

ВРОЖДЕННЫЙ ТОКСОПЛАЗМОЗ В РАБОТЕ ПРАКТИЧЕСКОГО ВРАЧА

Пронько Н. В. (nadezda_pronko@mail.ru)

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Беларусь

Токсоплазмоз – важная проблема медицины. Врожденный токсоплазмоз возникает при инфицировании плода токсоплазмами во время внутриутробного развития. Постоянный признак врожденного токсоплазмоза – это поражение печени, увеличение лимфатических узлов, селезенки, менингоэнцефалит (с последующим развитием кальцификатов, эпилептических припадков, гидроцефалии, олигофрении), поражение глаз. Для профилактики врожденного токсоплазмоза необходимо обследование женщин фертильного возраста при планировании семьи для исключения развития данной патологии.

Ключевые слова: врожденный токсоплазмоз, клиника, дети.

Токсоплазмоз – важная проблема медицины, имеющая серьезное социально-экономическое значение. Интерес к токсоплазмозу определяется тяжелым поражением плода, хроническим его течением с пожизненным сохранением паразита в разных органах и тканях, а также возможностью неблагоприятных перинатальных исходов [1].

Врожденный токсоплазмоз – острое или хроническое заболевание новорожденных, возникающее при инфицировании плода токсоплазмами во время внутриутробного развития с длительным, нередко хроническим течением, характеризующееся поражением ЦНС, глаз, печени, селезенки и других органов [2].

В 1937 г. американские врачи А. Вольф и Д. Коуэн описали случай врожденного энцефаломиеелита (вызванного токсоплазмозом) у ребенка. В 1939 г. эти же авторы совместно с Б. Пейджем описали новые случаи такого же заболевания у новорожденных детей, закончившиеся смертью. В том же году было опубликовано сообщение известного американского вирусолога А. Сэбина о том, что токсоплазмы людей и разных животных сходны по морфологическим, иммунологическим и биологическим свойствам [2].

Возбудитель болезни – *Toxoplasma gondii* – относится к классу споровиков, отряду кокцидий, роду токсоплазм. Токсоплазмы являются внутриклеточными паразитами, способными размножаться бесполом путем (шизогонией) в клетках органов и тканей многих видов теплокровных животных и человека. В процессе размножения внутри клеток скапливаются токсоплазмы. На этой стадии развития они называются псевдоцистами, а при переходе заболевания в хроническую форму из псевдоцист образуются истинные цисты (цистозоиты), которые высокоустойчивы во внешней среде. Половой цикл размножения токсоплазм происходит в эпителии кишечника окончательного хозяина – кошки, и некоторых других представителей семейства кошачьих. Появляются гаметоциты, затем мужские и женские гаметы. В результате их слияния образуется зигота, затем ооциста. Из ооцисты вне организма окончательного хозяина (кошки) развиваются инвазивные формы (спорозоиты).

Человек заражается преимущественно алиментарным путем при употреблении сырого или недостаточно термически обработанного мяса, реже – при контакте с кошкой. Возможна

трансплацентарная передача. Плод заражается только в случае, если женщина инфицировалась в период беременности. Антитела, циркулирующие в организме женщины до наступления у нее беременности, обеспечивают надежную защиту плода от заражения. Клиническое течение варьирует, и не все плоды от одной и той же беременности заражаются токсоплазмозом [3]. Так, Desmots и Conveur наблюдали 176 женщин, заразившихся токсоплазмозом во время беременности. Во всех случаях заболевание у беременных протекало бессимптомно. Из них 110 женщин родили вполне здоровых детей, 30 новорожденных были больны токсоплазмозом, и у 11 новорожденных инфекция представлялась сомнительной. Клинические проявления заболевания у большинства новорожденных были минимальными или отсутствовали. Внутриутробная смерть плода и смерть во время родов наступила в 6 случаях. Наиболее важен тот факт, что из 176 заболевших токсоплазмозом женщин 110 (63%) родили вполне здоровых детей. Из 55 инфицированных новорожденных у 9 заболевание протекало тяжело, у 11 – умеренно, у 35 симптоматика отсутствовала [5].

При тяжелых формах заболевания плод погибает или рождается преждевременно. Признаки заболевания могут проявляться при рождении или оставаться незаметными в течение многих дней после родов. Клиническая симптоматика заключается в сниженной массе тела, повышении температуры, пятнисто-папулезной сыпи, генерализованной лимфаденопатии, увеличении печени и селезенки, желтухе, гидроцефалии, микрофтальмии, судорогах. Внутричерепные обзвествления (часто единичная линия полулунной формы в области полосатого тела) и хориоретинит обнаруживаются уже к моменту рождения ребенка, но могут появляться позднее [4].

