

ҚР ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ МИНИСТРЛІГІ

С.Д.АСФЕНДИЯРОВ АТЫНДАҒЫ

ҚАЗАҚ ҰЛТТЫҚ МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РК

КАЗАХСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ

УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ С.Д.АСФЕНДИЯРОВА

***Тема: Токсоплазмоз у ВИЧ  
инфицированных***

Выполнила Жаксылыкова А  
Проверила Туханова Н  
Курс 4  
Группа ОМ 12-019-02

**АЛМАТЫ 2016**



**Токсоплазмоз** – заболевание, вызываемое *Toxoplasma gondii*, чаще всего возникающее у ВИЧ-инфицированных пациентов на фоне СПИДа. К факторам риска развития токсоплазмоза у больных ВИЧ-инфекцией относится количество CD4-лимфоцитов менее 100 клеток/мкл. Хотя токсоплазмы могут поражать все органы и ткани, но, как правило, у ВИЧ-инфицированных пациентов регистрируют церебральную форму заболевания.





- **Патогенез:**

*Токсоплазмоз характеризуется выраженным полиморфизмом клинических проявлений при отсутствии патогномоничных симптомов. Это объясняется тем, что у токсоплазм нет какой-либо тканевой специфичности, а также наличием в патогенезе заболевания стадии гематогенной диссеминации возбудителя. Основная роль в развитии токсоплазмоза у лиц с иммуносупрессией отводится нарушениям продукции цитокинов. Показано, что при развитии токсоплазмоза на фоне ВИЧ-инфекции резко снижается как концентрация сывороточного гамма-интерферона, так и его способность активировать макрофаги. Нормальная реакция организма на инфекцию *T. gondii* опосредуется в основном клеточной иммунной системой. Дефект клеточной иммунной системы у больных с ВИЧ-инфекцией приводит к снижению сопротивления по отношению к внутриклеточным токсоплазмам, в результате происходит реактивация латентной инфекции и генерализация процесса: тахизоиты поступают в кровь, а затем разносятся во внутренние органы и ткани*



*Внемозговые локализации токсоплазмоза (например, хориоретинит, интерстициальная пневмония, миокардит и поражение органов пищеварительной системы) у больных СПИДом регистрируют в 1,5–2 % случаев. Диссеминация (по меньшей мере две локализации) происходит в 11,5 % случаев*



*Максимальное количество очагов внемозговых локализаций обнаруживают при исследовании зрительного аппарата глаза (примерно в 50 % случаев). При токсоплазмозе поражения глаз встречаются в виде переднего и заднего увеита, экссудативного и пролиферативного ретинита, диссеминированного хориоретинита. Наиболее часто наблюдается центральный хориоретинит, который начинается с клинической картины острого серозного ретинита. На заднем полюсе обнаруживаются различной величины ограниченные очаги. В сетчатке или под ней видны кровоизлияния. Поражения глаз в виде хориоретинита, увеита наиболее часты, но атрофия зрительного нерва может быть иногда единственным клиническим проявлением токсоплазмоза*





*При токсоплазмозе весьма часто отмечаются также изменения со стороны органов дыхания, в частности очаговая пневмония, хронический бронхит, плеврит токсоплазмозной этиологии.*

*Наиболее частой формой поражения легких являются интерстициальные пневмонии*



*Со стороны сердечно-сосудистой системы, помимо расширения границ сердца, глухости тонов, гипотонии и тахикардии, отмечается экстрасистолия. При токсоплазмозе имеются существенные электрокардиографические сдвиги, выражающиеся в уменьшении вольтажа зубцов, различных нарушениях ритма (экстрасистолия, неполная предсердно-желудочковая блокада, блокада ножек пучка Гиса, синусовая тахикардия и брадикардия), увеличение систолического показателя, изменения зубца T и комплекса QRS и др. Эти изменения говорят о выраженных нарушениях миокарда преимущественно диффузного характера. При ЭКГ почти у всех больных выявляются очаговые или диффузные изменения миокарда.*



*Со стороны органов пищеварения отмечаются снижение аппетита, больные жалуются на сухость во рту, тошноту, тупые боли в подложечной области, вздутие живота, задержку стула, нередко наблюдается похудание. При исследовании желудочного сока выявляются снижение секреции и уменьшение кислотности*





*Токсоплазмоз ЦНС занимает 2–3 место среди оппортунистических инфекций у больных СПИДом. Попадание токсоплазм в организм человека приводит к формированию объемных образований в ЦНС (в 50–60 % случаев) и развитию первичных эпилептических припадков (в 28 % случаев). Симптомы токсоплазмоза развиваются приблизительно у 18–20 % больных на поздних стадиях ВИЧ-инфекции. Появление симптомов токсоплазмозного энцефалита отмечается у 6–12 % больных в стадии СПИДа. Если у таких больных развивается энцефалит, то на долю токсоплазмоза приходится от 25 до 80 % всех случаев. При этом отмечают лихорадку, головные боли, возникновение в 90 % случаев разнообразной очаговой неврологической симптоматики (гемипарез, афазия, психические и некоторые другие нарушения). Иногда токсоплазмоз протекает без формирования объемных образований в головном мозге (по типу герпетического энцефалита или менингоэнцефалита). Токсоплазмозный энцефалит нередко сочетается с хориоретинитом*



