**Синдром избыточного бактериального роста при неспецифическом язвенном колите**

Е.В. Логвин, Е.И. Кашкина, Н.А. Кошелева, Р.В. Лякишева, Кафедра госпитальной терапии лечебного факультета СГМУ, Областная клиническая больница г. Саратова

Нами наблюдался клинический случай синдрома избыточного бактериального роста (СИБР) у больной с неспецифическим язвенным колитом (НЯК) тяжелой формы, непрерывно-рецидивирующем течением.

Больная С., 25 лет, поступила в отделение терапии Областной клинической больницы г. Саратова (ОКБ) 31 октября 2002 г с жалобами на лихорадку до 39 градусов, схваткообразные боли в левой половине живота, жидкий стул до 8 раз в сутки с примесью в кале значительного количества крови и слизи, ложные позывы на дефекацию до 10 раз в сутки, выраженную слабость, похудание.

В течение последних трех лет отмечала появление болей в прямой кишке при дефекации, частые ложные позывы на дефекацию. Наблюдалась в поликлинике по месту жительства с диагнозом хронический спастический колит, лечилась нерегулярно отварами травяных сборов.

В марте 2000 года в кале появилась примесь крови, стул участился до 5-6 раз в сутки.

Обследовалась в апреле 2000 года в отделении проктологии ОКБ, где на основании данных ректороманоскопии впервые был поставлен диагноз НЯК, назначена базисная терапия глюкокортикостероидами (ГКС) и салазопрепаратами (СП), однако больная рекомендованную терапию соблюдала нерегулярно и не в полном объеме.

27 сентября 2002 года больная была госпитализирована в отделение терапии Хвалынской ЦРБ в связи с учащением стула до 8 раз в сутки, частыми тенезмами, усилением болей в животе перед актом дефекации, субфебрильной температурой тела. Больной проводилась терапия ГКС, СП. 15 октября 2002 года у больной резко повысилась температура тела до 39 градусов, стул участился в общей сложности до 20 раз в сутки. При бактериологическом анализе кала 26 октября 2002 года была выделена культура Bact. Citrobacter, однако антибактериальная терапия не была проведена (по-видимому, фебрильная лихорадка расценивалась как проявление НЯК, несмотря на то, что даже для распространенной формы данного заболевания фебрильная лихорадка нетипична).

31 октября 2002 года больная была переведена в отделение терапии ОКБ в связи с резким ухудшением самочувствия, появлением выраженной интоксикации, резкого вздутия живота и значительной болезненности в околопупочной области в сочетании с фебрильной лихорадкой, что было расценено как СИБР, который может сопровождать НЯК (особенно при ГКС-терапии). При выполнении 5 ноября 2002 года колоноскопии в поликлинике ОКБ у больной был подтвержден НЯК, обнаружена воспалительная стриктура прямой кишки.

Больной была назначена базисная терапия ГКС (таб. Преднизолон 30 мг/сут с учетом суточного биоритма секреции ГКС надпочечниками, микроклизмы с гидрокортизоном 125 мг на ночь 125 мг на ночь), СП (таб. Салофальк 1,5 мг/сут), антибактериальная терапия Цефазолином (в/м 6 г/сут в 3 введения - 10 дней), трансфузии эритроцитарной массы в объеме 220 и 290 мл, свежезамороженной плазмы в объеме 250 мл.

На фоне проводимой терапии состояние больной улучшилось: снизилась температура тела до субфебрильных цифр, повысился уровень эритроцитов, гемоглобина, общего белка, альбуминов крови, количество дефекаций снизилось до 3-4 раз в сутки, число лейкоцитов в копрограмме снизилось до 10 в поле зрения.

Больной было проведено лечение Интетриксом по 1 таб. 4 раза в день в сочетании с бактисубтилом по 2 таб 3 раза в день в течение 5 дней, после чего стул 2-3 раза в сутки, однако сохранялись тенезмы. Затем было продолжено лечение комбинированным пробиотиком - капс. Бифи-форм по 1 капсуле утром и вечером - содержащим облигатную микрофлору тонкого кишечника (энтерококки) и толстого кишечника (бифидумбактерии), благодаря чему удалось достичь положительного эффекта в лечении: прекращения диареи, уменьшения количества тенезмов до 3-4 раз в сутки, в копрограмме отсутствие лейкоцитов и эритроцитов, улучшилось самочувствие больной.

При бактериологическом анализе кала от 25 ноября 2002 года выделена культура Proteus Vulgaris, однако самочувствие больной было удовлетворительным, она настаивала на выписке, в связи с чем была отпущена на амбулаторное лечение с рекомендациями приема антибактериальных средств - таб. Ципролет 500 мг по 2 таб. в день в течение 5 дней, затем повторный курс приема Бифи-форма, приема ГКС (таб. Преднизолон 30 мг/сут), СП (таб. Салофальк 1,5 г/сут, свечи), Н2 - блокаторов (таб. Квамател 40 мг на ночь), таб. Сорбифер дурулес по 1 таб 2 раза в день.

Больная была взята на диспансерный учет в гастроэнтерологическом центре отделения терапии ОКБ и назначена плановая госпитализация в феврале 2003 года для обследования и коррекции терапии.

В настоящее время продолжается динамическое наблюдение за больной.

В январе 2003 года она консультирована в отделении терапии ОКБ. На фоне базисной терапии СП 1,5 г/сут и ГКС (дозу самостоятельно снизила до 20 мг/сут) состояние удовлетворительное, боли в животе не беспокоят, температура тела нормальная, сохраняется жидкий стул 3-4 раза в сутки без примесей крови и слизи.

Особенностью данного клинического случая является наличие у больной НЯК упорного СИБР со сменой микрофлоры (цитробактер, протей).

Из анализа данного случая можно сделать вывод об обязательности бактериологического исследования кала в динамике данного заболевания.

**Список литературы**

Для подготовки данной работы были использованы материалы с сайта <http://gradusnik.ru/>