

БЛАСТОЦИСТОЗ: ЕПІДЕМІОЛОГІЯ І КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ (ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ)

Ігор Кириченко¹, Михайло Бірюков¹, Сергій Похил²,
Олена Тимченко²

¹Військово-медичний клінічний центр Північного
регіону МО України

²ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І.
Мечникова Національної академії медичних наук
України»

Затверджено вченою радою ДУ «ІМІ НАМН»,
Протокол №7 від 18.07.2025

Рецензент : Філімонова Н.І., доктор мед. наук,
професор, професор кафедри клінічної лабораторної
діагностики, мікробіології та біологічної хімії
Національного фармацевтичного університету МОЗ
України

*Пропонуються для використання у практичній роботі
лікарів-епідеміологів, інфекціоністів,
гастроентерологів, дерматологів, артралгологів
закладів цивільної і військової медицини, в освітніх
програмах вищих медичних навчальних закладів, в
науково-дослідній роботі профільних НДІ МОЗ та
НАМН України систематизовані знання про
епідеміологію і клінічні прояви бластоцистозу у людей,
які засновані на результатах критичної оцінки сучасних
даних про епідемічний процес, групи осіб підвищеного
ризиків захворювання на бластоцистоз та ймовірні
варіанти клінічного перебігу спричинених Blastocystis sp.
інвазій. Застосування при обстеженні тематичних
пацієнтів сукупності наведених епідеміологічних і
клінічних даних дозволить лікарям науково-
обґрунтовано визначати доцільність призначення
спеціальних лабораторних досліджень для
встановлення діагнозу бластоцистозу на засадах
доказової медицини.*

Бластоцистоз (ICD-11, 1A35 Blastocystosis) –
протозойна кишкова хвороба (ПКХ) людини, збудником
якої є одноклітинні еукаріотичні анаеробні
мікроорганізми роду Blastocystis, що переважно
колонізують товстий кишечник і за певних умов
спричиняють його функціональні та патоморфологічні
порушення.

Номенклатурна назва збудника «Blastocystis
sp.» (раніше – «Blastocystis hominis») об'єднує чисельну
групу генетично та морфологічно варіативних умовно-
патогенних страменофітних процистів, які є
убіквітарно поширенішими в усьому світі і найчастіше
виявляються у зразках калу від людей та багатьох видів
тварин. Вважається, що загалом від 1 до 2 мільярдів
людей є інвазованими бластоцистами. Рівень
інвазованості цими паразитами популяцій населення
різних країн та регіонів варіює в широких межах (від 0,2

% до 100 %) і залежить від поясу та типу клімату,
соціально-економічного ступеню розвитку, доступності
до якісної води і їжі, культурно-гігієнічних навичок.
Більш низькі показники зараженості людей Blastocystis
sp. спостерігаються у економічно розвинутих країнах
помірних і субарктичних поясів, а більш високі – у
країнах, що розвиваються екваторіального, тропічних і
субтропічних поясів. Встановлено, що в Україні
поширеність бластоцистних інвазій сягає 5,2-20,1 %
серед цивільного населення та 5,5-11,8 % – серед
військовослужбовців і є близькою до рівня аналогічних
показників розвинутих країн Європи та світу.

Механізм передачі Blastocystis sp. фекально-
оральний; шляхи передавання – водний, харчовий,
контактно-побутовий; джерело паразитів - інвазовані
люди та різні види тварин (домашні,
сільськогосподарські, дикі), включаючи птахів,
рептилій, комах; основними інвазивними формами
паразитів, що забезпечують їх передачу є резистентні
прецисти і цисти (рідше вегетативні клітини –
трофозоїти).

Всі люди вважаються сприйнятливими до
зараження Blastocystis sp. Визнаними факторами ризику
зараження паразитами є контакт із водою, забрудненою
фекаліями або з інфікованими тваринами та людьми
(особливо в обставинах близької скупченості), вживання
зараженої їжі, недотримання правил особистої гігієни та
санітарії. Середня інфекційна доза Blastocystis sp. для
організму людини (ID₅₀ – кількість мікроорганізмів на
особину, яка потрібна для зараження 50 % людей з
досліджуваної вибірки) невідома.

Інкубаційний період бластоцистної інвазії
(період часу від зараження до колонізації паразитами
кишечнику) зазвичай становить 1-2 тижні. За тривалістю
перебігу інвазія може бути гострою (< 14 днів),
персистентною (14-29 днів) чи хронічною (≥ 30 днів),
яка у певних осіб може зберігатись декілька років. На
відміну від коротшого часу перебігу кишкових вірусних
і бактеріальних інфекцій переважна більшість випадків
(близько 95 %) бластоцистної інвазії у людей триває 2
тижні та довше. Нерідко люди з виявленою колонізацією
Blastocystis sp. кишечника не відчувають жодних
симптомів, що дозволяє характеризувати такий стан як
безсимптомна/субклінічна інвазія (безсимптомне або
«неактивне» паразитосійство). У 50-80 % заражених
Blastocystis sp. осіб спостерігається маніфестний –
клінічно виражений перебіг інвазії (легкий, помірної
тяжкості чи тяжкий) з неспецифічними симптомами
захворювання шлунково-кишкового тракту (ШКТ)
(відчуття дискомфорту, здуття, спазми чи біль в животі,
діарея, закреп або нестійкість випорожнень, відрижка,
нудота, анорексія, метеоризм, неконтрольоване
схуднення), враженням шкіри (висипання –
кропив'янка, свербіж – частіше перианальної зони) і
суглобів (дискомфорт або ниючі больові відчуття у
суглобах), підвищена стомлюваність, зниження
працездатності, емоційна лабільність та порушення сну.
Саме розвиток маніфестної інвазії у людини,

спричиненої *Blastocystis* sp., слід верифікувати як хворобу «бластоцистоз». Типовою клінічною формою бластоцистозу є та, яка проявляється симптомами розладу ШКТ, а атиповою – при перебігу якої домінують симптоми ураження шкіри і суглобів.

