

**Цейко З. А., Балашова В. Г.**  
**CLOSTRIDIUM DIFFICILE-АССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ В**  
**МНОГОПРОФИЛЬНОМ СТАЦИОНАРЕ**

**Научный руководитель: д-р мед. наук, доц. Калинин А. Л.**

*Кафедра пропедевтики внутренних болезней*

*Гомельский государственный медицинский университет, г. Гомель*

**Актуальность.** Clostridiumdifficile-ассоциированная инфекция — заболевание, развивающееся при нарушении кишечного микробиома с избыточной колонизацией Clostridiumdifficile, токсины которой вызывают воспаление и повреждение толстой кишки.

Псевдомембранозный колит (ПМК) — колит, как правило, вызванный токсигенной C. difficile, характерным признаком которого являются фибринозные бляшки на слизистой оболочке толстой кишки.

**Цель:** изучить особенности и проанализировать случаи течения ПМК у пациентов Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов ВОВ.

**Материалы и методы.** Проведен ретроспективный анализ историй болезней пациентов отделений терапевтического и хирургического профиля, которым был поставлен диагноз ПМК.

**Результаты и их обсуждение.** Для проведения исследования из архива было взято 5 историй болезней пациентов с псевдомембранозным колитом. ПМК являлся осложнением антибиотикотерапии основных заболеваний. У каждого пациента диагноз ПМК был выставлен на основе комплексной оценки анамнестических, клинических, эндоскопических, лабораторных данных и подтвержден методом ИФА на анатоксин А и В.

У всех пациентов были отмечены следующие клинические проявления: фебрильная/субфебрильная температура, диарея (от 3 до 6 раз в сутки), боли в животе спастического характера, общие симптомы интоксикации. При лабораторных методах исследования наблюдался лейкоцитоз периферической крови (до  $28 \times 10^9/\text{л}$ ), у двух пациентов было отмечено развитие лейкомоидной реакции. Ускорение СОЭ в среднем до 25 мм/ч, у одного пациента уровень СОЭ составлял 50-55 м/ч на протяжении недели. У трех пациентов из пяти была отмечена гипокалиемия, гипоальбуминемия – у всех. Повышенный уровень АЛТ и АСТ в биохимическом анализе крови был выявлен у всех пациентов.

При эндоскопическом исследовании, которое было проведено четырем пациентам, была выявлена отечная и гиперемированная слизистая оболочка толстой кишки с характерными фибринозными бляшками желтого или белесо-желтого цвета диаметром 0,5–2 см.

Ведущая роль в установлении и подтверждении диагноза инфекции C. difficile принадлежит специфическим лабораторным методам исследования по обнаружению возбудителя и его токсинов. Лабораторная диагностика C. difficile-инфекции у всех пациентов была проведена методом ИФА на анатоксины А и В.

Лечение пациентов начиналось с отмены применяемых на тот момент препаратов антибиотиков и назначения ванкомицина, в четырех случаях в комбинации с метронидазолом. Прием ванкомицина начинали с 2-2,5 мг в сутки и в течении 7-10 дней доза снижалась до 0,5 мг в сутки. Лечение проводится строго под контролем УЗИ. Так же всем пациентам были назначены пробиотики (наиболее часто Энтерол) и препараты для восстановления водно-электролитного баланса. Динамика лечения оценивалась с помощью колоноскопии и мониторинге анализов крови.

**Выводы.** В последнее время ПМК стал распространенной агрессивной внутрибольничной инфекцией, ассоциированной с антибиотикотерапией. Основа профилактики развития Clostridiumdifficile-ассоциированной инфекции – грамотное применение антибактериальных препаратов. В подозрительных в отношении ПМК случаях обязательно должны использоваться лабораторные тесты для выявления токсинов C. Difficile, после чего необходима правильная и своевременная терапия.