

**ПСЕВДОМЕМРАНОЗНЫЙ КОЛИТ —  
КЛЮЧЕВЫЕ МОМЕНТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ***Москвичева К. А.***Научный руководитель: д.м.н., доцент А. Л. Калинин****Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь*****Введение***

Антибиотикоассоциированный колит — это воспалительное заболевание толстой кишки, ассоциированное с антибиотикотерапией, чаще всего вызванное инфекцией *Cl. difficile* и варьирующее от кратковременной диареи до тяжелого псевдомембранозного колита (ПМК) с образованием фибринозных бляшек на слизистой оболочке толстой кишки. Актуальность проблемы заключается в прогрессирующем увеличении числа случаев антибиотикоассоциированных диарей, связанных с неоправданным, неконтролируемым применением антибиотиков.

*Cl. difficile* — это строго анаэробная грамположительная спорообразующая бактерия, которая входит в состав нормальной микрофлоры кишечника. (*Cl. difficile* высевается у 0–3 % здоровых людей). Бурное размножение *Cl. difficile* и продукция ими токсинов являются результатом дисбактериоза вследствие подавления антибиотиками нормальной конкурентоспособной микрофлоры кишечника [1].

В патогенезе ПМК можно выделить следующие этапы [2]: нарушение нормальной микрофлоры кишечника; колонизация кишечника *Cl. difficile* и выработка возбудителем токсинов А и В; диарейный синдром, воспаление и повреждение слизистой оболочки толстой кишки. Главное морфологическое проявление ПМК — появление псевдомембран — серовато-желтых фибринозных пленок размером 0,5–2,0 см в диаметре на участках некроза эпителия слизистой кишки. Основными клиническими проявлениями являются частый жидкий стул, абдоминальная боль и лихорадка (до 38–40 °С). Осложнениями могут являться электролитные нарушения, дегидратация, перфорация толстой кишки, токсический мегаколон. Диагноз ПМК устанавливается на основании характерной клинической картины, выявления в фекалиях специфического токсина *Cl. difficile* (энтеротоксин А), характерной эндоскопической картины [3]. Методом ультрасонографии выявляется утолщение стенок толстой кишки, колоноскопии — псевдомембраны на слизистой оболочке. В общем и биохимическом анализе крови определяются лейкоцитоз до  $50 \times 10^9/\text{л}$ , повышенная СОЭ; низкий сывороточный альбумин. Также применяются иммуноферментный анализ на ГДГ, продуцируемую *Cl. difficile*, и ПЦР. В этиотропном лечении ПМК широко применяются ванкомицин и метронидазол. Для патогенетической терапии проводится сорбционная терапия. В последние годы появилась трансплантация фекальной микробиоты как вариант лечения ПМК [4].

***Цель***

Изучить особенности клинического течения, оптимизировать диагностику и повысить эффективность лечения ПМК у пациентов многопрофильного стационара.

***Материал и методы исследования***

Ретроспективно и проспективно изучены особенности клинического течения средней и тяжелой формы ПМК у 8 пациентов терапевтического и неврологического профиля, которые находились на лечении в У ГИОВ г. Гомеля и РНПЦРМиЭЧ. Применялись следующие методы обследования: клинические, лабораторные методы, ультрасонографию, фиброколоноскопию, рентгенологическое обследование, компьютерную томографию.

