

© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2016

УДК 616.995.1-031:611.714.6-036.1

Ревта А.М.¹, Шабалина И.А.², Бебякова Н.А.², Пославская Т.Н.³, Калинина Л.П.¹

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА ОРБИТЫ У ПОДРОСТКА

¹ГАУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница», 163002, Архангельск, РФ;²ГБОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет», кафедра медицинской биологии и генетики, 163000, Архангельск, РФ;³ГБУЗ АО «Архангельская областная клиническая больница», 163045, Архангельск, РФ

Описан клинический случай дирофиляриоза орбиты у подростка, длительно маскировавшийся под хронический дакриоцистит.

Ключевые слова: дирофилярия; дирофиляриоз; удаление паразита; орбита.

Для цитирования: Ревта А.М., Шабалина И.А., Бебякова Н.А., Пославская Т.Н., Калинина Л.П. Клинический случай дирофиляриоза орбиты у подростка. *Российская педиатрическая офтальмология*. 2016; 11 (2): 99-101. DOI: 10.18821/1993-1859-2016-11-2-99-101.

Для корреспонденции: Ревта Андрей Михайлович, канд. мед. наук, зав. детским офтальмологическим центром ГАУЗ АО «Архангельская клиническая офтальмологическая больница»; E-mail: andrejrevta@yandex.ru

Revta A.M.¹, Shabalina I.A.², Bebyakova N.A.², Poslavskaya T.N.³, Kalinina L.P.¹

THE CLINICAL CASE OF ORBITAL DIROFILARIASIS IN AN ADOLESCENT PATIENT

¹Arkhangel'sk Clinical Ophthalmological Hospital, Arkhangel'sk, 163002, Russian Federation;²Northern State Medical University, Department of Medical Biology and Genetics, Arkhangel'sk, 163000, Russian Federation;³Arkhangel'sk Regional Clinical Hospital, Arkhangel'sk, 163045, Russian Federation

The authors report the clinical case of a 15 year-old adolescent patient presenting with orbital dirofilariasis that has been for the long time mistakenly regarded as chronic dacryocystitis.

Keywords: dirofilaria; dirofilariasis; elimination of the parasite; eyesocket.

For citation: Revta A.M., Shabalina I.A., Bebyakova N.A., Poslavskaya T.N., Kalinina L.P. The clinical case of orbital dirofilariasis in an adolescent patient. *Rossiyskaya pediatricheskaya oftal'mologiya (Russian Pediatric Ophthalmology)* 2016; 11 (2): 99-101. (In Russ.). DOI: 10.1821/1993-1859-2016-11-2-99-101.

For correspondence: Revta Andrej Mikhailovich, candidate of medical sciences, head of the Children's Ophthalmological Centre, Arkhangel'sk Health Department. Arkhangel'sk Clinical Ophthalmological Hospital, Arkhangel'sk, Russian Federation. E-mail: andrejrevta@yandex.ru

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Funding: The study had no sponsorship.

Received 11 February 2016

Accepted 14 March 2016

По данным Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека, среди редких гельминтозов, регистрируемых на территории РФ, наибольший удельный вес приходится на дирофиляриоз*.

В России возбудителем данного заболевания является *Dirofilaria repens*. Развитие гельминта происходит со сменой двух хозяев: представителей семейства псовых, кошачьих, виверровых – окончательных хозяев и комаров различных родов – промежуточных хозяев и переносчиков. Человек – факультативный хозяин, в организме которого гельминты способны достигать половой зрелости и размножаться, достигая 80–200 мм в длину, 0,2–0,9 мм в ширину [1, 2]. У человека *Dirofilaria repens* может локализоваться во всех слоях кожи различных участков тела, слизистых, а так же от-

мечена миграция во внутренние органы (легкие, половые органы мужчин) [3–5]. Среди случаев дирофиляриоза наиболее часто встречается поражение органа зрения (конъюнктивы, веки, глазное яблоко, орбитальные ткани) [6–10]. На офтальмо-дирофиляриоз приходится до 57% всех случаев зарегистрированных поражений [11]. Исследователи отмечают, что инкубационный период болезни длительный и может варьировать от 3-х месяцев до 1 года и более, а заражение происходит в летние месяцы, когда активны переносчики и климатические условия способствуют развитию личинок до инвазионной стадии [4, 12]. Как правило, в организме человека встречаются единичные особи дирофилярий, поэтому после хирургического извлечения гельминта дальнейшего лечения не требуется [13]. Существуют описания множественной инвазии *Dirofilaria repens* у человека [12].

