

чінки зберігалось у 18 (32,1 %) пацієнтів. У маркерному профілі на момент виписки виявлено збереження циркуляції в крові HbSAg — у 36 (64,3 %) хворих, IgM anti-HBeAg — у всіх пацієнтів, HBeAg продовжував виявлятися в 5 (8,9 %) хворих, а сероконверсію з появою anti-HBe у сироватці крові зареєстровано в 43 (76,8 %) хворих. Відомо, що циркуляція HBeAg у сироватці крові хворих на ГГВ більше ніж 4 тижні характеризує ризик хронізації та затяжного перебігу HBV-інфекції, проте сероконверсія з появою anti-HBe свідчить про активну гуморальну імунну відповідь і практично виключає загрозу хронізації.

Висновки. На сучасному етапі серед госпіталізованих хворих на ГГВ середньотяжкий та тяжкий перебіг захворювання реєструються майже з однаковою частотою. Маніфестні форми ГГВ зберігали циклічність перебігу захворювання з найбільш частим змішаним за диспептичним й астеновегетативним варіантами перебігом продромального періоду, типовими клініко-біохімічними змінами в жовтяничному періоді з циркуляцією HBeAg у 46,4 % хворих. Реконвалесценція характеризувалася збереженням збільшених розмірів печінки в 32,1 % пацієнтів; триваючою циркуляцією HbSAg у більшості хворих (64,3 %) та HBeAg у 8,9 % хворих, що обумовлює необхідність дослідження відповідних маркерів у період амбулаторного диспансерного спостереження.

Чабан Т.В., Бочаров В.М.
Одеський національний медичинський
університет, г. Одеса, Україна

Клинико-морфологические проявления при пневмоцистной пневмонии у ВИЧ-инфицированных

Актуальность. В последние годы в Одесском регионе увеличилось количество больных с поздними стадиями ВИЧ-инфекции. Среди оппортунистических заболеваний у этой группы пациентов чаще всего диагностирован туберкулез легких. Также достаточно часто встречается сочетанная патология: туберкулез, пневмоцистная пневмония (ПП) и ВИЧ-инфекция.

При выраженной иммуносупрессии снижение количества CD4⁺-лимфоцитов < 200 клеток/мкл является ведущим фактором риска развития ПП независимо от применения ВААРТ. Обращает на себя внимание и то, что у ряда иммунокомпетентных лиц при исследовании мокроты методом ПЦР обнаруживаются возбудители латентного пневмоцистоза. Клиническим проявлением ПП является ПП, приводящая к развитию острой дыхательной недостаточности и без этиотропной терапии часто заканчивающаяся летально.

Цель: анализ клинико-морфологических проявлений сочетанной патологии — генерализованного туберкулеза и ПП у больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный анализ историй болезни и аутопсийных протоколов 12 умерших от острой дыхательной недостаточности. Среди умерших 8 мужчин и 4 женщины в возрасте от 20 до 40 лет. Во всех случаях уровень CD4⁺-лимфоцитов < 200 клеток/мкл.

Результаты. В результате проведенных исследований установлено, что все больные отмечали повышение температуры тела до 38–39 °С, боль в грудной клетке без четкой локализации, усиливающуюся при кашле и глубоком вдохе, выраженную общую слабость, одышку в покое (ЧДД — 26,4 ± 2,1 в 1 минуту), кашель с выделением мокроты. При объективном осмотре выявлен цианоз носогубного треугольника, акроцианоз, артериальная гипотензия, тахикардия (ЧСС — 112,3 ± 5,7 в 1 минуту), укорочение перкуторного звука над пораженными участками легких, выслушивались мелко- или среднепузырчатые влажные хрипы, крепитация. У 7 больных отмечено втяжение межреберных промежутков при вдохе.

При рентгенографическом исследовании легких — усиление сосудистого рисунка в области корней, наличие билатеральных диффузных инфильтратов в нижних отделах легких, которые чередовались с участками повышенной прозрачности, по типу «вуали», «матового стекла» или «снежных хлопьев».

Следует отметить, что диагноз «пневмоцистная пневмония» прижизненно установлен не был.

Проведенное морфологическое исследование выявило смешанную гематогенно-лимфогенную диссеминацию очагов туберкулезного воспаления в легких, селезенке, почках, печени, головном мозге, лимфатических узлах как в виде однотипных мелких фокусов казеозного некроза, так в виде обширных полей некроза. Легкие во всех случаях были отечны, «резиновой» консистенции. Медиастинальные лимфатические узлы чаще увеличены. Гистологическое исследование выявило отсутствие характерной продуктивной клеточной реакции. Фокусы «специфического» некроза имеют вид периваскулярных гнойно-некротических очагов. В легочной ткани преобладают альтернативный и экссудативный компоненты воспаления. Поражения сосудов проявляются эндоваскулитами, панваскулитами, тромбоваскулитами. В лимфатических узлах грудной и брюшной полостей выявляется лимфаденопатия с обеднением лимфоидной ткани, частичной или полной редукцией фолликулов, реактивной гиперплазией гистиоцитарных элементов и ангиоматозом. Окраска очагов некроза по Цилю — Нильсену выявила большое количество кислотоустойчивых микобактерий (КУМ), а посев патологического материала и ПЦР-исследование подтвердили отношение этих микобактерий к МБТ с множественной и широкой лекарственной устойчивостью (3 наблюдения).

