



УКРАЇНА

(19) UA (11) 29756 (13) U
(51) МПК (2006)
A61K 31/00
A61K 35/00

МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ
І НАУКИ УКРАЇНИ

ДЕРЖАВНИЙ ДЕПАРТАМЕНТ
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ

ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

видається під
відповідальність
власника
патенту

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРОЯВІВ ХРОНІЧНОГО ГЕЛІКОБАКТЕРІОЗУ - ХРОНІЧНОГО ГАСТРИТУ ТИПУ В І ВИРАЗКОВОЇ ХВОРОБИ, ЗА АВРАМЕНКОМ А.О.

1

(21) u200710845

(22) 01.10.2007

(24) 25.01.2008

(72) АВРАМЕНКО АНАТОЛІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
UA

(73) АВРАМЕНКО АНАТОЛІЙ ОЛЕКСАНДРОВИЧ,
UA

(56)

(57) Спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і виразкової хвороби, що включає використання антибіотиків, чутливих до гелікобактерної інфекції, та препаратів вісму, який **відрізняється** тим, що додатково використовують вінілін спільно з обліпиховою олією у вигляді суміші з співвідношенням 2:1 зразу по 15-20 г в 23⁰⁰-24⁰⁰ протягом 4-6 тижнів у випадку, коли у пацієнта при первинному обстеженні виявлена гіперацидність, або через 2 тижні після початку лікування протягом 2-4 тижнів, коли при первинному обстеженні виявлена нормацидність і гіпоацидність, або не використовують зовсім, якщо у пацієнта при первинному обстеженні виявлена анацидність; де-нол по 1 табл. 3 рази на добу за 1 годину до їжі і 1 табл. за 1 годину до сну, якщо де-нол використовується разом з вініліном, або 1 табл. на ніч, якщо до схеми лікування не входить вінілін, протягом 4-6 тижнів; антибіотик "Флемоксин солютаб" (амоксацилін) по 1 табл. 4 рази на добу разом з де-нолом, якщо при проведенні обстеження на НР-інфекцію у хворих виявляється ця інфекція в активній формі у стадії мітозу, продовж 7-8 дб, причому, після кожного приймання де-нолу та "Флемоксин солютabu" пацієнт повинен прийняти горизонтальне положення на спині, а після прийняття суміші вініліну та обліпихової олії по 3-5 хвилин полежати у 4-х позиціях (на правому боці, на спині, на лівому боці, на животі) та засинати або лежачи на спині, або на животі, причому усі варіації лікування

2

проводяться на тлі використання імуномодулятора - ехінацеї - по 40-50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 1-2-х місяців та засобів, які заспокійливо впливають на центральну нервову систему - настойки собачої кропиви серцевої або валеріани лікарської - по 30-40 крап. 1 раз на добу за 20-30 хвилин до сну продовж 1-2-х місяців, а також з використанням шлункового соку по 1-2 ст. ложці 2-3 рази на добу продовж 7-10 дб і дієти з підкисленням у тому випадку, коли у пацієнта виявляється гіпоацидність і анацидність, причому при наявності у хворого больового синдрому використовується спазмолітик "Дуспаталін" по 2 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 3-4 дб, а потім - по 1 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 10-15 дб; при відсутності у хворого больового синдрому з першого дня лікування використовується "Дуспаталін" по 1 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 15-20 дб, причому при наявності у хворого запору використовується препарат лактулози "Дуфалак" по 30-40 мл 2 рази на добу під час сніданку і вечері протягом 3-4 дб, а потім - по 15-20 мл 1 раз на добу під час сніданку протягом 10-15 дб; при відсутності у хворого запору з метою дезінтоксикації (лактоза нейтралізує аміак) з першого дня лікування - по 5-10 мл під час сніданку протягом 20-30 дб, причому при наявності у хворого дисбактеріозу на фоні використання "Дуфалаку" пацієнт отримує мультипробіотик "Симбітер" (суміш біфідо- і лактобактерій) у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 20-30 дб; при відсутності явних ознак дисбактеріозу пацієнт отримує "Симбітер" у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 15-20 дб через 10-14 дб після початку антигелікобактерної схеми лікування.

Корисна модель відноситься до медицини, а саме гастроентерології, і може бути

використана при лікуванні проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту (ХГ) типу В і

(19) UA (11) 29756 (13) U

його наслідку - виразкової хвороби (ВХ), незалежно від місця локалізації виразкового дефекту - дванадцятипалої кишки, шлунку чи області анастомозу після резекції шлунку.

