

ПАРАГОНИМОЗЫ

Этиология. Возбудители - *Paragonimus westermani* (легочный сосальщик), другие виды рода *Paragonimus* - трематоды яйцевидной формы, размеры 7,5-13 x 4-8 мм, поверхность тела покрыта шипиками. Яйца овальные, с крышечкой.

Эпидемиология. Парагонимоз (*paragonimosis*) - пероральный биогельминтоз, природно-очаговая инвазия. Окончательные хозяева паразитов и источники возбудителей - человек, кошки, собаки, свиньи и дикие плотоядные животные, выделяющие яйца гельминта с мокротой (и редко с фекалиями). Промежуточные хозяева - пресноводные моллюски (рода *Oncomelania* и др.), дополнительные хозяева - пресноводные крабы и раки. Человек заражается при употреблении в пищу раков и крабов, инвазированных метацеркариями *P. westermani*.

Восприимчивость всеобщая. В СССР ограниченный очаг парагонимоза выявлен на Дальнем Востоке.

Патогенез и патологическая анатомия. Заглоченные человеком личинки парагонимусов освобождаются от оболочек и мигрируют через кишечную стенку в брюшную полость, затем в полость плевры и легкие (через диафрагму, возможно, гематогенно), иногда в головной мозг и другие органы. Спустя 3 мес гельминт начинает выделять яйца во внешнюю среду. Основой патогенеза парагонимоза являются токсико-аллергические реакции со стороны тканей, в которых паразитируют гельминты, сенсибилизация и аутоенсибилизация организма. Вокруг паразитов, располагающихся попарно, образуются полости диаметром 1-10 см, которые с течением времени фиброзируются и кальцифицируются.

Клиническая картина. Инкубационный период короткий, составляет несколько дней. Для ранней фазы инвазии характерны симптомы энтерита, гепатита и асептического перитонита с доброкачественным течением. Вслед за этим развивается плеврорегочный синдром, проявляющийся симптомами бронхита, очаговой пневмонии и нередко экссудативного плеврита.

Хроническая фаза (спустя 2-3 мес после заражения) характеризуется наличием симптомов интоксикации с периодами подъемов температуры тела до 39 °С и признаков поражения легких, из которых наиболее постоянными являются: кашель с гнойной мокротой (до 500 мл в сутки), нередко с примесью крови, боли в груди, одышка, обильные легочные кровотечения. В гемограмме - эозинофилия и умеренный лейкоцитоз. В мокроте находят яйца паразитов. В дальнейшем признаки поражения легких угасают, происходят фиброзирование и кальцификация патологических очагов, которые можно обнаружить рентгенологически.

При множественной нелеченой инвазии в стадии исходов развивается пневмосклероз и симптомокомплекс легочного сердца.

Тяжелое течение парагонимоз приобретает при заносе гельминтов и их яиц в головной мозг, при этом выявляется синдром объемного процесса в головном мозге.

В районе Приморского края встречается так называемая ларвальная форма парагонимоза, протекающая с персистирующим синдромом аллергоза в течение 1-2 лет, инфильтративными изменениями в легких.

Прогноз при неинтенсивной инвазии и своевременном лечении благоприятный, при массивной инвазии возможно развитие пневмосклероза. При поражении головного мозга - серьезный.

Диагностика. В ранней фазе диагноз основан на клинико-рентгенологических данных и может быть подтвержден иммунологическими тестами (РСК и внутрикожная аллергическая проба).

В хронической фазе диагноз устанавливается паразитологически (обнаружение яиц *P. westermani* в мокроте).

Лечение. Назначают битионол (актомер, битин) по 30-40 мг/кг в сутки, в 2-3 приема, после еды, на курс лечения (взрослому) 300-400 мг/кг. Высокоэффективен никлофолан по 2 мг/кг однократно. Используют симптоматическую и патогенетическую терапию. При парагонимозе головного мозга в ряде случаев показано хирургическое вмешательство.

Профилактика. Основой профилактики является соблюдение технологических приемов обработки и приготовления блюд из раков и крабов.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).