

УДК 617.723–002–02:616.995.77–089.168

СЛУЧАЙ УСПЕШНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИГЛАЗНОГО ЗАДНЕГО ОФТАЛЬМОМИАЗА

Н. В. Пасечникова проф., д-р мед наук, **Н. Ф. Боброва**, проф., д-р мед наук, **Н. Н. Уманец**, канд. мед. наук, **А. В. Зборовская** канд. мед. наук, **С. В. Остроухов** врач.

*Авторами спостерігалась дівчинка 7 років з гостротою зору лівого ока 0,07 н/к. На підставі обстежень встановлений діагноз: млявоперебігаючий увеїт, внутрішньоочний задній офтальмоміаз. Проведена вітректомія з видаленням личинки *Hypoderma bovis* розміром 1,8 x 11,0 мм. Шляхом фіксації аспіраційною канюлею личинку було підтягнуто до розширеної до 2 мм склеротомії, а потім за допомогою пінцету витягнуто з вітреальної порожнини. Гострота зору лівого ока на час виписки = 0,9 н/к.*

Ключевые слова: внутриглазной задний офтальмомиаз, хирургическое лечение.

Ключові слова: внутрішньоочний задній офтальмоміаз, хірургічне лікування.

Офтальмомиазы — паразитарные заболевания глаза и придатков, возникающие при проникновении в ткани личинок мух и оводов. Заражение происходит как прямым путем — непосредственно при откладывании яиц или личинок на конъюнктиве или вблизи глазного яблока, так и непрямым — через грязные руки или укусы зараженных насекомых. Существует большое многообразие клинических проявлений офтальмомиазов, которые систематизируют следующим образом [1].

Наружный офтальмомиаз	Внутриглазной офтальмомиаз
1. Миаз век	1. Внутренний передний офтальмомиаз
2. Ларвальный конъюнктивит	2. Внутренний задний офтальмомиаз
3. Конъюнктивальная ларвальная гранулёма	
4. Разрушающий офтальмомиаз	

Задний внутренний офтальмомиаз характеризуется различным клиническим течением: от случайного обнаружения при бессимптомном течении, до внезапной потери зрения в связи с тяжелым увеитом и отслойкой сетчатки. В субретинальном пространстве личинка может вырасти в среднем до 3–5 мм. По всей вероятности, кислород, содержащийся в хориоидее, может в течение некоторого времени поддерживать жизнеспособность личинки. При перемещении личинки в субретинальном пространстве остаются патогномичные для заднего внутриглазного офтальмомиаза: гипопигментированные линии с пигментированными глыбками, а также мельчайшие субретинальные кровоизлияния [1].

По данным литературы, в организме человека личинка едва достигает второй стадии развития [2]. Внутриглазной офтальмомиаз встречается, в

основном, у детей из-за более тонкой и податливой склеры, что облегчает процесс пенетрации личинки в полость глаза. Место внедрения личинки обнаружить не удается, личинка проникает снаружи, вызывая небольшое субконъюнктивальное кровоизлияние, которое быстро рассасывается [3–5].

Представляем клинический случай внутриглазного заднего офтальмомиаза у ребенка.

Девочка С., 7 лет, 07.05.2010 госпитализирована в отделение детской офтальмологии Института глазных болезней им. В. П. Филатова с жалобами на покраснение и снижение зрения левого глаза. Из анамнеза известно, что в апреле 2010 года покраснел левый глаз, появилось чувство покалывания в глазу. По месту жительства назначена противовоспалительная терапия. Позже, когда острота зрения резко снизилась — до 0,07, было диагностировано помутнение стекловидного тела и ребенка направили в Институт им. В. П. Филатова.

При поступлении: правый глаз клинически здоров.

Левый глаз — умеренная смешанная конъюнктивальная инъекция, передний отрезок без особенностей, хрусталик прозрачный, в стекловидном теле интенсивные помутнения, в полости стекловидного тела снаружи и снизу определяется инородное тело белого цвета. Глазное дно офтальмоскопируется за флером.

