

*Ю.В. МІТІН, Я.Ю. ГОМЗА***СПОСТЕРЕЖЕННЯ ДІРОФІЛЯРІОЗА  
ПІДШКІРНОЇ КЛІТКОВИНИ СПИНКИ НОСА***Каф. оториноларингології (зав. – Засл. діяч науки і техніки України,  
проф. Ю.В. Мітін) Нац. мед. ун-ту ім. О.О. Богомольця*

Дірофіляріоз – гельмінтоз, який викликається нематою *Dirofilaria immitis*. Хворіють на дірофіляріоз собаки та інші плотодні. Самиці дірофілярій паразитують в серці та легеневій артерії тварин, народжують личинки (мікрофілярії), які циркулюють в крові. Комарі під час харчування кров'ю хазяїна заковтують мікрофілярій. Зараження наступного хазяїна здійснюється під час укусу комара. В результаті паразитування мікрофілярій відбувається погіршення постачання кров'ю органів і тканин через порушення кровотоку. Хвороба у тварин характеризується також серцевою недостатністю. Діагноз встановлюється шляхом знаходження мікрофілярій в крові тварин, а також серологічними методами. Для лікування застосовується діетилкарбамазин (локсуран), препарати сурми, левамізол.

Згідно з інформацією МОЗ України [1], всього у світі відомо 250 видів гельмінтів та 15 видів простіших, які можуть викликати патологічні процеси у людини. На сьогоднішній день в Україні зафіксовано 22 гельмінта та 13 видів простіших, що спричиняють різні захворювання. Кожен рік в країні реєструється близько 33 нозологій, які викликаються наявністю паразита в організмі людини. На долю дірофіляріозу з усієї паразитарної нозології припадає 0,012%. Смерть від цієї хвороби зареєстрована не була. Тому вона не відноситься до особливо небезпечних, хоча існують деякі проблеми, пов'язані з нею.

Захворювання реєструється в світі починаючи з 1867 р. Вперше підшкірний дірофіляріоз у людини описаний в 1867 р. в Італії. Перший випадок в Росії спостерігався

А.П. Владиченським у 1915 р. Нематода була виділена з пухлиноподібного утворення, локалізованого між внутрішньою стінкою орбіти і очним яблуком.

До недавнього часу вважалось, що на дірофіляріоз хворіють тільки в Середній Азії, Африці, Південній Європі. В Україні ця проблема відома з 1962 р., але випадки захворювання були поодинокі, тому офіційна реєстрація його за ініціативою МОЗ України почалася лише з 1996 р., у якому було зафіксовано 2 спостереження. Далі показник захворюваності починає зростати, що, можливо, пов'язано у тому числі з підвищенням рівня знань про цю хворобу. У 1997 р. зафіксовано 4 випадки, у 1998 р. – 7, у 1999 р. – 10, у 2000 р. – 19, у 2001 р. – 25, у 2002 р. – 52. Найбільше уражень цим захворюванням було у Запорізькій області – 16 спостережень, в АРК та Донецьку – по 12, в Києві – 11, в Одесі – 8, при цьому дірофіляріоз передавався через укуси комарів [2]. Треба зазначити, що у світі фіксується значно більше випадків цього захворювання, особливо в країнах з тропічним кліматом.

Дірофілярії (від латинських слів “*diro* , *filum*” – “зла нитка”) – гельмінти з ниткоподібним тілом, вкритим тонко посмугованою кутикулою. Статеві зрілі гельмінти мають довжину 25-30 мм, живородячі, їх личинки (мікрофілярії) – завдовжки 0,22-0,29 мм, а за шириною дорівнюють діаметру еритроцита. Основними збудниками дірофіляріозу у людини вважається вухореріоз (збудник *Wuchereria bancrofti*), який викликає алергічні реакції, а на більш пізніх стадіях – лімфаденіт, а потім появу слоновості нижніх

