

УДК 616.348-002-071-052

**КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ДАННЫЕ У ПАЦИЕНТОВ  
С ПСЕВДОМЕМБРАНОЗНЫМ КОЛИТОМ**

*Бородина К. С., Пилипчук Ю. М.*

Научный руководитель: д.м.н., доцент *А. Л. Калинин*

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

**Введение**

Больные, получившие антибиотикотерапию, находятся в зоне риска развития кишечного дисбиоза, тяжелой формой которого является псевдомембранозный колит (ПМК), связанный с избыточным ростом анаэробных спорообразующих бактерий *Clostridium difficile* [1, 2]. Для реализации патогенного потенциала *C. difficile* требуются изменения нормальной флоры толстой кишки. Использование ряда антибиотиков, химиопрепаратов и других повреждающих факторов нарушают состав кишечной микрофлоры [3]. Клинический спектр сильно варьируется, от бессимптомной колонизации до развития псевдомембранозного колита, осложнённого токсическим мегаколоном, перфорацией кишечника, сепсисом, септическим шоком с полиорганной недостаточностью [4].

**Цель**

Анализ случаев псевдомембранозного колита для уточнения клинико-лабораторных особенностей пациентов Гомельского областного клинического госпиталя инвалидов ВОВ и РНПЦ РМ и ЭЧ.

**Материал и методы исследования**

Был проведен анализ 8 историй болезни пациентов с ПМК. Использовались клинические методы, лабораторные данные, ИФА на анатоксин А и В (VIDAS, Франция).

**Результаты исследования и их обсуждение**

Для работы, из архива выборочно было взято 8 историй болезни пациентов с псевдомембранозным колитом (3 формы средней тяжести и 5 тяжелой). Данный диагноз был выставлен на основе клинических симптомов и подтвержден в результате эндоскопического, морфологического и бактериологического исследования. ПМК выявился как осложнение: ИБС, эндокринных заболеваний (болезнь Иценко-Кушинга, СД 2), острого миелобластного лейкоза, инсульта в вертебро-базиллярном бассейне.

Пациенты получали антибактериальную терапию по поводу осложнения основного заболевания. Лидером по частоте назначения монотерапии является амикацин. Так же в некоторых случаях использовались: амклав, ципрофлоксацин, цефтриаксон, цилапенем. В одном из случаев применялся омепразол. В настоящее время накоплен большой клинический материал, показывающий связь между приемом ингибиторов протонной помпы и развитием ПМК. Кроме того, исследовался случай лейкоза, при котором проводился курс химиотерапии по схеме «7 + 3», что несомненно является фактором риска развития *C. difficile* ассоциированного колита. Средняя продолжительность лечения данными препаратами до проявления первых признаков болезни составляла 4–11 дней.

У пациентов наблюдались такие клинические признаки как: жидкий стул 3–8 раз в сутки (в 6 случаях указывается наличие слизи, в 1 случае тяжелой формы — стул с зеленоватым оттенком и зловонным запахом, у пациентки с сахарным диабетом диарея не наблюдалась); боли в животе до и после дефекации, болезненность при пальпации в проекции ободочной кишки, в отдельных случаях и в околопупочной области; субфебрильная либо фебрильная температура; общие признаки интоксикации. У всех пациентов наблюдалась полиморбидность и полиорганная недостаточность.

Применялись различные виды диагностики. В общем анализе крови наблюдается лейкоцитоз, а в ряде случаев выявляется лейкомоидная реакция (кол-во лейкоцитов достигало  $51,9 \times 10^9/\text{л}$ ); нейтрофиллез, низкие показатели Нв. В моче выявляются лейкоциты. У отдельных пациентов выявляется гипокалиемия, гиповолемия и у всех гипоальбуминемия. По результатам проведения колоноскопии обнаружено наличие большого количества каловых масс (в 7 случаях). Слизистая с разновеликим полигональной формы участками гиперемии, отечна, возвышающееся бляшки с грязно-серым налетом до 0,3–1,5 см. Гистологическое исследование определило участки с повышенной коллагенизацией собственной пластинки, слизистой и подслизистой. По результатам КТ: утолщение стенки толстой и тонкой кишок. Бактериологический анализ кала: выраженный дисбактериоз. Проводилось определение клостридиального токсина А и В методом ИФА (VIDAS, Франция).

После установления диагноза больным отменяли антибиотики. И назначалась терапия ванкомицином 0,5 4 раза день в сочетании с метронидозолом 0,5 по 1 табл. 3 раза в день в течение 7 дней, в дальнейшем, при улучшении медленно снижали дозу. При тяжелых формах в обязательном порядке проводился УЗИ-контроль, т. к. существовала угроза перфорации толстого кишечника. Так же проводили коррекцию водно-электролитных расстройств и нарушения белкового обмена, нормализация кишечной микрофлоры, регидрацию под контролем диуреза и центрального венозного давления. Для удаления спор *C. difficile* и профилактики рецидива применялся энтерол по 1 капсуле 2 раза в день (в настоящий момент не используется), хилак форте 3 раза в день по 40–60 капель. Эффективность терапии подтверждалась положительной динамикой при повторных анализах крови и колоноскопии в 7 случаях.

#### **Выводы**

Таким образом, псевдомембранозный колит — это внутрибольничная инфекция, чаще всего антибиотикоассоциированная, которая может развиваться у людей с различной патологией. Для предупреждения развития ПМК необходима рационализация схем и режимов применения антибиотиков. Следует оценивать факторы риска в отношении каждого пациента. Назначение ванкомицина в случае появления диареи в течение 18 часов после приема антибактериальных препаратов позволяет значительно снизить риск осложнений.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Псевдомембранозный колит и «кишечный сепсис» — следствие дисбактериоза, вызванного антибиотиками / И. А. Ерюхин [и др.] // Вестник хирургии им. И. И. Грекова. — 1997. — Т. 156, № 2. — С. 108–111.
2. Богун, Л. В. Антибиотикоассоциированная диарея / Л. В. Богун // Клиническая антибиотикотерапия. — 2006. — № 3. — С. 40–43.
3. Шульпекова, Ю. О. Антибиотикоассоциированная диарея / Ю. О. Шульпекова // Российский медицинский журнал. — 2007. — Т. 15, № 6. — С. 1–6.
4. Attributable outcomes of endemic *Clostridium difficile*-associated disease in nonsurgical patients / E. R. Dubberke [et al.] // Emerg. Infect. Dis. — 2008. — Vol. 14, № 7. — P. 1031–1038.

УДК 612.171:613.25-053.6

### **МОРФОФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ У ПОДРОСТКОВ С ОЖИРЕНИЕМ**

*Войсаров М. С., Ларионова И. А.*

Научный руководитель: к.м.н., доцент *Н. Б. Кривилевич*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

#### **Введение**

В последнее время в большинстве стран мира ожирение и ассоциированные с ним заболевания являются одной из важнейших медико-социальных проблем. Прогрессирующее