

УДК 617.7-02:616.995.132

DOI: 10.34215/1609-1175-2021-3-93-95

Редкая форма токсокароза глаз у пациента 46 лет

Н.А. Шульгина^{1, 2}, Л.В. Доронина²¹ Тихоокеанский государственный медицинский университет, Владивосток, Россия;² Владивостокский клинико-диагностический центр, Владивосток, Россия

На клиническом примере продемонстрирована редкая клиническая форма ларвального токсокарозного конъюнктивита с псевдоопухолью орбиты и поражением верхней прямой мышцы глаза, вызванная мигрирующими личинками токсокар у пациента 46 лет.

Ключевые слова: ларвальный токсокароз, конъюнктивит, псевдоопухоль, миозит

Поступила в редакцию 07.06.2021. Получена после доработки 14.06.2021. Принята к печати 08.08.2021

Для цитирования: Шульгина Н.А., Доронина Л.В. Редкая форма токсокароза глаз у пациента 46 лет. *Тихоокеанский медицинский журнал*. 2021;3:93–5. doi: 10.34215/1609-1175-2021-3-93-95

Для корреспонденции: Шульгина Наталья Анатольевна – канд. мед. наук, ассистент кафедры офтальмологии и оториноларингологии Тихоокеанского государственного медицинского университета (690002, г. Владивосток, пр-т Острякова, 2);
ORCID: 0000-0002-3105-2562; e-mail: fobos77757@mail.ru

Rare form of eye toxocarosis in a 46-year-old patient

N.A. Shulgina,^{1,2} L.V. Doronina²¹ Pacific State Medical University, Vladivostok, Russia;² Vladivostok Clinical Diagnostic Center, Vladivostok, Russia

Summary: Rare clinical form of larval toxocarus conjunctivitis with pseudotumor of the orbit and superior rectus muscle of eye lesion is demonstrated. It was caused by migrating toxocar larvae. The patient was 46 years old.

Keywords: larval toxocariasis, conjunctivitis, pseudotumor, myositis

Received 7 June 2021; Revised 14 June 2021; Accepted 8 August 2021

For citation: Shulgina NA, Doronina LV. Rare form of eye toxocarosis in a 46-year-old patient. *Pacific Medical Journal*. 2021;3:93–5. doi: 10.34215/1609-1175-2021-3-93-95

Corresponding author: Natalia Shulgina, MD, PhD, assistant, Department of Ophthalmology and Otorhinolaryngology, Pacific State Medical University (2 Ostryakova Ave., Vladivostok, 690002, Russian Federation); ORCID: 0000-0002-3105-2562; e-mail: fobos77757@mail.ru

Глазной токсокароз возникает после попадания яиц собачьей аскариды (*Toxocara canis*) в тонкий кишечник человека. Выход личинки (ларвы) из яйца и проникновение в систему кровотока приводит к ее заносу в различные органы (печень, легкие, мозг, скелетные мышцы, глаз и др.). В организме человека токсокара не вырастает до половозрелой особи. В органах, где она фиксируется, формируется гранулема.

Ларвальный токсокароз встречается в странах с умеренным и жарким климатом. В России число больных токсокарозом составляет 380 на 100 тыс. населения, что значительно превышает аналогичный показатель для наиболее известной глистной инвазии – аскаридоза [1]. Инфицирование человека происходит при заглатывании яиц гельминтов с землей, через грязные руки, немытые овощи и фрукты, воду. Чаще заражаются дети, имеющие более тесный контакт с животными (собаками, кошками), землей, песком и несоблюдающие правила гигиены. Группу риска среди взрослых составляют рабочие коммунальных служб, продавцы овощей, огородники, ветеринары, работники питомников для собак.

В большинстве случаев инфицированность токсокарами длительное время протекает бессимптомно

и выявляется случайно при обнаружении эозинофильного лейкоцитоза или специфических антител. По характеру симптоматики выделяют несколько клинических форм заболевания. На долю висцерального токсокароза приходится 20–36 %, глазной формы – 26–67 %, других (неврологической, кожной) – 13 % наблюдений [2–4].