кінцівок, а також лозоз (збудник *Loa loa*), який спричиняє лихоманку і алергічні реакції, а в подальшому – симптоми ураження підшкірної клітковини (набряки, печія, свербіння, у чоловіків іноді розвивається гідроцеле), ймовірна поява абсцесів у м'язах і лімфатичних вузлах. Окрім того, зустрічається дипеталонематоз, або акантохейлонематоз (збудник – *Acantocheilonema perstans*), в патогенезі якого основну роль відіграє сенсibiliзуюча дія – у хворих спостерігається лихоманка, кропивниця, свербіж та ін., а також онхоцеркоз (збудник *Onchocerca volvulus*), при якому утворюються виразки на шкірі, переважно в області лопаток, грудної клітки і стегон, які повільно заживають з утворенням рубців, можлива наявність лімфаденіта, орхіта, абсцесів і артритів, а також ураження органа зору з розвитком катаракти, глаукоми, атрофії зорового нерва і сліпоти [3]. Дані за наявність цих дірофіляріозів в Україні відсутні. В Україні виявляється *Dirofilaria immitis*, *Dirofilaria repens* та інші, на які хворіють собаки, коти, дикі плотоядні тварини і іноді людина.

Вважається, що переносником паразита, який викликає дірофіляріоз, є комарі. Але це питання ще недостатньо досліджено. Поки що науково не доведено, що саме вони є переносниками. Існує припущення, що переносником є членистоногі, це можуть бути кліщі, блохи та інші комахи. Доведено, що паразит, який викликає дірофіляріоз у людини, може знаходитися в організмі собак і транзитно через членистоногих передаватися людині. Можна припустити, що до зростання захворюваності на дірофіляріоз серед людей має відношення збільшення рівня захворюваності серед тварин. Зокрема, у 1999 р. (коли була введена офіційна реєстрація) зафіксовано 15 випадків дірофіляріозу серед собак, у 2000 р. – 130, у 2001 р. – 188, а у 2002 р. – 354. І якщо раніше вважалося, що основним джерелом паразитарного інфікування є бездомні тварини, то сьогодні усе частіше фіксуються випадки захворювання домашніх породних, завезених із-за кордону тварин. Частіше на дірофіляріоз хворіють короткошерстні собаки, але є випадки ураження у колі, сенбернарів та ін. Хочемо зауважити, що безпосередньо від собаки до людини паразит – збудник

дірофіляріозу не передається, як і від людини до людини.

Паразитологічні методи діагностики збудника дірофіляріозу розроблені слабо. У крові людини перебування паразита зафіксовано ще не було, бо в тілі людини дірофілярія не набуває статевої зрілості і не народжує личинок. Тому аналізи крові (у тому числі кількість еозинофілів), сечі, калу залишаються без змін, що значно ускладнює діагностику. У жодному з відомих спостережень в крові не було виявлено мікрофілярій. Для діагностики успішно використовується метод непрямой імунофлюоресценції (МНІФ), що має специфічну повноцінність при діагностиці справжнього дірофіляріоза; метод імуноферментного аналізу (ІФА). МНІФ та ІФА за кордоном одержали широке розповсюдження завдяки їх чутливості, специфічності і точності діагностики. Після успішної терапії методи ІФА (1 рік) і МНІФ (6 міс) дають позитивний результат при визначенні антитіл. Заключний діагноз “дірофіляріоз” ставиться після дослідження паразита з операційного біоматеріалу.

Паразит, потрапивши до організму людини, починає рости (доросла істота має довжину від 18 до 30 мм). Ознаки її перебування у організмі виявляються лише з часом, коли виникає свербіння шкіри, відчуття “повзаючих під шкірою мурахів”, з'являється бугорок – невелика пухлина, яка пересувається під шкірою, коли паразит мігрує. Найчастіше останній перебуває під шкірою або кон'юнктивою ока.

До 80% випадків захворювання виявляються офтальмологами [4]. Рідко дірофілярії можна знайти у головному мозку, черевній порожнині, підшкірних тканинах і спинному мозку. Є поодинокі спостереження локалізації дірофіляріозу в області передньої стінки сліпої кишки, підколінної ямки [5]. У двох пацієнтів дірофіляріоз щелепнолицьової ділянки виявлено в 2001-2002 роках у Росії: щільні підшкірні вузли локалізувались у одного з них під шкірою нижньої повіки, а у іншого – навколо жувальної ділянки. В кожному випадку відбувалося формування рухомого, безболісного пухлиноподібного утворення до 2 см в діаметрі, вкритого незміненою шкірою. В усіх спостереженнях дірофіляріоз діагностувався тільки після хі-

рургічного видалення дорослих гельмінтів з пухлиноподібних вузлів [1].

