

БЛАСТОЦИСТОЗ: ПРИНЦИПИ І МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ (ІНФОРМАЦІЙНИЙ ЛИСТ)

Ігор Кириченко¹, Вадим Кондратюк¹, 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 №6 від 14.05.2026

Рецензент : Юрко К.В. доктор медичних наук, професорка, завідувачка кафедри інфекційних хвороб, дитячих інфекційних хвороб та фтизіатрії Харківського національного медичного університету МОЗ України

Пропонуються для використання у практичній роботі лікарів загальної практики, паразитологів, інфекціоністів, гастроентерологів, дерматологів закладів цивільної і військової медицини, в освітніх програмах вищих медичних навчальних закладів, в науково-дослідній роботі профільних НДІ МОЗ та НАМН України сучасні принципи і методи лікування бластоцистозу у людей. Застосування нових даних про чутливість регіональних штамів збудника бластоцистозу до різних антипротозойних засобів та рекомендованого дозування найбільш ефективних і доступних препаратів забезпечує проведення етіотропної терапії бластоцистозу на засадах доказової медицини.

Бластоцистоз (ICD-11, 1A35 Blastocystosis) – протозойна кишкова хвороба людини, збудником якої є одноклітинні еукаріотичні анаеробні мікроорганізми роду *Blastocystis*, що переважно колонізують товстий кишечник, спричинюючи функціональні і патоморфологічні порушення у травній системі та в інших органах і тканинах організму.

Клінічні прояви бластоцистозу у людей неспецифічні, зазвичай з наявністю одного або декількох звичних симптомів з боку шлунково-кишкового тракту (діареї, спазмів чи болю в животі, метеоризму, нудоти, відрижки, блювання, зниження апетиту та інших), які рідше можуть доповнюватись ознаками ураження шкіри (висипаннями, свербезом), суглобів (артралгіями), підвищенням температури тіла, швидкою стомлюваністю, станом еозинофілії у периферичній крові тощо (Інформаційний лист. Бластоцистоз: епідеміологія і клінічні прояви. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17105732>).

Сучасна стратегія діагностики бластоцистозу ґрунтується на результатах виявлення діагностично значущої кількості вегетативних клітин, антигенів або нуклеїнових кислот *Blastocystis* sp. (мікроскопічними, імунологічними та молекулярно-генетичними методами відповідно) в калі (або в іншому придатному для паразитологічного аналізу матеріалі – жовчі, вмісті чи біопаті кишечника тощо), відібраному від пацієнта у період маніфестації хвороби (Інформаційний лист. Бластоцистоз: принципи, критерії і методи діагностики. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17105640>).

Усі хворі на бластоцистоз (як з імунокомпрометованим, так і з імунокомпетентним статусом) підлягають комплексному лікуванню, що з урахуванням тяжкості перебігу захворювання поєднує призначення відповідної дієти (вживання продуктів з низьким вмістом клітковини, жирів та білків, на кшталт – BRAT), регідратаційної (оральної, інфузійної), детоксикаційної (природної, медикаментозної) та антипротозойної (етіотропної) терапії, які за потреби доповнюють засобами симптоматичної дії (спазмолітичними, антигістамінними, антиеметичними та протидіарейними).

Дотепер не існує загальновизнаних (міжнародних чи національних) настанов (протоколів, схем, методик, рекомендацій тощо) для проведення етіотропної терапії бластоцистозу, а застосовуваний емпіричний принцип вибору і дозування антипротозойних препаратів часто призводить до незадовільної клінічної і паразитологічної її результативності. Тому, в останні роки для підвищення ефективності етіотропної терапії бластоцистозу іноземні фахівці спираються на дані чутливості регіональних клінічних штамів *Blastocystis* sp. до лікарських засобів, які найчастіше визначають в тестах *in vitro*.

