

Таблица 2 — Первичная лекарственная устойчивость МБТ у женщин, заболевших ТБ легких после беременности и родов

Лекарственная устойчивость	Абс., n	Доля*, %
Монорезистентность (кроме устойчивости к рифампицину по данным GeneXpert)	0	0
Рифампицин-устойчивый ТБ (по данным GeneXpert)	2**	6
<u>Мультирезистентность (по данным посева и Hein test), в том числе:</u>	<u>17</u>	<u>53 %</u>
Изониазид + рифампицин	4	12 %
Изониазид + рифампицин + другие ПТЛС	13	41 %
<u>Пре-ШЛУ</u>	<u>2</u>	<u>6 %</u>
Изониазид + рифампицин + амикацин/канамицин/капреомицин	1	3 %
Изониазид + рифампицин + респираторный фторхинолон	1	3 %
<u>ШЛУ</u>	<u>3</u>	<u>9 %</u>
Всего	22	68 %

Примечание. * — от числа бактериовыделителей; ** — у пациенток, у которых была определена лекарственная устойчивость МБТ к рифампицину методом GeneXpert, была также определена поливалентная лекарственная устойчивость методом посева и (или) Hain test.

Выводы

1. Доля женщин, заболевших ТБ после беременности и родов, составила 9 % от числа женщин 18–45 лет с впервые выявленным ТБ, заболеваемость составила 50,9 при пересчете на 100 тыс. родов.
2. ТБ был ассоциирован с ВИЧ-инфекцией у 10 % пациенток, еще у 20 % имелись другие факторы риска.
3. У 80 % пациенток ТБ был выявлен при скрининговом РО.
4. 24 % пациенток исследуемой группы до выявления заболевания длительно не обследовались рентгенологически.
5. В клинической структуре заболевания преобладал инфильтративный ТБ.
6. Бактериовыделение было обнаружено у 64 % пациенток, причем у каждой пятой из них — методом микроскопии.
7. Первичная лекарственная устойчивость МБТ определена у 55 % пациенток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Туберкулез и гендер. [Электронный ресурс] // Всемирная организация здравоохранения. — Режим доступа: http://www.who.int/tb/challenges/gender/page_1/ru/. — Дата доступа: 30.09.2018.
2. Sugarman, J. Tuberculosis in pregnancy: an estimate of the global burden of disease [Electronic resource] / J. Sugarman, C. Colvin, A. Moran // The Lancet. — Vol. 2, № 12. — Mode of access: [http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(14\)70330-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(14)70330-4/fulltext). — Date of access: 30.09.2018.
3. Горбач, Л. А. Особенности заболевания и качество жизни женщин больных туберкулезом органов / Л. А. Горбач, И. И. Солонко // Белорусский медицинский журнал. — 2008. — № 1. — С. 43–46.
4. Туберкулез легких у женщин репродуктивного возраста / К. С. Игембаева [и др.] // Наука и здравоохранение. — 2014. — № 3. — С. 74–75.

УДК 616.348-002.155.08

СРАВНЕНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОБИОТИКОВ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНОГО КОЛИТА

Шкутович А. Н., Крыльчук В. П.

Научный руководитель: к.м.н., доцент О. Л. Тумаиш

Учреждение образования

**«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь**

Введение

Псевдомембранозный колит (ПМК) — редкое, но достаточно опасное заболевание, вызываемое спорообразующей анаэробной бактерией *Clostridium difficile* (*C. difficile*). В общей популяции распространенность псевдомембранозного колита составляет — 6,7 : 100 тыс. [1] больных, лечившихся антибиотиками. Средний возраст заболевших составляет 58–60 лет [2]. Несмотря на то, что клинические проявления ПМК весьма вариабельны, чаще

всего у больных отмечают длительную диарею, интоксикацию, боль в животе и изменения лабораторных показателей — повышенный лейкоцитоз на фоне антибиотикотерапии. Многие исследователи заключают, что *C. difficile* является ведущим клинически значимым патогеном, ответственным за развитие нозокомиальных диарей, на долю которых приходится от 20 до 45 % всех внутрибольничных диарей [3].

На данный момент существует только 2 препарата, активных в отношении *C. Difficile*: метронидазол и ванкомицин. В связи с отсутствием альтернативы лечения возрастает резистентность *C. Difficile* к этим препаратам, что способствует более длительному и тяжелому течению псевдомембранозного колита, а также частое рецидивирование инфекции (12–24 %) [4]. В качестве дополнения к основной терапии для улучшения состояния пациентов и сокращения срока госпитализации применяются пробиотики.

Цель

Установить эффективность применения различных пробиотических препаратов при лечении псевдомембранозного колита.

Материал и методы исследования

Материалом исследования послужили 45 историй болезни пациентов с псевдомембранозным колитом, которые находились на стационарном лечении в «ГОИКБ» с января 2013 по июнь 2018 гг. Диагноз выставлялся на основании клинических, лабораторных, инструментальных методов исследования.