Лікування від дірофіляріозу здійснюється хірургічним методом – шляхом видалення паразита з організму, можливо, під місцевою анестезією. Саме на хірургічній стадії найчастіше проводиться і діагностування захворювання. У Японії розроблений метод механічного видалення паразита із застосуванням гнучких щипців (цей метод ефективний у 90% випадків). Як виняток, гельмінт може бути витягнутий через розріз, він може також вийти самостійно після спонтанного розкриття абсцесу. Звичайно у людини виявляють тільки одного гельмінта. У зв'язку з тим, що в організмі людини дірофілярія не досягає статевої зрілості, а також не народжує мікрофілярій, застосування мікрофілярицидних препаратів не показано. Незважаючи на це, деякі автори вважають, що призначення діетилкарбамазина (ДЕК) дозволяє знерухомити гельмінта, схильного до міграції і здатного спонтанно вийти з вузла, що може призвести до ускладнень. ДЕК застосовують у середину в дозі 2 мг/кг три рази на добу протягом 10-30 днів. Антибіотики показані при вторинній бактеріальній інфекції. В окремих випадках ДЕК може викликати алергічну реакцію на загиблі гельмінти (лихоманка, шкірна висипка, запалення лімфатичних вузлів). При виникненні такої реакції призначаються кортикостероїди й інші протиалергічні препарати.

Профілактика дірофіляріозу включає засоби, направлені на облік випадків дірофіляріозу у людей та посилення ветеринарного нагляду за тваринами. З метою попередження дірофіляріозу населенню рекомендовано приділяти більшу увагу стану здоров'я домашніх тварин, особливо вивезених із-за кордону, та своєчасно їх лікувати. Під час перебування у країнах з тропічним кліматом треба застосовувати засоби індивідуальної боротьби з комахами, які найбільш небезпечні після заходу сонця, вночі та вранці.

Дані літератури щодо локалізації дірофіляріозу в ділянці ЛОР-органів відсутні. У зв'язку з цим вважаємо за необхідне поділитися досвідом лікування хворих на дірофіляріоз в клініці кафедри оториноларинго-

логії Національного медичного університету.

Хвора С., 66 років, пенсіонерка, доставлена каретою швидкої допомоги до ЛОР-стаціонару з попереднім діагнозом: “кіста спинки носа”. Вона пред'являла скарги на біль в ділянці спинки носа, відчуття печії, ”повзання мурах”, набряк шкіри спинки носа і повік обох очей, підвищення температури тіла.

Вказані симптоми виникли 3 дні тому. З анамнезу відомо, що 3 роки тому під шкірою спинки носа з'явилось шаровидне потовщення, рухоме, яке періодично запалювалось і спричиняло набряк шкіри спинки носа і повік. Пацієнтка лікувалась амбулаторно антибіотиками, після чого стан покращувався, набряк на деякий час проходив, але шаровидне утворення залишалось, поступово збільшувалось в розмірах. Хронічних захворювань, травм, операцій, алергічних реакцій та ін. у неї на протязі життя не було. За кордон вона ніколи не виїжджала.

Об'єктивно під час поступлення хворої температура тіла була 36,7<sup>0</sup>С, шкіра верхніх і нижніх повік значно набрякла, гіперемована. Під шкірою спинки носа виявляється шаровидний рухомий вузол 3 см в діаметрі, який спочатку було розцінено як кісту спинки носа. В загальному аналізі крові: еритроцити – 4,37·10<sup>9</sup>/л, лейкоцити – 8,1·10<sup>9</sup>/л, НВ – 123 г/л, Нт – 38,8, тромбоцитів – 108·10<sup>9</sup>/л, ШОЕ-5 мм/год.

Під місцевою інфільтраційною анестезією 2% Sol. Lidocaini – 5,0 мл проведена пункція шаровидного утворення. Отримано 3 мл прозорого жовтуватого ексудату, після чого зроблено розтин “кісти”. З порожнини “кісти” відсмоктувачем видалено 2 нитчастих, білесуватого кольору гельмінта, один з них довжиною 5 см, другий – 4 см. Гельмінтів відправлено до бактеріологічної лабораторії, яка дала наступне заключення: “В доставленому матеріалі знайдено 2 дорослих гельмінта *Dirofilaria*”. Таким чином, у хворої був визначений діагноз: “Дірофіляріоз підшкірної клітковини спинки носа”.

