

ПРОБЛЕМИ ДІАГНОСТИКИ ТОКСОПЛАЗМОЗУ

Гльїна Н.І., доц.; Захлебасва В.В., асист.

СумДУ, кафедра інфекційних хвороб

Серед інфекційних захворювань протозойної етіології токсоплазмоз (Т) є найбільш поширеним. За статистичними даними, інфікованість населення в різних країнах становить від 2 до 95 %. Особливістю Т є часте формування латентної інфекції (у 95-98 % інфікованих).

Діагностика Т має серйозні труднощі. Поліморфізм клінічних проявів, відсутність чітко окресленої клінічної картини і патогномічних симптомів обмежує можливості клінічної діагностики. В зв'язку з цим важливе значення належить лабораторній діагностиці Т з використанням новітніх високочутливих імунологічних методів ІФА, ELISA, які дають можливість диференціювати Тохо Іg М, Тохо Іg G. Це необхідно для вирішення питання про інфікованість, гострий період захворювання або реактивацію хронічного процесу. Для визначення реплікативної форми збудника, яка є показанням до призначення антипротозойної терапії, використовується ПЛР. Однак переоцінка лабораторних результатів, їх невірна інтерпретація без урахування клініки призводить до гіпердіагностики Т, що іноді дає тяжкі наслідки із-за помилкової тактики лікаря.

У Сумському обласному клінічному інфекційному лікарстві ім. З.Й. Красовицького у 2007 році було направлено на консультацію 123 особи з попереднім діагнозом Т, виставленому на підставі знаходження в сироватці крові Тохо Іg G (переважно вагітні) або наявності у пацієнтів лімфаденопатії, тривалої гарячки, ВСД, невиношування вагітності та ін.

Крім клінічного обстеження, пацієнтам проведено імунологічне дослідження на Тохо Іg М, Тохо Іg G та ПЛР на ДНК токсоплазм у сироватці крові. У 50 (45,5 %) осіб було виявлено Тохо Іg G, у 2 (1,6 %) - Тохо Іg М. ДНК токсоплазм виявлена в крові 6 (4,8 %) обстежуваних, з них у 4 визначались тривалий субфебрилітет, лімфаденопатія, ВСД, у однієї хворої – інфекційно-токсична енцефалопатія, в одному випадку – невиношування вагітності. З урахуванням діагностичних титрів Тохо Іg G (130-180 МО/мл) та знаходження ДНК токсоплазм у сироватці мала місце реактивація первинно-хронічного Т і призначена антипротозойна терапія. У решти пацієнтів наявність Тохо Іg G в сироватці крові, титри яких не перевищували 37-60 МО/мл, розцінювали як інфікування.

Отже, для запобігання гіпердіагностики Т необхідне комплексне обстеження з визначенням у сироватці крові Тохо Іg М, Тохо Іg G у динаміці, виявлення ДНК токсоплазм ПЛР з обов'язковим урахуванням клінічних проявів захворювання.