***Результаты исследования и их обсуждение***

Все пациенты до поступления в У ГИОВ или РНПЦРМ и ЭЧ получали лечение по поводу первичного заболевания в отделениях различных больниц г. Гомеля и Гомельской области. Возраст пациентов колебался в пределах от 20 до 89 лет. Среди первичных заболе-

ваний, в лечении которых применялись антибиотики с целью профилактики осложнений или терапии: ОМЛ — 1, пиелонефрит — 1, двухсторонний вывих С5 позвонка с ушибом спинного мозга — 1, декомпенсация СД 2 типа — 1, болезнь Фара — 1, ОНМК — 3 пациента. Курсы антибиотикотерапии включали в себя препараты следующих групп: б-лактамы (цефалоспорины III поколения), макролиды (азитромицин). К основным клиническим проявлениям относились: диарея (4–20 в сутки); абдоминальный синдром; лейкоцитоз (до  $51,9 \times 10^9/\text{л}$ ), стойкая гипоальбуминемия, гипокалиемия. Диагноз псевдомембранозного колита устанавливался на основании клинических данных и результатов дополнительных методов обследования. Колоноскопия была применена в двух случаях, при этом были выявлены гиперемия слизистой, множественные наложения в виде бляшек и фибринозный налет. Одной пациентке для проведения дифференциальной диагностики с воспалительными заболеваниями толстой кишки и опухолями выполнена КТ. В двух случаях проводилось качественное определение токсинов А и В *C. difficile* — 2 — положительных (ИФА VIDAS) результата. Лечение ПМК проводили по существующим рекомендованным схемам на протяжении 10–14 суток. При средней тяжести течения — перорально метронидазол по 500 мг 3–4 раза в сутки, при тяжелом течении или при отсутствии эффекта от метронидазола — ванкомицин в суточной дозе 2 г. Во всех случаях в качестве компонента лечения использовали инфузионную терапию, пробиотики (энтерол 250 мг 2 раза в день) с пролонгацией приема препаратов до 4–6 недель для профилактики рецидива заболевания.

#### **Выводы**

1. Псевдомембранозный колит — это потенциальное осложнение антибиотикотерапии у пациентов с разнообразной патологией, которое характеризуется повышением частоты рефрактерных и рецидивирующих форм данного заболевания.

2. Перед назначением антибиотиков широкого спектра действия необходимо взвесить и оценить возможные факторы риска возникновения псевдомембранозного колита.

3. Основанием для срочной целенаправленной диагностики *C. difficile*-ассоциированного колита является появление диареи и лейкоцитоза после начала антибиотикотерапии.

4. При подозрении на развитие ПМК на фоне клинических проявлений острого живота показано целенаправленное уточнение диагноза с использованием лабораторных тестов.

5. Лечение включает применение ванкомицина или метронидазола с подключением сорбционной терапии, восстановлением микробной экосистемы кишечника, устранением дегидратации и коррекцией нарушений водно-электролитного баланса.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дуда, А. К. Псевдомембранозный колит и антибиотикоассоциированная диарея: принципы диагностики и лечения / А. К. Дуда, Н. В. Окружнов // Украинский медицинский журнал. — 2012. — Т. 91, № 5. — С. 44–48.
2. Немцов, Л. М. Псевдомембранозный колит как мультидисциплинарная проблема / Л. М. Немцов // Вестник ВГМУ. — 2014. — Т. 13, № 3. — С. 6–16.
3. Clostridium-difficile-colitis: more frequent and more severe / M. Munchhoff [et al.] // MMW Fortschr Med. — 2012. — Vol. 154, № 17. — P. 61–63.
4. Jun Young Shin. Refractory pseudomembranous colitis that was treated successfully with colonoscopic fecal microbial transplantation / Jun Young Shin, Eun Jung Ko, Seung Ho Lee // Intest Res. — 2016. — № 14. — P. 83–88.

**УДК 616-098:572**

## **BODY COMPOSITION ASSESSMENT WITH BIOIMPEDANCE METHOD**

**Mohammed Sami Uddin, Swati Gehlot**

**Scientific advisor: Y. I. Brel**

**Establishment of education**

**«Gomel State Medical University»**

**Gomel, Republic of Belarus**

#### **Introduction**

Body composition reflects the balance of physical activity and nutritional habits and can be assessed by different methods. Bioelectrical impedance analysis (BIA) is widely used method for estimating body composition. Since last decade the publications has been increased about BIA as