

Республиканская научно-практическая интернет-конференция  
«Инфекционные аспекты в клинике внутренних болезней»

# Дирофиляриоз в клинике внутренних болезней

Авторы:

К.мед.н., доцент кафедры внутренних болезней  
№3

ГОО ВПО ДонНМУ им. М. Горького,  
с.н.с. отдела кардиологии и кардиохирургии им.  
В.К. Гусака

Шевелёк Анна Николаевна

Врач-интерн терапевтического отделения ЦГКБ  
№1 г.Донецка

Павликова Анастасия Андреевна

02 апреля 2021



# Дирофиляриоз

- Дирофилярии – трансмиссивные биогельминты, для развития которых необходима смена хозяев: окончательного (собаки) и промежуточного (комары родов *Culex*, *Aedes*, *Anopheles*).

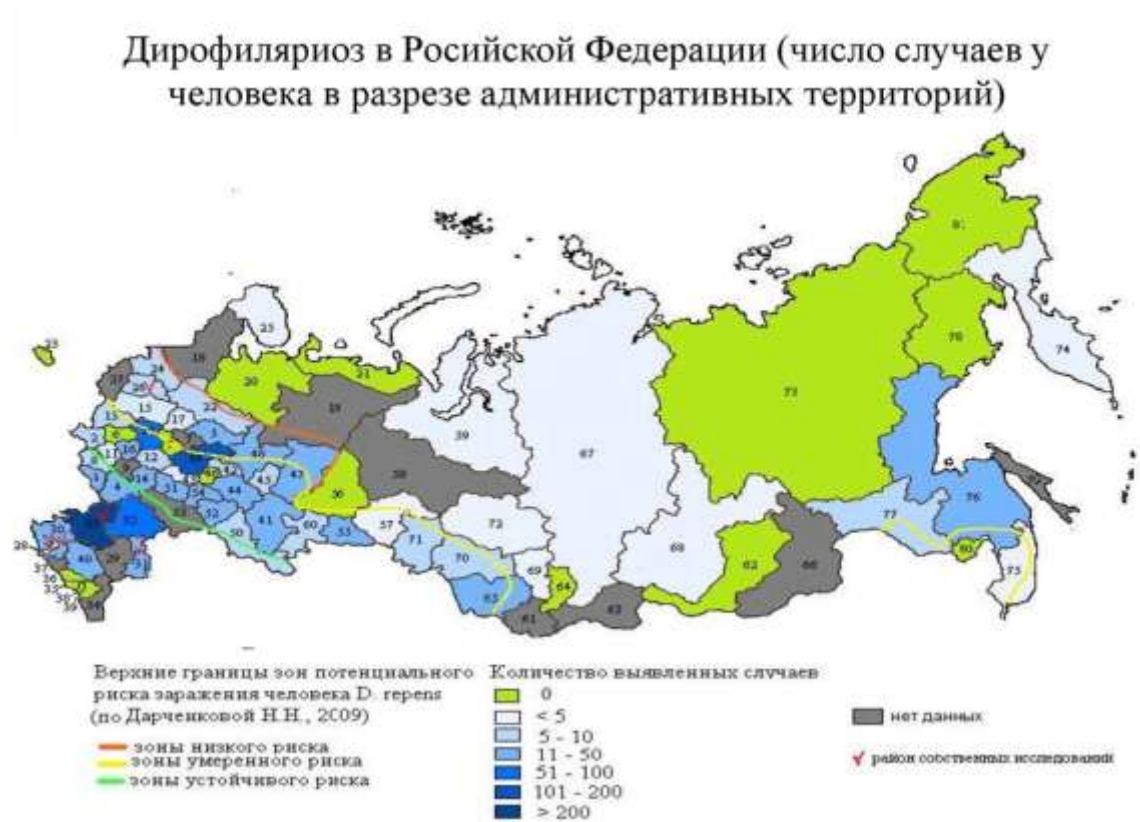


# Эпидемиология дирофиляриоза

- В организме человека паразитируют два вида:
  - *D. repens* (возбудитель подкожного дирофиляриоза)
  - *D. immitis* (возбудитель легочного дирофиляриоза).
- Основным хозяином для *D. immitis* является собака, а привычными местами локализации и размножения паразита – правый желудочек сердца и легочные сосуды.