Глазной токсокароз чаще обусловлен инвазией небольшого количества личинок. Обычно поражается один глаз, гораздо реже встречается двустороннее заболевание. Чаще эта форма токсокароза наблюдается у школьников (мальчиков 6–8 лет). Клиника ее может характеризоваться ослаблением остроты зрения, частичным дефектом поля зрения, косоглазием, беложелтым свечением зрачка (лейкокория), снижением прозрачности роговицы из-за воспаления (кератита). Детальный осмотр (биомикроскопия и офтальмоскопия) позволяет выявить типичные клинические формы токсокароза: ларвальный эндофтальмит, задний гранулематозный хориоретинит, периферический гранулематозный хориоретинит, неврит и нейроретинит, внутриглазную мигрирующую личинку, ларвальный кератоконъюнктивит. Если внутриглазная мигрирующая личинка, задний и периферический

гранулематозный хориоретиниты, а также ларвальный эндофтальмит считаются наиболее частыми формами поражения глаз, то ларвальный кератоконъюнктивит более редок [5–7].

Диагностика токсокароза сложна. У пациентов с системным поражением в клиническом анализе крови может отмечаться лейкоцитоз с эозинофилией. При глазной форме заболевания уровень эозинофилов крови может оставаться в пределах нормы или повышаться незначительно. Основным методом диагностики – обнаружение повышенного титра специфического иммуноглобулина G в иммуноферментном анализе (ИФА) крови – 1:800 и более. Лечение токсокароза наиболее эффективно антигельминтным препаратом альбендазол (немазол) [8]. Приводим собственное наблюдение.

Пациент 46 лет, гражданин Вьетнама, обратился на прием к врачу-офтальмологу Владивостокского клинико-диагностического центра в марте 2020 г. На момент обращения предъявлял жалобы на покраснение левого глаза. Этот глаз периодически краснел в течение предшествующих четырех лет. За это время пациент не обследовался и не лечился. Сильное покраснение появилось за два месяца до обращения после операции холецистэктомии. Правый глаз плохо видел с детства по причине высокой близорукости и амблиопии тяжелой степени. При первом обращении острота зрения правого глаза 0,1, не корректируется. Острота зрения левого глаза – 1,0. Положение глаз в орбитах правильное, движения в полном объеме. Конъюнктива левого глаза над верхним лимбом на протяжении 15–16 мм гиперемирована, отечная. На конъюнктиве правого глаза бледно-розовый приподнятый отечный участок размером 5×5 мм по типу гранулемы (рис. 1). Роговицы и влага передней камеры обоих глаз прозрачные, радужки обычного цвета, реакция зрачков на свет живая. Справа помутнение хрусталика по задней капсуле, слева хрусталик прозрачный. Стекловидные тела прозрачные, диски зрительных нервов бледно-розовые с четкими контурами. Ход и калибр сосудов не изменены. В макулярной зоне и на периферии сетчатки кровоизлияний и дистрофических очагов не обнаружено. Внутриглазное давление справа и слева 19 и 18 мм рт. ст., соответственно. Периметрия на белую метку в норме. Данные авторефрактометрии выявили справа миопический астигматизм силой 6,5 диоптрии и близорукость высокой степени в 9,75 диоптрии. При ультразвуковом исследовании передне-задний размер правого глаза – 25,5 мм, левого – 24 мм, хрусталики с обеих сторон по 4 мм. Справа – легкая деструкция стекловидного тела. Сетчатка обоих глаз прилежит к подлежащим тканям. В ретробульбарном пространстве слева определялось гипоехогенное образование округлой формы размером 12,5×6,4 мм (рис. 2). Для инстилляции в оба глаза назначены антисептик (пиклоксидин) и негормональный противовоспалительный препарат (индометацин).

При дополнительном инструментальном и лабораторном обследовании и при повторном осмотре через три недели офтальмологический статус без динамики. Клинический анализ крови: лейкоциты – $6,76 \times 10^9/\text{л}$, эритроциты – $5,78 \times 10^{12}/\text{л}$, гемоглобин – 174 г/л, тромбоциты – $135 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы – $3,4 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ – 2 мм/час, ЭДС – отриц. Биохимический анализ крови: глюкоза – 4,95 ммоль/л. HBsAg (поверхностный антиген вируса гепатита В) – 3330,61 (положительно), HBsAg – подтверждающий тест положительный, anti-HCV (антитела к антигенам вируса гепатита С) – 0,06 (отрицательно). Магнито-резонансное



Рис. 1. Изменения конъюнктивы глаз при ларвальном токсокарозе.

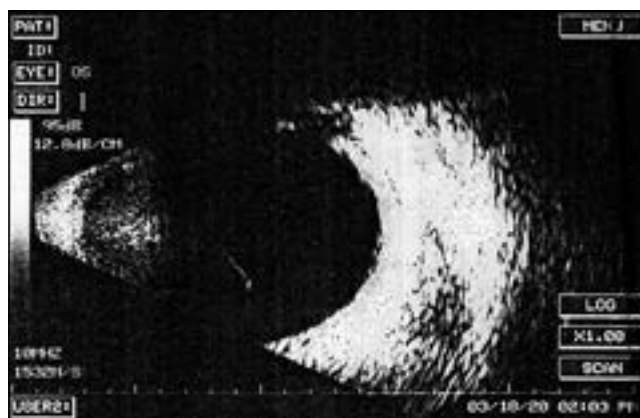


Рис. 2. Гипоехогенное образование в ретробульбарном пространстве левого глаза. Сонограмма.