Приводим описание случая дирофиляриозного поражения орбиты у подростка.

* Письмо Роспотребнадзора «О ситуации по дирофиляриозу в Российской Федерации» от 09.09.2013 № 01/10330-13-32. Available at: <http://www.niid.ru/documents/ros/letters/111008>.

Пациентка К - ва, 15 лет, поступила в детское отделение Архангельской клинической офтальмологической больницы 24.08.15 с жалобами на новообразование окологлазничной области слева. Диагноз при поступлении: "Хронический дакриоцистит, дакриоцистоцеле слева". Слезотечение не беспокоит, отделяемого из конъюнктивальной полости не было. Новообразование беспокоит в течение полугода, больная отмечает его медленный рост. На догоспитальном этапе пациентке проведена компьютерная томография орбит: патологических изменений со стороны орбит, придаточных пазух и верхней челюсти не выявлено. В анамнезе школьная миопия слабой степени обоих глаз. Травму пациентка отрицает.

Объективно: в проекции слезного мешка слева пальпируется плотное, эластичное, безболезненное при пальпации, новообразование диаметром до 1,0 см, не спаянное с окружающими тканями (рис. 1, см. вклейку).

Веки, слезные точки, слезные каналы не изменены, отделяемого из конъюнктивальной полости и слезных точек нет. Проведено промывание слезных путей слева, слезные пути проходимы. Изменений со стороны глазных яблок не выявлено. Повторно проведена КТ орбит с толщиной томографического среза 0,5 мм и контрастированием слезных путей слева с урографинном. В ходе исследования костно-деструктивных изменений стенок орбит не выявлено. Глазные яблоки обычной формы и размеров. Плотность ретробульбарной клетчатки не изменена, дополнительных образований в ней не выявлено. Зрительный нерв, глазодвигательные мышцы не изменены. Слезная железа с обеих сторон вытянутой формы и обычных размеров 21–23 × 4–5 мм. После введения контраста: справа контраст быстро покидает слезный мешок (размер слезного мешка до 4 мм в поперечнике) и определяется в полости носа. Слева контраст покидает слезный мешок медленнее, последний расширен до 11,4 × 6 мм, носослезный канал слева проходим. Заключение: КТ-картина может соответствовать неспецифическому воспалительному процессу слезного мешка слева (дакриоцистит?). Проходимость слезных путей сохранена. Заключение ЛОР-врача: патологии не выявлено. По данным ультразвукового исследования в области внутреннего угла левого глаза в подкожной клетчатке выявлено очаговое образование размером 10,5 × 5,5 × 8,0 мм с ровными четкими контурами, неоднородной структуры, повышенной эхогенности, с гипоехогенной капсулой, кровотока в образовании не регистрируется. Заключение онколога: "Дермоидная киста области внутреннего угла левого глаза". Рекомендовано оперативное лечение у офтальмолога. Учитывая данные обследования, рекомендовано удаление новообразования. В ходе операции выделено плотное фиброзное образование размером до 10 мм, уходящее в орбиту и располагающееся рядом со слезным мешком. Новообразование удалено (рис. 2, см. вклейку).

Послеоперационный период протекал без осложнений, на 6-й день после операции больная выписана из стационара.

При патологогистологическом исследовании выявлено наличие гранулемы вокруг образования, напоминающего гельминта. Гистологические срезы были направлены на консультацию в лабораторию природно-очаговых и опасных инфекций ЦГиЭ по Архангельской области, по результатам которой был подтвержден диагноз – дирофиляриоз орбиты (рис. 3, см. вклейку).

Учитывая, что северная граница ареала дирофиляриоза в Европейской части России простирается от 41° до 58° северной широты [14], а г. Архангельск располагается значительно выше (64° с.ш.), то данный случай можно расценивать как привозной. При повторном посещении удалось установить факт пребывания ребенка на отдыхе в 2014 году на территории республики Крым. Пациентка была направлена на консультацию к инфекционисту паразитологу.

Заключение

Приведенный клинический случай представлял определенные трудности. Дирофиляриозное поражение орбиты длительное время маскировалось под хронический дакриоцистит без признаков воспаления слезного мешка. Даже КТ орбит не исключала наличие хронического дакриоцистита. В ходе операции было удалено инкапсулированное образование, больше напоминающее дермоидную кисту. Окончательный диагноз был установлен только при морфологическом исследовании.

