

Симптомокомплекс, вызываемые мигрирующими личинками гельминтов

Симптомокомплекс, называемый чаще *larva migrans*, - заболевание, обусловленное паразитирование мигрирующих личинок зоогельминтов, для которых человек не является естественным хозяином. Различают кожную и висцеральную формы болезни.

Кожная форма *larva migrans*. Возбудителями являются трематоды (*Schistosomatidae* sp., паразитирующие у водоплавающих птиц) и нематоды (*Ancylostoma canis*, *A. brasiliensis*, *Strongyloidae* и др.).

Личинки гельминтов при контакте с почвой или водой проникают в кожу, располагаясь в зернистом слое эпидермиса или в более глубоких слоях, откуда они вновь мигрируют в эпидермис. В коже развивается местная аллергическая реакция, сопровождающаяся полиморфно-ядерной инфильтрацией, отеком, расширением капилляров и нередко разрушением клеток под действием паразитарных протеаз. После гибели личинок обычно наступает полное выздоровление.

Клинические проявления развиваются вскоре после инвазии и характеризуются возникновением чувства жжения, покалывания или зуда в месте внедрения гельминта. В случае заражения шистосоматидами на коже соответственно внедрению церкарий появляются папулезные элементы, превращающиеся спустя 1-3 дня в корочки, часто наблюдается местная или распространенная крапивница (зуд купальщиков, шистосоматидный дерматит). Нередко наблюдаются кратковременная лихорадка, признаки общего недомогания, более выраженные при повторном заражении. Спустя 1-2 нед (реже 5-6 нед) наступает выздоровление. Аналогичная картина может наблюдаться в ранней стадии шистосомозов у человека. В случае инвазии личинками нематод развивается линейный аллергический дерматит, распространяющийся в соответствии с продвижением личинки (со скоростью 1-5 см в сутки). Продолжительность патологических явлений может достигать 4-6 мес, редко более.

В гемограмме больных кожной формой *larva migrans* обнаруживается преходящая эозинофилия. В соскобах кожи можно обнаружить остатки личинок.

Висцеральная форма *larva migrans*. Возбудителями являются личинки цестод (*Sparganum mansoni*, *S. proliferum*, *Multiceps* sp.) и нематод (*Toxocaracanis*, *T. mystax*, *Toxoascaris leonina*, *Filariatidae*, *Hepaticola* и др.) плотоядных животных.

Человек заражается в результате заглатывания яиц гельминтов с водой и пищевыми продуктами и становится промежуточным хозяином паразитов. Заболевание регистрируется преимущественно у детей 1-4 лет.

В случае заражения цестодами в кишечнике человека из яиц гельминтов выходят личинки, проникающие через кишечную стенку в кровь и достигающие различных внутренних органов, где они трансформируются в пузыревидные личинки, достигающие 5-10 см в диаметре, которые сдавливают ткани и нарушают функцию соответствующих органов.

Клинические проявления болезни развиваются спустя 4-5 мес после заражения и в начальной стадии характеризуются нерезко выраженными признаками интоксикации: отмечается плохое самочувствие, возможна аллергическая экзантема. В дальнейшем присоединяются и нарастают симптомы, обусловленные локализацией паразита в органах. Наиболее тяжелая клиническая картина наблюдается при поражении ЦНС.

Личиночные стадии цепней (ценуры, цистицерки) располагаются преимущественно в оболочках и веществе головного мозга, вызывая клинику объемного процесса (цистицеркоз, ценуроз головного мозга). У больных наблюдаются головная боль, признаки церебральной гипертензии, очаговые симптомы, эпилептиформные судороги. Кроме головного мозга, личинки могут располагаться в спинном мозге, глазном яблоке, серозных оболочках, межмышечной соединительной ткани и др.

Инвазия яйцами нематод животных (токсокароз, токсоаскаридоз и др.) сопровождается тяжелой общей аллергической реакцией с лихорадкой неправильного типа, сухим кашлем, приступами бронхиальной астмы, аллергической экзантемой. Рентгенография выявляет в легких «летучие» эозинофильные инфильтраты. Нередко наблюдается гепатомегалия с развитием желтухи и нарушением функциональных проб печени; в биоптатах печени обнаруживаются эозинофильные гранулемы.

Аналогичные изменения могут быть найдены в почках, кишечной стенке, миокарде и других тканях.

Гемограмма таких больных характеризуется значительной эозинофилией (от 50 до 90 %); возможна лейкомоидная реакция, СОЭ повышена. Часто обнаруживается гиперглобулинемия.

Заболевание склонно к рецидивирующему течению, продолжительность его достигает 5-8 мес (иногда 2 года).

Сходные явления наблюдаются в ранней стадии аскаридоза, однако их продолжительность составляет 2-3 нед.

Прогноз серьезный, при отсутствии лечения возможны летальные исходы.

Диагностика проводится с учетом клинико-эпидемиологических данных, диагноз подтверждается инструментальными (эндоскопия, рентгенография и др.) и сероиммунологическими методами (РКС, РПГА, ИФМ, реакция микропреципитации и др.); применяют морфологическое изучение биоптатов органов.

Лечение осуществляется тиабендазолом (минтезол) по 25-50 мг/кг в сутки или мебендазолом (вермокс) взрослым по 200 мг в сутки в течение 5-7 дней. Рекомендуется повторный курс спустя 1-2 мес.

Профилактика предполагает проведение комплекса санитарно-гигиенических и ветеринарных мероприятий. Рекомендуется ношение защитной одежды при работе в водоемах.

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).