

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.<sup>1</sup>, Чубач М.И.<sup>1</sup>,  
Бочаров В.М.<sup>1</sup>, Дзыгал Р.П.<sup>1</sup>,  
Пастерначенко Н.С.<sup>2</sup>, Верба Н.В.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина

<sup>2</sup>КУ «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 обязательно 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, иммуноскомпрометированных 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 Цилу — 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.