В последнее время отмечается тенденция к увеличению числа случаев заболеваемости среди населения дирофиляриозом, поэтому необходима большая осведомленность врачей разных специальностей в данном вопросе [14, 15]. В большинстве случаев при первичном диагнозе не выявляется паразитарная этиология заболевания [6]. Такая ситуация отчасти связана с объективными причинами, так как окончательный диагноз устанавливается по результатам морфологического изучения извлеченного гельминта. Вместе с тем отмечается низкая настороженность врачей в отношении дирофиляриоза. При диагностике дирофиляриоза рекомендуется принимать во внимание как клинические симптомы, так и географические и эпидемиологические данные. Основным симптомом заболевания считается наличие болезненного/безболезненного новообразования под кожей различных участков тела, в том числе под кожей век, в оболочках глаза, миграция возникшего новообразования (типичный, но необязательный симптом). В пользу дирофиляриоза могут свидетельствовать данные о пребывании на эндемичной территории, особенно в сезон передачи инвазии, факты о нападении комаров [16].

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.
Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

REFERENCES

1. Супряга В.Г., Цыбина Т.Н., Денисова Т.Н. и др. Первый случай диагностики дирофиляриоза по микрофиляриям, обнаруженным в пунктате подкожной опухоли человека. *Мед. паразитол.* 2004; (4): 6–8.
2. Федянина Л.В. Два интересных случая дирофиляриоза. *Мед. паразитол.* 2010; (2): 43–4.
3. Бронштейн А.М., Супряга В.Г., Ставровский Б.И. и др. Дирофиляриоз человека в Московском регионе. *Мед. паразитол.* 2003; (3): 51–6.
4. Бронштейн А.М., Малышев Н.А., Лучшев В.И. и др. Плевролегочный дирофиляриоз с экссудативным плевритом и узловой эритемой. *Эпидемиол. и инфекц. бол.* 2011; (3): 50–3.
5. Назаренко М.Ю. Клинический случай дирофиляриоза у ребенка. *Экология человека.* 2000; (2): 31–3.
6. Авдюхина Т.И., Лысенко А.Я., Супряга В.Г. и др. Дирофиляриоз органа зрения: реестр и анализ 50 случаев в Российской Федерации и странах СНГ. *Вестн. офтальмол.* 1996; (3): 35–9.
7. Стрюкова И. Л., Гончарова О. В., Гульянц В. А. Дирофиляриоз в практике глазного врача. *Вестн. офтальмол.* 2001; (3): 44–8.
8. Михеева Е.Г., Крушинин М.В., Коротких М.Э. Редкий случай дирофиляриоза века и орбиты в Свердловской области. *Клиническая офтальмология.* 2010; (2): 72.
9. Файзрахманов Р.Р., Файзрахманова О.А., Собянин Н.А. Случай дирофиляриоза век. *Клиническая офтальмология.* 2009; (1): 23–4.
10. Филатова И.А. Случай дирофиляриоза век. *Российский офтальмологический журнал.* 2015; (1): 70–2.
11. Сухина Л.А., Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Скородумова Н.В., Котлубей Г.В. Особенности клиники и лечения офтальмодирофиляриоза у детей. В кн.: *Материалы Научной конференции офтальмологов «Невские горизонты-2014».* Санкт-Петербург; 2014: 128–31.
12. Ганушкина Л.А., Ракова В.М., Иванова И.Б. и др. Энтомологический мониторинг территорий для оценки возможности передачи дирофилярий. *Мед. паразитол.* 2014; (3): 9–12.
13. Авраменко Ю.В., Супряга В.Г., Бронштейн А.М. Дирофиляриоз под маской ущемленной паховой грыжи. *Дет. хир.* 2003; (4): 50–1.
14. Дарченкова Н.Н., Супряга В.Г., Гузеева М.В. и др. Распространение дирофиляриоза человека в России. *Мед. паразитол.* 2009; (2): 3–7.