Гистологическое исследование легочной ткани выявило в просвете альвеол большое количество трофозоидов и прецист, определяющихся в составе пенной массы, которая при окраске гематоксилин-эозином выглядит эозинофильной. Не поддающееся

счету количество *P. jiroveci* в просвете альвеол, наличие разрушенных альвеоцитов 1-го типа, эозинофильный белковый экссудат и характерные признаки воспаления указывают на развитие ПП у данных больных.

При окраске препаратов реактивом Шиффа цисты окрашивались в розоватый цвет, а при серебрении по Грокотту в альвеолах определялись *P. jiroveci*. Наблюдались многоядерные клетки, типа клеток «инородных тел». Во всех наблюдениях выявлено различной выраженности и распространенности альвеолярное повреждение вплоть до образования гиалиновых мембран и развития острого респираторного дистресс-синдрома. В альвеолах обнаруживались также разрушенные пневмоцисты, клеточные элементы воспаления, сгустки фибрина, фрагменты мембран сурфактанта и пенистые макрофаги.

Выводы. Таким образом, недиагностированная пневмоцистная пневмония и, как следствие, отсутствие соответствующей этиотропной терапии явились непосредственной причиной смерти больных.

На наш взгляд, на поздних стадиях ВИЧ-инфекции у больных при выявлении объективных клинических и рентгенологических признаков поражения легких следует проводить исследование мокроты, а при возможности — бронхолегочного содержимого методом ПЦР для возможного обнаружения *P. jiroveci* и решения вопроса о назначении соответствующей этиотропной терапии.

Чабан Т.В.¹, Чубач М.И.¹,
Бочаров В.М.¹, Дзыгал Р.П.¹,
Пастерначенко Н.С.², Верба Н.В.¹

¹Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

²КУ «Одесская городская клиническая инфекционная больница», г. Одесса, Украина

Циклоспороз: особенности течения и клинические случаи

Актуальность. Транспортировка различных патогенов между государствами и странами сегодня является неизбежной, поскольку многие продукты перевозятся на большие расстояния, что сопряжено с контактом с людьми. Высокий удельный вес импортированных продуктов из развивающихся стран приводит к тому, что диарея путешественников становится возможной и в высокоразвитых странах. При этом заболевшим необходимо совершать международные поездки.

Цель: показать особенности клинических проявлений и течения циклоспороза.

Материалы и методы. Данные историй болезни больных циклоспорозом, которые лечились в КУ «Одесская городская клиническая инфекционная больница».

Результаты. В Украине отмечены лишь единичные случаи завозного циклоспороза. К сожалению, большинству больных циклоспорозом чаще всего устанавливается диагноз «острый гастроэнтерит неясной этиологии», что во многом связано с отсутствием на-

стороженности и знаний врачей. В июне 2018 г. в Одессе лабораторно подтверждены 2 случая циклоспороза, привезенного из Мексики. Источником инфекции послужил, возможно, салат из свежих овощей.

Циклоспориоз, или циклоспороз — заболевание, вызванное простейшими *Cyclospora cayetanensis*, сопровождающееся выраженной диареей. Эти кокцидии таксономически связаны с изоспорами (род *Isospora*) и *Cryptosporidium parvum*.

Cyclospora cayetanensis — новый возбудитель диарейного синдрома, возникающего у иммунокомпетентных, иммуносупрессированных лиц, ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Инкубационный период составляет от 2 до 14 дней. Основной симптом — внезапная, водянистая диарея без крови, с лихорадкой, коликами в животе, тошнотой, анорексией, недомоганием и потерей веса. У иммунокомпетентных пациентов болезнь обычно заканчивается спонтанно, но может длиться в течение 9 недель.

У больных с угнетением клеточно-опосредованного иммунитета циклоспороз может явиться причиной тяжелой, непрекращающейся, обильной диареи, напоминающей криптоспориоз. Внекишечные заболевания у ВИЧ-инфицированных могут включать холецистит и диссеминированную инфекцию.

Диагноз устанавливается в случае обнаружения ооцист при микроскопическом исследовании кала. Обнаружение облегчается окрашиванием образцов кала по Цию — Нильсену модифицированной кислотостойкой окраской или модифицированным сафранином.

В июне 2018 г. в КУ «Одесская городская клиническая инфекционная больница» поступили двое больных (П., 50 лет, и Д., 18 лет) с жалобами на диарею до 10 раз в сутки, тошноту, рвоту, потерю аппетита, чувство сухости во рту. Предварительный диагноз «острый гастроэнтероколит». При сборе анамнеза стало известно, что прибыли из Мексики, где питались в отеле, ели отварные яйца, мясные блюда, а также салаты из свежих овощей и фруктов. Воду употребляли бутилированную. Заболевание началось 10 дней назад с вышеперечисленных симптомов, за медицинской помощью не обращались, лечились самостоятельно, принимали энтеросорбенты и нифуроксазид.

При исследовании на простейшие обнаружены *Cyclospora cayetanensis*, у больного Д. в количестве 0–2–4 ооцисты в поле зрения, а у больного П. в количестве 3–5–7 ооцист в поле зрения.

Обоим больным проводили регидратационную терапию, в качестве этиотропного лечения назначали ципрофлоксацин 1000 мг два раза в день в течение 7 дней.

Пациенты выписаны из стационара в удовлетворительном состоянии, после трехкратного контрольного отрицательного результата исследования кала на наличие ооцист *Cyclospora cayetanensis*.

Выводы. На наш взгляд, при острых гастроэнтероколитах и диареях неясной этиологии целесообразным является обследование на наличие ооцист *Cyclospora cayetanensis*, особенно в случаях, когда больные прибыли из регионов, эндемичных по циклоспорозу.