

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА В ХАНТЫ-МАНСИЙСКОМ АВТОНОМНОМ ОКРУГЕ - ЮГРЕ

Научная статья

Камка Н.Н.^{1,*}, Катаныхова Л.Л.², Козловская О.В.³^{1,2,3} Сургутский государственный университет, Сургут, Российская Федерация

* Корреспондирующий автор (kn89[at]mail.ru)

Аннотация

В связи со значительным развитием туризма имеют место завозные случаи тропических заболеваний, таких как геморрагические лихорадки, малярия, тропические гельминтозы. В отношении гельминтозов стоит отметить, что для северного региона эндемичными являются в основном описторхоз и дифиллоботриоз, поэтому у специалистов различного профиля - терапевтов, хирургов, инфекционистов зачастую нет настороженности в отношении тропических болезней, что может приводить к неправильной тактике ведения пациентов. Представленная статья подтверждает актуальность проблемы редких, подчас сложных для диагностики и лечения паразитарных инвазий, в частности диروفилариоза. Представлен краткий обзор литературы по данной нозологической форме.

Ключевые слова: диروفилариоз, гельминтозы, паразитарные инфекции, атерома, тропические страны.

CLINICAL CASE OF DIROFILARIASIS IN THE KHANTY-MANSIYSK AUTONOMOUS OKRUG - UGRA

Research article

Kamka N.N.^{1,*}, Katanakhova L.L.², Kozlovskaya O.V.³^{1,2,3} Surgut State University, Surgut, Russian Federation

* Corresponding author (kn89[at]mail.ru)

Abstract

In relation to the significant development of tourism there are brought cases of tropical diseases such as hemorrhagic fevers, malaria, tropical helminthiasis. As for helminth infections it should be noted that for the northern region opisthorchosis and diphyllbothriasis are endemic diseases, which is why specialists of different profiles - therapists, surgeons, infectiologists often have no suspicion of tropical diseases that can lead to the wrong tactics of patient treatment. The presented article confirms the relevance of the problem of parasitic invasions that are rare and sometimes difficult to diagnose and treat, in particular dirofilariasis. A brief review of the literature on this nosological entity is presented.

Keywords: dirofilariasis, helminthiasis, parasitic infections, atheroma, tropic countries.

Введение

Дирофиляриоз – трансмиссивный, зоонозный биогельминтоз, широко распространенный у собак. Эндемичными территориями, с высокой выявляемостью данной инфекции являются Северная и Южная Америка, Австралия, Индия, Китай и другие [1]. В настоящее время гельминтоз, вызванный дирофиляриями, стал регистрироваться среди человеческой популяции, в том числе, на территории РФ. Наиболее часто встречается в Краснодаре, Нижнем Новгороде, Волгограде, Ростовской и Астраханской областях. Врачи разных специальностей имеют редкую настороженность из-за недостаточной информированности об этом заболевании.

Возбудителем дирофиляриоза являются круглые черви класса Nematoda, относящиеся к семейству Filarioidea, роду *Dirofilaria*. Подрод *Dilofilaria* представлен *D. immitis*, *D. magalhaesi*, *D. louisianensis*; подрод *Nochtiella* – *D.(N.) repens*, *D.(N.) tenuis*, *D.(N.)*, *D.(N.) conjunctivae* [2]. Описано более 20 видов дирофилярий, распространенных в различных регионах, наибольшее эпидемиологическое значение на территории РФ имеют преимущественно *Dirofilaria repens* и *Dirofilaria immitis* [3]. Известно, что дирофилярии паразитируют у людей в подкожной клетчатке, конъюнктивальных тканях, могут поражать легкие, сердце и другие органы и ткани. Основными дефинитивными хозяевами возбудителя дирофиляриоза – дирофилярий – являются собаки, кошки, лисы – в большей степени уличные и дворовые, либо обитающие в дикой природе. Переносчиками и промежуточными хозяевами являются комары, в последнее время говорят об увеличении числа видов комаров как промежуточных хозяев данных паразитов [4]. Именно это объясняет увеличение риска заражения людей в весенне-летний период. При укусе комаром человека или животного личинки попадают под кожу, где происходит их развитие в течение 2-3 месяцев. Через этот срок филярии активно мигрируют по подкожной клетчатке, превращаясь во взрослых особей. Человек в данной цепочке распространения является хозяином случайным и нетипичным. Большинство личинок при попадании в организм человека гибнет. Чаще всего, у людей выявляется один вид возбудителя. Однако в литературе описан клинический случай одновременной инвазии тремя гельминтами [5]. Инвазия встречается во всех возрастных группах, в последние годы отмечается рост заболеваемости среди детского населения [6].

