Энтероколит, вызванный Clostridioides difficile (C. difficile)

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: A04.7, K52.8 · Общероссийская общественная организация "Ассоциация колопроктологов России", Российская Гастроэнтерологическая Ассоциация, Российское общество колоректальных хирургов

Энтероколит, вызванный C. difficile, — диарейное заболевание, связанное с нарушением кишечной микробиоты, избыточной колонизацией токсигенными штаммами и воспалением толстой кишки. Рекомендация описывает, кого обследовать, как подтвердить диагноз, оценить тяжесть, выбрать антибактериальную терапию, предупредить рецидивы и ограничить внутрибольничное распространение.

Главное

- Обследовать на C. difficile нужно только пациентов с впервые возникшей за 24 часа диареей: жидкий стул типа 6–7 по Бристольской шкале не менее 3 раз в сутки и без очевидной другой причины; при кишечной непроходимости допустим ректальный мазок.
- Тяжёлое течение предполагают при водянистой диарее и ≥2 признаках: альбумин < 30 г/л, лейкоциты >15×10^9/л, температура >38,5 °C, креатинин >1,5 мг/дл или >1,5 раза от исходного, боль/болезненность живота. Осложнённое течение — критерии тяжёлого течения плюс гипотензия, шок, илеус, мегаколон, нарушение сознания, лактат >2,2 ммоль/л или органная недостаточность.
- Для лабораторного подтверждения используйте минимум 2 теста. Скрининг: ПЦР на C. difficile или ГДГ; при положительном результате — тест на токсины A/B. Отрицательный скрининговый тест исключает инфекцию, положительный результат теста на токсины подтверждает диагноз. УУР С, УДД 5.
- Повторное тестирование образца стула не проводят после первично отрицательного результата, в том числе в течение 7 дней; УУР С, УДД 5. Для контроля эффективности лечения повторное тестирование также не проводят; УУР А, УДД 5.
- Базовый шаг лечения — как можно быстрее отменить причинно связанный системный антибиотик, если это не противоречит лечению другого состояния; противодиарейные средства, снижающие моторику, например лоперамид, не применять. УУР С, УДД 5.
- При первом эпизоде энтероколита лёгкой степени тяжести препарат первой линии — ванкомицин 125 мг внутрь 4 раза в сутки 10 дней. УУР А, УДД 2.
- При первом эпизоде энтероколита тяжёлого течения препарат первой линии — ванкомицин 125 мг внутрь 4 раза в сутки 10 дней. УУР С, УДД 5.
- При осложнённом течении применяют ванкомицин 500 мг внутрь или через зонд 4 раза в сутки; при подозрении на кишечную непроходимость — 500 мг в 100 мл натрия хлорида ректально каждые 6 часов; метронидазол 500 мг внутривенно каждые 8 часов добавляют к ванкомицину на 10 дней. УУР С, УДД 5.

Диагностика

1. Сначала оцените, есть ли показания к тестированию: ≥3 эпизода жидкого стула за сутки, тип 6–7 по Бристольской шкале, нет явной альтернативной причины диареи.
2. Соберите анамнез риска и исключите другие причины: слабительные за предшествующие 48 часов, химиотерапия, энтеральное питание, операции на брюшной полости, ВЗК, СРК. Ключевые факторы риска — пожилой возраст, госпитализация, системные антибиотики; риск повышен во время антибиотикотерапии и до 3 месяцев после неё. УУР С, УДД 5.
3. Осмотрите пациента для оценки тяжести: при нетяжёлом течении возможны слизь/кровь в стуле, субфебрилитет, умеренная болезненность живота; при тяжёлом/осложнённом — фебрильная лихорадка, диффузная боль, вздутие, гиповолемия, гипотония, шок, нарушение сознания, перитонит.
4. Отправляйте на C. difficile только жидкий стул; у бессимптомных пациентов тестирование не проводят, кроме ситуации инфекционного контроля перед госпитализацией в онкологический стационар или отделение трансплантологии. УУР С, УДД 5.
5. Проводите двухступенчатую лабораторную диагностику: ПЦР на C. difficile или ГДГ как скрининг, затем токсины A/B при положительном первом тесте. При ГДГ-отрицательном и токсин-положительном результате анализ повторяют, так как результат недействителен. УУР С, УДД 5.

6. Для оценки тяжести и осложнений выполните ОАК с СОЭ и лейкоформулой, биохимию с СРБ, ферритином, альбумином, креатинином и электролитами, общий анализ мочи, копрограмму; также коагулограмму для оценки риска нарушений свёртывания. УУР С, УДД 5.
7. Визуализацию брюшной полости выполняйте при тяжёлом/осложнённом течении; колоноскопия с последующим патолого-анатомическим исследованием нужна при отсутствии ответа на лечение, ухудшении или подозрении на альтернативный диагноз. При лёгком/умеренном лабораторно подтверждённом течении колоноскопия не показана. УУР С, УДД 5.