Острая врожденная инфекция обычно приводит к летальному исходу в течение нескольких дней или недель, однако может перейти в неактивную форму, оставив нарушения типа гидроцефалии или микрофтальмии, хориоретинита, паралича глазных мышц, психической и двигательной неполноценности, судорог. Об истинной тяжести инфекции и выраженности остаточных изменений можно судить спустя несколько недель или месяцев [8].

По материалам обширных исследований, проведенных Feldman в отношении врожден-

ного токсоплазмоза, отмечена высокая частота преждевременных родов (31%) и более высокая смертность (27%) детей по сравнению с доношенными (12%). Хориоретинит был выявлен у 99% новорождённых, внутричерепные кальцификаты имелись у 63% пациентов, гидро- или микроцефалия – почти у половины пациентов, психомоторная неполноценность – у 56% детей [6].

Врожденный токсоплазмоз может протекать в острой и хронической форме. Острая форма встречается относительно редко, проявляется в виде генерализованного, тяжело протекающего заболевания, на фоне которого развиваются симптомы энцефалита. При инфицировании на ранних сроках беременности внутриутробная инфекция может привести к гибели плода. Острый врожденный токсоплазмоз проявляется с первых дней жизни ребенка. Отмечаются высокая лихорадка и другие признаки выраженной интоксикации. При осмотре ребенка можно обнаружить пятнисто-папулезную экзантему, иногда сыпь носит геморрагический характер, могут быть кровоизлияния в склеры и слизистые оболочки. Постоянный признак врожденного токсоплазмоза – поражение печени, наличие желтухи. Нередко увеличены лимфатические узлы и селезенка, могут появиться разного рода органые изменения, чаще это энцефалит или менингоэнцефалит (с последующим развитием кальцификатов, эпилептических припадков, гидроцефалии, олигофрении), а также поражение глаз, преимущественно в виде хориоретинитов [7].

В других случаях патологический процесс постепенно переходит в хроническую форму. Клинически при этом может долго сохраняться субфебрильная температура, увеличение печени и селезенки, лимфоаденопатия, желтуха, поражение ЦНС. У таких детей происходит задержка умственного и физического развития, нарушаются речь и двигательные функции, повышен мышечный тонус, появляются патологические рефлексы. Формируются гидроцефалия и микроцефалия с олигофренией, тяжелые необратимые изменения глаз в виде микрофтальмии, хориоретинита, атрофии зрительного нерва, тугоухость, глухота. Хронические формы врожденного токсоплазмоза могут протекать бессимптомно и проявляться через несколько лет в виде олигофрении, хориоретинита [4]. Признаки олигофрении становятся очевидными в начальных клас-

сах школы, дети жалуются также на повышенную утомляемость, головные боли.

В работе практического врача имеются трудности диагностики врожденного токсоплазмоза, которые обусловлены своеобразием патогенеза данной патологии, нередко – наличием бессимптомных форм, отсутствием неонатального скрининга. Диагноз токсоплазмоза устанавливается на основании комплексного обследования с осмотром глазного дна, проведением компьютерной томографии, ЭЭГ, ЭКГ, рентгенографии черепа, исследования пораженных мышц. В лабораторной диагностике решающее значение имеют ПЦР и ИФА. Для обнаружения специфических антител можно использовать РСК, РНИФ. При наличии патологии беременности для диагностики большое значение имеет обследование женщины. Исследуют плаценту, околоплодные воды на ДНК токсоплазм.

При врожденном токсоплазмозе прогноз часто неблагоприятный. Заболевание нередко приводит к летальному исходу или тяжелым необратимым последствиям.

Выводы

1. Таким образом, врожденный токсоплазмоз остается серьезной проблемой инфекционной патологии, перинатологии и педиатрии. Учитывая возможность инфицирования женщины во время беременности, необходимо проводить профилактическое обследование в критические периоды внутриутробного развития плода (16-17 недель и 31-32 недели).
2. Соблюдение правил личной гигиены является самым важным в профилактике токсоплазмоза. Следует избегать контактов с испражнениями кошек. Не употреблять (пробовать) сырое мясо, фарш, а также мясных блюд без достаточной термической обработки. Женщинам во время беременности исключить контакт с кошками и собаками.
3. Для профилактики развития клинически выраженных форм врожденного токсоплазмоза необходимо проведение диагностики инфицирования токсоплазмозом женщин фертильного возраста при планировании семьи. Женщины, серонегативные в первом триместре беременности, подлежат повторному иммунологическому обследованию во втором и третьем триместрах беременности для диагностики инфицирования и своевременного назначения специфической терапии токсоплазмоза.

