

ПРОЯВЛЕНИЕ ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ПРИ ТОКСОПЛАЗМОЗЕ

А.А. Юмашева, С.А. Вознюк, В.И. Белоус

Житомирский государственный университет имени Ивана Франка, ул. Большая Бердичевская, 40, Житомир, 10008, Украина

Токсоплазма гондии (*Toxoplasma gondii*) – наиболее часто встречающиеся у человека паразиты, но их распространенность (7 – 80%) сильно зависит от географической зоны, социально-экономического состояния и культуры питания. Выявление инфекции возможно с помощью: 1) ПЦР; 2) непрямого иммунофлюоресцентного метода (ИФ); 3) серологически – выявление антител методом FLISA (ферментосвязывающий иммуносорбентный метод, позволяющий осуществлять количественное определение IgG – антител к *Toxoplasma gondii*) [3, 4, 5].

В течение 2-х лет обследовалось и наблюдалось 17 человек (25 глаз) с токсоплазмозным ретинохориоидитом, лечившихся в Житомирской областной больнице им. Гербачевского и 1-й Городской больнице; у 4-х из этих пациентов к началу наблюдения уже имел место хронический процесс, который захватывал оба глаза и сочетался с увеитом.

У всех обратившихся больных уровень токсоплазмозных антител был очень высоким и у некоторых достигал 500 NTU/ отрицательный результат считается при величинах менее 9 NTU/. Параллельно проводился иммуноферментный тест для определения IgG – антител к цитомегаловирусу. Известно, что инфицированию CMV подвержены практически все географические регионы и социоэкономические группы, охватывая от 50 до 85% взрослого населения. Механизм инфицирования заключается в передаче от одного лица другому при близких контактах через слюну, мочу или другие жидкости инфицированного лица; CMV может передаваться при половом контакте, через грудное молоко, трансплантированные органы и в редких случаях – при переливании крови. Выявление возможно путем: 1) микроскопии; 2) ПЦР; 3) серологически: СВР, выявление антител методом FLISA [1, 2, 6].

У обследуемой группы больных пробы на цитомегаловирус были положительными и достигали уровня 200 NTU (при норме – 9 NTU).

Кроме лабораторных исследований всем больным проводилось клиническое обследование, которое включало определение остроты зрения, поля зрения, внутриглазного давления, биомикроскопию и офтальмоскопию.

Лечение проводилось по 2-м схемам.

I группа больных (9 человек, 12 глаз) получала:

1) Пириметамин (2,4 – диамино-5-пара-хлорфенил-6 этилпиримидин) 100 мг однократно, затем – поддерживающая доза 25 мг в день, 4 недели.

2) Сульфадимезин 1г × 4 р. в день 2 недели.

- 3) парабульбарно: Р – р Дексаметазона 0,1 % - 0,4 №10
 Р – р Цефазолина 0,5
- 4) внутривенно: Р – р Глюкозы 40% – 10,0 10 }
 Р – р Аскарбиновой к-ты 5% – 2,0 } 10
- 5) Таб. Кеналог 10 мг 5 дней, затем Кеналог 5 мг 5 дней.
- 6) Фолиевая кислота 5 мг × 2 в день, 1 месяц.
- 7) Мильгама 1т.×2 р. в день 30 дней.

Больные с увеитом получали противовоспалительные капли и мидриатики.

II группа больных (8 человек, 13 глаз)

1) Фазижин 2 г 1 р. в день 7 дней, 7 дней перерыв и снова 7 дней 2 г 1 р. в день;

2) Внутримышечно: Р – р Ровамицина 1,5 мл × 3 р. в день, 7 дней

3) Парабульбарно: Р – р Дексаметазона 0,1 % - 0,4 }
 Р – р Пенициллина 100000 ЕД } 10

4) внутривенно капельница по Кондратенко:

Р – р Хлористого кальция 10% - 10,0 }
 Р – р Димедрола 1% - 1,0 }
 Р – р Дексаметазона 0,1% - 1,0 } 10
 Р – р Аскорбиновой кислоты 5% - 2,0 }
 Р – р Хлористого натрия 0,9% - 200,0 }

После капельницы таб. Кеналог 5 мг × 1 р. в день, 10 дней

5) Мильгама 1 т. × 2 р. 30 дней.