На бластоцистоз хворіють особи як з імуніокомпрометованим, так і з імуніокомпетентним статусом. Характер захворюваності спорадичний. Причини розвитку маніфестних форм бластоцистної інвазії недостатньо з'ясовані, але існуючі передумови вказують на фактори генетичної схильності (пов'язані з підвищеною секрецією цитокінів), вікову залежність (чим старша особа тим вища ймовірність виникнення симптомів), існування більш патогенних варіантів паразитів. До основних груп підвищеного ризику захворювання на бластоцистоз відносять осіб з порушеним імунним захистом (інфіковані ВІЛ, онкохворі, реципієнти трансплантатів і імуносупресивних препаратів, з алергічними та аутоімунними станами, часто хворіючі на респіраторні інфекції, люди похилого віку тощо), з функціональними та органічними розладами ШКТ (інфекційного, запального чи неврологічного і психотропного генезу). Медичний прогноз бластоцистозу у імуніокомпетентних осіб загалом сприятливий (навіть при високій інтенсивності симптомів захворювання), а у пацієнтів з вираженим імуніокомпрометованим статусом – серйозний з високою ймовірністю розвитку ускладнень.

Найчастіші ускладнення бластоцистозу включають виникнення білково-енергетичної недостатності (гіпо- і авітаміноз, зниження маси тіла, анемія тощо), синдрому подразненого кишечника, дисбіотичного стану кишечника, розвиток стійких артралгій, артрити та тяжких форм кропив'янки, виникнення та/або загострення atopічного дерматиту, формування тривалих неврологічних і когнітивних розладів.

Диференційна діагностика бластоцистозу проводиться з кишковими паразитарними хворобами іншої етіології (дієнтамебіазом, лямбліозом, стронгілоїдозом, аскаридозом та інш.), бактеріальними і вірусними інфекціями ШКТ (сальмонельозом, дизентерією, ешеріхіозом, ротавірусними, аденовірусними, ентеровірусними ентеритами тощо), синдромом подразненого кишечника, хворобою Крона, неспецифічним виразковим колітом, целиацією, дисбактеріозом (дисбіозом) кишечника.

Згідно з сучасними науковими уявленнями і світовою медичною практикою особи з безсимптомними інвазіями *Blastocystis* sp. не потребують спеціального лікування. Пацієнти з наявними симптомами з боку ШКТ, шкіри, суглобів та з підтвердженою значущою колонізацією кишечника бластоцистами при відсутності доказів інших причин розвитку симптомів підлягають комплексному лікуванню бластоцистозу, що поєднує призначення відповідної дієти, регідратаційної, детоксикаційної та антипротозойної терапії, яку за потреби доповнюють засобами симптоматичної дії

(спазмолітиків, антигістамінних і антиеметичних препаратів). Застосування етіотропних засобів (метронідазолу, ко-тримоксазолу, нітазоксаниду, паромоміцину, тинідазолу, кетоконазолу чи інших) є цілком виправданим, так як у переважній більшості випадків це забезпечує зменшення страждань пацієнтів (послаблення або повне зникнення симптомів хвороби), профілактику розвитку ускладнень та очищення організму від збудника бластоцистозу. Призначення протипротозойних препаратів ґрунтується на результатах точної верифікації етіології захворювання з дотриманням сьогочасних правил встановлення діагнозу бластоцистозу (Інформаційний лист. Бластоцистоз: принципи, критерії і методи діагностики).

Blastocystosis: epidemiology and clinical presentation (Information letter)

Igor Kyrychenko, Mykhailo Biriukov, Sergiy Pokhil, Olena Tymchenko

Blastocystosis is a human disease caused by the protozoan of the genus *Blastocystis*, which colonize the intestinal tract and, under certain conditions, cause its functional and pathomorphological disorders. Risk factors for infection with the parasite include contact with water contaminated with feces or with infected animals and people, consumption of contaminated food, and failure to observe personal hygiene and sanitation rules. In Ukraine, the prevalence of *Blastocystis* sp. infestations reaches 5.2–20.1% among the civilian population and 5.5–11.8% among military personnel and is close to the level of similar indicators in developed countries of Europe and the world. In 50–80% of people infected with *Blastocystis* sp., a manifest – clinically expressed course of the invasion is observed. Blastocystosis affects people with weakened immunity (more often) and with normal immunocompetent status (less often). The typical clinical form of blastocystosis is manifested by symptoms of gastrointestinal disorders: diarrhea, abdominal pain or cramps, bloating, constipation or stool instability, belching, nausea, flatulence, anorexia, uncontrolled weight loss, etc. In the atypical form of blastocystosis, symptoms of skin lesions (urticaria, itching) and joints (discomfort or aching pain) predominate. The most common complications of blastocystosis are the development of protein-energy malnutrition, irritable bowel syndrome, dysbacteriosis, severe forms of urticaria and persistent arthralgia, exacerbation of atopic dermatitis and arthritis, as well as the formation of long-term neurological and cognitive disorders. Differential diagnosis of blastocystosis must be carried out with infectious, inflammatory and autoimmune intestinal diseases.

Key words: *Blastocystis* sp., blastocystosis, epidemiology, clinical presentation.