



# Роль своевременной диагностики и комбинированной терапии в лечении хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита: клинический случай

С.Н. Лагутина, Э.И. Климова, О.С. Скуратова✉

ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Минздрава России, Воронеж, Россия  
✉prokopova15@mail.ru

## Аннотация

Гастрит и дуоденит являются одними из самых распространенных заболеваний в России: в 2021 г. зарегистрировано более 30 млн пациентов. Заболевание опасно риском перехода в предраковые состояния, включая атрофический гастрит и кишечную метаплазию, что значительно увеличивает вероятность развития рака желудка. Снижение распространенности *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) в популяции до 40% – положительная тенденция, однако инфекция остается основным фактором риска развития хронического гастрита. Растущая антибиотикорезистентность и недостаточная осведомленность о современных схемах эрадикации создают сложности в борьбе с инфекцией. Ранняя диагностика и диспансерное наблюдение имеют решающее значение для выявления групп риска и своевременного купирования патологических изменений. Такие методы, как эндоскопия с узкополосной визуализацией и стадирование по OLGA/OLGIM, помогают оценить степень атрофии и разработать стратегии профилактики рака.

**Ключевые слова:** *Helicobacter pylori*, гастрит, диагностика, скрининговые тесты, антиген в кале, лечение инфекции *H. pylori*, профилактика осложнений гастрита.

**Для цитирования:** Лагутина С.Н., Климова Э.И., Скуратова О.С. Роль своевременной диагностики и комбинированной терапии в лечении хронического *Helicobacter pylori*-ассоциированного гастрита: клинический случай. *Клинический разбор в общей медицине*. 2026; 7 (1): 39–41. DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00750

## The role of timely diagnosis and combination therapy in the treatment of chronic *Helicobacter pylori*-associated gastritis: clinical case

Svetlana N. Lagutina, Ellona I. Klimova, Olga S. Skuratova✉

Burdenko Voronezh State Medical University, Voronezh, Russia  
✉prokopova15@mail.ru

## Abstract

Gastritis and duodenitis are among the most common diseases in Russia: more than 30 million patients were registered in 2021. The disease is dangerous due to the risk of transition to precancerous conditions, including atrophic gastritis and intestinal metaplasia, which significantly increases the likelihood of developing stomach cancer. A decrease in the prevalence of *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) in the population to 40% is a positive trend, but the infection remains the main factor in chronic gastritis. Growing antibiotic resistance and lack of awareness of modern eradication regimens create difficulties in the fight against infection. Early diagnosis and dispensary monitoring are crucial for identifying risk groups and timely relief of pathological changes. Methods such as narrow-band visualization endoscopy and OLGA/OLGIM staging help assess the degree of atrophy and develop cancer prevention strategies.

**Keywords:** *Helicobacter pylori*, gastritis, diagnostics, screening tests, fecal antigen, treatment of *H. pylori* infection, prevention of gastritis complications.

**For citation:** Lagutina S.N., Klimova E.I., Skuratova O.S. The role of timely diagnosis and combination therapy in the treatment of chronic *Helicobacter pylori*-associated gastritis: clinical case. *Clinical review for general practice*. 2026; 7 (1): 39–41 (In Russ.).

DOI: 10.47407/kr2026.7.1.00750

## Введение

Эрадикационная терапия *Helicobacter pylori* (*H. pylori*), особенно с включением препаратов для укрепления защитного барьера слизистой оболочки, таких как ребамипид, является перспективным подходом. Однако для повышения эффективности лечения и профилактики необходимы дальнейшие исследования и совершенствование комплексных методов терапии [1–3].

## Клинический случай

Пациент Т., 62 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отрыжку воздухом сразу после еды и тяжесть в эпигастрии независимо от приема пищи, тошноту и потерю аппетита.

По данным анамнеза, наследственность не отягощена, есть аллергия на новокаин, перенесенные заболевания – хронический гастрит, гипертоническая болезнь, остеохондроз. Операций, травм и гемотрансфузий не было.

