

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации ГБОУ ВПО КрасГМУ им. Проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Минздрава России

Кафедра офтальмологии имени профессора М.А.Дмитриева с курсом ПО

Зав.кафедрой: д.м.н., доцент Козина Е.В.

Реферат

на тему: «Паразитарные заболевания глаз»

Выполнила: ординатор Иванова Д.С.

Проверил: Торопов А.В.

Красноярск 2022

Определение

Воспалительные изменения в мягких тканях с хроническим течением, обусловленные инвазией и последовательным развитием гельминта.

Эпидемиология

При **эхинококкозе** поражение орбиты чаще отмечают в странах Восточной Африки, Среднего Востока и Южной Америки, на юге Украины, в Молдове, республиках Закавказья и Средней Азии. **Аскаридоз** – наиболее распространенное гельминтное заболевание человека. Заражение происходит при употреблении немытых овощей и фруктов, через загрязненную воду, руки. **Филяриатозом** в основном страдает население Африки, однако описаны случаи поражения лиц, проживающих в Европе. **Дирофиляриозом** чаще болеют люди, проживающие в южной части Европы, в Турции, Центральной Африке. Отмечено заражение жителей Средней Азии, Казахстана, Кавказа.

Классификация

В орбите могут паразитировать представители классов цестоды (ленточные черви) и нематоды (круглые черви). Из класса нематод в орбиту могут проникать аскариды, трихинеллы и филярии.

Эхинококкоз орбиты вызывается личиночной формой паразита, заражение происходит через мясные продукты. В глазнице эхинококк обычно бывает первичным и развивается из попавшего сюда зародыша (онкосферы). Лишь очень редко наблюдается проникновение взрослого пузыря из смежных полостей (особенно из гайморовой) вследствие разрушения костных стенок орбиты. Чаще встречается обратное проникновение из орбиты в смежные полости. Излюбленной локализацией орбитального эхинококка является наружноверхняя область глазницы. В орбите паразит находится в виде одного или двухкамерного пузыря.

Клинически рост паразита чаще проявляется медленным увеличением экзофтальма (в течение 5-8 лет), но бывает и бурное течение. Иногда развивается так быстро, что подозревается злокачественная опухоль и производится экзентерация орбиты. Общих патологических изменений, как правило, не наблюдают, в первое время отсутствует даже характерная для паразитарного заболевания эозинофилия. Чувство напряжения в орбите возникает, когда пузырь достигает больших размеров и резко сдавливает орбитальные ткани. Тогда появляется отек век, птоз, гиперемия слизистой,

экзофтальм со смещением глаза, боли и параличи мышц. Сдавление вызывает вторичные изменения, которые приводят к появлению субатрофии глаза, гипотонии, компликатной (последовательной) катаракты. Боли могут появиться до возникновения экзофтальма. Сначала умеренные, затем очень интенсивные, рвущие, сверлящие, доводящие больного до обморочного состояния и лишаящие сна. При длительном пребывании кисты в орбите развиваются рубцовые сращения наружной поверхности капсулы кисты с окружающими орбитальными тканями.

Из диагностических методов исследования наиболее информативны ультразвуковое сканирование и компьютерная томография, с помощью которых удастся четко визуализировать тень кисты и ее капсулу. Лечение хирургическое – орбитотомия и извлечение кисты, желателно без нарушения капсулы.

Цистицерк глазницы наблюдается чаще в молодом возрасте. Цистицерк представляет собой юную стадию ленточного паразита, его личиночную (финнозную) стадию, промежуточную между зародышем (онкосферой) и взрослым паразитом (*Taenia solium*). Наиболее часто цистицеркоз поражает глаз и мозг, очень редко встречается в глазнице. В отличие от эхинококка цистицерк вызывает более бурные воспалительные реакции. Характерны общая слабость, гипертермия, боли в мышцах. Паразит как правило локализуется в области экстраокулярных мышц. Клиническая картина: внезапное появление интермиттирующего отека век (или века), исчезающего через 3-4 дня. Поражение мышц приводит к диплопии. Паразит чаще располагается в передних отделах орбиты, и экзофтальм не достигает больших степеней. Зона воспаления в орбите обычно ограничена пораженной мышцей. Пальпация века болезненна. В связи с быстрым ростом паразита токсическое влияние на ткани особенно выражено, поэтому при цистицеркозе чаще встречаются застойные изменения на глазном дне. После смерти паразита возможна его оссификация или нагноение со вскрытием кисты. Дифференцирует с периоститом, флегмоной, эхинококком, серозными кистами, доброкачественными и злокачественными опухолями глазницы.

Цистицерк так же встречается в стекловидном теле - финна ленточного червя (*taenia solium*), который имеет вид резко ограниченного пузыря синевато-белого цвета с перламутровым оттенком и блестящим пятном на одной из стенок. Белое пятно соответствует головке паразита. Размер в поперечнике достигает 1 см. В стекловидное тело паразит попадает с током крови через сосуды хориоидеи из стенок желудка. Первое время он лежит под сетчаткой,

а по мере роста проникает в стекловидное тело. С течением времени развивается обширное помутнение стекловидного тела, иридоциклит, атрофия глазного яблока. Лечение - раннее оперативное.

В стекловидном теле могут быть и эхинококки.

