

Современное течение криптоспориоза, диагностика и лечение

Н. И. Леонтьева, д.м.н., гл. научный сотрудник, руководитель клинического отдела

В. С. Филиппов, научный сотрудник клинического отдела

Н. М. Грачева, д.м.н., проф.

Е. И. Лиханская, к.м.н., зав. лабораторией

А. И. Соловьева, врач-бактериолог, научный сотрудник клинического отдела

ФБУН «Московский научно-исследовательский институт эпидемиологии и микробиологии имени Г. Н. Габричевского» Роспотребнадзора, г. Москва

Current course of cryptosporidiosis, it's diagnosis and treatment

N.I. Leontieva, V.S. Filippov, N.M. Gracheva, E.I. Likhanskaya, A.I. Solovyova

Moscow Research Institute of Epidemiology and Microbiology n.a. G.N. Gabrichevsky, Moscow, Russia

Резюме

Цель: выявить особенности современного течения криптоспориоза, улучшить диагностику и лечение. **Пациенты и методы.** Наблюдались 266 взрослых пациентов инфекционного стационара. Выявление ооцист криптоспоридий проводили методами: классическим микроскопическим методом с использованием окраски мазков фекалий по Цилю-Нильсену с последующим исследованием в иммерсионной микроскопии; качественным определением антигенов иммунохроматографическим тестом RIDA®Quick *Cryptosporidium parvum*; иммунологическим анализом (*Cryptosporidium Antigen [Stool] ELISA*). Изучалась микрофлора кишечника на дисбактериоз (стандарт ведения больных с дисбактериозом кишечника; Грачева Н. М. и соавт., 2004). У 33 пациентов в комплексном лечении применялся споробактерин по 2 мл два раза в день 10 дней. **Результаты.** Криптоспоридии были выявлены у 26,3% наблюдавшихся больных. В 94,3% случаев отмечалось латентное течение и только в 5,7% была диагностирована кишечная форма течения заболевания. В остром периоде заболевания у всех пациентов был диагностирован дисбактериоз кишечника (ДК) II–III степеней. После лечения наблюдалась положительная динамика в микробиотеннозе кишечника, что проявлялось увеличением числа пациентов с незначительными нарушениями в микрофлоре (ДК I 25,7%). **Заключение.** При обследовании фекалий у 266 взрослых пациентов ооцисты криптоспоридий выявлены в 26,3% случаев. В клинической картине преобладало латентное течение криптоспориоза на фоне выраженных нарушений микробиотенноза кишечника. Включение споробактерина в комплексную терапию больных оказывало положительный клинико-микробиологический эффект.

Ключевые слова: криптоспоридии, методы диагностики, споробактерин.

Summary

Aim of research. To identify the features of the course of cryptosporidiosis, to improve methods of laboratory diagnosis and treatment. **Patients and methods:** 266 patients of the infectious hospital were observed. To find out oocysts of cryptosporidia were used: classical microscopic method of modified coloration of fecal swabs according to Tsiol-Nielsenus with the following study in immersion microscopy; the qualitative determination of antigens by the RINA QUICK *Cryptosporidium parvum* immunochromatographic test; Immunological analysis (*Cryptosporidium Antigen (Stool) ELISA*). The intestinal microflora was studied for dysbacteriosis (Standard for managing patients with intestinal dysbacteriosis (N. M. Gracheva et al., 2004). In complex treatment of 33 patients was used sporobacterin 2 ml twice a day for 10 days. **Results.** In 26.3% of patients with infectious diseases, cryptosporidia was found. In 94.3% of cases, the latent flow was diagnosed, and in 5.7% the intestinal form. In acute period all patients had dysbacteriosis of the intestine of 2–3 degrees. After treatment, there was a positive dynamics in the microbiocenosis of the intestine, which manifested as an increase in the number of patients with minor disturbances in the microflora (DI 1 25.7%). **Conclusion.** When 266 patients were examined, in 26.3% of cases, oocysts cryptosporidia were found. In the clinical picture, intestinal forms with a latent course dominated against the background of pronounced dysbiotic disorders (DI2–DI3). The inclusion of sporobacterin in the complex therapy of patients had a positive clinical and microbiological effect.

Key words: cryptosporidia, methods of diagnostics, sporobacterin.

Актуальность

По данным ВОЗ, в число заболеваний группы «острые диареи», помимо острых кишечных инфекций бактериальной и вирусной природы, входят паразитарные заболевания, в том числе криптоспориоз.

В литературе встречается большое количество публикаций, посвященных изучению эпидемиологических вопросов криптоспориоза у животных и человека на материале вспышек, тогда как спорадические случаи криптоспориоза в публикациях практически не освещены [1–4]. Клиническая картина криптоспориоза описана преимущественно у детей и у взрослых пациентов с ВИЧ-инфекцией [5–8]. Недостаточно разработаны методы лабораторной диагностики, и не изучены вопросы терапии, особенно при латентных формах те-

чения криптоспориоза [9–10]. В связи с этим вопросы диагностики и терапии различных форм диарейных заболеваний, ассоциированных с криптоспориозом, до настоящего времени сохраняют актуальность [11].