Врачом был проведен общий осмотр пациента, выявлены симптомы патологии со стороны желудочно-кишечного тракта, избыточная масса тела. Язык чистый, со сглаженными сосочками, живот мягкий, правильной формы, болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из-под края реберной дуги, пузырьные симптомы отрицательны. Селезенка не пальпируется. Стул регулярный, цвет светло-коричневый. Пациент был направлен на дообследование (общий анализ

**Таблица 1. Динамика данных ФГДС пациента**  
 Table 1. Dynamics of the patient's fibrogastroduodenoscopy

Дата	Результат
Декабрь 2022 г.	Хронический гастрит в стадии обострения, начинающийся полип желудка (0,4 см) на большой кривизне, вторичный дуоденит. Отмечены участки атрофии и гиперемии слизистой оболочки желудка
Февраль 2023 г.	Повторная ФГДС: хронический гастрит, вторичный дуоденит. Слизистая оболочка желудка розового цвета с признаками атрофии и гиперемии в антральном отделе. Полип и воспаление сохраняются, что указывает на продолжающееся обострение

**Таблица 2. Результаты лабораторных исследований**  
 Table 2. Laboratory test results

Показатель	Референсный интервал	Результат от 12.02.2023
<i>Общий анализ крови</i>		
Лейкоциты (WBC), $\times 10^9/\text{л}$	4,00–10,00	8,69
Эритроциты (RBC), $\times 10^{12}/\text{л}$	4,20–5,60	4,77
Гемоглобин (HGB), г/л	131–172	144
Гематокрит (HCT), %	39,0–50,0	42,6
Тромбоциты (PLT), $\times 10^9/\text{л}$	150–400	308
Нейтрофилы (NE), %	1,80–7,70	5,07
Лимфоциты (LY), $\times 10^9/\text{л}$	1,00–4,80	2,80
Моноциты (MO), $\times 10^9/\text{л}$	0,05–0,82	0,54
Эозинофилы (EO), $\times 10^9/\text{л}$	0,02–0,50	0,25
Базофилы (BA), $\times 10^9/\text{л}$	0,00–0,08	0,03
<i>Биохимический анализ крови</i>		
СОЭ, мм/ч	2–20	9
Коэффициент атерогенности	2,20–3,50	2,27
ТГ (концентрация), ммоль/л	<1,70	0,83
ХС ЛПВП, ммоль/л	>1,00	1,38
ХС ЛПНП, ммоль/л	<3,00	3,13*
ХС ЛПОНП, ммоль/л	<0,80	0,38
ХС общий, ммоль/л	<5,20	4,65
ХС не-ЛПВП, ммоль/л	<3,40	3,27
IgG к <i>H. pylori</i> (количественно), Ед/мл**	<5,00 (отрицательный)	>100* (положительный)
Примечание. СОЭ – скорость оседания эритроцитов, ТГ – триглицериды, ХС – холестерол, ЛПВП – липопротеины высокой плотности, ЛПОНП – липопротеины очень низкой плотности, ХС не-ЛПВП – ХС, не связанный с липопротеинами высокой плотности. * – значения, выходящие за пределы референсного интервала; ** – результат анализа от 13.02.2023.		

крови, биохимический анализ крови, исследование венозной крови на антитела к *H. pylori*, ультразвуковое исследование органов брюшной полости, фиброгастродуоденоскопия – ФГДС) для определения дальнейшей тактики ведения. По результатам дообследования было выявлено повышение уровней липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) и антител к *H. pylori* (от ноября 2022 г. и марта 2023 г.), при ультразвуковой диагностике отмечались эхографические признаки диффузных изменений поджелудочной железы, метеоризм. На компьютерной томографии органов брюшной полости был выявлен липоматоз поджелудочной железы. Деформация желчевыводящих путей. Результаты ФГДС в динамике представлены в табл. 1, данные лабораторных исследований – в табл. 2.

В марте 2023 г. был осмотрен врачом-гастроэнтерологом, в ходе консультации был поставлен окончательный диагноз и назначено лечение.

Диагноз: хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, в стадии обострения. Также отмечены хро-

нический паренхиматозный панкреатит и вторичный дуоденит.

Назначена антибактериальная терапия для эрадикации *H. pylori* (кларитромицин, амоксициллин, метронидазол), а также эзомепразол для снижения кислотности и защиты слизистой оболочки, панкреатин 10 000 ЕД по 1 капсуле 3 раза в день во время еды 14 дней, дротаверин 20 мг 1 раз в день 14 дней, висмута трикалия дицитрат 120 мг 14 дней.

## Обсуждение

Пациент обратился с жалобами на отрыжку, тяжесть в эпигастрии, тошноту и снижение аппетита. Проведенное обследование выявило хронический гастрит, ассоциированный с *H. pylori*, сопровождающийся вторичным дуоденитом, начальной атрофией слизистой оболочки желудка и наличием полипа. Эти данные свидетельствуют о длительном течении воспалительного процесса, который, вероятно, усугубляется отсутствием своевременной диагностики и лечения инфекции *H. pylori*.

