

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ІНФЕКЦІЙНИХ ХВОРОБ З ЕПІДЕМІОЛОГІЄЮ
ГО «АСОЦІАЦІЯ ІНФЕКЦІОНІСТІВ СУМЩИНИ»

**Інфекційні хвороби
в практиці лікаря-інтерніста:
сучасні аспекти**

*Infectious diseases in practice of physician-internist: modern
aspects*

Матеріали Всеукраїнської науково-практичної конференції,
присвяченої 20-річчю кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією
СумДУ
(Суми, 25–26 травня 2017 року)

Суми
Сумський державний університет
2017

Козько Володимир Миколайович,
Кацапов Дмитро Володимирович,
Бондаренко Андрій Володимирович, Похіл Сергій Іванович
ДІАГНОСТИКА КИШКОВОГО КРИПТОСПОРИДИОЗУ
Кафедра інфекційних хвороб
Харківський національний медичний університет, м. Харків,
Україна

*Kozko Volodymir Mykolajovich, Katsapov Dmytro Volodymirovich,
Bondarenko Andriy Volodymirovich, Pokhil Sergiy Ivanovich*
**DIAGNOSTIC OF INTESTINAL CRYPTOSPORIDIOSIS IN
HIV/AIDS**
*Department of Infectious Diseases
Kharkiv national medical university, Kharkiv, Ukraine*
infectology@ukr.net

***Summary.** Necessity of investigation of patients from the groups of risk on *Cryptosporidium* spp. with the purpose of improvement of etiologic diagnostics and treatment of disease was grounded in the work. Modern clinical and epidemiological data for immunocompetent patients and with AIDS were discussed. Difficulties of clinical diagnostics and perspective of different methods application of specific diagnostics was shown.*

Актуальність. Криптоспоридіоз людини – маловивчена протозойна хвороба, спричинена найпростішими роду *Cryptosporidium*, які володіють здатністю до інвазії, розмноження і паразитування в ентероцитах ворсинок слизової оболонки кишечника, породжуючи специфічний інфекційний процес із характерним клінічним проявом у формі “водянистої діареї”. За даними ВООЗ паразитарні хвороби вражають до 2 мільярдів людей. Реальна кількість інвазованого паразитами населення України може сягати 4,5-5,0 мільйонів осіб (близько 12 % жителів країни). Клінічні прояви інфекції у ВІЛ-

інфікованих хворих вивчені недостатньо та більшість лікарів не мають настороги до цього захворювання.

Мета. Обґрунтування доцільності обстеження осіб з груп ризику на *Cryptosporidium* spp. з метою покращення етіологічної діагностики та лікування захворювання.

Результати дослідження. Інкубаційний період захворювання триває від 4 до 14 діб. Спектр варіантів криптоспоридіозу варіює від безсимптомних та самообмежуючих гострих легких у імунокомпетентних осіб, до хронічних та навидь тяжких захворювань із летальним наслідком у осіб з імунодефіцитом. У осіб із нормальним імунним статусом захворювання відзначається бурхливим початком, що супроводжується профузною, водянистою діареєю, болями і бурчанням у животі, інколи системними симптомами, такими як: субфебрильна температура тіла, нездужання, нудота, блювання та втрата апетиту. Фекалії – рясні, інколи із смердючим запахом, сірого, сіро-жовтого, жовто-помаранчевого кольору, без домішок слизу та крові. Зазвичай ці симптоми тривають упродовж 5-10 днів, потім швидко зникають. Зрідка діарея може продовжуватись до 3-5 тижнів, у таких випадках спостерігається помірне порушення всмоктувальної функції кишечника із зневодненням і зниженням маси тіла, іноді з дегідратацією II-III ступеню. Зазвичай в осіб із імунодефіцитом (пацієнти із ВІЛ-інфекцією/СНІДом, вродженою гіпогаммаглобулінемією, трансплантованими органами на тлі імуносупресивної терапії, злоякісними пухлинами, на тлі хіміотерапії та інші) криптоспоридійна інфекція перебігає довго й мляво, з болем в животі, вираженою діареєю та розвитком синдрому мальабсорбції (втрата рідини з електролітами в об'ємі від 1 до 15 л. на добу, порушення всмоктування поживних речовин і ферментативної діяльності кишечника, тощо), що спричинює значне зниження маси тіла. У пацієнтів із імунодефіцитними станами спостерігаються також позакишкові форми криптоспоридіозу з ураженням органів дихання (грипоподібний синдром, задишка, кашель, сухі хрипи, помилковий круп, тощо),

жовчних шляхів (з клінічною картиною подібною до некалькульозного холециститу, склерозуючого холангіту або гепатиту), підшлункової залози. Звісно, це значно утруднює клінічну діагностику захворювання у хворих на СНІД. У разі розвитку затяжного й хронічного паразитозу на тлі зниження CD4(+) Т-клітин менше 50 клітин/мл прогноз захворювання є несприятливим.

Діагноз криптоспоридіозу встановлюється з урахуванням епідеміологічних і клінічних даних та результатів спеціальних лабораторних досліджень. Стандартні медичні призначення та стандартні паразитарні дослідження майже у всіх країнах світу (у т.ч. в США, Канаді, Японії, більшості країн Європи тощо) не передбачають обов'язкове (неселективне) здійснення діагностичних аналізів на криптоспоридії. Прі підозрі на криптоспоридіоз підтверджуючими (безсумнівними) доказами наявності *Cryptosporidium* spp. у фекаліях, рідині кишечника, зразках тканин, біоптатах або інших зразках біоматеріалу є її виявлення лабораторними методами із високою прогностичною значимістю (пряма флюоресценція антитіл, полімеразна ланцюгова реакція, імуноферментний аналіз, світлова мікроскопія фарбованих зразків). Скринінг-тести з виявленням наявності антигенів *Cryptosporidium* (імунохроматографічні картки, експресні тест-картки) є вірогідними. Зазначені методи майже не застосовуються у вітчизняній клінічній практиці, що, безумовно, ускладнює діагностику захворювання.

Висновки. Проведені дослідження свідчать, що криптоспоридіоз майже не реєструють в Україні серед хворих. Групами ризику є пацієнти, у яких вміст CD4+ лімфоцитів менше 200 клітин/мл крові; хворі з IV клінічною стадією ВІЛ-інфекції; хворі з розладами травлення. Хворим зазначених груп слід проводити обстеження на криптоспоридіоз під час диспансерного спостереження та за клінічними показаннями.