

ТОКСОКАРОЗА (TOXOCAROSIS) - СИНДРОМ LARVA MIGRANS VISCERALIS



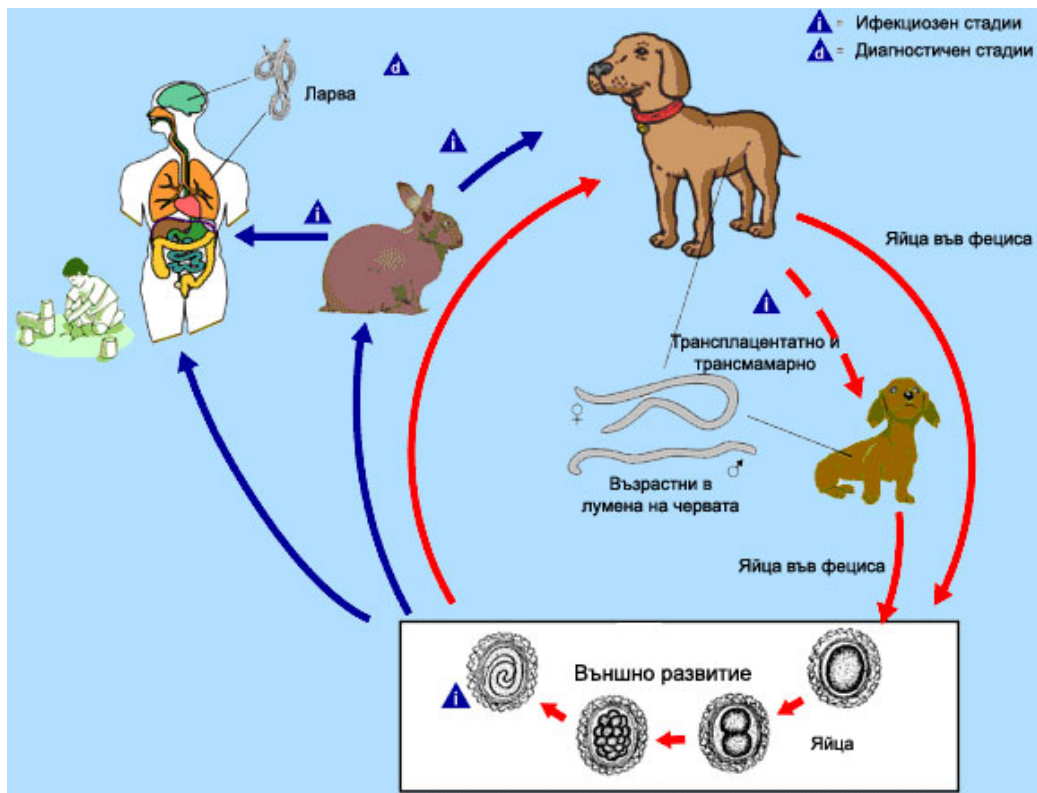
Токсокарозата (известна още като *Larva migrans visceralis*) се наблюдава при опаразитяване на човека с несвойствени за него ларви или незрели паразити на животински хелминти, с продължително рецидивиращо протичане. В тези случаи човекът се явява случаен гостоприемник, а паразитите, мигрирайки във вътрешните му органи не достигат полова зрялост.

Заболяването се характеризира с **изключителен клиничен полиморфизъм**: разнообразни субективни оплаквания и обективни прояви, а също и олигосимптомни случаи.

Честота:

В България през последните години честотата на токсокарозата нараства във връзка с увеличаване броя, както на домашните така и на бездомните кучета и котки (97,7% от кученцата до 4 месечна възраст у нас са опаразитени с *Toxocara canis*).

Етиология:



Най-честите причинители на синдрома *Larva migrans visceralis* са животински хелминти от класовете *Nematoda*, *Cestoidea* и *Trematoda*.

В Европа и България токсокарозата най-често се причинява от представители на рода *Toxocara*, видовете *Toxocara canis* (кучешки аскарис) и по-рядко *Toxocara mystax* (котешки аскарис).

Крайни гостоприемници и **източник на заразата са кучета**, котки, лисици, чакали и др., в тънките черва на които живеят възрастните аскариси. Освен тях източници са и резервоарните Те изхвърлят и разсейват във външната среда с изпражненията си **яйцата на паразитите**, които са с овална форма и тъмен цвят (с големина 65 – 75 микрометра). От тях могат да се заразят други животни и човекът. **Заразяването на човека**, става чрез **поглъщане на заразоспособни яйца** чрез замърсени ръце, почва, храна, вода, при контакт (игра) с опаразитено животно или чрез **поглъщане на ларви** при консумация на недобре термично обработено месо от опаразитени домашни животни (резервоарни гостоприемници).

Най-често се опаразитяват децата, но случаите при възрастни също не са редки.

Патогенеза:

От погълнатите яйца в тънкото черво на човека се освобождават **ларви**, които преминават **през тънкочревната стена** и от там **по кръвен или лимфен път** започват миграция към различни тъкани и органи. Най-често ларвите попадат **през v.portae в черния дроб**, където предизвикват струпване на еозинофили и епителоидни клетки, и образуване на грануломи, в които са заключени жизнеспособни ларви. Ларвите незахванати в черния дроб продължават миграцията си по кръвен път и попадат в **белите дробове**. Една част от ларвите попаднали там се фиксират в грануломи подобно на тези в черния дроб; други мигрират през алвеоларната стена и попадат в алвеолите, а от там последователно в бронхиолите, бронхите, трахеята до епиглотиса, откъдето могат да се погълнат отново и попаднали в червата ларвите не достигат полова зрелост, а започват нова миграция през тънкочревната стена (това води до нов тласък в клиничните прояви – 30 дневна цикличност); трети преминават през белодробните капиляри и през белодробните вени могат да достигнат до всички тъкани и органи – **сърце, бъбрек, око, ц.н.с.** и т.н. При спад на имунните сили ларвите, заключени в грануломите се активират и могат да напуснат грануломите и да започнат нова миграция.