15. Сергиев В.П., Супряга В.Г., Бронштейн А.М. и др. Итоги изучения дирофиляриоза в России. *Мед. паразитол.* 2014; (3): 3–9.
16. Морозов Е.Н., Супряга В.Г., Ракова В.М. и др. Дирофиляриоз человека: клинико-диагностические признаки и методы диагностики. *Мед. паразитол.* 2014; (2): 13–7.
1. Supryaga V.G., Tsybina T.N., Denisova T.N. et al. The first case of diagnosis of dirofilariasis with microfilariae which were detected in punctate of the subcutaneous human tumor. *Med. parazitol.* 2004; (4): 6–8. (in Russian)
2. Fedyanina L.V. Two interesting clinical cases of dirofilariasis. *Med. parazitol.* 2010; (2): 43–4. (in Russian)
3. Bronshteyn A.M., Supryaga V.G., Stavrovskiy B.I. et al. Human dirofilariasis in Moscow region. *Med. parazitol.* 2003; (3): 51–6. (in Russian)
4. Bronshteyn A.M., Malyshev N.A., Luchshev V.I. et al. The pleuropulmonary dirofilariasis with exudative pleurisy and nodal fever. *Epidemiol. i infects. bol.* 2011; (3): 50–3. (in Russian)
5. Nazarenko M.Yu. A clinical case of dirofilariasis in the child. *Ekologiya cheloveka.* 2000; (2): 31–3 (in Russian)
6. Avdyukhina T.I., Lysenko A. Ya., Supryaga V.G. et al. Ocular dirofilariasis: register and analysis of 50 cases in Russian Federation and CIS countries. *Vestn. oftal'mol.* 1996; (3): 35–9. (in Russian)
7. Stryukova I. L., Goncharova O. V., Gul'yants V. A. Dirofilariasis in the clinical practice of the ophthalmologist. *Vestn. oftal'mol.* 2001; (3): 44–8. (in Russian)
8. Mikheeva E.G., Krushinin M.V., Korotkikh M.E. A rare case of eyelid and orbit dirofilariasis in the Sverdlovsk region. *Klinicheskaya oftal'mologiya.* 2010; (2): 72. (in Russian)
9. Fayzrakhmanov R.R., Fayzrakhmanova O.A., Sobyenin N.A. Eyelid dirofilariasis: a clinical case. *Klinicheskaya oftal'mologiya.* 2009; (1): 23–4. (in Russian)
10. Filatova I.A. Eyelid dirofilariasis: a clinical case. *Rossiyskiy oftal'mologicheskij zhurnal.* 2015; (1): 70–2. (in Russian)
11. Sukhina L.A., Smirnova A.F., Golubov K.E., Skorodumova N.V., Kotlubey G.V. Clinincal and therapeutical features of ophthalmic Dirofilariasis in children. In: *Proceedings of Ophthalmological Conference "Nevskie Gorizonty – 2014". [Osobennosti kliniki i lecheniya oftal'modirofilyarioza u detey. V kn.: Materialy Nauchnoy konferentsii oftal'mologov "Nevahorizonts – 2014"].* St. Petersburg; 2014: 128–31. (in Russian)
12. Ganushkina L.A., Rakova V.M., Ivanova I.B. et al. Entomological territorial monitoring for assessment of possibility of Dirofilaria transmission. *Med. parazitol.* 2014; (3): 9–12. (in Russian)
13. Avramenko Yu.V., Supryaga V.G., Bronshteyn A.M. The dirofilariasis under the mask of strangulated inguinal hernia. *Det. khir.* 2003; (4): 50–1. (in Russian)
14. Darchenkova N.N., Supryaga V.G., Guzeeva M.V. et al. The prevalence of human dirofilariasis in Russia. *Med. parazitol.* 2009; (2): 3–7. (in Russian)
15. Sergiev V.P., Supryaga V.G., Bronshteyn A.M. et al. The results of the study of dirofilariasis in Russia. *Med. parazitol.* 2014; (3): 3–9. (in Russian)
16. Morozov E.N., Supryaga V.G., Rakova V.M. et al. Human dirofilariasis: clinical diagnostic signs and diagnostic methods. *Med. parazitol.* 2014; (2): 13–7. (in Russian)

Поступила 11.02.16

Принята в печать 14.03.16



Рис. 1. Новообразование левой орбиты в проекции слезного мешка.

