечностей, молочных желез, половых органов. Поздние клинические проявления необратимы и прогноз неблагоприятен.

Лабораторная диагностика: обнаружение микрофиларий в крови (кровь необходимо брать ночью и утром), иммунологические методы [1, с. 56 – 89].

В России заболевание протекает атипично, с отсутствием в тканях половозрелых нематод и микрофиларий, а, следовательно, болезнь не осложняется слоновостью, как в тропических и субтропических странах, и поэтому трудно диагностируется. По этой причине больные посещают многие годы врачей разных специальностей, пытаясь получить помощь, но все безуспешно до тех пор, пока гельминт не выползет где-либо под кожей, вызвав воспаление. Нередко гельминт попадает в орган зрения: в веко, конъюнктиву, переднюю или заднюю камеру глаза, в зрительный нерв, тем самым нарушая в той или иной степени функцию зрительного аппарата человека. Описываем подобный случай.

Больная К., 48 лет, по профессии – юрист. В анамнезе *vitae*: за пределы Саратовской области не выезжала около 3 лет, домашних животных (кошек, собак не имеет). В анамнезе *morbi*: в мае 2013 г. впервые отметила наличие точечного образования в левой подглазничной области, никаких болезненных и других проявлений не отмечала. С течением времени появилась нерезко выраженная припухлость мягких тканей левой подглазничной области. Обращалась к врачам различных специальностей: окулисту, ЛОР-врачу, дерматологу. В анализах крови (общем, биохимическом), анализах мочи – отклонений от нормы не было выявлено, по результатам обследований не возникало подозрения на гельминтоз. Так как пациентка помимо жалоб на легкую припухлость подглазничной области жаловалась на периодическое «ощущение какого-то давления», «ползания чего-то» в указанной области, то ей было рекомендовано обратиться к психиатру. Психиатр заподозрил у пациентки явления дерматозойного бреда и назначил соответствующее лечение, которое было безуспешным. Однако, самочувствие больной ухудшалось, выраженность припухлости подглазничной области

слева несколько нарастала и она решила самостоятельно обследоваться. 26.02.15 г. Обратилась в УЗИ кабинет 9 ГКБ для прохождения обследования органов брюшной полости и вместе с тем пожаловалась врачу УЗИ кабинета на беспокоящие болезненные проявления в левой подглазничной области. Патологии со стороны внутренних органов выявлено не было и врач решил провести УЗИ исследование указанной области, в результате которого в мягких тканях подглазничной области слева на глубине 1 мм от кожи была выявлена жидкостная полость размерами 24x11x20 мм, с неоднородным внутренним содержимым, на фоне которого визуализировались множественные подвижные гиперэхогенные линейной формы образования. Пациентка была экстренно госпитализирована в отделение челюстно-лицевой хирургии 9 КГБ. В связи с длительно существующим воспалительным процессом левой подглазничной области была назначена ревизия воспалительного инфильтрата. В ходе операции в тканях был обнаружен гельминт длиной около 10 см, толщиной около 1 мм, белого цвета, живой. Идентификация паразита производилась в паразитологической лаборатории Областной СЭС г. Саратова, где установлено, что удаленная нематода вида *Dirofilaria repens*. Послеоперационная рана зажила первичным натяжением. После операции больной было назначено следующее лечение: цефазолин 1,0 в/м 3 р/д 6 дней, при необходимости – анальгин 50% 2 мл в/м при болях, десенсибилизирующие средства. После оказанного лечения состояние, самочувствие больной улучшилось и она была выписана для дальнейшего дообследования, лечения, наблюдения в клинике инфекционных болезней.

Особенностью данного случая представляется случайное выявление филяриатоза у пациентки, которая на протяжении практически 2-х лет посещала врачей разных специальностей с жалобами на неприятные ощущения, припухлость в левой подглазничной области. Ей было проведено разностороннее обследование (лабораторное, инструментальное, включая рентгенографию черепа, КТ головы), была осмотрена врачами разных специальностей и даже, учитывая, неопределенность и вместе с тем упорство, субъективных жалоб – психиатра.