Инфекция *H. pylori* является ключевым патогенетическим фактором, вызывающим хроническое воспаление слизистой оболочки желудка. Бактерия вырабатывает уреазу, нейтрализующую соляную кислоту, что создает благоприятные условия для ее выживания. Продуцируемые *H. pylori* токсины CagA и VacA нарушают функции эпителия, повышают проницаемость слизистой оболочки и инициируют синдром повышенной эпителиальной проницаемости. Эти процессы приводят к активации иммунной системы, которая вызывает повреждение клеток слизистой оболочки и способствует развитию атрофии. У пациента атрофические изменения, зафиксированные при эндоскопии, в сочетании с полипом являются потенциальным предраковым состоянием, что повышает риск развития аденокарциномы.

Дополнительным отягчающим фактором является хронический панкреатит с липоматозом, что отражает системное воспаление и метаболические нарушения, включая повышение уровня ЛПНП. Эти изменения требуют комплексного подхода в лечении, направленного на снижение воспаления, нормализацию метаболического статуса и улучшение пищеварительных процессов.

Пациенту назначена комбинированная терапия, включающая антибиотики (кларитромицин, амоксициллин, метронидазол), ингибитор протонной помпы (эзомепразол), препараты висмута и ферменты (панкреатин). Основные цели терапии – эрадикация *H. pylori* для устранения первопричины воспаления, снижение кислотности желудочного сока и защита слизистой оболочки от дальнейшего повреждения. Препараты висмута усиливают антибактериальный эффект и защищают слизистую оболочку, а ферментные средства и спазмолитики способствуют устранению симптомов со стороны поджелудочной железы и желудочно-кишечного тракта.

Прогноз зависит от эффективности проводимого лечения и динамического наблюдения. Наличие атро-

фии и полипа требует эндоскопического контроля через 6–12 мес для оценки регресса воспаления и исключения малигнизации. Устойчивость к терапии *H. pylori* может потребовать пересмотра схемы лечения, включая более длительные курсы или назначение дополнительных препаратов.

### Заключение

В течение нескольких месяцев состояние пациента оставалось стабильным с признаками хронического обострения гастрита, вероятно, из-за стойкой инфекции *H. pylori*. Повторные исследования показали отсутствие улучшений, что потребовало назначения антибиотиков для эрадикации *H. pylori*, а также средств для защиты слизистой оболочки.

Данный клинический случай подчеркивает важность своевременной диагностики и комплексного лечения хронического гастрита, связанного с *H. pylori*. Отсроченное выявление инфекции привело к хронизации воспаления, развитию вторичного дуоденита и полипоза, а также к атрофическим изменениям слизистой оболочки желудка, повышающим риск осложнений. Случай демонстрирует необходимость раннего тестирования на *H. pylori* и назначения антибактериальной терапии, поскольку использование стандартных антацидов и противовоспалительных препаратов недостаточно при данной инфекции [4, 5].

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Conflict of interests.** The authors declare that there is not conflict of interests.

**Соответствие нормам этики.** Пациент дал информированное добровольное согласие на использование данных из амбулаторной карты и публикацию материалов.

**Compliance with ethical standards.** The patient submitted the informed consent to the use of data from his medical record and publishing materials.

Список литературы доступен на сайте журнала <https://klin-razbor.ru/>

The list of references is available on the journal's website <https://klin-razbor.ru/>

### ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

**Лагутина Светлана Николаевна** – ассистент каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: [svlagutina97@mail.ru](mailto:svlagutina97@mail.ru)

**Климова Эллона Игоревна** – студентка 6-го курса леч. фак-та ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: [klimova458@mail.ru](mailto:klimova458@mail.ru)

**Скуратова Ольга Сергеевна** – ассистент каф. поликлинической терапии ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко». E-mail: [prokopova15@mail.ru](mailto:prokopova15@mail.ru)

Поступила в редакцию: 19.06.2025

Поступила после рецензирования: 10.07.2025

Принята к публикации: 23.07.2025

### INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

**Svetlana N. Lagutina** – Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: [svlagutina97@mail.ru](mailto:svlagutina97@mail.ru)

**Ellona I. Klimova** – 6th year student, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: [klimova458@mail.ru](mailto:klimova458@mail.ru)

**Olga S. Skuratova** – Assistant, Burdenko Voronezh State Medical University. E-mail: [prokopova15@mail.ru](mailto:prokopova15@mail.ru)

Received: 19.06.2025

Revised: 10.07.2025

Accepted: 23.07.2025