

Грибок А. С., Сокольчук Д. И.
**ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫЙ КОЛИТ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ
АНТИБИОТИКОТЕРАПИИ**

Научный руководитель канд. мед. наук, доц. Большой А. В.
*2-я кафедра хирургических болезней
Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск*

Актуальность. Псевдомембранозный колит (ПМК), или *Clostridioides difficile*-ассоциированная инфекция, считается относительно редким и угрожающим жизни пациента заболеванием. В последнее десятилетие отмечается тенденция увеличения частоты возникновения ПМК, что может быть связано с проведением бесконтрольной, нерациональной антибиотикотерапии, а также усовершенствованием методов диагностики. К сожалению, на сегодняшний день в странах СНГ не придают должного значения данной патологии, однако о ней без сомнений следует помнить при лечении пациентов.

Цель: установить факторы, наиболее часто приводящие к развитию псевдомембранозного колита.

Материалы и методы. Выполнен ретроспективный анализ 49 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в УЗ «Городская клиническая больница скорой медицинской помощи» г. Минска в период с 2017 г. по 2019 г. Статистический анализ полученных данных проведен с помощью программы Microsoft Excel.

Результаты и их обсуждение. Среди отобранных пациентов мужчины составляют 34.69% (17 из 49), женщины – 65.31% (32 из 49). 95.91% пациентов в возрасте от 50 лет до 91 года, 2.04 % – 30 лет, 2.04 % – 20 лет; М = 67.2 лет, Me = 66 лет. По результатам исследования кала на обнаружение токсинов *C. difficile* у 6.12% пациентов токсинов не было обнаружено, токсин А выявлен у 26.53% пациентов, токсин В – у 8.16%, токсины А и В – у 46.94%. 12.25% пациентов анализ на патогенную кишечную флору не проводился. У 32 из 49 пациентов (65.31%) изучена предшествующая антибиотикотерапия. Из них 71.87% пациентов получали цефалоспорины, 50.0% – фторхинолоны, 28.13% – карбапенемы, 6.25% – аминопенициллины, 6.25% – макролиды. У остальных в анамнезе отмечено применение антибиотиков. Клиническими признаками ПМК являются лихорадка, боль по ходу толстой кишки, метеоризм, многократный, ослабленный стул с патологическими примесями (кровь, слизь), сниженная перистальтика кишечника. В общем анализе крови отмечается лейкоцитоз, в биохимическом анализе крови – электролитные нарушения. Основными инструментальными методами диагностики являются колоноскопия (белесоватые фибриновые наложения на слизистой толстой кишки), патоморфологическое исследование биоптата. Дополнительные методы – КТ и УЗИ органов брюшной полости. Этиотропное лечение проводилось препаратами Ванкомицин и Метронидазол. Также пациентам назначались пробиотики и эубиотики, регидратационная терапия. В результате лечения в стационаре 65.31% пациентов выписаны с улучшением, 34.69% умерло.

Выводы. ПМК возникает в основном у лиц старше 50 лет, чаще у женщин. Всем пациентам до развития ПМК проводилась антибиотикотерапия. Риск возникновения осложнения не зависел от способа введения антибиотика. У всех пациентов наблюдалась характерная клиническая картина. В качестве основного этиотропного лечения назначался Ванкомицин и Метронидазол. ПМК может усугублять течение основного заболевания и часто приводит к развитию неблагоприятного исхода.