# Эпидемиология дирофиляриоза

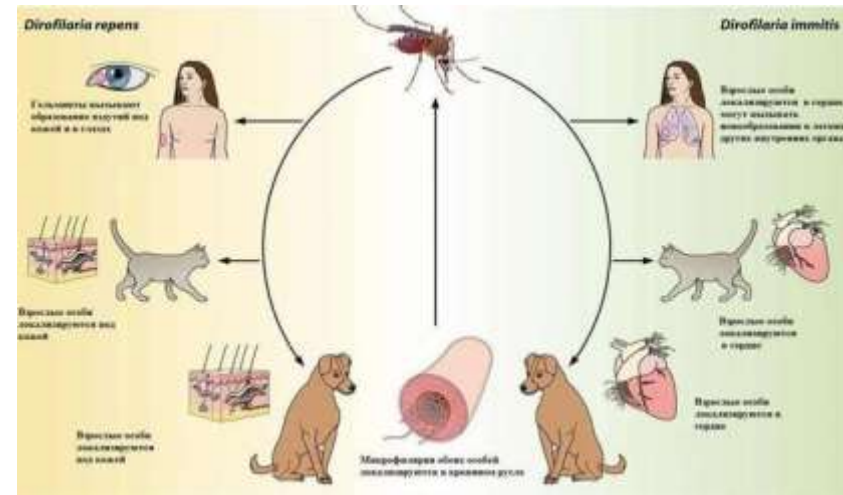
- В 2013–2016 гг. случаи дирофиляриоза были выявлены в 61 из 85 областей Российской Федерации.



- Морозова Л.Ф., Тихонова Е.О., Зотова М.А., Сергиев В.П., Тумольская Н.И., Супряга В.П., Ракова В.М., Турбабина Н.А., Степанова Е.В., Максимова М.С., Морозов Е.Н. Дирофиляриозы: клиническая картина, диагностика, лечение, профилактика. ИНФЕКЦИОННЫЕ БОЛЕЗНИ: новости, мнения, обучение. Том 7, № 4 2018

# Жизненный цикл

Дирофилярии развиваются с двойной сменой хозяев. Половозрелые оплодотворенные самки отрождают в кровь дефинитивного хозяина микрофилярии, которые, циркулируют в кровеносной системе до 2,5 г. или до того момента, когда попадут к кровососущему насекомому.



Попадая с кровью в кишечник комара, мигрируют в полость тела и развиваются до инвазионной стадии в мальпигиевых сосудах. Личинки концентрируются в головном отделе и нижней губе насекомого, при последующем кровососании активно внедряются в кожу животного /человека и продолжают развиваться до половозрелой стадии.



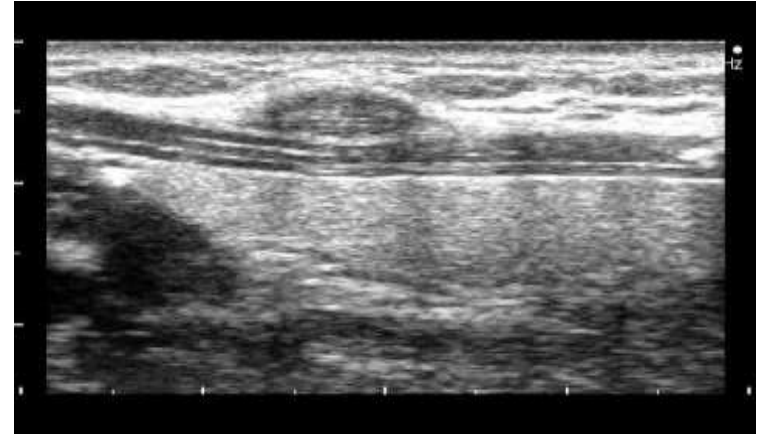
# Клинические проявления

- Общие симптомы: слабость, беспокойство, раздражительность и нервозность, головные боли.
- При кожной форме :
  - 1) Уплотнение в месте внедрения, болезненное при пальпации, гиперемия кожных покровов над уплотнением.
  - 2) Ощущение передвижений гельминтов.
  - 3) Образование абсцесса на месте узла .
- При глазной форме:
  - 1) Ощущение наличия инородного тела .
  - 2) Отечность, зуд и покраснение век.
  - 3) Болезненность при движении глазами