Результаты исследования и их обсуждение

Все пациенты для сравнения эффективности лечения были разделены на группы, в зависимости от применяемых препаратов. Пациенты в группе не различались по возрасту, полу, степени тяжести заболевания. Средний возраст пациентов составил $57 \pm$ лет за счет преобладания пациентов от 50 до 60 лет (29 %), также в группу были включены два случая псевдомембранозного колита у детей 3–4 лет (4 %) (рисунки 1 и 2).

Для лечения пациентов использовались следующие препараты: метронидазол, ванкомицин в качестве этиологического лечения и пробиотические препараты (биофлор, линекс, лаццидофил, энтерожермина).

Большинству пациентов (39 (87 %) пациентам) при лечении получали пробиотики, 6 (13 %) пациентов лечили комбинацией из метронидазола и ванкомицина без применения пробиотиков. Все пациенты были разделены на группы в зависимости от схем лечения (таблица 1).

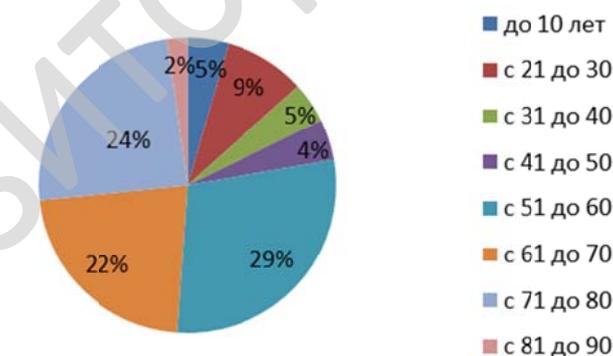


Рисунок 1 — Распределение пациентов по возрасту

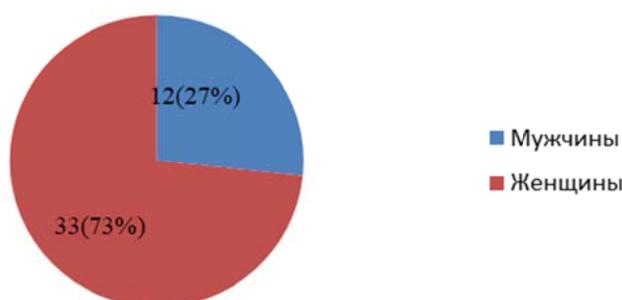


Рисунок 2 — Распределение пациентов по полу

Таблица 1 — Характеристика пациентов в исследуемых группах

Схема лечения		Количество пациентов	Пол женщины/ мужчины (N,%)	Средний возраст, лет	Период лихорадки, день	Количество стула (среднее)	Наличие слизи и крови в стуле (N, %)
Биофлор	Метронидазол + ванкомицин и биофлор	10	7 (70 %) / 3 (30 %)	65	1,8	4,4	3 (30 %)
	Метронидазол и биофлор	3	2 (67%) / 1 (33 %)	71	2,2	4,7	1 (33 %)
Лацидофил	Метронидазол + ванкомицин и лацидофил	8	7 (87,5 %) / 1 (12,5 %)	56,3	2,8	4,2	2 (25 %)
	Ванкомицин и лацидофил	6	5 (83 %) / 1 (17 %)	55	5,5	6	3 (50 %)
Лацидофил + энтерожермина	Ванкомицин и лацидофил + энтерожермина	4	3 (75 %)/ 1 (25 %)	40	3	5,2	3 (75 %)
	Метронидазол + ванкомицин и лацидофил + энтерожермина	3	2 (67 %) / 1 (33 %)	63	9,6	7	2 (67 %)
Биофлор + линекс	Метронидазол + ванкомицин и биофлор + линекс	5	3 (60 %) / 2 (40 %)	48,6	7,6	4,3	2 (40 %)
Без пробиотиков	Метронидазол и ванкомицин	6	5 (83 %) / 1 (17 %)	54,8	2,5	4,2	1 (17 %)

Таблица 2 — Основные лабораторные показатели пациентов различных групп

Схема лечения		Лейкоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	СОЭ (Мм/ч)	Тромбоциты ($\times 10^9/\text{л}$)	Общий белок (г/л)	Альбумин (г/л)
Биофлор	Метронидазол + ванкомицин и биофлор	10,2	28,1	300	61,3	37,5
	Метронидазол и биофлор	10,23	63	450	64,2	31,9
Лацидофил	Метронидазол + ванкомицин и лацидофил	10,4	26,2	286	63,3	36,2
	Ванкомицин и лацидофил	11,45	30	226	55,6	31,1
Лацидофил + энтерожермина	Ванкомицин и лацидофил + энтерожермина	10,7	25,2	400	60,7	29
	Метронидазол + ванкомицин и лацидофил + энтерожермина	17	50	251	47,3	26,5
Биофлор + линекс	Метронидазол + ванкомицин и биофлор + линекс	12,9	19,6	319	46	26,5
Без пробиотиков	Метронидазол и ванкомицин	11,6	41,5	325	61,7	24,3

По схеме метронидазол + ванкомицин и биофлор проходили лечение 10 (22 %) человек. Женщин значительно больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил 65 ± 4 лет. Из 10 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 5 и средний период лихорадки составил 1,8 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 4,4 раз в сутки. У 3 (30 %) пациентов наблюдались примеси крови или слизи в стуле. Средняя длительность госпитализации составила 14 дней. Рецидив был зарегистрирован у 1 (11 %) пациента.