Среди факторов, объясняющих тенденцию к широкому распространению заболевания в мире за последние годы, основными являются: увеличение численности собак, значительная миграция людей с их домашними животными из одной страны в другую, адаптация дирофилярий к различным промежуточным хозяевам и приспособленность личиночных стадий гельминта к развитию при разных температурах, глобальное потепление климата [7].

В связи с развитием туризма участились случаи завозных инфекционных заболеваний. Особый интерес представляет появление завозных, нехарактерных для северного региона глистных инвазий. Регистрация в Ханты-Мансийском автономном округе тропических инвазий с годами увеличивается, имеются определенные трудности в диагностике завозных паразитарных инфекций. В литературе сообщается о подтвержденном случае мочевого

шистосомоза у ребенка 10 лет ранее выявленном в инфекционном отделении Нижневартковской окружной детской больницы в 2010 году [8]. В Сургутском клиническом кожно-венерологическом диспансере зарегистрированы единичные наблюдения тропических дерматозов, таких как укусы насекомых тропических стран и геогельминтозы. Сообщается о завозных случаях инвазии подкожной мигрирующей личинки (*larva migrans*), привезенной из Таиланда [9].

Учитывая вышеизложенное, в современных условиях имеет место проблема миграции инфекционных болезней, обусловленная, в частности, естественной направленностью туристического потока из северных территорий. В результате в северных широтах становится необходимостью изучение специфики течения заболеваний, нехарактерных для данных регионов.

Данную инвазию в настоящее время рассматривают как «возникающую инфекцию» (*emerging infection*), которая либо неожиданно появилась в популяции человека, либо быстро расширяет свое присутствие с соответствующим возрастанием количества случаев заболеваний [10]. Клинические проявления зависят от локализации паразита и могут быть весьма разнообразными: от поражения органа зрения до поражения половых органов. В силу разнообразия клинических проявлений среди пациентов, зараженных диروفилариями, могут встретиться врачи самых разных специальностей – офтальмологи, хирурги, дерматовенерологи, онкологи, стоматологи, оториноларингологи и др. Первичный диагноз при обращении к специалистам в большинстве случаев ставится следующий: фиброма, атерома, киста, опухоль [4]. Применение ультразвукового метода исследования, в предварительной диагностике данного заболевания, к сожалению, неэффективно. Характерный симптом диروفилариоза - миграция возбудителя, перемещение уплотнения или самого гельминта под кожей. При несвоевременном удалении гельминта может происходить развитие абсцесса в месте его локализации. В большинстве случаев обнаружения гельминта является операционной находкой [11]. Во всех случаях обнаружения гельминта требуется хирургическое лечение с полным извлечением гельминта [4]. Так, группой авторов было представлено описание клинического случая диروفилариоза влагилица разгибателя пальца кисти у пациентки, госпитализированной с диагнозом «гигрома тыльной поверхности кисти» [12]. Правильный диагноз заболевания был поставлен только после извлечения паразита во время операции. Именно полное хирургическое удаление возбудителя является единственным адекватным методом лечения заболевания, при котором наступает выздоровление. Общеинфекционный синдром в виде лихорадки, слабости встречается у инвазированных пациентов при гибели гельминта и возникновении гнойных инфильтратов, абсцессов с различными локализациями гельминтов. А основным клиническим симптомом диروفилариоза является болезненное уплотнение в мягких тканях.

Методы и принципы исследования

Проанализирован клинический случай диروفилариоза, находившегося на лечении в БУ «Сургутской окружной клинической больнице».

Обсуждение

В связи с высокой степенью актуальности указанной проблемы, рассмотрим случай подкожной глистной инвазии, обусловленной гельминтом рода *Dirofilaria*.

Пациент М, 43 года, обратился в приемное отделение хирургии с жалобами на отечность мягких тканей правой височной области и болезненность в данной области. Из анамнеза известно, что в течение длительного времени под кожей височной области прощупывается безболезненный узелок с неизменными кожными покровами над ним. Субъективно присутствовало ощущение дискомфорта, наличия инородного тела под кожей. В течение последних четырех часов отек на фоне узелка начал нарастать, появилась болезненность в области образования, в связи с чем пациент самостоятельно обратился в приемное хирургическое отделение БУ ХМАО-Югры «Сургутская окружная клиническая больница».

Объективный статус: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,8 градусов. Кожные покровы физиологической окраски. Видимые слизистые бледно-розового цвета. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Дыхание свободное, везикулярное, выслушивается по всем полям, хрипов нет. ЧДД 16 в минуту. Границы сердца в пределах нормы. Сердечные тоны ясные, ритмичные. Пульс 70 ударов в 1 мин. А/Д 130/80 мм. рт. ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. Язык влажный, зев спокойный. Симптомы поколачивания отрицательные. Стул, диурез не нарушены.

