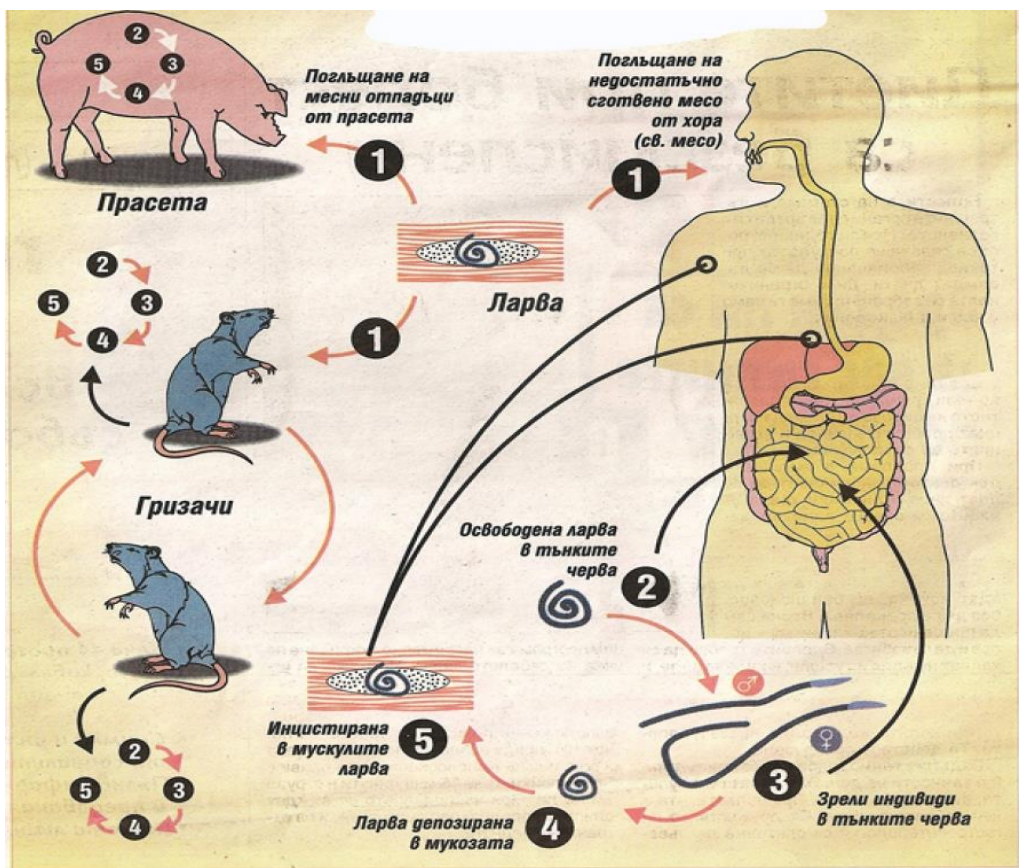


Трихинелоза

Етиологичен причинител са нематодите *Trichinella spiralis* от род *Trichinella*, клас *Nematoda*, тип *Nemathelminthes*. *Trichinella spiralis* представляват нишковидни хелминти, с полове зрели женски индивиди достигащи дължина до четири милиметра и мъжки, два пъти по-къси.

Инвазията, предизвикана от *Trichinella*, се нарича трихинелоза. Представлява остро или хронично протичащо състояние, с характерни клинични прояви. Източник на инвазията са заразени домашни и диви животни, най-често прасета, птици, глигани и други.

Характерна особеност на биологичния цикъл е, че се извършва в един единствен гостоприемник, който първоначално е краен, а след това междинен.



Човек се заразява по перорален механизъм, при консумация на опаразитено термично недостатъчно обработено месо или месни продукти, съдържащи паразита. Под действието на стомашния сок, мускулните форми на паразитите се декапсулират, след което ларвите преминават в интестиналния тракт, нарастват и в рамките на два дни достигат полова зрялост. Оплождат се и след няколко дни женските започват да раждат млади ларви. Ларвите мигрират по хематогенен и лимфогенен път, локализиращ се в напречно набраздената мускулатура и се инкапсулират. Най-честата локализация е в диафрагмата, езикът, хранопровода, скелетната мускулатура.

След един месец мускулните форми се завиват спираловидно и около тях се формира капсула. Капсулираните мускулни форми на паразита могат да оцелеят в

рамките на 30 години, като алергизират и интоксикират организма. Мускулните форми са изключително устойчиви към въздействието на факторите от околната среда, издържат дълго време и на минусови температури.

Паразитите водят до алергизиране и сенсibiliзация на организма, оказват механично и токсично въздействие. При своя метаболизъм трихинелите отделят вредни вещества, нарушава се абсорбиционната способност на червата.

Клиничната картина се развива след инкубационен период от два до 45 дни. Протичането може да бъде безсимптомно, леко, средно и тежко, с или без усложнения. Изключително специфични за заболяването са следните четири признака: фебрилитет, периорбитален оток, миалгия, лабораторни изследвания-еозинофилия с левкоцитоза.



Телесната температура се повишава постепенно, като достига своя пик обикновено на десетия ден.

Отокът по клепачите се появява през първата седмица, като може да се разпространи и да обхване крайниците и главата.

Миалгията е силно изразена и наподобява мускулна треска. Първоначално се засягат орбиталната и дъвкательната мускулатура, а в последствие и двигателната. Пациентите преглъщат трудно, наблюдава се и диспнея.

Високи стойности на еозинофилите се наблюдават още по време на инкубационния период, като могат да персистират повече от четири месеца, дори и след изчезване на другите признаци. Възможно е развитие и на някои от следните признаци: гадене, повръщане, главоболие, артралгия, общо неразположение.

Често се развиват усложнения, обикновено на втория месец от заболяването, като най-често се наблюдават бронхопневмония, менингоенцефалит, хепатит, пиелонефрит, тромбофлебит, токсичен миокардит.

Диагнозата при инвазия, се основава на информация получена от епидемиологичната анамнеза, физикалния преглед, паразитологичните и параклиничните изследвания, диференциална диагноза, които се поставят от лекар-специалист. Използват се и данните от лабораторните изследвания - левкоцитоза с лимфоцитоза и еозинофилия, хипопротеинемия, понижени на някои електролити, повишени на креатининкиназата и чернодробните ензими. При изследването на урината се установява албуминурия, хипокреатуририя и увеличение на уробилиногена. Необходимо е изследване на фекална проба, при възможност биопсичен материал от заподозряното месо или месни продукти. Прилагат се микроскопски, имунологични и биологични методи за изследване, поставяне на диференциална диагноза

Лечението на пациентите с трихинелоза се определя индивидуално, в зависимост от тежестта на заболяването от лекар-специалист. Безсимптомните пациенти и тези с лека форма на хелминтозата се лекуват в амбулаторни условия.

От лекар-специалист се прилагат различни противопаразитни агенти, предимно мебендазол, тиабендазол, албендазол, пирантел, като ефективността им е най-висока в първите две до три седмици от инвазията.

При тежките форми се прилагат и кортикостероиди, витамини, антихистамини и симптоматични средства (аналгетици, антипиретици).

Профилактиката включва повишаване на здравната култура, достатъчна термична обработка на месото, спазване на санитарно-ветеринарните норми в свинефермите, задължителен трихинелоскопски преглед на свинското месо.

Преболедувалите лица се диспансеризират, като два пъти в годината се прилагат контролни клинични прегледи от лекар-специалист и серологични изследвания.