Внутриглазное давление в норме, острота зрения 0,07 не корректируется.

Диагноз при поступлении: Вялотекущий увеит, подозрение на внутриглазной гельминтоз.

УЗ сканирование заднего отдела левого глаза (07.05.2010):

сонографически в нижнем внутреннем квадранте на 8 часах в экваториальной зоне определяется среднеэхогенная

структура размером 1,4 на 1,5 мм, протяженностью 8,2 мм, перемещающаяся при изменении положения глаза. Сетчатка прилежит, в стекловидном теле — разрежённая взвесь низкоэхогенных точечно-волоконистых структур (рис. 1).

Установлен диагноз: Вялотекущий увеит, внутриглазной задний офтальмомиаз.

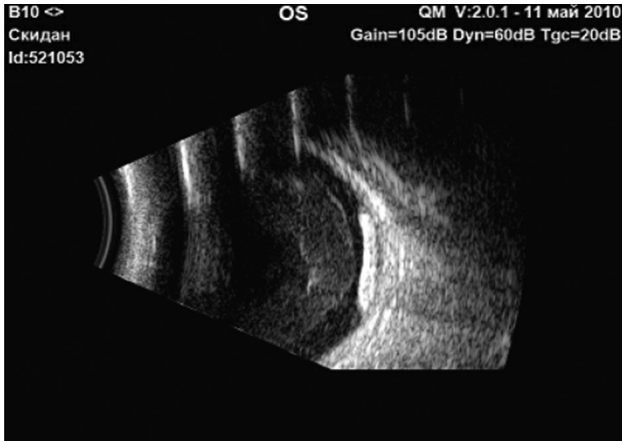


Рис. 1. Данные УЗ сканирования: Определяется среднеэхогенная структура размером 1,4 на 1,5 мм, протяженностью 8,2 мм, перемещающаяся при изменении положения глаза

Данные УЗ сканирования в динамике через несколько дней показали увеличение размеров личинки, её диаметр составил 1,8 мм., протяженность — до 10,5 мм., что свидетельствует о её жизнеспособности.

После консультации в отделе витреоретинальной и лазерной хирургии Института им. В. П. Филатова, принято решение о необходимости трансквитреального вмешательства.

Основной задачей хирурга наряду с удалением мутного витреального содержимого было удаление личинки без повреждения её наружной оболочки, во избежание попадания внутреннего содержимого паразита в полость стекловидного тела и для предупреждения развития послеоперационных воспалительных осложнений.

13.05.2010 произведено витреоретинальное вмешательство на левом глазу:

Стандартным трехпортовым доступом выполнена витрэктомия с субтотальным иссечением задней гиалоидной мембраны. На этом этапе операции сложно было удалять стекловидное тело из-за свободного колебания личинки в ответ на работу аспирационно-ирригационной системы витреотома. Для лучшей визуализации задней гиалоидной мембраны и с противовоспалительной целью в полость стекловидного тела был введен триамцинолона ацетонид. После удаления помутнений на глазном дне был обнаружен разрыв на лежащей сетчатке, гипопигментированные полосы, что свидетельствовало о перемещении личинки в субхориоидальном пространстве.

Техника удаления личинки:

I этап — аспирационной канюлей личинка была фиксирована и подтянута к предварительно расширенной до 2 мм склеротомии (рис. 2).

