

## Филяриатоз (филяриоз) у человека



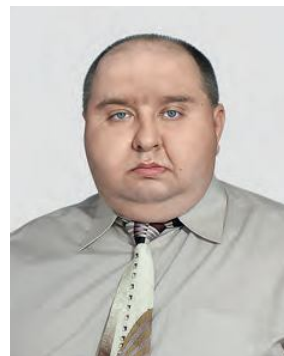
**В. Г. Элибеков**

челюстно-лицевой хирург, врач высшей квалификационной категории, заведующий челюстно-лицевым хирургическим отделением МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска



**А. А. Полищук**

врач второй квалификационной категории, челюстно-лицевой хирург, стоматолог-хирург, врач-ординатор МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска



**Е. И. Потемкин**

к. м. н., челюстно-лицевой хирург, врач-ординатор челюстно-лицевого хирургического отделения МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска

Расширение связей Российской Федерации с развивающимися странами, увеличение потока туристов, специалистов, работающих за рубежом в зоне жаркого климата, обуславливает увеличение числа лиц, подвергающихся риску заражения тропическими паразитарными болезнями и завоза их на территорию РФ. Филяриатозы — тропические гельминтозы, вызываемые круглыми червями — филяриями. Для филяриатозов характерны длительный инкубационный период, медленное развитие болезни и ее длительное хроническое течение. Филяриатозами заражаются через укусы кровососущих насекомых.

В последнее время на территории Краснодарского края зарегистрированы случаи филяриатоза. Возбудитель филяриатоза относится к классу круглых червей *Nematoda*, отряду *Spirurina*, подотряду *Spiruromorpha*, семейству *Filarioidea*, роду *Dirofilaria*. Всего описано несколько видов червей, из которых наибольшее распространение имеют *D. repens*, *D. immitis*. Именно они в большинстве случаев являются источниками заболевания. Возбудители инвазии *D. repens* и *D. immitis* являются облигатными паразитами плотоядных семейств: псовых и кошачьих. *D. tenuis* поражает енотов, *D. ursi* встречается у бурых медведей и амурского тигра, *D. subdermata* поражает дикобразов, *D. lutrae* и *D. spectans* — североамериканскую и бразильскую выдр, *D. striata* — диких кошек. Это глистное заболевание более всего распространено в странах Юго-Восточной Азии и Африки. Развитие

заболевания проходит через инкубационный период, который обычно длится несколько месяцев. Клиника проявляется с образования небольшого уплотнения в области внедрения диروفиларии. Иногда развивается незначительная и малозаметная припухлость в области локализации гельминта. Одной из особенностей данного паразита является миграция по организму хозяина (носителя). За сутки диروفилария способна мигрировать по организму до 25—30 см! Усиление миграции происходит

---

**Лечение филяриатоза хирургическое. Иногда в литературе встречаются рекомендации по приему противоглистных препаратов, но эффективность такого лечения сомнительна.**

---

при воздействии на кожу токами УВЧ при физиотерапии, а также после прогревания компрессами или согревающими мазями. Расположение кожного уплотнения при миграции также меняется, а на старом месте его пребывания никаких следов не остается. Гиперемии кожных покровов, болезненности при этом обычно не наблюдается. Саму миграцию гельминта зараженный человек может ощущать, а может и вовсе не чувствовать — все

зависит от места локализации паразита. Местные проявления в виде уплотнения, узелка чаще всего принимаются за новообразования: атеромы, липомы, кисты, чаще абсцесс. Пациент с филяриатозом попадает на стол к хирургу, который в ходе операции в узле обнаруживает и удаляет диروفиларию. Следует учесть, что диروفилария часто любит поражать органы зрения, в ходе миграции попадает в область верхнего либо нижнего века.

Впервые подкожный филяриатоз у человека описан в 1867 г. в Италии. Первый случай в России диагностирован А. П. Владыченским в 1915 году. Нематода была выделена из опухоли, локализованной между внутренней стенкой орбиты и глазным яблоком. Хотя для большинства глистных инвазий характерен эозинофилез в общем анализе крови, при филяриатозе количество эозинофилов крови остается неизменным, так как диروفилария не вызывает сенсбилизации организма, в связи с чем нельзя заподозрить наличие данного гельминтоза.

