



Эрадикация *H. pylori* у пациентки с лямблиозом: клинический случай

Н.Н. Дехнич¹✉, М.Д. Козлова^{1,2}

¹ ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Смоленск, Россия;

² ОГБУЗ «Клиническая больница №1», Смоленск, Россия

✉n.dekhnich@mail.ru

Аннотация

В статье приведен клинический случай лечения инфекции *H. pylori* и лямблиоза у пациентки К., 27 лет, которую на протяжении трех лет беспокоили боль в эпигастрии спастического характера, околопупочной области, тошнота и тяжесть в эпигастрии после еды, снижение аппетита, неустойчивый стул. Была назначена схема эрадикационной терапии с препаратом нифурател, в инструкции к применению которого имеются показания для лечения инфекции *H. pylori* и лямблиоза. На 14 дней пациентке были рекомендованы эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды + нифурател 400 мг 2 раза в сутки после еды + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки через 15 минут после приема нифуратела + висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза за 60 минут до еды. Отрицательные результаты трехкратного анализа кала на цисты лямблий и кала на антиген *H. pylori* методом иммуноферментного анализа подтвердили излечение пациентки от лямблиоза и эрадикацию инфекции *H. pylori*, что доказало эффективность данной схемы лечения.

Ключевые слова: *H. pylori*, эрадикационная терапия, лямблиоз, нифурател, антибактериальная терапия.

Для цитирования: Дехнич Н.Н., Козлова М.Д. Эрадикация *H. pylori* у пациентки с лямблиозом: клинический случай. *Клинический разбор в общей медицине*. 2024; 5 (6): 18–20. DOI: 10.47407/kr2024.5.6.00429

Eradication of *H. pylori* in a patient with giardiasis: a clinical case

Natalya N. Dekhnich¹✉, Margarita D. Kozlova^{1,2}

¹ Smolensk State Medical University, Smolensk, Russia;

² Clinacal Hospital No. 1, Smolensk, Russia

✉n.dekhnich@mail.ru

Abstract

The article presents a clinical case of the treatment of *H. pylori* infection and giardiasis in a 27-year-old female patient who had been suffering from spastic pain in the epigastrium, umbilical region, nausea and severity in the epigastrium after eating, decreased appetite, unstable stools for three years. An eradication regimen was prescribed with nifuratel, which has indications for the treatment of *H. pylori* infection and giardiasis in the instructions for use. The following drugs were recommended to the patient for 14 days: esomeprazole 20 mg 2 times a day 30 minutes before meals + nifuratel 400 mg 2 times a day after meals + amoxicillin 1000 mg 2 times a day 15 minutes after taking nifuratel + bismuth tricalium dicitrate 240 mg 2 times 60 minutes before meals. Negative results of three-fold analysis of feces for giardia and feces for *H. pylori* antigen by ELISA confirmed the patient's convalescence, which proved the effectiveness of this treatment regimen.

Keywords: *H. pylori*, eradication therapy, giardiasis, nifuratel, antibacterial therapy.

For citation: Dekhnich N.N., Kozlova M.D. Eradication of *H. pylori* in a patient with giardiasis: a clinical case. *Clinical review for general practice*. 2024; 5 (6): 18–20 (In Russ.). DOI: 10.47407/kr2024.5.6.00429

Введение

Helicobacter pylori (*H. pylori*) остается серьезной проблемой здравоохранения во всем мире, будучи основным этиологическим фактором развития хронического гастрита, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК), рака желудка и MALT-лимфомы желудка [1]. *H. pylori* – одна из наиболее распространенных бактериальных инфекций человека. По данным ряда авторов, около 50% населения земного шара инфицировано этим микроорганизмом [2–4]. *H. pylori*-ассоциированный гастрит может протекать бессимптомно или проявляться симптомами диспепсии. Необходимость выделения геликобактерного гастрита подтверждается тем, что в Международную классификацию болезней 11-го пересмотра он включен как отдельная нозологическая форма [5]. *H. pylori*-индуцированное воспаление приводит к атрофии слизистой оболочки желудка – необратимой утрате желез

желудка с замещением их фиброзной тканью или метаплазированным эпителием. Доказано, что атрофический гастрит служит фактором риска аденокарциномы желудка [6–10].