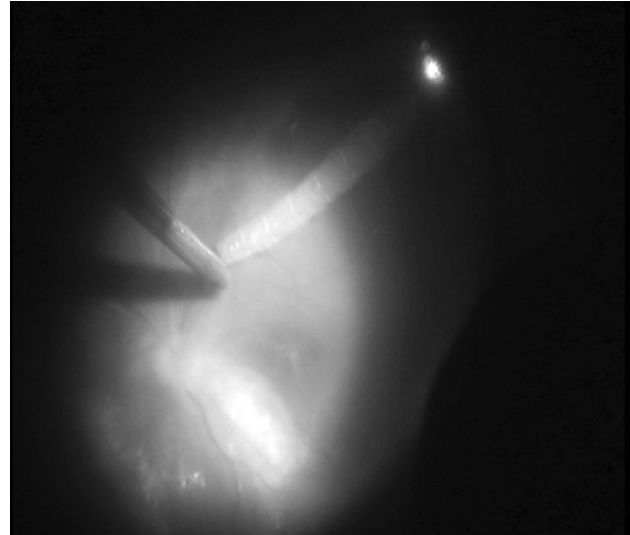


Рис. 2. Тактика удаления личинки — I этап: Фиксация личинки к аспирационной канюле.

II этап — при помощи цангового пинцета, личинка осторожно извлечена из витреальной полости без повреждения её целостности и помещена в физиологический раствор для дальнейшей идентификации (рис. 3).

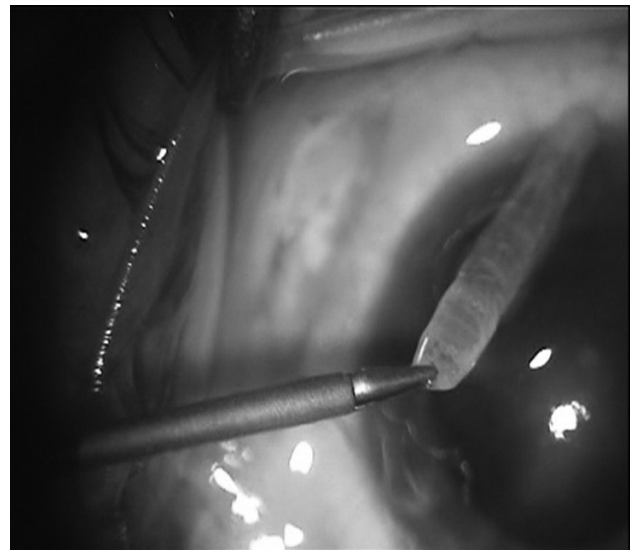


Рис. 3. Техника удаления личинки — II этап: извлечение личинки цанговым пинцетом из витреальной полости без повреждения её целостности

После удаления личинки проведена лазерная эндокоагуляция разрыва сетчатки, ушивание склеротомий и конъюнктивы.

В послеоперационном периоде проводилась местная антибактериальная и противовоспалительная терапия.

Ребенок выписан на седьмые сутки после операции с остротой зрения 0,9.

Объективно при выписке левый глаз спокоен, роговица прозрачная, передняя камера средней

глубины, равномерна, умеренный остаточный миодриаз, хрусталик прозрачный, содержимое витреальной полости прозрачно, ДЗН бледно-розовый с четкими контурами, в макулярной области незначительные дистрофические изменения, книзу и кнаружи от ДЗН полоска светло-желтого цвета с пигментированными краями, разрыв сетчатки блокирован очагами лазерной коагуляции, сетчатка прилежит (рис.4).



Рис. 4. Картина глазного дна после удаления личинки: Преретинально кристаллы триамцинолона, от ДЗН полоска светло-желтого цвета с пигментированными краями.

Извлеченный объект идентифицирован как личинка бычьего овода *Hypoderma bovis* (рис. 5).

