



# Инфекция Clostridioides difficile у пациентов с ВЗК

Ганзельман Александрина Анатольевна<sup>1</sup>, Гернега Кристина Александровна<sup>1</sup>, Ларюшина Елена Михайловна<sup>2</sup>, Кабдулина Надежда Валерьевна<sup>3</sup>, Бейсембаева Гульнара Амиргалиевна<sup>4</sup>.

НАО «Карагандинский медицинский университет»,  
Казахстан ЗКП «Областная клиническая больница» г. Караганды, Казахстан  
1-резиденты 1 курса специальности гастроэнтерология (взрослая, детская)  
2- Научный руководитель, заведующая кафедрой внутренних болезней, профессор.  
3-Клинический наставник, заведующая отделением гастроэнтерологии ОКБ.  
4-заведующая лаборатории Областной клинической больницы

## Введение

ВЗК являются хроническими иммуновоспалительными заболеваниями с рецидивирующим течением и необходимостью длительной иммуносупрессивной терапии. На фоне нарушения кишечного барьера и применения глюкокортикостероидов, иммуномодуляторов и биологических препаратов возрастает риск развития госпитальных и оппортунистических инфекций. Согласно рекомендациям ЕССО, инфекционные осложнения могут имитировать обострение ВЗК, утяжелять течение заболевания и влиять на прогноз, что требует обязательного инфекционного скрининга и своевременной дифференциальной диагностики.



## Актуальность

Пациенты с ВЗК имеют повышенную восприимчивость к CDI вследствие дисбиоза кишечника и иммуносупрессивной терапии. Клинические проявления CDI могут имитировать обострение ВЗК, что затрудняет своевременную диагностику. Наличие CDI ухудшает прогноз ВЗК и снижает эффективность базисной терапии.

## Цель и дизайн исследования

**Цель:** Определение распространенности инфекции *Clostridioides difficile* и особенностей клинико-эндоскопической и лабораторной картины течения заболевания у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК), ассоциированными с CDI.  
**Материалы и методы:** Исследование выполнено в дизайне поперечного неинтервенционного наблюдательного исследования.  
•Работа проведена на базе гастроэнтерологического отделения Областной клинической больницы г. Караганды.  
•Распространенность инфекции *Clostridioides difficile* у пациентов с ВЗК оценивалась путем ретроспективного анализа 75 историй болезни за период 2025–2026 гг.  
•Всем пациентам с ВЗК и клиническими признаками обострения диареи проводилось обследование колопроктологом со взятием ПЦР к ЦМВ.  
•Диагностика CDI осуществлялась в соответствии с современными международными рекомендациями и включала выявление токсинов A/B *C. difficile* в кале  
•Активность ВЗК оценивалась на основании клинических индексов: индекс Мейо — при язвенном колите и индекс Харви–Брэдшоу — при болезни Крона.  
•Анализировались лабораторные маркеры системного воспалительного ответа, включая уровень лейкоцитов, скорость оседания эритроцитов, концентрацию С-реактивного белка, а также уровень фекального кальпротектина.  
•Эндоскопическая активность заболевания оценивалась по характеру воспалительных изменений слизистой оболочки толстой кишки.  
•Дополнительно учитывалось наличие перианальных проявлений ВЗК и характер проводимой терапии (глюкокортикостероиды, 5-АСК, иммуномодуляторы, генно-инженерные биологические препараты).

## Результаты и обсуждение

В соответствии с критериями включения в анализ были включены 6 пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (ВЗК) и лабораторно подтвержденной инфекцией *Clostridioides difficile*. Распространенность кластридиальной инфекции среди пациентов с ВЗК составила 8% (6 из 75 пациентов). В исследуемой группе преобладали пациенты трудоспособного возраста. В разрезе нозологических форм ВЗК: язвенный колит был диагностирован у 3 пациентов (50%) болезнь Крона — у 2 пациентов (50%). У всех пациентов с ЯК обнаружено левостороннее поражение. У всех пациентов с болезнью Крона локализация поражения L2 колит. При анализе клинической картины у пациентов с ВЗК, ассоциированным с *Clostridioides difficile*, преобладали диарейный и интоксикационный синдромы, проявлявшиеся учащенным жидким стулом, в ряде случаев с примесью крови и слизи, а также ухудшением общего самочувствия и снижением качества жизни. При анализе лабораторных признаков активности воспалительного процесса выявлены выраженные признаки системного и кишечного воспаления. Лейкоцитоз (выше  $9,0 \cdot 10^9/л$ ) наблюдался у 2 пациентов (33,3%), при этом максимальный показатель не превышал  $12 \times 10^9 /л$ . Показатель СОЭ варьировался в широком диапазоне от 9 до 43 мм/ч. Медиана уровня СРБ соответствовала 6,89 мг/л, а максимально зарегистрированный показатель достигал 154,9 мг/л. Также исследовался фекальный кальпротектин (ФК) как неинвазивный маркер нейтрофильного интестинального воспаления: медиана составила 1284 мкг/г, интерквартильный размах — 425,0–1000,0 мкг/г, при максимальном значении 5618 мкг/г. Таким образом, совокупность данных параметров отображает выраженную активность воспаления кишечника, индуцированную присоединением кластридиальной инфекции. Анализ проводимой терапии: среди всех пациентов с положительным результатом на *C. difficile* 1 человек (16,7%) получал генно-инженерную биологическую терапию (ГИБТ), остальные 5 пациентов (83,3%) находились на монотерапии препаратами 5-АСК (Месалазин). В структуре осложнений превалировал дисбактериоз кишечника, отмеченный у 4 пациентов (66,7%). Мальабсорбция и анемия развились у 2 пациентов (33,3%), что клинически отягощало течение основного заболевания.

