

токи не уширены. Капсула уплотнена до 0,5 см, нижний край печени закруглен, объемных образований не выявлено

Несмотря на проводимую этиотропную терапию хронического гепатита В, COVID-19, инфузионную, антикоагулянтную, симптоматическую терапию, состояние пациента прогрессивно ухудшалось: нарастала интоксикация, цитолитический синдром, снижалась сатурация, присоединился синдром сердечно-легочной недостаточности. На 14 день пребывания в стационаре у пациента констатирована смерть.

Результаты аутопсии: печень темно-красная, увеличена; желчный пузырь больших размеров. При микроскопическом исследовании выявляются микроциркулярный стеатоз, очаговый некроз гепатоцитов, преобладание нейтрофилов в лобулярных и портальных инфильтратах, микротромбы в синусоидах.

Выводы

Таким образом, данный клинический случай подтверждает результаты опубликованных исследований о рисках тяжелого течения COVID-19 у больных хроническим гепатитом В.

ЛИТЕРАТУРА

1. Временные методические рекомендации. Болезни органов пищеварения в условиях пандемии новой коронавирусной инфекции (COVID-19) / О. М. Драпкина [и др.]. — М., 2020. — 68 с.
2. Новая коронавирусная инфекция (COVID-19) и система органов пищеварения / В. Т. Ивашкин [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии и колопроктологии. — 2020. — № 30(2). — С. 45–50.
3. Временные методические рекомендации МЗ РФ. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19). — Версия 7 (03.06.2020). — 165 с.
4. Особенности ведения больных с гастроэнтерологической патологией в условиях пандемии COVID-19 / В. Б. Гриневич [и др.] // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. — 2020. — № 176 (4). — С. 12–16.

УДК 579.8:616.34-008.314.4]:616.6-006

ИНФЕКЦИОННАЯ ПРИРОДА ЗАБОЛЕВАНИЙ, АССОЦИИРОВАННЫХ С CLOSTRIDIUM DIFFICILE, У ПАЦИЕНТОВ ОНКОУРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Гертман В. Д., Дорошевич К. Н.

Научный руководитель: к.б.н., доцент Е. И. Дегтярева

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

C. difficile — грамположительная спорообразующая токсин-продуцирующая анаэробная палочка, широко распространенная в почве, воде, а также ЖКТ животных. В части случаев данный микроорганизм может являться компонентом нормальной микрофлоры ЖКТ человека, особенно у новорожденных и пожилых. Основное место обитания *C. difficile* в организме человека — толстая кишка. В двенадцатиперстной и тощей кишке *C. difficile* отсутствуют, в подвздошной их популяция в норме составляет 10^2 – 10^4 колониеобразующих единиц (КОЕ)/мл. У большинства же пациентов *C. difficile* способна колонизировать ЖКТ только в случаях, когда состав его нормальной микрофлоры существенно нарушен, например, из-за длительной системной антибактериальной терапии, при выполнении хирургических манипуляций на органах брюшной полости, после химиотерапии и т. д. [1].

C. difficile ассоциированная диарея — заболевание развивается вскоре после начала применения антибиотика или через некоторое время после окончания лечения (преимущественно через 2–3 нед); чаще всего протекает относительно легко, не сопровождается выраженной дегидратацией. В большинстве случаев диарея прекращается после отмены антибиотика и обычно не требует

специфической терапии. Отмечается легкое или умеренное учащение дефекации, как правило, не приводящее к выраженным электролитным нарушениям. Механизм рецидивирования неизвестен. К факторам риска рецидива относят: наличие ПМК в анамнезе, длительные курсы антибиотико- и химиотерапии [2].

Псевдомембранозный колит (ПМК) — заболевание, этиологическим фактором которого является цитотоксин, продуцируемый *C. difficile*. Характерная локализация воспалительных изменений в толстом кишечнике. Клинически данное заболевание проявляется метеоризмом, интоксикацией, болями в области живота и диареей с примесью слизи и крови, редко характерна клиника острого живота.

Токсический мегаколон — одно из осложнений псевдомембранозного колита (ПМК). Клинически характеризуется выявлением атонии и дилатации толстой кишки (свыше 7 см в наибольшем диаметре), сопровождающейся бактериемией, развитием септического шока и полиорганной недостаточности.

Перфорация толстой кишки — осложнение псевдомембранозного колита (ПМК), проявляющееся напряжением мышц передней брюшной стенки, исчезновением кишечных шумов, выраженной болезненностью в левом или правом нижнем квадранте живота с последующим развитием клиники разлитого перитонита.

Цель

Провести анализ статистических данных, установить процент онкологических пациентов урологического профиля, получавших химиотерапевтическое лечение в период с 2014 по 2018 гг., на фоне которого наблюдалась диарея, ассоциированная с *C. difficile*.