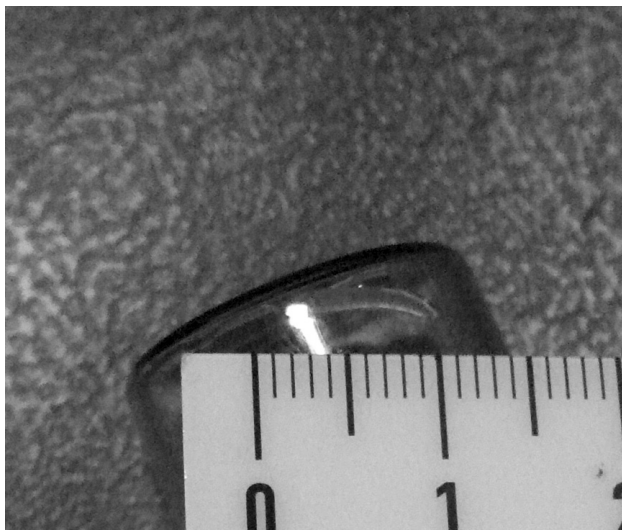


Рис. 5. Идентификация личинки: *Hypoderma bovis* размером 11 мм x 1,8 мм

На основании данных мировой литературы [6–12] по хирургическому лечению внутриглазных офтальмомиазов, в первую очередь, обращает на себя внимание разнообразие их клинических про-

явлений, начиная от незначительной симптоматики в виде покраснения глаза до тяжелых увеальных явлений вплоть до паноптальмита с тотальной отслойкой сетчатки. Интересным фактом является то, что личинки могут мигрировать в полости глаза, между передней камерой и витреальной полостью, в субхориоидальном пространстве. Хирургическая тактика определяется индивидуально в зависимости от расположения личинки и выраженности клинических проявлений. Несомненно, основной остается тактика по удалению личинки без повреждения её целостности, во избежание попадания внутреннего содержимого паразита в полость глаза для предупреждения развития тяжелых воспалительных осложнений. В случае, если личинка находится в субретинальном пространстве, для ее извлечения необходимо выполнять ретинотомию.

В нашем случае личинка находилась на третьей стадии развития, была подвижной и имела размеры, не позволяющие фиксировать её канговым пинцетом, поэтому возникла необходимость аспирационной канюлей подтянуть её к расширенной склеротомии с последующим извлечением из витреальной полости. Такая методика впервые была применена для удаления личинки и является максимально щадящей и клинически оправданной.

Картина глазного дна после вмешательства имела классический вид, от ДЗН прослеживалась полоска светло-желтого цвета с пигментированными краями, которая заканчивалась разрывом на лежащей сетчатке, что свидетельствует о миграции паразита вдоль зрительного нерва через субхориоидальное пространство в стекловидное тело.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Внутренний задний офтальмомиаз — достаточно редкая патология и встречается чаще в странах с жарким климатом. Описанный нами клинический случай представляет интерес, поскольку развитие данного заболевания произошло на территории Украины и свидетельствует о необходимости определенной настороженности в отношении паразитарного поражения глаз.

При подозрении на офтальмомиаз необходимо раннее своевременное хирургическое лечение с целью профилактики осложнений, связанных с длительным пребыванием личинки в полости глаза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Майчук Ю. Ф. Паразитарные заболевания глаза — М.: Медицина, 1988. — С. 252–264.
2. Endocular Myiasis// System of Ophthalmology/ Ed. By St. Duke- Elder/ — Mosby Company, 1977. — Vol.9 — P. 490–493/