За результатами вивчення *in vitro* сприйнятливості 15 штамів *Blastocystis* sp., виділених в Україні від хворих на бластоцистоз людей, до дії прогностично-біоеквівалентних концентрацій (ПБК) групи антипаразитарних препаратів встановлено, що всі ізоляти паразитів є найбільш чутливими до нітазоксаниду (НТЗ), парамоміцину (ПАР), метронідазолу (МТЗ) та помірно чутливими до ко-тримоксазолу (КОТ; триметоприм/сульфаметоксазол). Дія ПБК препаратів НТЗ, ПАР і МТЗ виразно інгібує проліферацію трофозоїтів *Blastocystis* sp. з досягненням ефекту їх повного знеживлення в усіх тестованих культурах паразитів. Антипротозойна активність ПБК препарату КОТ забезпечує інгібування росту/розмноження трофозоїтів на рівні ненижче 50% у переважній більшості клінічних штамів *Blastocystis* sp. На основі результатів експериментальних досліджень та з урахуванням фактичних обставин сьогодення, коли препарати НТЗ та ПАР ще не зареєстровані в Україні, запропоновано використовувати для

етіотропної терапії хворих на бластоцистоз МТЗ в якості препарату першої лінії, а КОТ - альтернативним засобом другої лінії. Для підвищення ефективності лікування бластоцистозу рекомендовано дотримуватися таких правил дозування цих препаратів. Дозування МТЗ: 500 мг, тричі на день (через 8 годин), курсом 7–10 днів. Дозування КОТ: 1920 мг (320 мг триметоприму/1600 мг сульфаметоксазолу), двічі на день (через 12 годин), курсом 7–10 днів.

Результативність лікування бластоцистозу оцінюється за критеріями клінічної та паразитологічної ефективності.

Клінічна ефективність (КЕФ) - повне одужання або істотний регрес симптомів хвороби на кінцевий термін завершення лікування. При відсутності позитивного клінічного ефекту від застосовуваної терапії увагу слід приділити діагностиці коморбідних захворювань і виявленню ускладнень бластоцистозу (Інформаційний лист. Бластоцистоз: епідеміологія і клінічні прояви. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17105732>).

Паразитологічна ефективність (ПЕФ) – повна ерадикація збудника бластоцистозу, яку оцінюють через 2 тижні після завершення етіотропної терапії. Методи визначення ПЕФ: мікроскопічне дослідження 2 зразків калу (відібраних через добу), або 1 зразка калу імунологічними чи молекулярно-генетичними методами (Інформаційний лист. Бластоцистоз: принципи, критерії і методи діагностики. <https://doi.org/10.5281/zenodo.17105640>). При відсутності ефекту ерадикації збудника проводиться додатковий курс етіотропної терапії із використанням іншого антипротозойного засобу, або комбінації із 2 засобів.

Blastocystosis: principles and methods of treatment (Information letter)

Igor Kyrychenko, Vadym Kondratyuk, Sergiy Pokhil, Olena Tymchenko

Blastocystosis is a common protozoan intestinal disease of humans, caused by unicellular eukaryotic anaerobic parasites of the genus *Blastocystis*, which mainly colonize the large intestine, generating functional and pathomorphological disorders in the digestive system and other organs and tissues of the body. All patients with blastocystosis (both immunocompromised and immunocompetent) are subject to complex treatment, an important element of which is etiotropic therapy. Since there are still no generally accepted guidelines for the etiotropic therapy of blastocystosis, the modern approach to the selection and dosage of antiprotozoal agents is based on data on the sensitivity to them of regional clinical strains of *Blastocystis* sp., which is most often determined *in vitro* tests. Based on the results of an *in vitro* study of the susceptibility of 15 *Blastocystis* sp. strains isolated in Ukraine from patients with blastocystosis to the action of predictive bioequivalent concentrations (PBCs) of a group of antiparasitic drugs, it was established that all parasite isolates were most sensitive to nitazoxanide (NTZ), paramomycin (PAR), metronidazole (MTZ), and moderately sensitive to co-trimoxazole (COT; trimethoprim/sulfamethoxazole). Taking into account the experimental data and actual circumstances, when NTZ and PAR are not yet registered in Ukraine, it is proposed to use MTZ as a first-line drug for the etiotropic therapy of patients with blastocystosis, and COT as an alternative second-line drug. To increase the effectiveness of blastocystosis treatment, it is recommended to follow these dosage rules for these medications. MTZ dosage: 500 mg, three times a day (every 8 hours), for a course of 7–10 days. COT dosage: 1920 mg (320 mg trimethoprim/1600 mg sulfamethoxazole), twice daily (every 12 hours), for a course of 7–10 days. The performance of blastocystosis treatment is assessed by criteria of clinical and parasitological efficacy.

Key words: *Blastocystis* sp., blastocystosis, etiotropic therapy, metronidazole, co-trimoxazole.