Несмотря на то что данная инфекция встречается у пациентов гастроэнтерологического профиля чаще всего, не стоит забывать и о других инфекционных возбудителях. Лямблиоз занимает в Российской Федерации 3-е место по распространенности после энтеробиоза и аскаридоза [11]. Согласно классификации А.Л. Ланды и В.К. Илинича (1973), выделяют: а) лямблионосительство, б) лямблиоз как основное заболевание и в) лямблиоз как сопутствующее заболевание. Лямблиоз как основное заболевание может иметь несколько клинических форм – кишечную, гепатобилиарную, желудочную, панкреатическую, сердечно-сосудистую и нервную [12]. Лямблии, раздражая слизистую оболочку ДПК, оказывают рефлекторное воздействие

на моторику желчного пузыря и желчевыводящих путей, обуславливая развитие дисфункции не только в этих органах, но и в печени, желудке, поджелудочной железе, аппендиксе [13]. Лямблиоз у взрослых характеризуется симптомокомплексом субъективного неспецифического характера. Клиническое течение лямблиоза проявляется диспепсическими жалобами, болевым синдромом, неврологическими симптомами и дермато-аллергическими проявлениями в виде выпадения волос и депигментацией [14, 15]. Не всегда врачу удается заподозрить данное заболевание, тем более если у пациента после исследования выявляется инфекция *H. pylori*.

Какую тактику лечения выбрать врачу, на приеме у которого оказался пациент с диагностированной инфекцией *H. pylori* и лямблиозом?

Цель описания данного клинического случая – показать возможность индивидуального подхода в лечении инфекции *H. pylori* у пациента с сопутствующим лямблиозом.

Клинический случай

Пациентка К., 27 лет, обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на боль в эпигастрии спастического характера, околопупочной области, тошноту и тяжесть в эпигастрии после еды, снижение аппетита, неустойчивый стул с чередованием запоров и поносов.

Анамнез заболевания

Считает себя больной с июня 2020 г., когда впервые стала беспокоить боль в животе. Боль была непостоянной, приступообразной, сопровождалась холодным потом, потемнением в глазах, тошнотой, хорошо купировалась приемом спазмолитиков. До 2022 г. на данные симптомы пациентка должного внимания не обращала, так как они никак не снижали качество ее жизни. На ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в 2022 г. был обнаружен камень в желчном пузыре до 5 мм и была рекомендована плановая холецистэктомия, от которой пациентка отказалась. В марте 2023 г. у пациентки повторился приступ интенсивной боли в животе, сопровождаемой тошнотой. Была госпитализирована в хирургическое отделение КБСМП г. Смоленска с подозрением на острый аппендицит. После обследования диагноз острого аппендицита был снят, и через три дня пациентка была выписана домой. Амбулаторно была выполнена эзофагогастродуоденоскопия (ЭГДС) в апреле 2023 г. со взятием биопсийного материала. Заключение ЭГДС: признаки поверхностного гастрита (антрального, слабой выраженности), единичные эрозии. Данные биопсии: хронический гастрит, воспаление (+), активность (-), атрофия (-), метаплазия (-), *H. pylori* (-). В апреле того же года выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, где по-прежнему определялись ультразвуковые признаки конкремента в просвете желчного пузыря. В августе 2023 г. пациентка обратилась к гастроэнтерологу, который дополнительно рекомендовал исследования: анализ кала на яйца гельминтов, анализ кала на цисты

лямблий, анализ крови на IgG *H. pylori*. В результате дообследования в анализе кала яйца гельминтов не обнаружены. Анализ крови на anti-*Helicobacter pylori* IgG – 20,5 Ед/мл (<5 – отрицательно; от 5–15 сомнительно, >15 положительно), что при условии отсутствия предшествующей антигеликобактерной терапии указывало на наличие инфекции *H. pylori*. Кроме того, в анализе кала были обнаружены цисты лямблий.

Клинический диагноз и рекомендованное лечение

Был выставлен клинический диагноз. Основное заболевание: Хронический гастрит, ассоциированный с инфекцией *H. pylori*. Эрозивный гастрит. Синдром диспепсии. Сопутствующее заболевание: Лямблиоз. Желчнокаменная болезнь.