Локально: в височной области имеется зона инфильтрации до 1 см в диаметре, явления флебита на момент осмотра отсутствуют, кожа над инфильтратом не изменена. При пальпации области определяется плотный, безболезненный ограниченный инфильтрат 1 x 1 см. Открывание рта не затруднено. В ротоглотке: без особенностей. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Пациент был осмотрен челюстно-лицевым хирургом и на основании жалоб пациента, данные анамнеза, объективного осмотра был выставлен предварительный диагноз: Нагноившаяся атерома (абсцесс) височной области справа. Под местной анестезией 0,5% раствора новокаина было произведено вскрытие, санация, дренирование абсцесса, при вскрытии из раневой полости был удален тонкий белый подвижный гельминт диаметром до 2 мм, длиной 10 см (Рис. 1). Гельминт был направлен на исследование в лабораторию, где был определен, как *Dirofilaria repens*.

При более детальном сборе эпидемиологического анамнеза пациента было выявлено факт пребывания в течение двух недель в Республике Индии (о. Гоа) около года назад по туристической путевке, не отрицает факт укусов комаров. Таким образом, на основании жалоб, данных анамнеза, физикального осмотра, данных лабораторного исследования был выставлен диагноз: В74.8 Диروفилариоз, вызванный *Dirofilaria repens*.

Первичная диагностика диروفилариоза заключается в проведении ультразвукового исследования мягких тканей, позволяющего достоверно установить диагноз мало применяется в реальной клинической практике. Чаще всего диагноз выставляется и подтверждается после выполнения оперативного вмешательства.

Заключение

Продемонстрированный данный клинический случай представляет клинический интерес для врачей разных специальностей: дерматовенерологов, инфекционистов, челюстно-лицевых хирургов, онкологов. Как и другие случаи, описанные ранее в литературе, обнаружение гельминта является операционной находкой. Особую важность в диагностике данного заболевания имеет правильно и в полном объеме собранный эпидемиологический анамнез.

Таким образом, неизвестные ранее для северного региона глистные инвазии вследствие развития туризма, улучшения воздушных сообщений с тропическими и азиатскими странами могут иметь место в практике врачей различных специальностей, а также различных регионов. В силу отсутствия специфических клинических проявлений гельминтоза диагноз дифилляриоза выставляется в послеоперационном периоде. Именно поэтому в большинстве случаев подтверждение диагноза основано на морфологическом исследовании удаленного гельминта.

Конфликт интересов

Не указан.

Рецензия

Все статьи проходят рецензирование. Но рецензент или автор статьи предпочли не публиковать рецензию к этой статье в открытом доступе. Рецензия может быть предоставлена компетентным органам по запросу.

Conflict of Interest

None declared.

Review

All articles are peer-reviewed. But the reviewer or the author of the article chose not to publish a review of this article in the public domain. The review can be provided to the competent authorities upon request.

Список литературы / References

1. Лысенко А.Я. Клиническая паразитология / А.Я. Лысенко, М.Г. Владимирова, А.В. Кондрашин и др. – Женева: ВОЗ, 2002. – 752 с.
2. Ющук Н.Д. Лекции по инфекционным болезням / Н.Д. Ющук, Ю.Я. Венгеров – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. – 584 с.
3. Шувалова Е.П. Тропические болезни / Е.П. Шувалова – СПб: ЭЛБИ-СПб, 2004. – 704 с.
4. Бронштейн А.М. Тропические болезни и медицина путешественников / А.М. Бронштейн – М.: ГЭОТАР - Медиа, 2016. – 186 с.
5. Старостина О.Ю. Дирофиляриоз в городе Омске. / О.Ю. Старостина, А.Н. Летюшев, С.М. Костюченко и др. // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2018. – № 1. – с. 25-28.
6. Сулейманов А.М. Дирофиляриоз в клинике челюстно-лицевой хирургии. / А.М. Сулейманов, Ф.З. Мирсаева, Г.А. Файзуллина и др. // Медицинский вестник Башкортостана. – 2018. – № 2. – с. 83-86.
7. Григорьева М.В. Дирофиляриоз оболочек яичка под маской синдрома отеочной и гиперемированной мошонки. / М.В. Григорьева, Е.В. Дворовенко // Венеролог. – 2005. – № 12. – с. 59-60.
8. Прохоренко В.И. Дирофиляриоз: два клинических случая. / В.И. Прохоренко, Т.Н. Гузей, Е.М. Ашмарина и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – № 5. – с. 32-36.
9. Павлова Е.В. Клиническое наблюдение случая larva migrans у жителя города Сургута. / Е.В. Павлова, И.В. Улитина, Ю.Э. Русак и др. // Лечащий врач. – 2017. – № 5.
10. Соснин Д.Ю. Случай дирофиляриоза разгибателя пальцев кисти, имитирующий сухожильный ганглий. / Д.Ю. Соснин, В.Г. Козюков, И.В. Кадынцев и др. // Травматология и ортопедия России. – 2016. – № 3. – с. 117-121.
11. Аракельян Р.С. Случай дирофиляриоза человека в Астраханской области. / Р.С. Аракельян // Медицинская паразитология и паразитарные болезни. – 2007. – № 3. – с. 55.
12. Катаныхова Л.Л. Случай мочевого шистосомоза у ребенка 10 лет. / Л.Л. Катаныхова, В.А. Савин, Я.В. Исаева и др. // Вестник СурГУ Медицина. – 2013. – № 15. – с. 59-61.