Клиника:

Клиничното протичане е в зависимост от степента на паразитната инвазия и имунния статус на пациента. Характеризира се с голям полиморфизъм.

Най-често боледуват децата на възраст от 1 - 4 години.

Възможни са следните клинични прояви:

- **рецидивиращ фебрилитет** – от субфебрилна температура предимно регистрирана през втората половина на деня до умерено повишена или дори висока (стойности около 40⁰С).
- **безапетитие, гадене, повръщане, диарични изхождания**, изразени в различна степен са характерни началото на заболяването.
- от **въвличането на черния дроб** се развива хепатомегалия – увеличени размери, уплътняване, лека болезненост. Възможно е развитието на грануломатозен хепатит с раздвижване на чернодробните показатели. В част от случаите хепатомегалията е придружена и от спленомегалия.
- миграцията на ларвите в **белия дроб** обуславя разнообразие от клинични прояви – от леки катарални прояви до тежка бронхиална обструкция, пристъпи от задух, кашлица, цианоза. Характерна особеност е наличието на множество еозинофили в храчките. Рентгенологично се установяват инфилтрати –

бързопреходни, сменяща се локализация и конфигурация или такива, които са упорити на лечение и не се резорбират. Тези рентгенологични находки често създават затруднения в диференциалната диагноза с: пневмония, белодробен рак, туберкулом.

- чести са **кожно-алергичните прояви** – уртикариален, макулозен или друг вид обрив, едем на Quincke.
- възможни са отслабване, мускулни и ставни болки.
- по-рядко ларвите могат да мигрират в **сърцето** и да предизвикат миокардит, в **бъбрека** или други органи.
- **очна локализация** – грануломи в ретината, които могат да имитират ретинобластом; хориоретинит, увеит. В някои случаи при офталмоскопия може да се види и подвижна личинка в очното дъно. Очната форма на заболяването не е рядка, поради което при всички случаи на хориоретинит или увеит с неясна етиология би трябвало да се има пред вид токсокарозата като евентуална причина и да се провежда насочено лабораторно изследване.
- при попадане на ларви в **мозъка** се явяват различни неврологични оплаквания, огнищна неврологична симптоматика, гърчове, енцефалитни прояви, менингити и др.

Диагностика:

Методи за диагностика. Диагнозата се поставя въз основа на анамнестични, епидемиологични, клинични данни, промени в хемограмата, серологични изследвания, биопсични изследвания.

Материали за изследване: кръв, кръвен серум, биопсичен материал.

Лабораторна диагностика:

ПКК + ДКК – налице е **хиперлевкоцитоза** ($20 - 100 \cdot 10^9$) с **хипереозинофилия** ($12 - 80 \cdot 10^9$). Повишението на еозинофилите е много характерно, може да варира при отделните изследвания, но персистира с месеци. Еозинофилията много рядко липсва (при очната форма или когато мигриращите ларви са единични).

Възможно е раздвижване на някои биохимични показатели – напр. при грануломатозен хепатит повишение на чернодробните ензими, билирубина и т.н.

Паразитологични изследвания: серологични реакции – РПХА, РИФ, ELISA.

Хистологично изследване на биопсичен материал – в чернодробна тъкан, взета чрез пункция се установяват грануломи, ларви, еозинофили и плазмоцити.

Тъй като протичането на заболяването може да бъде изключително многообразно, нетипично, а в много случаи олигосимптомно за него трябва да се мисли и съмнителните пациенти целенасочено да се изследват. Особено съмнителни са следните случаи:

- Еозинофилия в кръвта, а също и в ликвора при обхващане на ц.н.с.
- Алергични състояния, неповлияващи се от прилаганото лечение.
- Неясни фебрилни състояния.
- Хориоретинити, увеити с неясна етиология.

За прецизиране на диагнозата се използва оценка по петоболна система: рецидивираща температура – 3,5 точки; белодробен синдром – 3,5 т.; рентгенологични данни за поражение на белите дробове – 2 т.; хепатомегалия – 4 т.; поражения на стомашно-чревния тракт – 2 т.; неврологични прояви – 1,5 т.; еозинофилия – 3 т. При комбинация на показателите с общ сбор над 12 точки токсокарозата е клинично обоснована и трябва да се направи серологично изследване.

Лечение:

Дитразин (Нотезин, Лохуран, Баноцид) табл. 0.100 гр., 6 мг/кг дневно за лечебен курс от 3 седмици;

Тиабендазол (Минтезол) табл. 0.500гр. и 25% суспензия, 25 мг/кг дневно за лечебен курс от 7 – 10 дни; Мебендазол (Вермокс) табл. 0.100 гр., 0.500 гр., 10 мг/кг дневно за лечебен курс от 10 дни;

Албендазол (Зентел) табл. 0.200 гр., по 400 мг. дневно за лечебен курс от 3 дни.

Не се препоръчва лечение с кортикостероиди, освен в случаите на тежки възпалителни процеси или тежка диспнея.

Профилактика:

Да се избягва контакт с кучета и котки, да не се консумира недобре термично обработено месо от домашни или диви животни, обилно измиване на нискостеблените плодове и зеленчуци, паспортизация и дехелминтизация на кучетата и котките.

Диспансерното наблюдение на болните се прекратява след отзвучаване на субективните оплаквания, нормализиране на еозинофилията и негативизиране на серологичните тестове.