3. **Беляев В. С., Кравчинина В. В.** Заболевания глаза в странах с жарким климатом. — М.: Изд-во академии наук СССР, 1946. — Т.2. — С 906–908.
4. **Линник Л. Ф., Власова Т. М.** Случай внутриглазного офтальмомиаза // Офтальмохирургия. — 1994. — № 1. — С. 49–53.
5. **Боброва Н. Ф., Тронина С. А.** Случай внутриглазного офтальмомиаза у ребенка // Офтальмологический журнал. — 2006. — № 6. — С 61–63.
6. **Buettner H.** Ophthalmomyiasis interna // Arch Ophthalmol. — 2002. — Nov; 120 (11). — P.1598–9.
7. **Sharifipour F., Fegghi M.** Anterior ophthalmomyiasis interna: an ophthalmic emergency // Arch Ophthalmol. — 2008. — Oct; 126 (10). — P.1466–7.
8. **Lagacy-Wiens P. R., Dookeran R., Skinner S., Leicht R., Colwell D. D., Galloway T. D.** Human ophthalmomyiasis interna caused by *Hypoderma tarandi*, Northern Canada // Emerg Infect Dis. — 2008. — Jan; 14(1). — P.64–6.
9. **Kearney M. S., Nilssen A. C., Lyslo A., Syrdalen P., Dannevig L.** Ophthalmomyiasis caused by the reindeer warble fly larva // J Clin Pathol. — 1991. — Apr; 44 (4). — P.276–84.
10. **Gjutterberg M., Ingemansson S. O.** Intraocular infestation by the reindeer warble fly larva: an unusual indication for acute vitrectomy // Br J Ophthalmol. — 1988. — Jun; 72(6). — P.420–3.
11. **Syrdalen P., Nitter T., Mehl R.** Ophthalmomyiasis interna posterior: report of case caused by the reindeer warble fly larva and review of previous reported cases // Br J Ophthalmol. — 1982. — Sep; 66(9). — P.589–93.
12. **Dixon J. M., Winkler C. H., Nelson J. H.** Ophthalmomyiasis interna caused by *Cuterebra* larva // Trans Am Ophthalmol Soc. — 1969. — Vol.67. — P.110–5.

Поступила 09.11.2010
Рецензент д-р мед.наук В. В. Савко

A CASE OF SUCCESSFUL SURGICAL TREATMENT OF THE INTRAOCULAR POSTERIOR OPHTHALMOMYIASIS

Pasechnikova N. V., Bobrova N. F., Umanets N. N., Zborovskaya A. V., Ostroukhov S. V.
Odessa, Ukraine

A patient was a girl S., of 7 years old, her visual acuity of the left eye was 0.07 n/c. On admission she was made a diagnosis of sluggish uveitis, intraocular posterior ophthalmomyiasis. There was performed vitrectomy with removal of *Hypoderma bovis* larva (1.8x1.0 mm in size). The larva was drawn up to the preliminary widened sclerotomy to 2 mm by fixation by the aspiration canula, and then was removed by the forceps from the vitreal cavity. On discharge the visual acuity was 0.9 n/c.



УДК 617.76–02:616.995.77]-074

КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК УРАЖЕННЯ МІАЗАМИ ОЧНОГО ЯБЛУКА ЛЮДИНИ

Л. М. Цісар, зав. офтальмологічним відділенням, **Н. М. Барчук**, лікар ординатор,
І. О. Атрощенко, клінічний ординатор

КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня», офтальмологічне відділення

Приведено описання рідкого в умовах умереного клімату случая розвитку офтальмомиаза. Прослежена діагностика поразення глаза в процесі лічення. На основі аналізу літературних даних относительно подібних случаев и результатів відповідного спостереження сделан вывод о необхідній настороженности окулістів з урахуванням можливості появи таких случаев на Україні

Ключові слова: офтальмоміаз, клінічний випадок

Ключевые слова: офтальмоміаз, клинический случай

Офтальмоміаз — паразитарне захворювання ока і його придатків, викликане проникненням в його тканини личинок гедзів і мух. Інфікування може виникнути як прямим шляхом — при безпосередньому відкладанні яєць або личинок першого порядку мухами або гедзями на кон'юнктиві або поблизу ока, так і непрямим шляхом — через брудні руки або укуси деяких забруднених москітів. Личинка може проникати через шкіру повіки, кон'юнктиви, при цьому викликаючи зовнішній офтальмоміаз.

В рідких випадках личинка потрапляє всередину ока і може бути причиною внутрішнього (внутрішньоочного) офтальмоміаза, який буває задній і передній.

Як і більшість паразитарних захворювань, офтальмоміаз більше поширений в країнах з тропічним кліматом, але деколи може зустрічатися і в помірному кліматі, зокрема, на Україні.

© Л. М. Цісар, Н. М. Барчук, І. О. Атрощенко, 2011