Поскольку резистентность *H. pylori* к кларитромицину в г. Смоленске по-прежнему остается низкой, в качестве эрадикационной терапии инфекции *H. pylori* первой линии пациентке могла быть назначена стандартная тройная схема лечения на 14 дней, которая включает в себя следующие препараты: ингибитор протонной помпы (ИПП) (в стандартной дозе 2 раза в сутки), кларитромицин (500 мг 2 раза в сутки), амоксициллин (1000 мг 2 раза в сутки), а также висмута трикалия дицитратом (120 мг 4 раза в день или 240 мг 2 раза в день) с целью повышения эффективности терапии. Однако с учетом наличия у данной больной лямблиоза кларитромицин был заменен на нифурател – антибактериальный препарат, производное нитрофурана. Выбор основывался на том, что нифурател активен в отношении штаммов *H. pylori* и простейших (лямблий). В инструкции по применению к данному лекарственному препарату содержатся показания для лечения хронических воспалительных заболеваний верхних отделов желудочно-кишечного тракта, ассоциированных с *H. pylori*, кишечного лямблиоза. Таким образом, пациентке была назначена следующая схема терапии: эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки за 30 минут до еды + нифурател 400 мг 2 раза в сутки после еды + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки через 15 минут после приема нифуратела + висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза за 60 минут до еды. Данная схема была рекомендована на 14 дней. Начало лечения состоялось 06.09.2023. Курс терапии окончен 19.09.2023 в полном объеме без развития каких-либо нежелательных лекарственных реакций.

После лечения пациентке были даны рекомендации: трехкратный анализ кала на цисты лямблий через 2–3 недели после окончания терапии, через 1 месяц и 3 месяца; анализ кала на антиген *H. pylori* методом ИФА через 1–1,5 месяца после окончания антигеликобактерной терапии.

Результаты лечения

Были получены отрицательные результаты трехкратного анализа кала на цисты лямблий и отрицательный результат исследования кала на антиген *H. pylori* мето-

дом ИФА. Полученные результаты контроля успешности терапии подтвердили излечение пациентки от лямблиоза и успешную эрадикацию инфекции *H. pylori*.

Заключение

Стоит обратить внимание на возможности индивидуального подхода к лечению пациентов с инфекцией *H. pylori* и лямблиозом. Схема эрадикационной терапии на основе нифуратела демонстрирует в рамках описанного клинического случая высокую эффективность

и удовлетворительную переносимость. При выявлении инфекции *H. pylori* и лямблиоза у пациента для эрадикации инфекции *H. pylori* и лечения лямблиоза может быть рекомендована комбинация: эзомепразол 20 мг 2 раза в сутки + нифурател 400 мг 2 раза в сутки + амоксициллин 1000 мг 2 раза в сутки + висмута трикалия дицитрат 240 мг 2 раза в сутки в течение 14 дней.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