Лечение филяриатоза хирургическое. Иногда в литературе встречаются рекомендации по приему противоглистных препаратов, но эффективность такого лечения сомнительна.

Случай выявления в отделении челюстно-лицевой хирургии МБУ «Городская больница № 1» г. Новороссийска уже не первый, о чем ранее сообщалось в журнале «Дентал Юг» (№ 4 (39), 2006. Авторы: заводделением ЧЛХ Элибеков В. Г., врач-

ординатор Полищук А. А.: «Редкий случай филяриатоза»).

Из стационара ГБУЗ «Инфекционная больница № 3 ДЗ КК» г. Новороссийска 09.07.2012 г. в наше отделение была доставлена пациентка Ч., 59 лет, с направительным диагнозом: флегмона правой верхнечелюстной области. В Инфекционной больнице пациентка находилась с подозрением на трихенелез. У больной были жалобы на отек правой половины лица, кожный зуд, наличие припухлости в околоушно-жевательной области справа. Пациентка пояснила в ходе опроса, что припухлость изначально появилась в правой щечной области и переместилась в скуловую область справа; на момент осмотра локализовалась в околоушно-жевательной области на уровне мочки правого уха. При осмотре определяется умеренная отечность всей правой половины лица с наличием объемного образования в тканях околоушно-жевательной области справа диаметром до 1,5—2,0 см, которое возвышается над уровнем окружающих тканей до 0,5 см. Кожа над образованием незначительно гиперемирована, пальпация слабо болезненна. В радиусе 1,5—2,0 см ткани незначительно инфильтрированы, также определяется флюктуация.

Анализ крови от 10.07.12: Эр — 4,03; Лейк. — 6,4; Тр — 225; Нб — 127 г/л; П — 1, С — 62, Л — 27, Э — 10, М — 3. Анализ мочи от 10.07.12: цвет — с/ж, уд. вес — 1010, прозрачность полная, реакция — кислая, соли — +, эпителий 2—4 в п. зр.; Лейк. — 7—8 в п. зр. (рис. 1—2).

Учитывая жалобы больной, данные анамнеза и клиники, был выставлен диагноз: абсцесс околоушно-жевательной области справа. Больной проведена операция: вскрытие абсцесса под местной анестезией. В ходе операции выявлен червь и гнойный экссудат. Находка была направлена в лабораторию, откуда получен ответ — микрофилярия (дирофилярия). Послеоперационный период спокойный. Больная выписана из отделения с выздоровлением. С ознакомительной целью ниже предоставляются фотофакты, позволяющие более полно получить представление о возбудителе заболевания (рис. 1, 2).

Больная П., 52 лет. Ист. б-ни № 4407. Была госпитализирована 25.03.13 по плановым показаниям с диагнозом: фиброма височной области слева. При осмотре наблюдается объемное увеличение тканей височной области слева. Пальпаторно определяется плотное, тугоподвижное, безболезненное, округлое образование в толще тканей около 2,0 см. Кожа над ним в цвете не изменена,

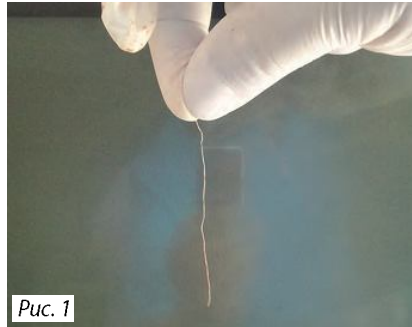


Рис. 1

не напряжена, не спаяна. 26.03.13 была проведена операция: удаление образования под местной анестезией. Располагалось образование в подкожно-жировой клетчатке, основанием плотно спаянное с фасцией височной мышцы. Анализы, проведенные при амбулаторном обследовании, в пределах нормы. ПГИ № 3891 от 27.03.13 — глистная инвазия. Инкапсулированные тела паразитов с перифокальной гранулематозной реакцией.

### Вывод

В связи с участвовавшими случаями заболевания филяриатозом вашему вниманию приводится несколько примеров госпитализации больных, пораженных данным заболеванием. Целью данной статьи является ознакомление коллег с клиникой филяриатоза, а также предостережение от неправильной диагностики и лечения данной категории больных. Больные филяриатозом лечатся у различных специалистов: у дерматологов (нейродерматит, кожный зуд неясной этиологии), инфекционистов, терапевтов, офтальмологов. В частности, упомянутая в статье пациентка неоднократно обращалась к различным специалистам, доставлялась по скорой помощи с подозрением на отек Квинке. У нее подозревали трихинеллез!