# Диагностика

- Тщательный сбор анамнеза и жалоб больного.
- УЗИ мягких тканей
- ЭХО-КГ



# Клинический пример

- Пациентка В., 62 лет, преподаватель средней школы
- Госпитализирована в клинику ИНВХ 13.02.2017 г.
- Жалобы при поступлении:
  - повышение температуры тела до 39°C
  - малопродуктивный кашель
  - одышка при небольшой ФН
  - выраженная общая слабость
  - потеря массы тела (на 5 кг за 3 мес)



# Анамнез заболевания

- Считает себя больной с декабря 2016 г.: повышение температуры до 39°C, насморк.
- Осмотр участкового терапевта, диагноз «ОРВИ», рекомендации: приём ибупрофена и арбидола.
- Температура снизилась, насморк прекратился.
- Со середины января - вновь высокая лихорадка (до 39°C), присоединился сухой кашель.
- 24.01.2017 г. осмотр участкового терапевта: диагноз «Острый бронхит», рекомендации: амоксиклав, затем с 01.02.2017 – кларитромицин, отхаркивающие препараты.
- Эффекта нет, сохраняется лихорадка. Присоединилась нарастающая одышка и прогрессирующая слабость.
- 13.02.2017 госпитализирована в ИНВХ.

# Объективно при поступлении:

- Состояние средней тяжести. В сознании, адекватна, ориентирована.
- Кожа и видимые слизистые чистые, бледные.
- Температура тела 38,5°C.
- Периферические лимфоузлы и щитовидная железа не увеличены.
- Костно-мышечная система без особенностей.
- Над легкими везикулярное дыхание, ослабленное слева в нижних отделах.
- Границы сердца расширены в поперечнике, ритм правильный, в положении лёжа в области верхушки - шум трения перикарда.
- АД-110/70 мм.рт.ст. пульс - 98 мин<sup>-1</sup>, ЧДД - 22 мин<sup>-1</sup>.
- Живот мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастрии.
- Край печени на 2 см ниже реберной дуги, слегка болезненный, селезёнка не пальпируется.
- Периферических отеков нет.

# Предварительный диагноз при поступлении

- Выполнена рентгенография ОГК от 06.02.2017
- Предварительный диагноз: «Идиопатический полисерозит (плеврит, перикардит)».



# Из анамнеза жизни

- Коренная дончанка (последние несколько лет за пределы города не выезжала).
- Проживает в благоустроенной квартире.
- Содержит 4-х крупных длинношерстных собак, ежедневный выгул животных производит в парке, вблизи водоема.
- После таких прогулок неоднократно снимала со своих питомцев многочисленных клещей.

# Из анамнеза жизни

- В один из дней июня 2016 г. утром, после очередной прогулки, пациентка сняла клеща и со своей головы (которого она не сохранила).
- Вечером того же дня у неё повысилась температура ( $39,0^{\circ}\text{C}$ ) и появилась ломота во всех суставах.
- Самостоятельно принимала «курсом согласно инструкции» йодантипирин (индуктор интерферона).

# Из анамнеза жизни

- Температура тела быстро нормализовалась, суставной синдром исчез.
- Через несколько дней она всё же обратилась к инфекционисту, который заподозрил у неё боррелиоз и рекомендовал продолжить прием йодантипирина в комбинации с доксициклином.
- Эти рекомендации пациентка выполнила, чувствовала себя нормально.
- Весь летний и осенний период 2016 г. во время выгула животных её также неоднократно кусали различные комары.