По схеме метронидазол и биофлор получали лечение 3 (7 %) человека. Женщин больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил 71 ± 4 год. Из 3 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась 2,2 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 4,7 раза в сутки. Примеси слизи или крови в стуле были у 1 (33 %) пациента. Средняя длительность госпитализации составила 13,3 дня. Рецидивов не было зарегистрировано.

Схема метронидазол + ванкомицин и лацидофил была назначена 8 (18 %) пациентам. Женщин значительно больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил $56,3 \pm 4$ го-

да. Из 8 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 5 и средний период лихорадки составил 2,8 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 4,2 раза в сутки. У 2 (25 %) пациентов были примеси крови и слизи в стуле. Средняя длительность госпитализации составила 18 дней. Рецидивов не было.

По схеме ванкомицин и лацидофил получали лечение 6 (13 %) человек. Женщин значительно больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил 55 ± 4 лет. Из 6 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 4 и средний период лихорадки составил 5,5 дней. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 6 раз в сутки. У 3 (50 %) пациентов были примеси крови или слизи в стуле. Средняя длительность госпитализации составила 20,8 дней. Рецидив отмечался у 1 (17 %) пациента.

Схема ванкомицин и лацидофил + энтерожермина была назначена 4 (9 %) пациентам. Женщин больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил $40 \pm$ лет. Из 4 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 3 и средний период лихорадки составил 3 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 5,2 раза в сутки. У 3 (75 %) пациентов были примеси слизи в стуле. Средняя длительность госпитализации составила 18,2 дней. Рецидив случился у 1 (25 %) пациента.

По схеме ванкомицин + метронидазол и лацидофил + энтерожермина проходили лечение 3 (7 %) человека. Женщин больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил 63 ± 4 года. Из 3 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у всех и средний период лихорадки составил 9,6 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 7 раз в сутки. У 2 (67 %) пациентов были примеси слизи в стуле. Средняя длительность госпитализации составила 31 день. Рецидивов не было.

По схеме ванкомицин + метронидазол и линекс + биофлор получали лечение 5 (11 %) человек. Мужчин больше, чем женщин. Средний возраст пациентов составил $48,6 \pm 4$ лет. Из 5 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у всех и средний период лихорадки составил 7,6 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 4,3 раз в сутки. У 2 (40 %) пациентов были примеси слизи в стуле. Средняя длительность госпитализации составила 23,5 дня. Рецидивов зафиксирован у 1 (20 %) человека.

Схема метронидазол и ванкомицин без пробиотиков была назначена 6 (13 %) пациентам. Женщин значительно больше, чем мужчин. Средний возраст пациентов составил 55 ± 4 лет. Из 6 пациентов, лечившихся по данной схеме, лихорадка наблюдалась у 5 и средний период лихорадки составил 2,5 дня. Диарейный синдром присутствовал у всех пациентов и в среднем составил 4,2 раза в сутки. У одного пациента были примеси слизи в стуле. Количество лейкоцитов выше нормы. Средняя длительность госпитализации составила 10,8 дней. Рецидив отмечен у 1 (17 %) пациента.

При сравнении эффективности различных схем лечения было установлено: на фоне приема этиологического лечения совместно с пробиотиками у пациентов отмечалось укорочение периода лихорадки на 0,7 дня. При использовании схем лечения с пробиотиками наиболее эффективной оказалась схема, включающая биофлор, так как в сравнении с другими при ее применении отмечалось уменьшение периода лихорадки более чем на 1 день и длительность госпитализации была меньше, чем при использовании других биопрепаратов, на 4 дня.

Выводы

1. Среди пациентов с псевдомембранозным колитом в половой структуре преобладают женщины (73 %), в возрастной структуре чаще болеют лица старше 50 лет.
2. Наиболее используемой схемой лечения является метронидазол + ванкомицин и биофлор (22 %).
3. Применение Биофлора в качестве дополнения к основной схеме терапии оказывает положительный эффект на течение заболевания, укорачивая период лихорадки и уменьшая количество рецидивов, по сравнению с другими схемами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Малов, В. А. Роль *Clostridium difficile* в патологии человека / В. А. Малов, В. М. Бондаренко, С. Г. Пак // Журн. микробиол. — 1996. — № 1. — С. 91–96.
2. Bolton, R. P. Pseudomembranous colitis in children and adults / R. P. Bolton, D. F. Thomas // Br. J. Hosp. Med. — 1986. — Vol. 35. — P. 37–42.
3. Hulghes, J. M. Nosocomial gastrointestinal infection / J. M. Hulghes, W. R. Jarvis // In R. P. Wenzel (ed) Prevention and control of nosocomial infection. The Williams & Wilkins Co. Baltimore. — 1987. — P. 405–439.
4. Дисбиоз / В. М. Бондаренко [и др.]. — М., 1995.