

Особенности течения токсокароза.

*Фадеева Т.Г., Сретенская Д.А. Сатарова С.А. Кузнецов В.И.
Гаврилова И.Б., Перминова Т.А.*

В последние годы обострилась проблема глистных инвазий, в том числе токсокароза. В связи с появлением методов серологической диагностики число больных этой инвазией возросло по сравнению с 1991 года в 80 раз. Саратовская область не является исключением. В связи с налаженным методом серологической диагностики токсокароза отмечается рост выявляемости у людей данного вида инвазии.

Так в 2001 году зарегистрировано 2 случая токсокароза в Саратове, 2002г – 7 случаев, с 2003 по 2005гг – 15 случаев, в 2006г – 17 случаев из них 9 детей до 14 лет.

Токсокароз относится к личиночным нематозам. Источником инвазии служат семейство псовых, редко кошки. В почве яйца сохраняют жизнеспособность и инвазивность длительное время. Инвазированный человек является «экологическим тупиком». Заражение происходит при игре в песке, работах на дачных и приусадебных участках, употреблении в пищу немытых овощей и фруктов, несоблюдение правил личной гигиены.

Токсокароз характеризуется тяжелым и рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленных миграцией личинок токсокар по различным органам и тканям. Ведущим патогенетическим фактором является сенсбилизация организма экзо- и эндоантигенами токсокар, образующимися после разрушения личинок, что приводит к развитию аллергических реакций немедленного и замедленного типа.

По локализации поражения токсокароз подразделяется на висцеральный, глазной и диссеминированный.

Постоянными проявлениями токсокароза являются эозинофилия от 30% до 90% и лейкоцитоз, повышение СОЭ.

Нами в 2007 году наблюдались 2 пациентки с установленным и серологически подтвержденным диагнозом "токсокароз, висцеральная форма", однако клиническая картина патологии была различна.

Больная К., 52 лет предъявляла жалобы на слабость, длительный зуд между ягодицами. При осмотре: правосторонний подмышечный лимфаденит, умеренно болезненный, значительная мацерация кожи межъягодичной складки, гепатомегалия. Общий анализ крови и функциональные пробы печени в пределах нормы. При УЗИ органов брюшной полости – увеличение размеров, диффузные изменения в паренхиме печени. В сыворотке крови обнаружены антитела к антигенам токсокар класса Ig G в титре 1/400. Проведено лечение

немозолом, на фоне которого полностью купировались клинические явления, описанные выше.

Таким образом, мы видим, что данный клинический случай характеризуется скудной клинической симптоматикой и лабораторными данными, и лишь выявление повышенного уровня специфических антител позволило правильно поставить диагноз.

Второй случай напротив, характеризовался обилием клинических и лабораторных признаков.

Больная М., 44 лет находилась на лечении в клинике инфекционных болезней в 2007. Заболела остро, когда стала повышаться температура тела до 37,5-39°C в течение 1 месяца. Затем присоединилась отечность лица, век, боли в верхних отделах живота, разжиженный стул, боли в икроножных мышцах. Предварительный диагноз "острый холецистит, панкреатит". В ходе обследования выявлено - гиперлейкоцитоз (до $48,2 \cdot 10^9/\text{л}$) и эозинофилия (до 83%). С диагнозом "трихинеллез?" больная переведена в клинику инфекционных болезней. При осмотре: полиаденопатия (подчелюстные, передние шейные и подмышечные лимфатические узлы до 0,5 см в диаметре, 4-5 штук, эластичные, неспаянные, безболезненные); в легких на фоне жесткого дыхания в нижних отделах влажные хрипы; расширение левой границы относительной сердечной тупости на 1 см, тахикардия до 110 уд в мин; гепатомегалия. В крови – лейкоцитоз ($47,4 \cdot 10^9/\text{л}$), эозинофилия (66%). Биохимия крови – повышение уровня ЛДГ (700 е/л); КФК (258 е/л); показатели билирубина, трансаминаз, глюкозы, мочевины в норме. На ЭКГ признаки инфекционно-аллергического миокардита. При УЗИ органов брюшной полости и почек – диффузные изменения, увеличение печени; диффузные изменения в поджелудочной железе; расширение ЧЛС обеих почек.

При исследовании сывороток крови в динамике выявлено 4-кратное нарастание титров специфических антител класса Ig G к токсокарам (с 1/3200 до 1/12800), что явилось неоспоримым подтверждением диагноза "токсокароз, висцеральная форма".

На фоне специфической терапии - немазол в течение 10 дней, – отмечалась нормализация температуры, исчезновение отеков, снижение количества лейкоцитов до $11,1 \cdot 10^9/\text{л}$ и уровня эозинофилии до 9%, а также показателей ЛДГ и КФК до нормы.

Учитывая кожно-аллергические проявления токсокароза с 2006 года по 2009 год в клинике кожных болезней СГМУ было проведено обследование 1209 больных на токсокароз, поступающих в стационар длительно болеющих аллерго-дерматозами.

У 5%, выявлено токсокароносительство (титр АТ ниже 1:800), у 8% титры были выше чем 1:800, что говорит о токсокарозе с кожными проявлениями.

На фоне специфического лечения отмечен регресс кожных проявлений и снижение титра антител. Следовательно, необходимо обследовать больных на токсокароз, учитывая различные проявления инвазии.