Материал и методы исследования

Материалы исследования — архив данных онкологических пациентов урологического профиля Гомельского областного клинического онкологического диспансера. Метод исследования — анализ статистических данных с использованием «MS Excel».

Результаты исследования и их обсуждение

Более 90 % инфекций *C. difficile* возникают после или во время лечения антибиотиками. Антибиотики действуют, разрушая нормальную флору толстой кишки, позволяя *C. difficile* из эндогенного или экзогенного происхождения обосноваться в толстой кишке и размножиться. Если штамм является токсигенным, токсины А (энтеротоксин) и В (цитотоксин) вырабатываются одновременно почти во всех случаях, вызывая секрецию жидкости, воспаление и повреждение слизистой оболочки, что приводит к диарее или ПМК. Не смотря на то, что КДАИ может быть спровоцирована практически любыми антибиотиками, включая сульфаниламидами и метронидазол, тем не менее, наиболее часто причиной данного заболевания становится прием таких групп антибиотиков, как цефалоспорины 2 и 3 поколения, фторхинолоны, пенициллины (Амоксициллин), линкозамиды (Клиндамицин) (таблица 1).

При рассмотрении клинических протоколов лечения и диагностики инфекционных заболеваний Республики Беларусь от 24.08.2012 г. можно выделить основные методы лечения КДАИ и ПМК: при легкой и средней степени тяжести — Метронидазол 500 мг внутрь каждые 8 ч, курс лечения 14 дней; при тяжелой степени тяжести — Ванкомицин 500 мг внутрь каждые 6 ч и Метронидазол по 500 мг внутривенно каждые 8 ч; при рецидивах — Ванкомицин, постепенно снижая дозу: 1-я неделя — 125 мг внутрь через 6 ч; 2-я неделя — 125 мг через 12 ч; 3-я неделя — 125 мг в сутки; 4-я неделя — 125 мг через день; 5–6-я недели — 125 мг каждые 3 дня [3].

В ходе исследования был составлен перечень химиотерапевтических препаратов, используемых для лечения рака предстательной железы (РПЖ) у пациентов, преимущественно, находящихся на последних стадиях (3–4 стадии заболевания). Нами была составлена таблица, включающая в себя: процент возникновения диареи при приеме препаратов рекомендуемых на последних стадиях РПЖ, основные побочные эффекты, длительность и курс лечения.

Таблица 1 — Риск возникновения КДАД, связанный с приемом антибиотиков различных групп [4]

Название антибиотика	Риск возникновения КДАД, %
Цефалоспорины	62,1
Фторхинолоны	56,7
Пенициллины	32,7
Аминогликозиды	32,4
Карбопенемы	16,2
Клиндамицин	24,3
Макролиды	21,6

Таблица 2 — Характеристика основных химиотерапевтических препаратов, применяемых для лечения РПЖ

Химиотерапевтический препарат	Длительность и курс лечения	Процент возникновения диареи	Основные побочные эффекты
Луприд-депо	1 инъекция в 4 недели, курс лечения — до 6 месяцев	3,5 %	Тошнота, рвота, диарея, анорексия, отеки, дизурия
Элегард	1 инъекция в 4 недели, 1 инъекция в 3 месяца, 1 инъекция в 6 месяцев	54 %	Диарея, тошнота, рвота, головная боль, слабость, эритема, зуд, потливость
Декапептил-депо	4-недельный курс, 1 инъекция в 4 недели	22 %	Боль в животе, метеоризм, рвота, тошнота, запор, диарея, анафилактические реакции
Трипторелин-лонг	1 инъекция в 28 дней, курс лечения от 6 месяцев до 3 лет совместно с курсом лучевой терапии	2,4 %	Анафилактические реакции, тошнота, рвота, запоры, боли в животе, отек Квинке, зуд, пурпура, угревая сыпь, диарея, метеоризм
Нитрол	Курс лечения — до недели, 1 инъекция ежедневно	15,5 %	Диарея, тошнота, рвота, кардиомиопатии, анафилактические реакции
Диферелин	Курс лечения — 4 недели, 1 инъекция ежедневно	2,6 %	Отек горла и языка, расстройство дыхания, тошнота, диарея, рвота, боли в животе

В процессе анализа данных таблицы можно выявить достаточно высокий процент случаев возникновения диареи при приеме таких химиотерапевтических препаратов, как «Элегард» (54 %), фармакодинамическое действие которого заключается в ингибировании секреции гипофизарного гонадотропина и подавлении тестикулярного стероидогенеза у мужчин, «Нитрол» (15,5 %), противоопухолевый препарат группы атрациклинов, вызывает торможение синтеза РНК и ДНК, действует вне зависимости от фазы клеточного цикла, «Декапептил-депо» (22 %), фармакодинамическое действие которого заключается в блокаде гонадотропной функции, результатом чего является снижение концентрации половых гормонов в крови до посткастрационного или менопаузального уровня и подавление функции яичек и яичников. Также среди побочных эффектов, возникаемых при приеме данных препаратов, можно выделить такие, как тошнота, рвота, диарея, метеоризм и боли в животе.