исследование орбит: картина умеренного утолщения верхней прямой мышцы левого глаза (дифференцировать идиопатическую псевдоопухоль орбиты и миозит). Синусит. Глазное яблоко и видимые отделы головного мозга без изменений.

При ИФА крови выявлены высокие титры антител к токсокаре (иммуноглобулин G – 1:1600). Консультация инфекциониста: «Токсокароз, кожная форма, хроническое течение, нельзя исключить глазную форму заболевания. Хронический вирусный гепатит В, минимальная степень биохимической активности». Рекомендовано лечение в условиях инфекционного стационара: альбендазол (немазол) 200 мг по 1 табл. два раза в день (10–14 дней), кларитин 10 мг по 1 табл. (10–14 дней). Полный клинический офтальмологический диагноз: «Ларвальный токсокарозный конъюнктивит обоих глаз, псевдоопухоль орбиты, миозит верхней прямой мышцы левого глаза. Миопия высокой степени и амблиопия тяжелой степени правого глаза, осложненная катаракта правого глаза».

Данный клинический случай демонстрирует, что глазной токсокароз, который обычно бывает у детей, может обнаруживаться и у взрослых. В клинической практике чаще встречаются бактериальные и вирусные конъюнктивиты, иногда – грибковые и аллергические и редко – паразитарные. В данном наблюдении миграция личинок токсокар привела к развитию редкой глазной патологии – двухстороннему ларвальному токсокарозу конъюнктивиту, псевдоопухоли орбиты и воспалению верхней прямой мышцы левого глаза. С учетом сочетания глазной патологии с кожной формой токсокароза понадобилось лечение в условиях инфекционного стационара. На фоне этиологической

терапии гибель личинок происходит не сразу, и поэтому требуется динамическое наблюдение офтальмолога и инфекциониста. Необходимость проведения повторных антигельминтных курсов в последующем решается на основании клинических проявлений и уровня специфического иммуноглобулина G в крови.

Конфликт интересов: авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, связанных с публикацией настоящей статьи.

Источник финансирования: авторы заявляют о финансировании проведенного исследования из собственных средств.

Литература / References

1. Чернова Т.М., Булина О.В. Токсокароз в практике детского врача. *Педиатр.* 2010;1(2):119–24. [Chernova TM, Bulina OV. Toxocarosis in the practice of a pediatric doctor. *Pediatrician.* 2010;1(2):119–24 (In Russ).]
2. Поляков В.Е., Лысенко А.Я., Константинова Т.Н., Авдюхина Т.И. Токсокароз у детей и подростков. *Эпидемиология и инфекционные болезни.* 2004;6:43–6. [Polyakov VE, Lysenko AY, Konstantinova TN, Avdyukhina TI. Toksokaroz in children and adolescents. *Epidemiology and Infectious Diseases.* 2004;6:43–6 (In Russ).]
3. Magnaval JF, Glickman LT, Dorchie Ph. La toxocarose une zoonose helminthique majeure. *Rev Med Vet.* 1994;145:611–27.
4. Schantz PM. Toxocara larva migrans now. *Am J Trop Med Hyd.* 2009;4:21–34.
5. Майчук Ю.Ф. *Паразитарные заболевания глаз.* М.: Медицина, 1988. [Maichuk YuF. *Parasitic eye diseases.* Moscow: Meditsina; 1988 (In Russ).]
6. Кански Д. *Клиническая офтальмология: систематизированный подход* / под. ред. В.П. Еричева. М.: Логосфера, 2012. [Kanski J. *Clinical Ophthalmology.* Moscow: Logosphaera; 2012 (In Russ).]
7. Бодня Е.И., Бодня И.П., Аль Хатиб А. Поражение глаз при токсокарозе. *Клиническая инфектология и паразитология.* 2016;5(2):227–33. [Bodnya EI, Bodnya IP, Al Khatib A. Eye lesions in toxocariasis. *Clinical Infectology and Parasitology.* 2016;5(2):227–33 (In Russ).]
8. Barisani-Asennbauer T, Maca SM, Hauff W. Treatment of ocular toxocariasis with albendazol. *Ocul Pharmacol Ther.* 2001; 17(3):278–94.