Лечение

- Лечение назначают при типичной клинике и положительных тестах кала. Эмпирически начинать терапию можно при тяжёлом/осложнённом течении, молниеносном прогрессировании, невозможности быстрого тестирования или типичной клинике при отрицательном первичном тесте. УУР С, УДД 5.
- Отмените причинно связанный системный антибиотик, если это возможно; скорректируйте дегидратацию, гипокалиемию и гипонатриемию солевыми растворами. Не используйте препараты, снижающие моторику ЖКТ. УУР С, УДД 5.
- Первый эпизод лёгкого течения: ванкомицин 125 мг внутрь 4 раза в сутки 10 дней. При недоступности или противопоказании ванкомицина — метронидазол 500 мг внутрь 3 раза в сутки 10–14 дней только при нетяжёлом течении и отсутствии факторов риска тяжёлого течения. Ванкомицин: УУР А, УДД 2; метронидазол: УУР С, УДД 5.
- Первый эпизод тяжёлого течения: ванкомицин 125 мг внутрь 4 раза в сутки 10 дней. Если пероральный ванкомицин невозможен — метронидазол 500 мг парентерально 3 раза в день каждые 8 часов. УУР С, УДД 5.
- Осложнённое течение: ванкомицин 500 мг внутрь или через зонд 4 раза в сутки; при подозрении на кишечную непроходимость — ванкомицин 500 мг в 100 мл натрия хлорида ректально каждые 6 часов с осторожностью. Метронидазол 500 мг внутривенно каждые 8 часов добавляют к ванкомицину на 10 дней. УУР С, УДД 5.
- Первый рецидив: если ранее применяли стандартный курс ванкомицина или метронидазола, используйте ванкомицин с постепенным снижением/пульс-режимом: 125 мг 4 раза в день 10–14 дней, затем 125 мг 2 раза в день 7 дней, затем 125 мг 1 раз в день 7 дней, затем 125 мг каждые 2–3 дня 2–8 недель. Если первый эпизод лечили метронидазолом, возможен ванкомицин 125 мг внутрь 4 раза в день 10 дней. УУР С, УДД 5.
- При последующих рецидивах применяют ванкомицин в режиме снижения/пульс-режиме; другой вариант — ванкомицин 125 мг внутрь 4 раза в день 10 дней, затем рифаксимин 400 мг 3 раза в день 10 или 20 дней. УУР С, УДД 5.
- ТФМ показана при рецидивирующей инфекции при неэффективности стандартной антибактериальной терапии (УУР А, УДД 2), а также при тяжёлом/осложнённом течении, рефрактерном к консервативной терапии, если операция невозможна (УУР С, УДД 5). При рецидиве в течение 8 недель после первой ТФМ рекомендуется повторная процедура.

Когда направить и как наблюдать

- Лёгкое течение и подозрение на лёгкую форму могут вестись амбулаторно врачом-терапевтом, врачом общей практики, гастроэнтерологом или инфекционистом.
- Экстренная госпитализация показана при непереносимости пероральных препаратов, обезвоживании или наличии факторов риска тяжёлого/осложнённого течения.
- В отделение интенсивной терапии госпитализируют или переводят при тяжёлом течении и осложнениях: септический шок, сепсис, токсический мегаколон, перитонит, тяжёлая дегидратация с гипотонией и дисфункцией органов-мишеней.
- Консультация хирурга нужна при осложнённом течении без клинического улучшения, при лактате ≥2,2 ммоль/л или лейкоцитах ≥20×10^9/л. Показания к операции включают токсический мегаколон, илеус, перфорацию, перитонит, септический шок и ССВР. УУР С, УДД 5.
- Выписка возможна при уменьшении симптомов, нормализации лабораторных показателей, нормализации инструментальных данных и функции вовлечённых органов; также при отказе от стационара или необходимости перевода в другую медицинскую организацию.

Частые вопросы

Кому нельзя делать анализ на C. difficile?

Не тестируют бессимптомных пациентов и пациентов без диареи, чтобы не лечить носительство. Исключение в тексте — тестирование перед госпитализацией в онкологический стационар или отделение трансплантологии для инфекционного контроля.

Как отличить носительство от инфекции C. difficile?

Носительство — отсутствие диареи при токсигенном штамме или токсинах в кале. Для энтероколита характерны клинические симптомы и положительный диагностический тест.

Отличает ли ПЦР колонизацию от активной инфекции C. difficile?

Нет. ПЦР подтверждает наличие C. difficile, но не дифференцирует колонизацию и активную инфекцию.

Нужно ли повторять анализ кала после лечения?

Нет. Повторное тестирование для контроля эффективности не проводят: более чем у 60% пациентов тесты могут оставаться положительными из-за выделения спор до 6 недель, что ведёт к ложной оценке и лишнему лечению.

Когда метронидазол можно использовать вместо ванкомицина при нетяжёлом эпизоде?

При первом нетяжёлом эпизоде метронидазол 500 мг внутрь 3 раза в день 10–14 дней допустим, если ванкомицин недоступен или противопоказан.

Когда метронидазол используют при тяжёлом течении?

При тяжёлом течении метронидазол 500 мг парентерально каждые 8 часов используют, если невозможно назначить пероральный ванкомицин.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/878-enterokolit-vyzvannyi-clostridioides-difficile-c-difficile. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/878_1