Список литературы на английском языке / References in English

1. Ly'senko A.Ya. Klinicheskaya parazitologiya [Clinical parasitology] / A.Ya. Ly'senko, M.G. Vladimova, A.V. Kondrashin et al. – Zheneva: VOZ, 2002. – 752 p. [in Russian]
2. Yushhuk N.D. Lekcii po infekcionny'm boleznyam [Lectures on Infectious Diseases] / N.D. Yushhuk, Yu.Ya. Vengerov – M.: GE'OTAR - Media, 2016. – 584 p. [in Russian]
3. Shuvalova E.P. Tropicheskie bolezni [Tropical diseases] / E.P. Shuvalova – SPb: E'LBI-SPb, 2004. – 704 p. [in Russian]
4. Bronshtejn A.M. Tropicheskie bolezni i medicina puteshestvennikov [Tropical Diseases and Travel Medicine] / A.M. Bronshtejn – M.: GE'OTAR - Media, 2016. – 186 p. [in Russian]
5. Starostina O.Yu. Dirofilyarioz v gorode Omske [Dirofilariasis in the city of Omsk]. / O.Yu. Starostina, A.N. Letyushev, S.M. Kostyuchenko et al. // Medicinskaya parazitologiya i parazitarny'e bolezni [Medical parasitology and parasitic diseases]. – 2018. – № 1. – p. 25-28. [in Russian]
6. Sulejmanov A.M. Dirofilyarioz v klinike chelyustno-licevoj xirurgii [Dirofilariasis in the clinic of maxillofacial surgery]. / A.M. Sulejmanov, F.Z. Mirsaeva, G.A. Fajzullina et al. // Medicinskij vestnik Bashkortostana [Medical Bulletin of Bashkortostan]. – 2018. – № 2. – p. 83-86. [in Russian]
7. Grigor'eva M.V. Dirofilyarioz obolochek yaichka pod maskoj sindroma otechnoj i giperemirovannoj moshonki [Dirofilariasis of the testicular membranes under the guise of a syndrome of edematous and hyperemic scrotum]. / M.V. Grigor'eva, E.V. Dvorovenko // Venerolog [Venereologist]. – 2005. – № 12. – p. 59-60. [in Russian]
8. Proxorenko V.I. Dirofilyarioz: dva klinicheskix sluchaya. [Dirofilariasis: two clinical cases.]. / V.I. Proxorenko, T.N. Guzej, E.M. Ashmarina et al. // Klinicheskaya dermatologiya i venerologiya [Clinical dermatology and venereology]. – 2015. – № 5. – p. 32-36. [in Russian]

9. Pavlova E.V. Klinicheskoe nablyudenie sluchaya larva migrans u zhitelya goroda Surguta [Clinical observation of a case of larva migrans in a resident of the city of Surgut]. / E.V. Pavlova, I.V. Ulitina, Yu.E'. Rusak et al. // Lechashhij vrach [Attending doctor]. – 2017. – № 5. [in Russian]

10. Sosnin D.Yu. Sluchaj dirofilyarioza razgibatelya pal'cev kisti, imitiruyushhij suxozhil'nyj ganglij. [A case of dirofilariasis of the extensor of the fingers, imitating the tendon ganglion.]. / D.Yu. Sosnin, V.G. Kozyukov, I.V. Kady'ncev et al. // Travmatologiya i ortopediya Rossii [Traumatology and Orthopedics in Russia]. – 2016. – № 3. – p. 117-121. [in Russian]

11. Arakel'yan R.S. Sluchaj dirofilyarioza cheloveka v Astraxanskoj oblasti [A case of human dirofilariasis in the Astrakhan region]. / R.S. Arakel'yan // Medicinskaya parazitologiya i parazitarny'e bolezni [Medical parasitology and parasitic diseases]. – 2007. – № 3. – p. 55. [in Russian]

12. Katanaxova L.L. Sluchaj mochepolovogo shistosomoza u rebenka 10 let [A case of urogenital schistosomiasis in a 10-year-old child]. / L.L. Katanaxova, V.A. Savin, Ya.V. Isaeva et al. // Vestnik SurGU Medicina [Bulletin of SurSU Medicine]. – 2013. – № 15. – p. 59- 61. [in Russian]