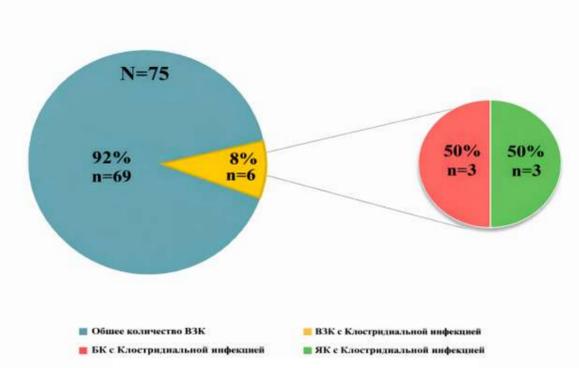


Диаграмма 1. Распространенность C. difficile у пациентов с ВЗК

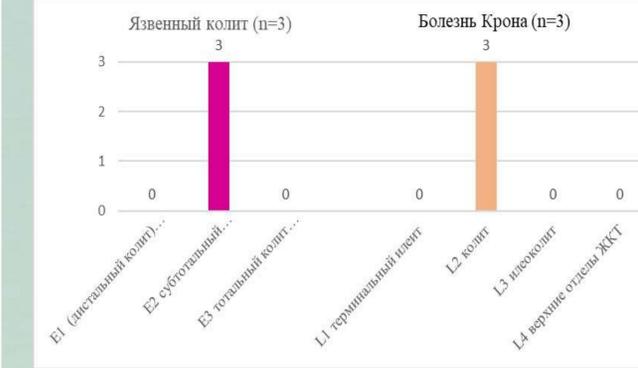


Диаграмма 2. Протяженность поражения у пациентов ВЗК с сочетанным C. difficile колитом

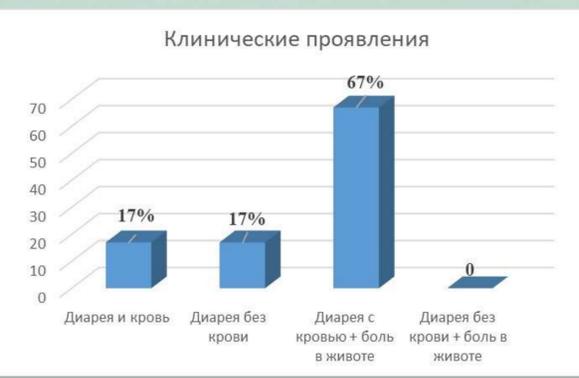


Диаграмма 3. Клинические проявления у пациентов с ВЗК, имеющих ЦМВ – колит.

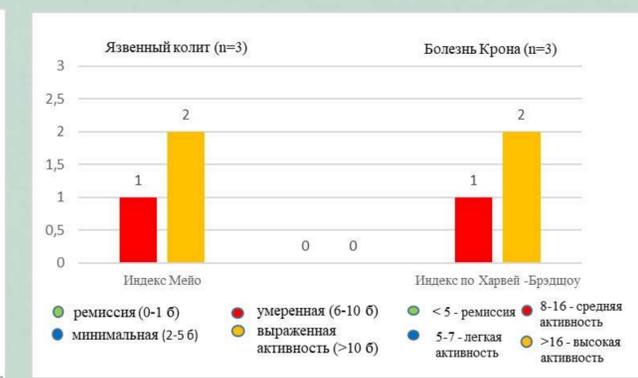


Диаграмма 4. Индекс активности заболевания у пациентов ВЗК с сочетанным C. difficile колитом