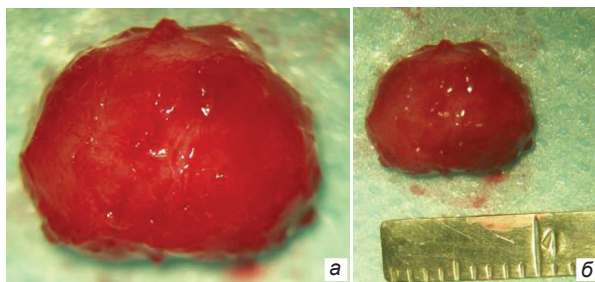
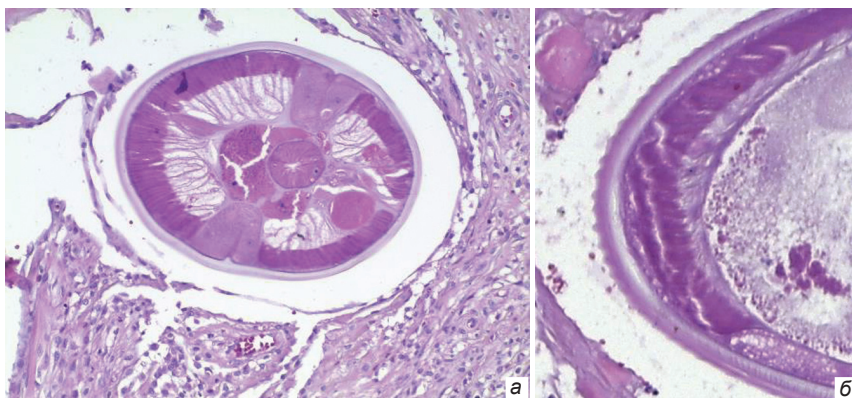


Рис. 2. Инкапсулированное образование, извлеченное из области левой орбиты.

Рис. 3. Поперечный срез дирофилярии.

На гистологическом препарате просматриваются характерные структуры нематоды (а), гребни кутикулы (б).

Окраска гематоксилином и эозином. Ув. 100/200.



К статье И. А. Филатовой, С.А. Шеметова

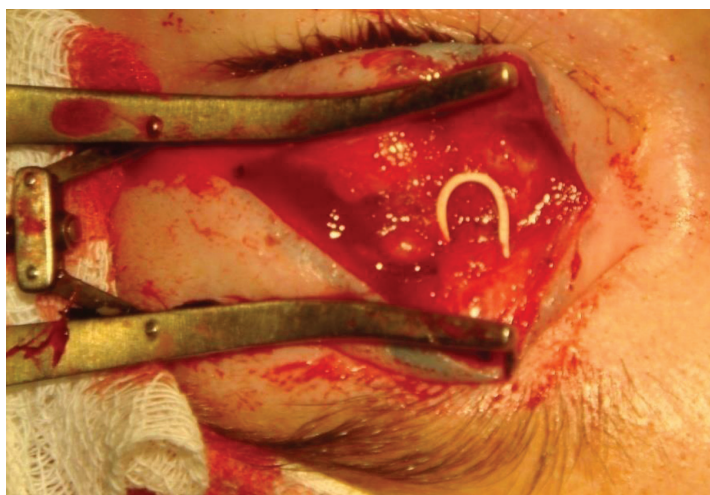


Рис. 1. Этап операции: ревизия и удаление «неадекватной» подвески из резиновой нити, фиксированной в мягких тканях у пациентки с сохранной функцией леватора.

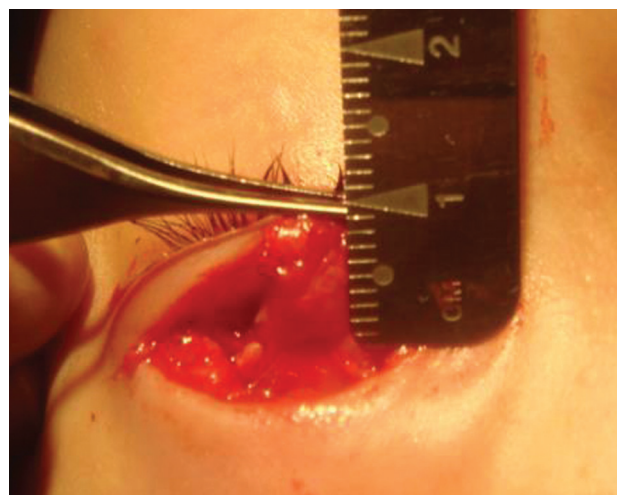


Рис. 2. Этап операции: резекция леватора у пациентки, которой ранее выполнена операция подвешивающего типа при сохранной функции леватора.



Рис. 3. Пациентка Н. с посттравматическим птозом верхнего века, ранее оперированным подвешиванием. Отсутствие эффекта, деформация верхнего века, отсутствие складки верхнего века (а); через 3 месяца после ревизии и удаления неадекватных подвесок, ревизии и резекции леватора (б).