

значимых осложнений в первый месяц после травмы.

Выводы. Проникающее ранение любой локализации характеризуется осложняющими ранение факторами при поступлении, снижением зрения и осложнениями в раннем посттравматическом периоде.

Наибольшую опасность в этом плане имеют проникающие ранения корнеосклеральной области и склеры.

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА ВЕКА И ОРБИТЫ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Михеева Е.Г., Крушинин М.В., Коротких М.Э.

УГМА, кафедра глазных болезней, ГУЗ «СОКБ № 1», 1-ое глазное отделение,
г. Екатеринбург

Дирофиляриоз – это тканевые зоонозные гельминты, паразитирующие в подкожной клетчатке домашних и диких животных семейства псовых и кошачьих. Живородящая самка дирофилярии выделяет в кровь микрофилярии. Микрофилярии находятся в крови этих животных в течение нескольких недель или месяцев и во время кровососания комаров проникают в их кишечник. В теле комара микрофилярии развиваются и превращаются в личинки. Заражение человека происходит при укусах комарами, зараженными личинками дирофиляриоза. Таким образом, комары являются промежуточным хозяином. У человека личинки растут до нитевидных образований длиной 8-10 см и более, но обычно не достигают половозрелости. Наиболее частой зоной поражения у человека является область вблизи глаза (наиболее открытая часть тела для комаров), но дирофилярии могут находиться в необычных местах для этого паразита: подкожные ткани, головной мозг, спинной мозг, брюшная полость и др.

Дирофиляриозы эндемичны для территорий с теплым и влажным климатом и чаще всего встречается на юге Европы, странах Балканского полуострова. На территории СНГ дирофиляриоз встречается в Средней Азии, Армении, Грузии, на юге Украины, в Астраханской области. Северная граница заражения дирофиляриозом проходит на широте 53-54° с. ш. Дирофиляриоз – редкая у человека глистная

инвазия, но в последние годы имеется явная тенденция к росту данной патологии. Обращает на себя внимание выраженная подвижность паразита.

Под нашим наблюдением находилась больная Г., 29 лет, жительница Березовского района Свердловской области. 24.05.2006 г. она обратилась в 1 гл. отд. ГУЗ «СОКБ №1» с жалобами на опухолевидное образование под кожей в правой подглазничной области.

Из истории заболевания известно, что в сентябре 2005 года (больная находилась в Сочи) был укус комара в левую подглазничную область, место укуса было гиперемировано в течение 7 суток. До мая 2006 года больную ничего не беспокоило, 3.05.06. появились болезненное уплотнение и отек в толще нижнего века левого глаза. На следующий день больная почувствовала движение под кожей нижнего и верхнего века левого глаза и обратилась к офтальмологу по месту проживания. Поставлен диагноз – подозрение на наличие подкожного гельминта, рекомендована консультация паразитолога и профессора Михеевой Е.Г. На консультации 16 мая: в толще век обоих глаз каких-либо изменений не обнаружено. Но врач-офтальмолог в поликлинике 4 мая видела «шевелиющийся жгут» в толще верхнего века левого глаза (запись в амбулаторной карте). Со слов больной, 9 мая еще раз была «шевелиющаяся» припухлость в толще верхнего века левого глаза. Диагноз паразитолога и профессора Михеевой Е. Г. – подозрение на дирофиляриоз верхнего века и орбиты левого глаза. Рекомендовано при появлении припухлости и шевеления в области век обратиться в любое время суток к дежурному офтальмологу ГУЗ «СОКБ №1» для хирургического удаления «паразита».

24 мая больная Г. обратилась к заведующей глазным отделением ГУЗ «СОКБ №1» Коротких М.Э. в связи с появлением «шевелиющегося» образования под кожей нижнего века правого глаза. Коротких М. Э. наложила окончатый зажим на кожу вместе с подкожным образованием для фиксации гельминта (чтобы не «ушел» в орбиту).

При осмотре: VOU=0,05 sph-11,0=1,0

Правый глаз: в подглазничной области имеется округлое образование диаметром 0,5-0,8 см, не спаянное с окружающими тканями, безболезненное. Кожа над ним слегка гиперемирована.

Через 15-20 минут после обращения в операционной произведена амбулаторная операция удаления гельминта (хирург Крушинин М. В.). При разрезе кожи из подкожной клетчатки извлечено нитевидное образование длиной 80 мм и диаметром 1 мм белого цвета. Гельминт отправлен на гистологическое исследование. На рану наложен шов. В последующем рана зажила первичным натяжением.

Таким образом, с учетом локализации поражения, клиники, морфологии гельминта заболевание было верифицировано как дирофиляриоз.

Особенность заболевания дирофиляриозом у больной Г. заключается в том, что Свердловская область является неэндемичной зоной для этого заболевания. Укус комара у нашей больной произошел в сентябре 2005 года в г. Сочи, который является эндемичным регионом, через 8 месяцев после укуса появились проявления дирофиляриоза глаза.

Кроме этого, укус комара у больной был в области нижнего века левого глаза, и первые проявления мигрирующего гельминта наблюдались в области верхнего века левого глаза. А для оперативного вмешательства больная поступила с диагнозом – дирофиляриоз нижнего века правого глаза. Следовательно, личинка дирофилярии мигрировала через подкожную клетчатку лба из верхнего века левого глаза в нижнюю подглазничную область правого глаза. Периодическое исчезновение личинки из толщи век можно объяснить миграцией ее в орбиту.

В связи с тем, что личинки дирофилярии в организме человека не достигают половой зрелости и не производят микрофилярий, следует считать хирургическое удаление личинки гельминта радикальным методом лечения этого заболевания.

Литература

1. Авдюхина Т. И., Лысенко А. Я., Постнова В. Ф. Дирофиляриоз органа зрения: реестр и анализ 50 случаев в РФ и странах СНГ. – Вестник офтальмологии, – 1996, – № 3, – С. 35-39.
2. Архипов Н. А., Архипова Д. Р. Дирофиляриоз. – М., – 2004, – С. 194.
3. Гуськов В. В., Горшкова Е. В., Постнова В. Ф., Агарупов А. В. Дирофиляриоз в Астраханской области. Ж. «Лечащий врач», – 2001, – № 1.