*Диагностировать токсоплазмоз крайне сложно. Диагноз ставят на основании клинической картины, данных магнитно-резонансной томографии или компьютерной томографии, а также при наличии антител к токсоплазме в сыворотке крови. Вместе с тем обнаружение положительных серологических реакций без учета динамики титра антител и клинической симптоматики не всегда дает возможность говорить о болезни из-за широкого распространения носительства. Полагают, что развитие токсоплазмоза – реактивация латентной инфекции, поскольку при наличии в сыворотке крови антител к токсоплазме вероятность возникновения токсоплазмоза увеличивается в 10 раз. Однако примерно у 5 % ВИЧ-инфицированных пациентов на момент постановки диагноза токсоплазмоза антитела к *T. gondii* отсутствуют*





### *Заключение*

*Токсоплазмоз у ВИЧ-инфицированных больных характеризуется множественными органными поражениями: нервной системы, органов зрения, миокарда и т.д. Среди них ведущее место отводится церебральному токсоплазмозу. Церебральный токсоплазмоз диагностируют на стадии СПИДа, при этом чаще отмечается снижение CD4-лимфоцитов менее 100 в 1 мкл. Оппортунистические инфекции при ВИЧ/СПИД требуют применения широкого спектра диагностических методов, а именно иммунологических, серологических, инструментальных (МРТ, КТ). С учетом многообразия клинических проявлений токсоплазмоза у ВИЧ-инфицированных больных по показаниям необходимы консультации нескольких специалистов, в частности инфекциониста, невропатолога, офтальмолога и др.*





*Суточные дозы*

<i>Препарат</i>	<i>1-3-и сутки курса</i>		<i>4-7-е сутки курса</i>	
	<i>взрослые, мг</i>	<i>дети</i>	<i>взрослые, мг</i>	<i>дети</i>
<i>Пириметамин</i>				
<i>(один раз в сутки)</i>	<i>75</i>	<i>2 мг/кг</i>	<i>25</i>	<i>1 мг/кг</i>
<i>Сульфадизин</i>				
<i>(в четыре приёма)</i>	<i>2000</i>	<i>100 мг/кг</i>	<i>2000</i>	<i>25 мг/кг</i>
<i>Кальция фолинат</i>	<i>-</i>	<i>1 мг</i>	<i>2-10</i>	<i>1 мг</i>



*В качестве этиотропных лекарств при токсоплазмозе применяют пириметамин в сочетании с сульфаниламидами или антибиотиками. Длительность цикла лечения 7 сут. Обычно проводят 2-3 цикла с перерывами между ними в 10 сут. Возможно применение ко-тримоксазола по одной таблетке два раза в сутки в течение 10 сут. Проводят два цикла с интервалом в 10 сут. Одновременно назначают кальция фолинат по 2-10 мг в сутки или дрожжи пивные по 5-10 таблеток в сутки. Необходимы контроль гемограммы (возможно угнетение костномозгового кроветворения) и общий анализ мочи в динамике.*



*У ВИЧ-инфицированных с положительной серологической реакцией на токсоплазмоз проводят химиопрофилактику этиотропными препаратами. Цель вторичной профилактики или поддерживающего лечения - предупредить рецидивы токсоплазменного энцефалита у больных СПИДом.*





*Теоретически наиболее радикальный путь профилактики токсоплазмоза человека - элиминация (лат. *Eliminare* - исключение, удаление) и надежная санация (лат. *Sanatio* - лечение) окончательного хозяина паразита, т.е. кошки. В этом смысле профилактика токсоплазмоза близка по своему содержанию к профилактике бешенства. Нет никакого сомнения в том, что полное уничтожение беспризорных кошек и действенный ветеринарный надзор за домашними кошками - залог если неполного оздоровления синантропных очагов токсоплазмоза, то во всяком случае снижения пораженности населения в них в десятки и тысячи раз. И что особенно важно, такие мероприятия послужат одновременно надежной гарантией предупреждения случаев врожденного токсоплазмоза. К сожалению, ни одного опыта радикальной профилактики токсоплазмоза еще ни в одной стране не было предпринято. Более того, до настоящего времени все рекомендации по профилактике токсоплазмоза основаны на молчаливом признании невозможности эффективно воздействовать на окончательного хозяина паразита - кошку.*



*Сарсекеева Н.Е. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ И  
ТОКСОПЛАЗМОЗ //*

*Фундаментальные исследования. –  
2014. – № 10-10. – С. 1976-1978;*

*URL:*

*[http://www.fundamental-research.ru/ru/  
article/view?id=36682](http://www.fundamental-research.ru/ru/article/view?id=36682) (дата  
обращения: 15.05.2016).*