Также в ходе проводимого нами исследования были проанализированы данные пациентов онкоурологического профиля, получавших лечение в период с 2014 по 2018 гг. по основному критерию — количество курсов химиотерапии.

В 2014 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 83 человека, из них 32 человека с наличием диареи, ассоциированной с *C. difficile*. Среднее количество курсов химиотерапии среди пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (15 (46,9 %) человек), от 11 до 15 (6 (18,8 %) человек), от 16 до 20 (5 (15,6 %) человек) и более 20 (6 (18,7 %) человек).

В 2015 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 74 человека, среди них 32 человека с наличием диареи. Среднее количество курсов химиотерапии у пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (15 (46,9 %) человек), от 11 до 15 (2 (6,3 %) человек), от 16 до 20 (7 (21,9 %) человек), от 21 до 30 (5 (15,6 %) человек), более 30 (3 (9,4 %) человека).

В 2016 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 82 человек, среди которых 41 пациент с наличием диареи. Среднее количество курсов химиотерапии у пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (25 (67,2 %) человек), также от 11 до 15 (7 (16,8 %) человек), от 16 до 20 (2 (4,8 %) человека), от 20 до 30 (3 (7,2 %) человека), более 30 (1 (2,4 %) человек).

В 2017 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 68 человек, среди которых 33 с наличием диареи. Среднее количество курсов химиотерапии у пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (25 (78 %) человек), от 11 до 15 (4 (12,4 %) человека), от 16 до 20 (2 (6,2 %) человека), более 20 (1 (3,4 %) человек).

В 2018 г. количество пациентов, получавших химиотерапевтическое лечение, составило 80 человек, среди которых 39 человек с признаками наличия диареи. Среднее количество курсов химиотерапии у пациентов с наличием диареи составило от 7 до 10 (33 (84,6 %) человека), также от 11 до 15 (5 (12,8 %) человек), от 15 до 20 (1 (2,6 %) человек).

Выводы

Онкологические пациенты относятся к группе высокого риска развития инфекции, ассоциированной с *Clostridium difficile*, так как противоопухолевые препараты и антибиотики, с одной стороны, обладают некоторой антимикробной активностью, а, с другой стороны, могут стать причиной таких побочных эффектов, как тошнота, рвота, диарея, метеоризм и боли в животе. Основываясь на результатах проведенного исследования, мы установили: риск развития инфекции, ассоциированной с *C. difficile* повышается при приеме определенных групп антибиотиков таких, как цефалоспорины 2 и 3 поколения, фторхинолоны, пенициллины (Амоксициллин), линкозамиды (Клиндамицин); а также на фоне проводимого среди онкологических пациентов химиотерапевтического лечения в минимальном количестве курсов от 7 до 10 с использованием таких химиотерапевтических препаратов, как «Элегард», «Нитрол», «Декапептил-депо».

ЛИТЕРАТУРА

1. *Clostridium difficile*-ассоциированная инфекция/ И. Карпов [и др.] // Медицинский вестник. — 2016. — № 52. — С. 2–5.
2. Немцов, А. М. Псевдомембранозный колит как мультидисциплинарная проблема / А. М. Немцов // Вестн. Витебск. Гос. ун-та. — 2014. — № 3. — С. 6–19.
3. Клинический протокол диагностики и лечения инфекционных заболеваний при оказании медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях районных, областных и республиканских организаций здравоохранения Республики Беларусь: утв. МЗ РБ 11.08.11; введ. в действие 24.08.12. — М.: Прейскурантиздат, 2012.
4. Barbut, F. Epidemiology of *Clostridium difficile*-associated infections/ F. Barbut, J. C. Petit// European Society of Clinical Infectious Diseases. — 2001. — Vol. 7, Iss. 8. — P. 405–410.

УДК 616-002.828:615.282.84]-053

ЧАСТОТА ВЫДЕЛЕНИЯ ГРИБОВ РОДА *CANDIDA* И ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИМИКОТИКАМ У ЛИЦ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

Демченко А. В.

Научный руководитель: д.м.н., доцент Е. А. Красавцев

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Грибы рода *Candida* известны людям с давних времен. В настоящее время кандидозы продолжают активно изучаться. Не взирая на совершенствование