

## Поражение перикарда при токсокарозе

В. В. Кочмашева, И. В. Кириллов

Отделение функциональной диагностики ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1»

Среди инфекционных причин перикардитов глистным и паразитарным инвазиям отводится незначительная роль. По данным Марбургского регистра перикардитов [1] паразитарные и глистные перикардиты встречаются редко. Тем не менее необходимо помнить о глистной и паразитарной инвазии как возможной причине поражения тканей сердца и в том числе перикарда. Назначение этиотропной терапии в указанных случаях позволяет излечить от хронического перикардита, при котором неэффективны другие виды лечения.

Мы наблюдали поражение перикарда на фоне токсокароза у пациентки А., 52 лет, жительницы Казахстана. Причиной первичного обращения к врачу послужил кашель, сопровождавшийся приступами удушья, субфебрильная температура, общая слабость, недомогание. Диагностирован острый бронхит, по поводу которого больная получила антибактериальную терапию без существенного эффекта. При дальнейшем обследовании по результатам проведенной эхокардиографии выявлен экссудативный перикардит, объем жидкости в полости перикарда достигал 400 мл, листки перикарда утолщены. Назначен преднизолон в дозе 30 мг/сут, который больная принимала в течение месяца, но выпот в полости перикарда сохранялся в прежнем объеме, кашель уменьшился. Далее с целью уточнения диагноза больная была госпитализирована во фтизиатрическую клинику, где не было обнаружено заболевания туберкулезом, но диагностирован аскаридоз иммуноферментным методом. Лечение, примененное по поводу глистной инвазии, принесло значительное улучшение общего самочувствия, уменьшился объем перикардального экссудата до 200 мл, были отменены глюкокортикостероиды. После окончания противогельминтной терапии состояние вновь стало ухудшаться, стал нарастать выпот в полости перикарда, появилась одыш-

ка. При повторной консультации гельминтолога была заподозрена инвазия токсокарами. Иммуноферментное исследование выявило антигена к токсокарам в титре 1:400. Пациентке был назначен длительный курс лечения по поводу токсокароза последовательно тремя препаратами в сочетании с десенсибилизирующей терапией и колхицином в дозе 0,5 мг/сут. Спустя полгода после начала терапии уменьшился объем перикардального экссудата до 100 мл. В течение последующих полутора лет пациентка принимала колхицин в виде поддерживающей терапии по 0,5 мг/сут в течение года, далее по 0,25 мг/сут. По истечении двух лет с начала терапии при эхокардиографическом исследовании в полости перикарда жидкость отсутствует, перикард и эпикард тонкие, позади стенок сердца небольшая зона адгезии листков сердечной сорочки.

Токсокароз — глистная инвазия, характеризующаяся тяжелым длительным и рецидивирующим течением, полиморфизмом клинических проявлений, обусловленных миграцией личинок токсокар (аскаридат собак и кошек) в различных органах и тканях.

Возбудитель токсокароза относится к типу Nematelminthes, классу Nematoda Rudolphy, подотряду Ascaridata Skrjabin, роду Toxokara Stiles. Известны два вида рода Toxokara — Toxokara canis — гельминты семейства псовых и Toxokara mystax — гельминт семейства кошачьих. Токсокароз человека — паразитарный зооноз, вызываемый аскаридатой собаки, встречается часто [2].

Распространение токсокароза обусловлено высокой численностью собак, загрязнением внешней среды яйцами токсокар и несоблюдением личной гигиены людьми. В Российской Федерации отмечается выраженная тенденция роста токсокароза. Число случаев возросло с 91 в 1994 г. до 1105 в 2000 г. [3]. Токсокароз относится к геогельминтозам. Патогенез токсокароза сложен и определяется комплексным воздействием сочных системы паразит — хозяин. В процессе миграции личинки травмируют ткани, вызывая геморрагии, некрозы. Однако ведущую роль в патогенезе токсокароза играют иммунологические и иммунопатологические реакции: сенсibilизация метаболитны-

В. В. Кочмашева — зав. отделением функциональной диагностики ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница № 1», гл. внештатный специалист Министерства здравоохранения Свердловской области по функциональной и ультразвуковой диагностике, к. м. н.

ми и соматическими антигенами токсокар с развитием реакции гиперчувствительности и немедленного и замедленного типов. Иммунопатологическим реакциям способствует иммуносупрессивная активность паразита, наличие в личинках гетерофильных антигенов и др.

Клинические проявления токсокароза характеризуются большим полиморфизмом, степень их выраженности зависит от интенсивности инвазии, характера распределения личинок в органах и тканях, реинвазии, иммунологического статуса хозяина. Токсокароз протекает тяжело при очень массивной инвазии. Различают висцеральный или системный и местный глазной токсокароз [4].

Висцеральный токсокароз проявляется рецидивирующей лихорадкой, легочным синдромом, увеличением размеров печени, эозинофилией, гиперглобулинемией. Часто выявляются признаки поражения центральной нервной системы от раздражительности и нарушения сна до эпилептиформных припадков, парезов и параличей. При токсокарозе описано развития миокардита, перикардита, гранулематозного эозинофильного панкреатита, поражение почек. Выраженная клиника чаще встречается у детей в возрасте до четырех лет, хотя описаны случаи развернутой клиники токсокароза у взрослых.

Окончательный диагноз токсокароза устанавливается только при обнаружении личинок токсокара в биоптатах тканей, но практически это удается редко. Ведущими в диагностике являются иммунологические тесты. По результатам серологических реакций судят о тяжести патологического процесса при токсокарозе: титры 1:800 и выше свидетельствуют о болезни, а титры от 1:200 до 1:400 — о благоприят-

но протекающей инвазии, соответствующей токсокароносительству. Лица с низкими титрами специфических антител должны находиться на диспансерном наблюдении. В случаях появления клинических симптомов и (или) увеличения антитоксокарных антител проводят специфическую терапию.

Специфическая терапия токсокароза проводится минтезолом (тиабендазолом), вермоксом (мебендазолом) и дитразином (диэтилкарбамазином). Побочные явления указанных препаратов связаны не только с токсическим действием антигельминтиков, но и с реакцией организма на гибель личинок токсокар. Поэтому в процессе лечения целесообразно назначение антигистаминных препаратов, а при развитии тяжелых аллергических реакций — прием глюкокортикоидов.

Приведенный пример демонстрирует тяжелую клинику токсокароза у взрослого человека. Непонятным остается характер глистной инвазии: сочетание аскаридоза и токсокароза или массивная инвазия токсокарами с перекрестными неспецифическими антигенами, которые встречаются у родственных гельминтов. Скорее в данном случае мы наблюдали второй вариант паразитарного поражения.

### Литература

1. Часть I
2. М. И. Алексеева. Токсокароз: клиника, диагностика, лечение (лекция). Медицинская паразитология и паразитарные болезни. М., 1984; 6: 66-72.
3. И. В. Бабаченко, В. Н. Тимченко, Т. К. Стебунова и др. Токсокароз в практике инфекциониста. Педиатрия. М., 2002; 2: 41-43.
4. З. А. Ошевская, Т. Ю. Державина, Г. П. Терина. Токсокароз в Тульской области. Медицинская паразитология и паразитарные болезни. М., 2003; 1: 30-33.