## Заключение:

Учитывая небольшое количество обследованных пациентов, настоящее исследование не ставило целью оценить влияние кластридиальной инфекции на течение воспалительных заболеваний кишечника, однако полученные данные свидетельствуют о том, что присоединение инфекции *Clostridioides difficile* сопровождается выраженной клинико-лабораторной активностью воспалительного процесса и требует дальнейшего углубленного изучения. Значительное повышение маркеров кишечного воспаления, в первую очередь фекального кальпротектина, а также маркеров системного воспалительного ответа (С-реактивный белок, СОЭ, лейкоцитоз) на фоне отсутствия адекватного ответа на стандартную базисную терапию ВЗК и нарастания клинической симптоматики, включая усиление диарейного синдрома, появление или увеличение примеси крови в стуле, признаки интоксикации и ухудшение общего состояния пациента, должно настораживать клинициста в отношении присоединения инфекции *Clostridioides difficile*. Определение токсигенных штаммов *Clostridioides difficile* с использованием молекулярно-генетических методов (ПЦР) целесообразно включать в обязательный диагностический алгоритм у пациентов с ВЗК при дебюте заболевания, любом рецидиве, а также при утрате ответа на проводимую терапию. Инфекция *Clostridioides difficile* может рассматриваться как фактор неблагоприятного течения и резистентности к стандартному лечению ВЗК, что обуславливает необходимость своевременного назначения этиотропной противокластридиальной терапии и коррекции базисного лечения с целью снижения активности воспалительного процесса и улучшения клинических исходов.

Использованная литература:

- 1) European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Guidelines for Clostridioides difficile infection. Clinical Microbiology and Infection. 2021.
- 2) ECCO Guidelines on the Prevention, Diagnosis and Management of Infections in IBD. Journal of Crohn's and Colitis, 2021.
- 3) Maaser C. et al., 2019. ECCO-ESGAR Guideline for Diagnostic Assessment in IBD. J Crohns Colitis. 13(2):144–164. DOI: 10.1093/ecco-jcc/jyy113
- 4) Министерство здравоохранения РФ. Клинические рекомендации: Энтероколит, вызванный Clostridioides difficile (C. difficile), 2024.
- 5) РК МЗ Клинический протокол «Язвенный колит», Протокол №141, 2020.
- 6) РК МЗ. Клинический протокол «Болезнь Крона», Протокол №145, 2020.

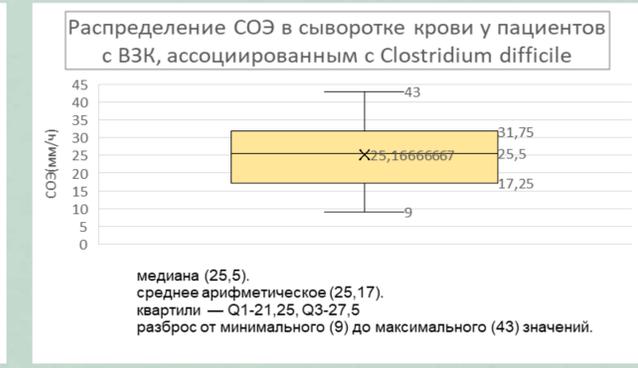
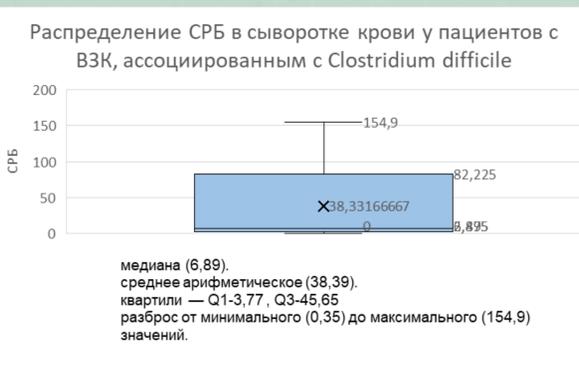
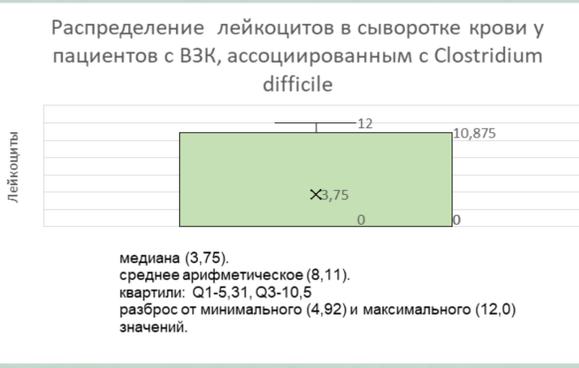


Диаграмма 5,6,7,8. Вариабельность лабораторных маркеров воспаления у больных с C. difficile