# Данные обследования

- В ОАК и ОАМ существенных отклонений от нормы нет.
- Биохимия крови – норма.
- Тесты на гепатиты, ВИЧ, RW – отрицательные.
- Антитела (IgG) к 14 антигенам *Borrelia* - не обнаружены.
- ЭхоКГ: наличие жидкости в полости перикарда (без признаков сдавления сердца)
- СКТ ОГК: жидкость в левом плевральном синусе, признаки очагового ателектаза.

# Лечение

- Учитывая данные анамнеза, была заподозрена связь полисерозита с рецидивом боррелиоза и предпринята попытка терапии «ex juvantibus» цефтриаксоном (внутримышечно).
- Температура тела нормализовалась на третьи сутки, постепенно исчезли кашель, одышка, слабость, шум трения перикарда, нормализовались границы сердца.
- На контрольной рентгенограмме ОГК 06.03.2017 жидкость в полости перикарда и плевры отсутствовала.



# Повторная рентгенография ОГК



Рентгенограмма органов грудной клетки от 06.03.2017

# Неожиданные симптомы

- Пациентка готовилась к выписке с диагнозом «Острый инфекционный полисерозит (перикардит, плеврит)»
- 09.03.2017 на внутренней поверхности левого предплечья появилось слегка зудящее эритематозное пятно размером до 8 см в диаметре, с инфильтратом в центре, несколько болезненное при пальпации
- ОАК - выраженная эозинофилия (15%, 1,5 Г/л).
- Пятно постепенно «сжималось», инфильтрат уменьшался, 13.03.2017 всё исчезло, а 14.03.2017 эритема с инфильтратом появились в области левого локтевого сустава.

# Мигрирующие инфильтраты кожи



# Поиск причин

- Исследования кала на яйца глистов, серология на описторхоз, стронгилоидоз, токсокароз – отрицательны.
- А/т к аскаридам – положительны (небольшой титр).
- Пациентке была предложена биопсия кожно-мышечного лоскута, от которого она категорически отказалась.
- 19.03.2017 сыпь и инфильтрат снова исчезли, а пациентка категорически настояла на выписке.
- В связи с эозинофилией, данными анамнеза (наличие многочисленных животных в квартире), положительными а/т к аскаридам ей также была рекомендована терапия «ex juvantibus»: приём антигельминтного препарата вормила (альбендазол) в стандартной дозировке.

# Поиск причин

- 29.03.2017 вновь появилась эритема и инфильтрат (внутренняя поверхность средней трети левого плеча).
- 30.03.2017: биопсия кожно-мышечного лоскута – удалён инфильтрат (внешне похожий на фиброму) вместе с кожей и окружающими тканями.
- Патологоанатомическое заключение:  
в глубоких отделах дермы обнаружены многоклеточные микроорганизмы (паразиты) с выраженной воспалительной инфильтрацией, которая распространяется глубоко в подлежащую жировую клетчатку и периваскулярно.

# Многоклеточные организмы в биоптате



# Динамика состояния

- Пациентке был назначен повторный курс вормила 400 мг/сут 10 дней.
- После проведения биопсии кожный синдром у пациентки больше не рецидивировал, исчезла также и эозинофилия.

# Заключительный диагноз

- Дирофиляриоз, *larva migrans*.
- Спустя 1 год: жалоб не предъявляет, не лихорадит, масса тела вернулась в прежние значения, высыпаний на коже нет, со стороны внутренних органов – без патологии, эозинофилии нет, СКТ ОГК – норма.



# Особенности паразитирования

- Паразитирование *D. immitis* сопровождается заражением симбиотической внутриклеточной бактерией *Wolbachia*.
- Положительный эффект от применения антибактериальной терапии при дирофиляриозе может быть объяснен невозможностью размножения дирофилярий без вольбахий.
- Нельзя исключить, что поражение легких и сердца у нашей пациентки могло быть также связано с паразитированием *D. Immitis* - миграцией гельминта с возможным присоединением бактериальной инфекции.

***Благодарю за внимание!***

