

СОЧЕТАНИЕ COVID-19 И РЕЦИДИВИРУЮЩЕЙ *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* ИНФЕКЦИИ (КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ)

Елена Валентиновна Вютрих¹, Ксения Алексеевна Вютрих^{1, 2},
Александр Леонидович Оглоблин^{1, 2}

¹ Санкт-Петербургский государственный педиатрический медицинский университет. 194100, Санкт-Петербург, Литовская ул., д. 2

² Городская Мариинская больница. 191014, г. Санкт-Петербург, Литейный пр., д. 56

E-mail: ksux33@mail.ru

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: новая коронавирусная инфекция; COVID-19; *Clostridioides difficile* инфекция; CDI; желчнокаменная болезнь.

Введение. Поражения органов пищеварения выявляются у 19–50% лиц с COVID-19. Данные симптомы могут предшествовать респираторным симптомам, а в ряде случаев быть единственным проявлением болезни. Наиболее распространенным (12,9–50%) и трудным с позиции дифференциальной диагностики является диарейный синдром, который наблюдается у значительной части пациентов с COVID-19 как в острой фазе болезни, так и в постковидном периоде.

Цель. Обратить внимание клиницистов на необходимость проведения дифференциального диагноза диарейного синдрома у пациентов с COVID-19.

Клиническое наблюдение. Пациентка М., 59 лет, была госпитализирована в инфекционное отделение хирургического профиля Мариинской больницы с жалобами на боли в правом подреберье, субфебрильную лихорадку. В течение 10 месяцев до госпитализации отмечала неоднократные приступы подобных болей. Установлен диагноз желчнокаменной болезни. Амбулаторно и в стационарах проводились курсы консервативной, в том числе антибактериальной, терапии, рекомендовалась холецистэктомия в плановом порядке.

При поступлении — лабораторно: ПЦР-тест на SARS-CoV-2 положительный; умеренное повышение билирубина, трансаминаз; нейтрофильный лейкоцитоз; СРБ > 200,0 мг/л. По данным мультиспиральной компьютерной томографии (МСКТ) органов грудной клетки инфильтративных изменений не выявлено. При ультразвуковом исследовании органов брюшной полости подтверждена картина калькулезного холецистита. Принято решение о выполнении лапароскопической холецистэктомии. При ревизии брюшной полости выявлены паравезикальный абсцесс, эмпиема желчного пузыря. Выполнены конверсия доступа, лапаротомия, холецистэктомия, санация и дренирование брюшной полости. Начата антибактериальная терапия цефалоспоридами. На 4-е сутки госпитализации у пациентки отмечено появление многократного жидкого стула до 7 раз в сутки. В анализе кала лейкоциты 100–150 в поле зрения, эритроциты 1–5 в поле зрения. Нарастание лейкоцитоза до $29 \times 10^9/\text{л}$. Тест на клостридиальные токсины положительный. Иницирована этапная терапия ванкомицином/метронидазолом согласно рекомендуемым схемам лечения инфекции, вызванной *Clostridium difficile* (CDI).

На фоне проводимой терапии диарейный синдром сохранялся, отмечены нарастание азотемии (креатинин 569 мкмоль/л), гипопроteinемии, повышение прокальцитонинового теста, появление периферических отеков. По данным МСКТ брюшной полости выявлено утолщение стенки толстой кишки на всем протяжении до 20 мм. Клиническая картина острого почечного повреждения потребовала нахождения пациентки в отделении интенсивной терапии. Проводились коррекция гипоальбуминемии, эмпирическая терапия про- и метабиотиками, антикоагулянтная, симптоматическая терапия. На фоне лечения отмечены уменьшение количества дефекаций до 3–4 раз в сутки, нормализация лабораторных показателей. Пациентка выписана с улучшением на 38-е сутки госпитализации.

На 10-е сутки после выписки отмечены возобновление диареи до 10 раз в сутки, учащение болей в животе без четкой локализации, эпизоды субфебрильной лихорадки. Амбулаторно назначены ферментные препараты, ингибиторы протонной помпы, пробиотики, спазмолитики. Антибактериальная терапия не проводилась. В связи с неэффективностью лечения пациентка повторно

госпитализирована в неинфекционное отделение стационара. При поступлении лабораторно отмечен нейтрофильный лейкоцитоз ($27,4 \times 10^9/\text{л}$). В копрограмме лейкоциты до 60–80 в поле зрения, слизь единично; признаков мальабсорбции не выявлялось. По данным УЗИ брюшной полости: утолщение, гипоехогенность стенки толстой кишки, преимущественно по правому фланку. Выполнена фиброколоноскопия: картина эрозивного, преимущественно правостороннего колита без четкой нозологической принадлежности. По результатам мультифокальной биопсии: во всех исследованных фрагментах отмечена типичная гистологическая картина слизистой оболочки толстой кишки с минимальным воспалительным компонентом и очаговой лимфофолликулярной гиперплазией. В отделении проводилась терапия по протоколу рецидива инфекции, симптоматическое лечение. Пациентка выписана с улучшением под амбулаторное наблюдение на 11-е сутки госпитализации. В дальнейшем в течение года диарейный синдром не рецидивировал.

Обсуждение. В рассматриваемом клиническом случае диарейный синдром у пациента с COVID-19 был обусловлен присоединением нозокомиальной CDI. Факторами риска CDI явились антибактериальная и антисекреторная терапия и хирургическое вмешательство. На основании клинических данных и теста на токсины диагностирована CDI тяжелого течения, которая протекала с развитием мультисистемных осложнений. Отмечался замедленный клинический ответ на проводимую терапию.

На амбулаторном этапе своевременно не распознан рецидив CDI. В стационаре диагноз был поставлен клинически и подтвержден *exjuvantibus*. Отсутствие типичных признаков псевдомембранозного колита по данным эндоскопического исследования не противоречило диагнозу.

Заключение. В случаях развития диареи в стационаре у пациентов с COVID-19 необходимо исключить CDI — одну из самых распространенных нозокомиальных инфекций XXI века. Врачи амбулаторного звена должны помнить о склонности CDI к рецидивам, диагноз ставится главным образом клинически.