Данный случай явился для нас поводом оценки эпидемиологии филяриатоза в Саратовской области. Из доступной нам литературы обратил на себя внимание описанный сотрудниками кафедры инфекционных болезней СМИ [Плотникова М.Н., Ца-

рева Т.Д., Гаврилова И.Б., Чернявская Л.В. и др.] случай заболевания филяриозом животных у человека в г. Саратове в 1985 году. В клинике глазных болезней СМИ у пациента была обнаружена живая, инкапсулированная нематода под конъюнктивой правого глаза. На 1985 г. это был второй известный описанный случай в России. Первый был описан доктором Полем в г. Харькове в 1927 году у больной, приехавшей из Мариуполя на консультацию. К 1985 г. на территории СССР были описаны 14 случаев заболевания филяриатозом: 8 – академиком К.И. Скрябиным в период с 1915 по 1935 гг. и 6 – различными авторами в предыдущие годы (М.С. Трусев). Ранее севернее 48-й параллели – городов Астрахани и Днепропетровска случаи заболевания тогда не регистрировались. В последние годы диروفилариоз регистрировался в 24 субъектах Российской Федерации: Алтайском, Краснодарском, Красноярском, Пермском, Хабаровском краях, республиках Башкортостан, Калмыкия, Марий Эл, Татарстан, Удмуртской республике, Белгородской, Волгоградской, Воронежской, Курганской, Ивановской, Кировской, Липецкой, Нижегородской, Новосибирской, Омской, Рязанской, Саратовской, Тульской, Ульяновской областях, г. Москве [2].

На протяжении последних 15 – 20 лет отмечается рост заболеваемости диروفилариозом повсеместно. Так, за период с 2010 по 2014 гг. по Саратовской области зарегистрировано 15 случаев заболевания. По возрасту случаи распределились следующим образом: 15-17 лет – 2 сл., 20-29 лет – 3 сл., 30-39 лет – 1 сл., 40-49 лет – 1 сл., 50-59 лет – 5 сл., 60 и старше – 3 сл.. По половому признаку: мужчин 4 человека, женщин – 11 человек. По локализации: грудная клетка, молочная железа, правое предплечье и правая голень – 1; левое плечо – 3, правое плечо – 2, правый глаз – 4, левый глаз – 2. Инкубационный период от 1 месяца до 5 месяцев (от момента укуса до проявления заболевания). По клиническим признакам у всех больных в месте укуса комаров отмечалось уплотнение, болезненное при пальпации, гиперемия, зуд. У 6 человек с локализацией в глазу – слезотечение, ощущение «инородного тела». По месту заражения: у 2 больных заражение произошло в г. Анапе Краснодарского края, остальные пациенты распределились по Саратовской области следующим образом: 2 чел. Энгельсский район п. Узорье, по 1 чел. – Романовский район р.п. Романовка, в пригороде г. Ершова, в пригороде г. Маркса и в пригороде г. Балаково, 4 чел. в п. Тарханы, п. Расково, п. Расловка Саратовского

района, 3 чел. – в пригороде г. Саратова. У всех больных эпидемиологический анамнез не позволил точно установить механизм заражения филяриатозом.

Как следует из вышеизложенного наиболее частой локализацией филярий являются область глаз (в 40% случаев), среди зараженных преобладали женщины в возрасте от 50 лет и старше.

Цель данного сообщения – привлечь внимание врачей всех специальностей инфекционистов, офтальмологов, дерматологов, хирургов, инструменталистов к проблеме своевременной диагностики широкого

и прогрессирующего распространения паразитарных заболеваний.

Список литературы

1. Лобзин Ю.В. Руководство по инфекционным болезням. – Санкт Петербург. – 2000. – Ч. 3. – 98 с.
2. Письмо руководителя Роспотребнадзора Г.Г. Онищенко «О заболеваемости редкими гельминтозами в Российской Федерации» № 01/13787-2-32 от 04.09.2010 г. // <http://82.rospotrebnadzor.ru/documents/ros/letters/38727>.
3. Чебышева Н.В. Инфекционные и паразитарные болезни развивающихся стран // Учебник. – М.: ГЭОТАР Медиа, 2007. – 496 с.: ил.
4. Шувалова Е.П. Тропические болезни // Учебник. 5-е изд. перераб. и доп. – СПб «ЭЛБИ-СПб», 2004. – 492 с.