Литература

1. Андреева, Е. А. Врожденный токсоплазмоз / Е. А. Андреева // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. – № 1. – С. 49-52.
2. Барычева, Л. Ю. Клинические и иммунологические особенности врожденного токсоплазмоза / Л. Ю. Барычева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2004. – Т. 49, № 2. – С. 55-59.
3. Орехов, К. В. Особенности врожденного токсоплазмоза у детей первого года жизни / К. В. Орехов, Л. Ю. Барычева // Сибирский медицинский журнал. – 2004. – № 1. – С. 63-65.
4. Desmots, G. Toxoplasmosis in pregnancy and its transmission to the fetus / G. Desmots, Y. Couvreur // Bull. N. Y. Acad. Med. – 1974. – Vol. 50, № 2. – P. 146-159.
5. Duration of the IgM response in women acquiring *Toxoplasma gondii* during pregnancy: implications for clinical practice and cross-sectional incidence studies / L. Gras [et al.] // Epidemiol. Infect. – 2004. – Vol. 132, iss. 3. – P. 541-548. – doi: 10.1017/S0950268803001948.
6. Hill, D. Toxoplasmosis gondii: transmission, diagnosis and prevention / D. Hill, J. P. Dubey // Clin. Microbiol. Infect. – 2002. – Vol. 8, № 3. – P. 634-640.

7. Levine, E. M. Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in mothers of infants with congenital toxoplasmosis: implications for prenatal management and screening / E. M. Levine // *Am. J. Obstet. Gynecol.* – 2006. – Vol. 194, № 2. – P. 589. – doi: 10.1016/j.ajog.2005.07.020.
8. Paquet, C. Toxoplasmosis in pregnancy: prevention, screening, and treatment / C. Paquet, M. H. Yudin // *J. Obstet. Gynaecol. Can.* – 2013. – Vol. 35, № 1. – P. 78-81.

References

1. Andreeva EA. Vrozhdenyj toksoplazmoz [Congenital toxoplasmosis]. *Jepidemiologija i infekcionnye bolezni* [Epidemiology and Infectious Diseases]. 2006;1:49-52. (Russian).
2. Barycheva LY. Klinicheskie i immunologicheskie osobennosti vrozhdennoho toksoplazmoza [Clinical and immunological features of congenital toxoplasmosis]. *Rossijskij vestnik perinatologii i pediatrii*. 2004;49(2):55-59. (Russian).
3. Orekhov KV, Barycheva LY. Osobennosti vrozhdennoho toksoplazmoza u detej pervogo goda zhizni [Features of

- congenital toxoplasmosis in infants]. *Sibirskij medicinskij zhurnal* [Siberian Medical Journal]. 2004;1:63-65. (Russian).
4. Desmonts G, Couvreur Y. Toxoplasmosis in pregnancy and its transmission to the fetus. *Bull. N. Y. Acad. Med.* 1974;50(2):146-159.
5. Gras L, Gilbert RE, Wallon M, Peyron F, Cortina-Borja M. Duration of the IgM response in women acquiring *Toxoplasma gondii* during pregnancy: implications for clinical practice and cross-sectional incidence studies. *Epidemiol. Infect.* 2004;132(1):541-548. doi: 10.1017/S0950268803001948.
6. Hill D, Dubey JP. Toxoplasmosis *gondii*: transmission, diagnosis and prevention. *Clin. Microbiol. Infect.* 2002;8(3):634-640.
7. Levine EM. Risk factors for *Toxoplasma gondii* infection in mothers of infants with congenital toxoplasmosis: Implications for prenatal management and screening. *Am. J. Obstet. Gynecol.* 2006;194(2):589. doi: 10.1016/j.ajog.2005.07.020.
8. Paquet C, Yudin MH. Toxoplasmosis in pregnancy: prevention, screening, and treatment. *J. Obstet. Gynaecol. Can.* 2013;35(1):78-81.

CONGENITAL TOXOPLASMOSIS IN CLINICIANS PRACTICE

Pronko N. V.

Educational Institution "Grodno State Medical University", Grodno, Belarus

Toxoplasmosis is an important health problem. Congenital toxoplasmosis occurs when the fetus in utero gets infected with Toxoplasma. The permanent signs of congenital toxoplasmosis include damage of the liver, enlarged lymph nodes and spleen, meningoencephalitis (with subsequent development of calcifications, seizures, hydrocephalus, mental retardation), eye damage. For prevention of congenital toxoplasmosis all women of childbearing age who are planning a family should be screened for signs of the infection.

Keywords: congenital toxoplasmosis, clinical presentation, children

Поступила: 06.04.2017

Отрецензирована: 05.05.2017