Острота зрения до лечения у I группы больных	Острота зрения после лечения у I группы больных
0 – 0,2 4 глаза	0 – 0,2 1 глаз
0,3 – 0,7 3 глаза	0,3 – 0,7 5 глаз
0,8 – 0,9 4 глаза	0,8 – 0,9 5 глаз
Острота зрения до лечения во II группе больных	Острота зрения после лечения во II группе больных
0 – 0,2 6 глаз	0 – 0,2 3 глаза
0,3 – 0,7 5 глаз	0,3 – 0,7 7 глаз
0,8 2 глаза	0,8 3 глаза

После лечения у всех больных поднялись титры антител цитомегаловирусной инфекции, которые достигали 350 NTU, что в данном аспекте расценивается как иммунодепрессия. Больным были назначены:

- 1) Р – р Циклоферона в/м 0,25 × 10 инъекций 1 р. в сутки;
- 2) Валтрекс 500 мг × 4 р. в день, 10 дней;
- 3) Иммуноглобулин 1,5 мл в/м через день, 10 инъекций;
- 4) Мильгама 1т. × 2 р. в день 1,5 мес.;
- 5) Аэвит 1 капсула × 2 р. в день, 30 дней.

В результате титры цитомегаловируса опустились до уровней не более 100 NTU, но после этого возросли титры токсоплазмы до 100 NTU, что свидетельствует уже о хронизации процесса.

У 3-х больных (3 глаза) рецидивы возникали каждые 0,5 года, что постепенно привело к заращению зрачка, закончилось субатрофией глаза и инвалидностью.

Проведенные лабораторные исследования показывают связь между наличием токсоплазмозной инфекции и проявлением инфицирования цитомегаловирусом, что можно связать с подавлением иммунитета, приводящим к реактивации ранее латентной инфекции. Резкое ухудшение состояния иммунной системы при токсоплазмозе и в процессе его терапии реактивирует цитомегаловирус из латентного (бездействующего) состояния и переводит из фазы скрытого инфицирования в фазу клинических проявлений.

Література

1. Трахтман П.Е. Современные подходы к лечению цитомегаловирусной инфекции / П.Е.Трахтман, Д.Н.Балашов, Е.Д.Пашанов // Проблемы репродукции. - 2005. - №4. – С.7-9

2. Цитомегаловирусная инфекция в практике врача: современный алгоритм диагностики и лечения/ И. Я. Извекова, М. А. Михайленко, Е. И. Краснова. Для цитирования: Лечащий врач № 4/2018; Номера страниц в выпуске: 90-95

3. Flegr J., Prandota J., Sovičková M., Israili Z. H. Toxoplasmosis-a global threat. Correlation of latent toxoplasmosis with specific disease burden in a set of 88 countries. (англ.) // Public Library of Science ONE. — 2014. — Vol. 9, no. 3. — P. 90203.

4. Hunter C. A., Sibley L. D. Modulation of innate immunity by *Toxoplasma gondii* virulence effectors. (англ.) // Nature reviews. Microbiology. — 2012. — Vol. 10, no. 11. — P. 766—778.

5. Jones J. L., Parise M. E., Fiore A. E. Neglected parasitic infections in the United States: toxoplasmosis. (англ.) // The American journal of tropical medicine and hygiene. — 2014. — Vol. 90, no. 5. — P. 794—799.

6. Mc Gregor Alastair. Diagnostics in fever of unknown origin — an introduction. Новости с конгресса ECCMID 2017. Сессия «Встреча с экспертом», 23 апреля 2017.