Під час ретроспективного розпитування пацієнтки з'ясовано, що вона має дачу в Барішевському районі Київської області, де проводить кожне літо, працюючи на городі. Дача розташована в болотистій міс-

цевості, де є багато комарів. Зі слів хворої, комарі “дуже великих розмірів” і постійно її кусали. Окрім того, на дачі проживають також коти і собаки.

В післяопераційному періоді пацієнтці була призначена антибактеріальна терапія, перев'язки з дрениванням порожнини кісти. Через 5 днів виконано ушивання шкіри спинки носа. Вигляд хворої після розтину “кісти” і після проведеного лікування представлений на фотографіях 1, 2, 3, 4.

Після консультування зі спеціалістами міської СЕС їй було призначено вермокс (мебендазол) – по 100 мл per os 1 раз на добу протягом 6 днів, і вона була виписана з одужанням під нагляд епідеміолога за місцем проживання.

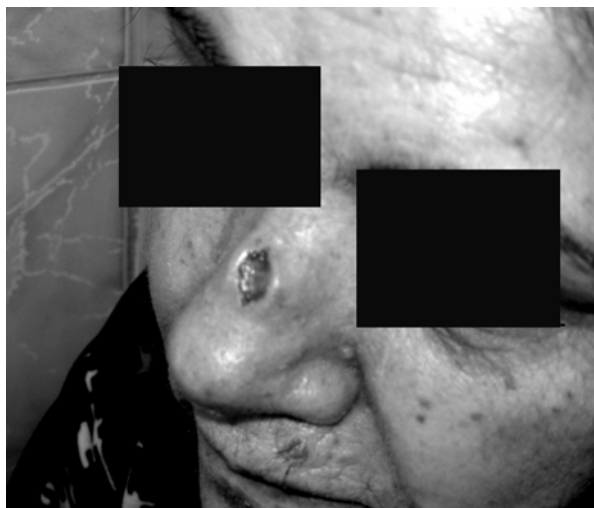


Фото 1, 2. Вигляд хворої на дірофіляріоз спинки носа після розтину шкіри.

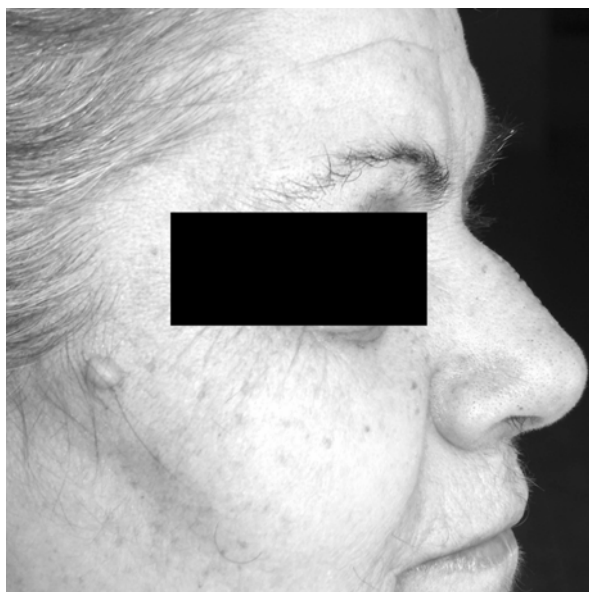


Фото 3, 4. Вигляд хворої на дірофіляріоз спинки носа при виписці із стаціонару.

Таким чином, ми мали в своїй практиці класичний перебіг дірофіляріозу у людини з незвичайною локалізацією в області ЛОР-органів.

У зв'язку із збільшенням числа випадків цього захворювання в Україні рекомендуємо практичним отоларингологам звернути увагу на наявність цієї проблеми.

1. [www.likar.info](http://www.likar.info)
2. [www.MIG.news.com.ua](http://www.MIG.news.com.ua)
3. Руководство по клинической лабораторной диагностике. Части 1 и 2/ Под ред. М.А. Базарновой, А.И. Воробьева. - Киев: Вища школа. - 1991. - С. 195-196.
4. [www.pr.azov.net](http://www.pr.azov.net)
5. [www.medicusamicus.com](http://www.medicusamicus.com)

Надійшла до редакції 10.05.06.

© Ю.В. Мітін, Я.Ю. Гомза, 2006