

## Литература

1. Ю.Ф. Майчук. Опатанол (олапатадин 0,1%) – глазные капли двойного противоаллергического механизма действия // Клини. офтальмол., 2007. – Т. 8. – №2. – С. 1-4.
2. Ю.Ф. Майчук. Современные аспекты фармакотерапии глазных аллергозов // Вестн. офтальмол. – 2000. – №5. – С. 10-14
3. Е.И. Гумерова. О роли инфекционных паразитарных заболеваний в развитии глазных аллергозов // Воспалительные заболевания органа зрения. – Челябинск. – 2004. – С. 159-160.
4. В.Б. Мальханов, Э.А. Латыпова, Н.Е. Шевчук и соавт. Значение иммуноглобулина Е в патогенезе хламидийного конъюнктивита // Проблемы офтальмологии. – 2004. – №2. – С. 30-32.

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

### **РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА ВЕКА И ОРБИТЫ В СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ**

*УГМА Кафедра глазных болезней, ГУЗ «СОКБ №1» 1 глазное отделение,  
г. Екатеринбург*

Дирофиляриоз – это заболевание, вызванное тканевыми зоонозными гельминтами, паразитирующими в подкожной клетчатке домашних и диких животных семейства псовых и кошачьих. Живородящая самка дирофилярии выделяет в кровь микрофилярии. Микрофилярии размером 0,3 мм 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 дирофилярий. Таким образом, комары являются промежуточными хозяевами. В организме человека личинки растут до нитевидных образований длиной 8-10 см и более, но обычно не достигают половозрелости (рис.1). 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 тёплым 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.



Рис. 1. Цикл развития личинки дирофилярии



Рис. 2. Небольшая припухлость на нижнем веке правого глаза до операции.



Рис. 3. Момент операции извлечения личинки.

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 г. Берёзовского Свердловской области, которая обратилась в 1 глазное отделение ГУЗ «СОКБ №1» с жалобами на опухолевидное образование под кожей правой подглазничной области.

Из истории заболевания известно, что 8 месяцев назад (больная находилась в Сочи) был укус комара в левую подглазничную область, место укуса было гиперемировано в течение 7 суток. Затем больную ничего не беспокоило, через 8 месяцев 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: в толще век обоих глаз каких-либо изменений не обнаружено. Но врач-офтальмолог в поликлинике видела «шевелиющийся жгут» в толще верхнего века левого глаза (запись в амбулаторной карте). Диагноз консультантов – подо-

зрение 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 для хирургического удаления «паразита».

Через 8 дней обратилась к заведующей глазным отделением ГУЗ «СОКБ №1» в связи с появлением «шевелиющегося» образования под кожей нижнего века правого глаза. Был наложен окончательный зажим на кожу вместе с подкожным образованием для фиксации гельминта (чтобы не «ушел» в орбиту).

При осмотре: VOU = 0,05 sph-11,0 D = 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 (рис.2).

Через 15-20 минут после обращения в операционной произведена амбулаторная операция удаления гельминта (офтальмохирург Крушинин М.В.). При

разреze кожи из подкожной клетчатки извлечено нитевидное образование белого цвета, длиной 80 мм и диаметром 0,5 мм (рис.3). 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 произошел в г. Сочи, который является эндемичным регионом, через 8 месяцев после укуса появились проявления дирофиляриоза.

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 её 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 г., №3, стр. 35-39.
2. Азнабаев М.Т., Бабушкин А.Э., Мальханов В.Б. Редкие случаи в клинической офтальмологии. (Дирофиляриоз, стр. 68-74). г. Уфа, 2005 г.
3. Архипов Н.А., Архипова Д.Р. Дирофиляриоз. – М., 2004 г. – 194 с.
4. Гусков В.В., Горшкова Е.В., Постнова В.Ф., Агарунов А.В. Дирофиляриоз в Астраханской области. Ж-л «Лечащий врач», 2001 г., №1.



Рис. 4. Вид извлеченной личинки дирофилярии.