Цель работы

На основании проведения комплекса клинико-лабораторных исследований выявить особенности современного течения криптоспориоза, улучшить методы лабораторной диагностики и лечения.

Материалы и методы

В соответствии с задачами были обследованы 266 больных, поступивших в инфекционный стационар с различными инфекционными заболеваниями (табл. 1).

Таблица 1
Клиническая характеристика наблюдавшихся больных

Нозология	N	Пол		Возраст, лет		Тяжесть			Обнаружение криптоспоридий		Фазы течения	
		♂	♀	15–40	41–76	Л	С	Т	Абс.	Процент	Л	К
ОКИ	9	9	–	9	–	–	9	–	2	22	–	2
ОРВИ, бронхит, пневмония	66	66	–	54	12	–	40	26	20	30,3	20	–
Лакунарная ангина + ПТА	86	86	–	75	11	–	51	35	17	19,8	17	–
Грипп	34	34	–	21	13	–	14	20	13	38,2	13	–
Парагрипп + РС-инфекция	7	7	–	5	2	–	7	–	–	–	–	–
Аденовирусная инфекция	17	17	–	17	–	–	17	–	1	5,9	1	–
Прочее	47	45	2	37	10	5	34	8	17	36,2	15	2
Итого	266	264	2	218	48	5	172	89	70	26,3	66	4
Процент				82	16,0	1,9	64,7	33,45	26,32		94,3	5,7

Примечание: ОКИ — острые кишечные инфекции; ПТА — паратонзиллярный абсцесс; РС — инфекция — риносинтициальная инфекция; Л — латентная (бессимптомная); К — с клиническими проявлениями.

В работе применялся комплекс клинико-лабораторных исследований: клинический, микробиологический, иммунохроматографический, иммуноферментный, статистический.

Выявление ооцист криптоспоридий проводили следующими методами: классический микроскопический метод модифицированной окраски мазков фекалий по Циллю-Нильсену с последующим исследованием в иммерсионной микроскопии; качественное определение антигенов иммунохроматографическим тестом RIDA®Quick Cryptosporidium parvum; иммунологический анализ (Cryptosporidium Antigen [Stool] ELISA). Изучение микрофлоры кишечника проводили по методу Р. В. Эпштейн-Литвак и Ф. Л. Вильшанской, 1968). Стандарт ведения больных с дисбактериозом кишечника (Н. М. Грачева и соавт., 2004).

Полученные результаты

Клинико-лабораторные наблюдения за 266 взрослыми пациентами, поступившими в стационар, позволили у 70 из них диагностировать криптоспориديоз (26,3%) (табл. 1).

Преобладали мужчины молодого и среднего возраста (15–40 лет) со среднетяжелым течением основного заболевания.

Из данных литературы известно, что криптоспоридии способны поражать слизистые оболочки разных отделов организма (желудок, гепатобилиарную систему, легкие). Для выявления патологии внутренних органов (печень,

легкие) проводились обследования, которые не выявили органической патологии.

Изучение клинических особенностей течения криптоспоридиоза позволило выделить следующие формы (желудочно-кишечную, бронхолегочную и печеночную с поражением печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей), а также фазы течения криптоспоридиоза (латентную и с клиническими проявлениями).

В нашем наблюдении в 94,3% случаев был диагностирован криптоспоридиоз кишечной формы латентного течения, а в 5,7% отмечалась кишечная форма с клиническими проявлениями (табл. 1).

При изучении микробиоценоза кишечника у 70 больных, выделяющих ооцисты криптоспоридий, выявили дисбиотические нарушения ДК III в 72,85% случаев (51 больной) и ДК II в 27,14% (19 пациентов), тогда как ДК I, а также нормальных значений микробиоценоза кишечника не было выявлено (табл. 2).

Учитывая выявленные дисбиотические нарушения в микрофлоре кишечника при первичном обследовании, а также то обстоятельство, что антибактериальная терапия часто не вызывает эрадикации криптоспоридий, нами была разработана схема лечения с включением в комплексную терапию пробиотических препаратов.

У 33 пациентов с целью оценки эффективности пробиотика на частоту выявления криптоспоридий и коррекцию нарушений в микрофлоре кишечника был применен споробактерин по 2 мл два раза в день 10 дней перед

Таблица 2
Степень дисбиотических изменений кишечника у наблюдавшихся больных, выделявших ооцисты криптоспоридий

Число больных	Степень дисбактериоза до лечения							
	Норма		ДК I		ДК II		ДК III	
	Абс.	Процент	Абс.	Процент	Абс.	Процент	Абс.	Процент
70	–	–	–	–	19	27,14	51	72,85

Таблица 3
Степень дисбиотических изменений кишечника у наблюдавшихся больных, выделявших ооцисты криптоспоридий (после лечения)

Число больных	Степень дисбактериоза после лечения							
	ДК 0		ДК I		ДК II		ДК III	
	Абс.	Процент	Абс.	Процент	Абс.	Процент	Абс.	Процент
33	-	-	8	24,2	17	51,5	8	24,2

едой. Результаты обследования после проведенного курса лечения выявили положительную динамику в микробиоценозе кишечника, что характеризовалось уменьшением числа пациентов с выраженными дисбиотическими нарушениями и увеличением лиц с незначительными изменениями в микрофлоре кишечника (ДК III у 24,2% пациентов, ДК II в 51,5%, а ДК I — у 24,2% (табл. 3).