Надеемся, что опыт нашего отделения будет полезен медицинским работникам для проведения правильной диагностики и лечения данного заболевания.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Авдюхина Т. И., Постнова В. Ф., Абросимова Л. М. и др. Дирофиляриоз (*D. repens*) в Российской Федерации и некоторых странах СНГ: ситуация и тенденция ее изменения // *Мед. паразитол.* — 2003. — № 4. — С. 4448.
2. *Руководство по медицине. Диагностика и терапия: В 2 т.: Пер. с англ. / Под ред. Р. Бержоу, Э. Флетчера.* — М.: Мир, 1997. — Т. 1. — XXXIV + 1045 с., ил. — С. 142.
3. Бронштейн А. М., Супряга В. Г. и др. Дирофиляриоз человека в Московском регионе // *Медицинская паразитология.* — 2003. — № 4.

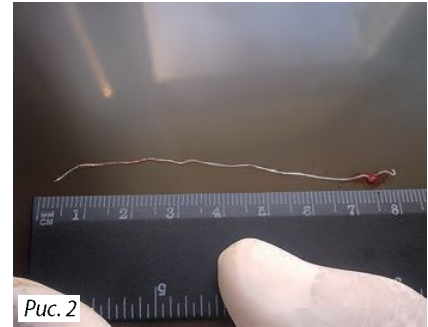


Рис. 2

4. Григорьева М. В. и др. Диагностика и лечение дирофиляриоза оболочек яичек у детей // *Вестник инфектол. и паразитол.* — 2003; [www.infectology.spb/ra](http://www.infectology.spb/ra); ISSN 16099877.

5. Григорьева М. В., Супряга В. Г. Особенности диагностики кожного дирофиляриоза // *Проблема инфекции в клинической медицине.* — Санкт-Петербург: Российская военномедицинская академия, 2002. — С. 342—343.

6. Бронштейн А. М., Супряга В. Г. и др. Дирофиляриоз человека, вызываемый *Dirofilaria (Nochtiella) repens* — новая «возникающая» инфекция в Московском регионе // *Сборник тезисов к конференции, посвященной 80летию кафедры тропической медицины и эпидемиологии РГМУ.* — М., 2003.

7. Возианова Ж. И. Инфекционные и паразитарные болезни: В 3 т. — К.: Здоровья, 2001. — Т. 2. — С. 501—502.

8. Григорьева М. В., Дворовенко Е. В. Дирофиляриоз оболочек яичка под маской синдрома отечной и гиперемированной мошонки // *Детская хирургия.* — 2003. — № 2. — С. 15.

9. Яцкова Г. Н., Хропова М. Л., Моторина Г. А., Лысхин Е. И. О заболеваемости дирофиляриозом в Липецкой области // *Гигиеническая наука и практика в решении вопросов обеспечения санэпидблагополучия населения в Центральном регионе России: Науч. труды Федерального научного центра гигиены им. Ф. Ф. Эрисмана / Под ред. акад. РАМН проф. А. И. Потапова.* — Липецк, 2003. — Вып. 8. — С. 552—554.

10. Авдюхина Т. И., Лысенко А. Я., Супряга В. Г. и др. // *Вестник офтальмологии.* 1999. № 3. С. 36—39.

11. Постнова В. Ф., Абросимова Л. М., Ковтунов А. И. и др. // *Медицинская паразитология.* 1996. № 4.

12. Эпштейн Ш. И., Лычманов Н. Г. // *Медицинская паразитология.* 1954. № 2. С. 175—176.

13. Журнал «Медицина неотложных состояний» № 1—2 (32—33), 2011. Случай диагностики дирофиляриоза с помощью сонографии Авторы: Ефименко С. Г., Лысенко В. В., Харьковская медицинская академия последипломного образования, Харьковская городская больница скорой и неотложной медицинской помощи.

14. Журнал «Дентал Юг», № 4 (39), 2006. Авторы: Завотделением ЧЛХ Элибеков В. Г., врач-ординатор Полищук А. А. Редкий случай филяриатоза. ■