Аскаридоз. Широко распространенный кишечный гельминтоз, который вызывается человеческой аскаридой – круглым червем крупных размеров, паразитирует в тонкой кишке. Поражение орбиты вызывается миграцией личинок паразита с током крови. Появляется симптом объемного процесса в орбите (экзофтальм осевой или со смещением) в сочетании с признаками интермиттирующего воспаления (периодически возникают отек и гиперемия век). Клиническая картина заболевания зависит численности паразитов, степень сенсibilизации организма хозяина. Может быть отек век, хемоз конъюнктивы, кератит, отслойка сетчатки центральный и экссудативный хориоретинит, часто хронический блефарит. Это связано с аллергической реакцией на продукты обмена или распада гельминтов. Лечение аскаридоза орбиты комбинированное – хирургическое и медикаментозное (противогельминтное).

Филяриатоз орбиты наблюдается нечасто, хотя паразита и называют глазным червем. Заражение происходит через укусы насекомых. Паразит располагается в лимфатической системе, что сопровождается отеком подкожной жировой клетчатки. Характерна гиперэозинофилия. Продукты распада паразитов могут привести к тяжелой общей реакции: лихорадке, слабости, боли в мышцах и суставах. Иногда паразиты выходят под конъюнктиву глаза и становятся видимыми, при понижении внешней температуры они уходят в глубь орбиты. При этом возникают диплопия и симптомы, схожие с проявлениями абсцесса орбиты.

Описаны случаи, когда взрослые филярии скапливаются под кожей века. В этом случае возникают отеки верхнего и нижнего века, иногда и всей половины лица. Под кожей века заметна припухлость, похожая на опухоль. Она не имеет признаков воспаления: не краснеет, не болит, не нагнаивается. Глаз слезится, может появиться зуд.

Если филярии проникли в глаз, то конъюнктура становится белесой, под ней заметны серо-белые пятна. Сосуды расширяются, наливаются кровью и становятся хорошо заметными. Под конъюнктивой видны неровности, а в некоторых случаях и свернутые тела филярий. Человек жалуется на ощущение инородного тела в глазу. Могут появиться «мушки» и

«ползающие змейки» в глазах, боль при движении глазных яблок. Возникает блефароспазм – глаз закрывается часто и непроизвольно, до 100 раз в минуту.

Лечение хирургическое. Во время операции удается извлечь червя длиной более 10 см. Возможна медикаментозная терапия с использованием противогельминтных средств, однако гибель большого количества филярий может сопровождаться аллергическими реакциями.

Дирофиляриоз проявляется постепенно проявляющимся экзофтальмом, симптомами поражения экстраокулярных мышц. Для клинической картины характерна периодичность обострения симптомов (отек век с умеренной гиперемией, нарушение подвижности экстраокулярных мышц, боли), но степень экзофтальма стабильна. Предполагают, что усиление симптомов поражения тканей орбиты и периодические внутриорбитальные боли обусловлены перемещением паразита. Помимо дирофиляриоза со свободно мигрирующим паразитом выделяют дирофиляриоз с инкапсулированным паразитом, предполагают, что на образование капсулы нужно смотреть как на реакцию самозащиты организма, поскольку не позволяет паразиту перемещаться. Патогномоничный признак капсульных форм дирофиляриоза при проведении ультразвукового исследования (УЗИ) орбиты — наличие гипоэхогенного объемного образования без кровотока с подвижными включениями средней эхогенности и усилением эхогенности в перифокальных тканях.

Поражение орбиты при **трихинеллезе** органа зрения проявляется поражением экстраокулярных мышц, где паразит проходит личиночную стадию. В течение 2-3 недель вокруг паразита образуется капсула, а в окружающей мышечной ткани возникают явления реактивного воспаления.

У больных внезапно появляется выраженный отек век, особенно верхних, которые на одутловатом отеке лице свисают большими полупрозрачными мешками, прикрывая глаза. Отек век наблюдается уже в первый день заболевания, обычно двусторонний; умеренный экзофтальм наблюдается примерно у 10% больных. Отмечается болезненность при пальпации и движениях глазных яблок, подвижность их ограничен. Гиперемия и отек конъюнктивы резко выражены уже с первого дня. В связи со значительным отеком наружных частей переходных складок образуется валикообразное выпячивание. Вследствие выраженного хемоза конъюнктивы глазного яблока формируется циркулярный валик вокруг роговицы. В последующие дни возникают точечные и обширные конъюнктивальные и

подконъюнктивальные кровоизлияния. Нарастающее раздражение конъюнктивы сопровождается образованием значительного количества серозного отделяемого. Хемоз конъюнктивы, обычно возникающий у половины больных, у некоторых из них особенно выражен и сопровождается отеком роговицы, которая теряет прозрачность, но острота зрения при этом не снижается. Отек тканей глазницы, приводящий к экзофтальму, в ряде случаев сочетается с выраженным синуситом. В связи с поражением глазных мышц ощущаются боли при движении глазных яблок, их подвижность ограничена. Могут развиваться парезы или параличи наружных мышц, наблюдаются также птоз, недостаточность конвергенции, диплопия.

Список литературы:

1. Учебник Глазные болезни – В.Г. Копаева 2018 год.
2. Учебник Глазные болезни – Федоров, Ярцева, Исманкулов 2005 год.
3. Офтальмология – Национальное руководство, под ред. Аветисова, Егорова, Мошетовой 2011 год.
4. Клинические формы глазного дирофиляриоза – Гущина, Терещенко, Южакова, Вестник офтальмологии 4, 2019 год.
5. Трихинеллез - диагностика и лечение. Поражение глаз трихинеллами. Искандер Милевски 2021 год.