Выводы

1. При комплексном обследовании 266 пациентов с различными инфекционными заболеваниями у 26,3% пациентов диагностирован криптоспоририоз.
2. В клинической картине пациентов с криптоспоририозом в 94,5% случаев преобладали лица с кишечной формой заболевания латентного течения и только в 5,7% случаев отмечалась кишечная форма с клиническими проявлениями.
3. Изучение состояния микробиоценоза кишечника у 70 больных, выделяющих ооцисты криптоспориридий, выявило дисбиотические нарушения ДК III в 72,85% случаев и ДК II — в 27,14%, тогда как ДК I, а также нормальных значений микробиоценоза кишечника не было выявлено.
4. Включение споробактерина в комплексную терапию больных криптоспоририозом оказывало выраженный клинико-микробиологический эффект, что подтверждено снижением числа больных с выраженными нарушениями в микрофлоре кишечника и увеличением количества пациентов с нормальным составом микрофлоры и незначительными нарушениями микробиоценоза на фоне проводимой терапии.
5. Выявленные значительные изменения в микробиоценозе кишечника у больных, выделяющих криптоспо-

ридий, позволяют предположить, что дисбиотические нарушения создают предпосылки для длительной персистенции криптоспориридий в организме хозяина.

Список литературы

1. Волжанин В. М. Криптоспоририоз // *Паразитарные болезни человека (протозоозы и гельминтозы): Руководство для врачей.* / Под ред. В. П. Сергеева, Ю. В. Лобзина, С. С. Козлова. — СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2008. С. 136–141.
2. Криптоспоририоз домашних животных (возбудители, клиническая картина, эпизоотология, диагностика, профилактика и лечение) / В. Ф. Никитин. М., 2007. — С. 36.
3. Лавдовская М. В., Лысенко А. Я., Горбунова Ю. П. и др. Особенности эпидемиологии криптоспоририоза в Европейской части России. // *Медицинская паразитология.* — 1996. — № 3. — С. 8–11.
4. Емельянова Л. П., Лисина С. В., Дубровский Ю. А., Дубровский В. Ю. Распространенность криптоспориридий в естественных экосистемах. // *Медицинская паразитология.* — 1999. — № 3. — С. 14–18.
5. Бейер Т. В., Сидоренко Н. В., Анашка О. В. Кишечный криптоспоририоз в раннем возрасте и его последствия. // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни.* — 2006. — № 1. — С. 3–7.
6. Романова Т. В., Шкарин В. В., Хазенсон Л. Б. Групповая вспышка криптоспоририоза у детей. // *Медицинская паразитология.* 1992. — № 3. — С. 50–52.
7. Кравченко А. В., Юрин О. Г., Ермак Т. Н. и др. Случай туберкулезного сепсиса и криптоспоририоза у больного с ВИЧ-инфекцией. // *Терапевтический архив.* — 1993. — Т. 65, № 11. — С. 30–31.
8. Покровский В. И. Годованный Б. А. Оппортунистическая инфекция при СПИДе. Эпидемиология и клиника криптоспоририоза // *Журнал микробиологии.* — 1995. — № 2. — С. 106–109.
9. Дехнич А. В. Клинические и микробиологические аспекты криптоспоририоза. // *Клиническая микробиология и антимикробная терапия.* — 2001. — № 2. — С. 11–13.
10. Бейер Т. В., Сафонова Н. В., Хазенсон Л. В., Чайка Н. А. Лабораторная диагностика криптоспоририоза у детей. — Л., 1987. 22 с.
11. Партин О. С., Пожалостина Л. В., Щербаков И. Т., Грачева Н. М. Криптоспоририоз: эпидемиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение. // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* — 2001. — № 5. — С. 55–58.



О цитировании и правилах оформления списка литературы

Список литературы — органичная часть научной статьи. Он включает указание на конкретные прямо цитируемые или косвенно использованные в публикации материалы с указанием всех их авторов.

В связи с требованиями, предъявляемыми к публикациям Российским индексом научного цитирования (РИНЦ) в целях унификации, ссылки на источники следует оформлять согласно ГОСТ 7.1–2003 (Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления) и ГОСТ 7.0.5–2008 (Библиографическая ссылка. Общие правила и требования составления).

Фамилия И. О. Название статьи. // Медицинский алфавит. — Год. — Том X, № X. — С. XX–XX.

Например: Алешанов И. С., Фомина М. Б. Критические состояния. // *Медицинский алфавит.* — 2014. — Том 3 (Неотложная медицина), № 19. — С. 24–27.

Ссылки с порядковыми номерами приведенных в списке литературы источников размещаются в тексте публикации в квадратных скобках через запятые с пробелами, например: [8–11, 14, 27].

По вопросам оформления ссылок обращайтесь, пожалуйста, по адресу электронной почты medalfavit@mail.ru.