

Лемеш А.В.<sup>1</sup>, Денисик А.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

<sup>2</sup>Гродненская областная детская клиническая больница, Гродно, Беларусь

## ФАКТОРЫ РИСКА АНТИБИОТИК-АССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ У ПАЦИЕНТОВ ОТДЕЛЕНИЙ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ

**Актуальность.** Использование антибиотиков увеличилось за последние несколько десятилетий. Однако широкое использование антибиотиков разрушает нормальную кишечную флору, вызывая нарушение кишечной флоры, что, в свою очередь, приводит к появлению у пациентов различных клинических симптомов. Антибиотик-ассоциированная диарея (ААД) определяется как не связанная с другими причинами диарея (не менее трех эпизодов неоформленного стула в течение двух последовательных дней и более), развившаяся на фоне приема антибактериальных препаратов или в течение 8 недель после окончания их приема. Пациенты в отделении интенсивной терапии подвергаются особенно высокому риску ААД из-за наличия множества факторов риска: лечение большим количеством антибиотиков, кортикостероидов, ингибиторов протонной помпы, энтерального питания, наличия сопутствующих заболеваний (почечная недостаточность, сахарный диабет, иммунодефицит), операций на желудочно-кишечном тракте.

**Цель.** Изучить и выявить влияние факторов риска на развитие антибиотик-ассоциированной диареи у пациентов отделения интенсивной терапии.

**Методы исследования.** проведен ретроспективный анализ 24 историй болезни пациентов с сепсисом без ААД и 24 историй болезни септических пациентов с ААД. Исследование проводилось на базе Гродненской университетской клиники, Гродненского областного клинического кардиологического центра, Гродненской областной клинической больницы.

**Результаты и их обсуждение.** Согласно литературным данным, возраст  $\geq 65$  лет является факторам риска ААД, однако мы обнаружили, что средний возраст для септических пациентов с ААД составил 60 лет.

В нашем исследовании продолжительность использования ингибиторов протонной помпы была связана с ААД у пациентов, что совпадает с данными литературы. Ингибиторы протонной помпы назначались 79 % пациентов с сепсисом и 96% с ААД.

К наиболее частым факторам риска относят длительное применение антибактериальных препаратов. Комбинированная антибактериальная терапия вызывала ААД – 95% по сравнению с монотерапией. Основные группы антибактериальных препаратов, вызывающих ААД у пациентов в тяжелом состоянии, являлись фторхинолоны, цефалоспорины, карбапенемы.

У пациентов с ААД средняя продолжительность времени от приема антибиотика до появления клинической картины (3 или более эпизодов неоформленного стула в течение двух или более последующих дней) составила 5 суток при терапии фторхинолонами, карбапенемами и цефалоспоридами. Среди фторхинолонов наиболее «колитогенным» являлся левофлоксацин, в суточной дозировке 1000 мг, среди цефалоспоринов – цефтриаксон, в суточной дозировке 2000 мг, среди карбапенемов – меропенем, в суточной дозировке 3000 мг.

Использование противогрибковых препаратов, как фактор риска ААД, не показал разницы между двумя группами исследования.

---

Лемешевская З.П.

Гродненский государственный медицинский университет, Гродно, Беларусь

## ДИЕТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПАЦИЕНТАМ С СИНДРОМОМ ХОЛЕСТАЗА

**Актуальность.** Большинство пациентов с ЖКБ хорошо переносят оперативное лечение, у них не наблюдается осложнений, однако существует группа пациентов, у которых после холецистэктомии появляется расстройство пассажа желчи, и клинически их начинают беспокоить запоры, а вторично изжога и другие проявления гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ). Кроме того, существует группа пациентов без ЖКБ, которые так же страдают синдромом холестаза, что у этой категории имеет сезонный характер. Описанные выше категории пациентов имеют низкое качество жизни, так как обычные