

© Коллектив авторов, 2003

А. А. Нафеев <sup>1</sup>, С. М. Фадеева, В. В. Глущенко,  
Т. А. Индирякова, Л. В. Понизникова <sup>2</sup>

## ПОРАЖЕНИЕ ГЛАЗ ПРИ ТОКСОКАРОЗЕ У МАЛЬЧИКА 13 ЛЕТ

<sup>1</sup> ФГУ ЦГСЭН в Ульяновской области,

<sup>2</sup> Ульяновская областная детская клиническая больница, г. Ульяновск, РФ

Среди паразитарных болезней, которым практически врачи уделяют крайне недостаточное внимание, несмотря на их широкое распространение и важное значение в патологии, следует в первую очередь указать на ларвальный токсокароз — инвазию человека, вызываемую миграцией личинок аскарид собак и кошек. В патологический процесс

при этой инвазии могут вовлекаться различные органы и системы, поэтому токсокароз во многих случаях представляет интерес для врачей не только широкого профиля — педиатров, инфекционистов, терапевтов, — но и для окулистов, невропатологов и др.

Известны два рода *Toxosaga* — *T. canis* (Werner, 1782) — гельминт главным образом семейства псовых и *T. mystax* (Zeder, 1800) — гельминт семейства кошачьих. Приводимая в дальнейшем информация касается только инвазии, вызванной *T. canis* [1].

*T. canis* паразитирует в кишечнике собак, волков, лисиц, являющихся obligатными хозяевами. Средняя продолжительность жизни половозрелых особей 4 мес, максимальная — 6 мес. Самка *T. canis* в сутки откладывает до 200 тыс. яиц и более. Интенсивность инвазии у животных достигает десятков — сотен особей, поэтому инвазированные животные ежедневно загрязняют внешнюю среду миллионами яиц токсокара.

При попадании в организм окончательного хозяина (собаки, кошки) яйца токсокара превращаются в личинки. Пробирувальная кишечную стенку, они с током крови заносятся в различные органы. Попадая повторно в кишечник (из легких при кашле), личинки развиваются в половозрелые *T. canis*. Цикл развития паразита — 26—28 дней. Инфицирование человека *T. canis* происходит при проглатывании яиц *T. canis* с водой, землей, зараженной яйцами *T. canis* пищей и не соблюдении мер личной гигиены. Особенно часто заражаются дети, контактирующие с котами и щенками. Человек для личинок *T. canis* является случайным хозяином. Попавшие в кишечник человека личинки пробирувливают кишечную стенку и по кровеносным сосудам заносятся в печень, почки, мозг, сердце, глаза и другие органы, вызывая в них тяжелые реактивные изменения в виде очаговых или генерализованных эозинофильных гранулем в сочетании с высокой эозинофилией. Продукты *T. canis* сенсибилизируют организм человека и вызывают аллергические проявления. В организме человека *T. canis* не созревает до половозрелой стадии, поэтому человек не выделяет ни нематод, ни их яиц.

По данным литературы [2], при поражении органа зрения выделяют разнообразные клинические формы (Luxenberg, 1979; Molk, 1971): 1) гранулемы в заднем отделе глаз; 2) периферические гранулемы; 3) увеиты; 4) кератиты; 5) мигрирующие личинки в стекловидном теле и др.

Мы наблюдали случай хориоретинита токсокарозной этиологии, характеризующийся патологией стекловидного тела правого глаза.

Больной К., 13 лет, находился в глазном отделении УОДКБ с 02.02.00 по 15.02.00. Больной поступил по направлению с диагнозом: врожденная патология стекловидного тела ОД (Q 15.0). Предъявлял жалобы на слепоту правого глаза. Из анамнеза болезни известно, что низкое зрение правого глаза выявлено в 7-летнем возрасте (21.07.93) при консультации в Институте глазных болезней им. Гельмгольца, поставлен диагноз: врожденная патология стекловидного тела. Рекомендована очковая коррекция, диспансеризация.

Общее состояние и соматический статус без особенностей.

Глазной статус: OD 0,02 + 1, OD = 0,03; OS 1,0. OD — роговица прозрачная, передняя камера средней глубины.

В стекловидном теле плавающее помутнение размером 1—2 / ДЗН, сцепленное на ножке с сетчаткой в центрально-наружном отделе. ДЗН бледно-розового цвета, контуры четкие, сосуды без особенностей. OS — здоров.

На основании анамнеза и объективных данных установлен диагноз: врожденная патология стекловидного тела правого глаза, хориоретинит.

Результаты анализов от 04.02.00 на гельминтозы (иммунологическая лаборатория ОДКБ): антитела к антигенам описторхозов и трихинелл отрицательные, антитела к антигенам токсокара 1 : 6400, антитела к антигенам эхинококков 1 : 100.

Общий анализ крови 14.02.00: Hb 169 г/л, эр. 4,9 · 10<sup>9</sup>/л, цв. пок. 1,0, л. 5,0 · 10<sup>9</sup>/л, п. 2%, с. 57%, лимф. 31%, мон. 10%, СОЭ 3 мм/ч.

УЗИ глазных яблок: переднезадний отдел правого глазного яблока 22,0 мм; передняя камера 3,5 мм; поперечный размер 24,0 мм; хрусталик 3 мм; в стекловидном теле ОД гиперэхогенные включения; переднезадний отдел левого глазного яблока 23,5 мм; передняя камера 3,9 мм; поперечный размер 23,0 мм; хрусталик 3 мм; стекловидное тело эхо-прозрачное.

Ребенок получал следующее лечение: Sol. Taufoni 4% по 2 капли 3 раза в день в ОД, Sol. Kalii iodidi 3% по 2 капли 3 раза в день, Tab. Nicotinamidi по 1 табл. 3 раза в день, Tab. Calcii gluconatis по 1 табл. 3 раза в день, Sol. Vit. B<sub>1</sub> 1,0 в/м через день, Sol. Vit. B<sub>6</sub> 1,0 в/м через день.

Специфическое лечение по поводу токсокароза не проводилось.

Диагноз при выписке: токсокароз, глазная форма; хориоретинит; патология стекловидного тела правого глаза.

При выписке острота зрения без изменений.

Рекомендовано провести по месту жительства специфическое лечение противопаразитарными препаратами, диспансерное наблюдение инфекциониста с проведением повторного обследования на антитела к антигенам токсокара, наблюдение офтальмолога по месту жительства, проведение обследования домашних животных (кошка, собака) по месту жительства.

В 3 пробах фекалий от собаки яйца и личинки гельминтов не обнаружены; в одной пробе от кошки обнаружены яйца токсокара.

Таким образом, приведенный случай с редко встречающейся глазной формой токсокароза указывает, что только при внедрении эффективных методов диагностики (иммунологического) возможно своевременное выявление больных и правильное определение тактики их ведения. Успешное решение проблемы токсокароза зависит от целенаправленной, систематической подготовки врачей кадров лечебно-профилактических, санитарно-противоэпидемических и ветеринарных учреждений, а также от проведения полномасштабного санитарного просвещения населения.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеева М. И. // Мед. паразитология. — 1984. — № 6. — С. 66—71.
2. Чердниченко В. М. // Офтальмологический журнал. — 1985. — № 4. — С. 236—239.