

ID: 2018-08-8-T-18248

Тезис

Утемов С.И.

Трудности эрадикационной терапии. Как их преодолеть?

ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России

Научные руководители: д.м.н. Козлова И.В., асс. Тихонова Т.А.

Инфекция *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) играет ведущую роль в формировании гастродуоденальной патологии. Согласно положениям Маастрихта V, внедрение эрадикационной терапии снизило риск развития заболеваний ЖКТ. При проведении эрадикации имеются факторы, осложняющие лечение и приводящие к нежелательному результату.

В качестве примера приведем собственный случай из практики.

В ноябре 2017г. в больницу №5 г.Саратова обратилась пациентка Н., 35 лет.

Жалобы: боль в боковых и подвздошных отделах живота, стул до 20 раз в сутки, неоформленный, с прожилками алой крови.

Из анамнеза: долгое время курит. Больна с сентября 2017г., когда при ЭГДС обнаружили *H.Pylori*-ассоциированный эрозивный гастрит. Была назначена трехкомпонентная схема эрадикации на 10 дней. Через неделю после начала лечения появился абдоминальный болевой синдром, расстройство стула и прожилки крови в кале. Была госпитализирована.

В анализах крови и мочи - без патологии.

Анализ кала: эритроциты, лейкоциты в большом количестве, токсин A Cl.difficile.

Данные колоноскопии: эрозии, язвы, покрытые желтыми и белыми бляшками. В биоптате – клеточная инфильтрация, некротизированный эпителий и слизь.

С учетом анамнеза, клинико-лабораторных и инструментальных данных диагностировали псевдомембранозный колит. Эрадикация была прервана. Проводилась терапия: ванкомицин, метронидазол, энтеросорбенты, пробиотики, инфузионная терапия. На фоне лечения абдоминальный болевой синдром купирован, уменьшилась кратность стула, примеси крови в кале не обнаруживала. Пациентка выписана в удовлетворительном состоянии. Однако, эрадикация не была достигнута. Антиген *H.pylori* в кале был положителен спустя 4 недели после приема антибиотиков.

Антибиотикассоциированная диарея—тяжелый и редкий побочный эффект эрадикации, которого можно избежать, добавив пробиотики к эрадикационной схеме.

Вторая проблема эрадикации— комплаентность, зависящая от многих факторов (социально-экономические, особенности терапии, терапевтический союз врача и пациента).

Последствие низкой комплаентности—резистентность *H. pylori* к препаратам, поэтому необходимо учитывать региональные данные об антибиотикорезистентности и индивидуальный анамнез приема антибиотиков при выборе схемы эрадикации.

Четвертая проблема эрадикации—гиперсекреция соляной кислоты, усиливающаяся под влиянием курения. Необходимо учитывать особенности метаболизма ингибиторов протонной помпы, что обуславливает необходимость приема двойных доз ИПП.

Учитывая изложенные факты, у пациентки возможно было избежать нежелательных явлений терапии: выяснить анамнез приема антибиотиков, рекомендовать курс эрадикации на 14 дней, двойную дозу ИПП, добавить пробиотики, препараты висмута, соблюдать график приема лекарств, отказаться от курения.

Ключевые слова: *Helicobacter pylori*, эрадикационная терапия, клинический случай