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

Литература / References

- Hooi JKY, Lai WY, Ng WK et al. Global prevalence of Helicobacter pylori infection: systematic review and meta-analysis. *Gastroenterology* 2017;153(2):420-9.
- Jidda M et al. Prevalence of Helicobacter pylori in students with stomach ulcer attending school of health technology Gwadabawa, Sokoto. *International Journal of TROPICAL DISEASE & Health* 2018;29(3):1-7.
- Go MF, Gambo A, Ibrahim K. Natural history and epidemiology of Helicobacter pylori infection. *Alimentary pharmacology & therapeutics* 2002;16:3-15.
- Salih BA. Helicobacter pylori infection in developing countries: the burden for how long? *Saudi Journal of Gastroenterology* 2009;15(3):201-7.
- Stanghellini V, Chan FK, Hasler WL et al. Gastrointestinal disorders. *Gastroenterology* 2016;150(6):1380-92.
- Kusters JG, Van Vliet AHM, Kuipers EJ. Pathogenesis of Helicobacter pylori infection. *Clinical microbiology reviews* 2006;19(3): 449-90.
- El-Omar EM, Carrington M, Chow WH et al. Interleukin-1 polymorphisms associated with increased risk of gastric cancer. *Nature* 2000;404(6776):398-402.
- Malfertheiner P, Megraud F, Rokkas T et al. Management of Helicobacter pylori infection: the Maastricht VI. Florence consensus report. *Gut* 2022;71(9):1724-62.
- Sugano K, Tack J, Kuipers EJ et al. Kyoto global consensus report on Helicobacter pylori gastritis. *Gut* 2015;64(9):1353-67.
- Ивашкин В.Т., Маев И.В., Каприн А.Д. и др. Раннее выявление онкологических заболеваний органов пищеварения (методическое руководство Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации онкологов России для врачей первичного звена здравоохранения). *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. 2019;29(5):53-74.
- Ivashkin VT, Mayev IV, Kaprin AD et al. Early detection of oncological diseases of the digestive system (methodological guidelines of the Russian Gastroenterological Association and the Association of Oncologists of Russia for primary care physicians). *Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, Coloproctology* 2019;29(5):53-74 (in Russian).
- Аракелянц О.А., Аракельян Р.С., Курбангалиева А.Р. и др. Клинические и эпидемиологические аспекты лямблиоза взрослых и детей. *Международный научно-исследовательский журнал* 2023;3(129):56-62.
- Аракельянц О.А., Аракельян Р.С., Курбангалиева А.Р. и др. Клинические и эпидемиологические аспекты лямблиоза у детей. *Международный научно-исследовательский журнал* 2023;3(129):56-62 (in Russian).
- Аракельянц О.А., Аракельян Р.С., Курбангалиева А.Р. и др. Клинические и эпидемиологические аспекты лямблиоза у детей. *Детская гастроэнтерология*. 2004;12(3):141-4.
- Belmer SV. Giardiasis in children. *Pediatric gastroenterology* 2004;12(3):141-4 (in Russian).
- Онищенко Г.Г. Заболеваемость паразитарными болезнями в Российской Федерации. *Эпидемиология и инфекционные болезни*. 2007;6:1-7.
- Onishchenko GG. Incidence of parasitic diseases in the Russian Federation. *Epidemiology and infectious diseases* 2007;6:1-7 (in Russian).
- Ахмедова М.Д., Саипов Ф.С. Эпидемиологические и клинико-иммунологические аспекты лямблиоза. *Ўзбекистон Республикасида гигиена, токсикология, эпидемиология ва юкумли касалликларнинг долзарб муаммолари*. 2005;150-158.
- Akhmedova MD, Saipov FS. Epidemiological and clinical and immunological aspects of giardiasis. *The Republic of Uzbekistan is engaged in hygiene, toxicology, epidemiology and ucumli kasallyklarning dolzarb muammolari* 2005;150-8 (in Russian).
- Ахмедова М.Д., Мадримов З.Х., Бектемиров А.М. Клинические проявления лямблиозной инвазии у взрослых. *Инфекция, иммунитет и фармакология*. 2004;1(1):78-81.
- Akhmedova MD, Madrimov ZH, Bektemirov AM. Clinical manifestations of giardiasis invasion include. *Infection, immunity and pharmacology* 2004;1(1):78-81 (in Russian).

ИНФОРМАЦИЯ ОБ АВТОРАХ

Дехнич Наталья Николаевна – д-р мед. наук, проф. каф. факультетской терапии, проректор по дополнительному профессиональному образованию и развитию регионального здравоохранения, ФГБОУ ВО «Смоленский государственный медицинский университет» Минздрава России.
E-mail: n.dekhnich@mail.ru; ORCID: 0000-0002-6144-3919

Козлова Маргарита Дмитриевна – ассистент каф. факультетской терапии, ФГБОУ ВО Смоленский государственный медицинский университет Минздрава России, врач-гастроэнтеролог
Поступила в редакцию: 13.06.2024
Поступила после рецензирования: 13.06.2024
Принята к публикации: 27.06.2024

INFORMATION ABOUT THE AUTHORS

Natalya N. Dekhnich – D. Sci. (Med.), Prof. Smolensk State Medical University. E-mail: n.dekhnich@mail.ru;
ORCID: 0000-0002-6144-3919

Margarita D. Kozlova – Assistant of the department of faculty therapy, Smolensk State Medical University, Gastroenterologist
Received: 13.06.2024
Revised: 13.06.2024
Accepted: 27.06.2024