За останніми даними етіологічним чинником хронічного гастриту типу В є специфічна бактеріальна флора - *Helicobacter pylori* (НР). НР первинно оселяється у антральному відділі шлунку, а потім ретроградно заселяє і тіло шлунку, що призводить до виникнення пангастриту. Цей процес супроводжується падінням рівня кислотності шлункового соку. Велика маса бактерій за рахунок свого продукту життєдіяльності - аміаку - активно нейтралізує соляну кислоту, що призводить до підвищення рН середовища; при зниженні рівня обміну слизової НР-інфекції рН середовища також знижується. Цей процес розтягнутий у часі, тобто є стадійним. При певних обставинах хронічний гастрит типу В може трансформуватися у ВХ, незалежно від стадії розвитку ХГ (окрім стадії, коли настає повна атрофія слизової) [Гоженко А.І., Авраменко А.О. До питання про взаємовідношення НР-інфекції та кислотнотептичного чинника при різних стадіях і періодах виразкової хвороби дванадцятипалої кишки // Буковинський медичний вісник. - 2003. - №2. - С.43-48]. Враховуючи широке розповсюдження ХГ та ВХ, пошуки нових підходів до лікування даної патології є важливішою проблемою сучасної медицини.

Відомий спосіб лікування ВХ дванадцятипалої кишки, який враховує провідну роль НР в етіології даної патології. Спосіб полягає в опроміненні виразки дванадцятипалої кишки, антрального відділу, тіла шлунку і кардіального відділу шлунку напівпровідниковим інфрачервоним частотним лазером у наступному режимі: потужність опромінення - 4,5Вт, частота - 80Гц, час на одну зону - 4хв. Потім під контролем ендоскопічної оптики шлункова порожнина відмивається дистильованою водою і проводиться її аерація повітрям або киснем, а після обробки цибулини дванадцятипалої кишки разом з виразкою лікарською сумішшю вініліну і облепіхової олії у співвідношенні 5:1 оброблюють цією сумішшю також антральний відділ шлунку як зону первинного вселення НР [заявка на винахід №97041714 від 11.04.97, опубліковано 17.03.98].

Однак відомий спосіб дуже незручний для хворих внаслідок частого проведення ендоскопічних процедур (3 рази на тиждень), що підвищує ризик повторного інфікування НР. Крім того, до лікарської суміші не входять бактеріолітики (вінілін - бактеріостатик); проведення аерації шлункової порожнини може бути короточасним внаслідок підвищеного блювотного рефлексу у хворих, що робить її малоефективною.

Відомий спосіб лікування ВХ дванадцятипалої кишки з використанням схем ерадикації НР-інфекції, затверджених на з'їзді гастроентерологів у м. Маастріхті (1998р.). Згідно з Маастріхтським консенсусом, ерадикація проводиться з використанням потрійної чи четвертної терапії.

Потрійна терапія складається з комбінації блокатора "протонної помпи" (омепразол чи контролок), антибіотика (амоксацилін чи кларитроміцин) і препарату групи імідазолу (метронідазол). Лікування за даною схемою триває 1 тиждень і забезпечує рівень ерадикації близько 97%.

Однак резистентність і швидка звичка бактерій до антимікробних засобів, особливо до метронідазолу (до 30%), яка може розвинути під час лікування, не дозволяє використовувати цю схему багаторазово і знижує частоту ерадикації НР до 50% [Передерни В.Г. Язвенная болезнь или пептическая язва? - Киев, 1997. - С.108-112].

Четвертна терапія складається з додання до потрійної терапії колоїдного субцитрату вісмута (препарат "Де-нол") продовж 10 діб (рівень ерадикації - 90%).

Однак де-нол - препарат кислотозалежний (оптимум дії починається при рН середовища 2,5-3), в той час як для оптимума антихелікобактерної дії антибіотиків необхідна рН середовища більше 3-х [Окороков А.Н. Лечение болезней внутренних органов. - Минск, 1995. - Т.1. - С.252-253]. Використання у даних схемах блокаторів протонної помпи, які підвищують рН середовища, створюють кращі умови для дії антибіотиків, але не де-нола - єдиного препарату, який знищує як активні, так і неактивні (коковидні) форми гелікобактерної інфекції, в той час як антибіотики діють тільки на активні форми НР [Ивашкин В.Т., Мегро Ф., Лапина Т.Л. *Helicobacter pylori*: революция в гастроэнтерологии. - М.: Триада-Х, 1999. - 255с.].

Найбільш близьким до заявленого технічного рішення є схеми ерадикації НР-інфекції з використанням вініліну, де-нолу, амоксициліну і настойки кореню ехінацеї [Деклараційний патент України на винахід №65447 А від 15.03.04г. "Спосіб лікування хронічного гастриту типу В і виразкової хвороби за Авраменком А.О."], які використовуються наступним чином: після проведення комплексного обстеження, яке складається з езофагогастроудоденоскопії (ФГДС), подвійного тестування на НР-інфекцію (уреазний тест і мікроскопування забарвлених за Гімзою мазків-відбитків, матеріал для яких отримується зі слизової антрального відділу і тіла шлунку за великою кривиною) і внутрішньошлункової рН-метрії, відбувається вибір схеми, яка найбільш підходить до даної стадії розвитку патологічного процесу. Якщо при підтвердженню ХГ типу В визначається рівень кислотності, при якому, згідно з методикою Чорнобрового В.М. [Чернобровый В.Н. Клиническое применение индикатора кислотности желудка (методические рекомендации) - Винница, 1991. - С.3-12], з 40 точок виміру 2/3 і більше не перевершують показник рН=2,29, то хворі отримують курс лікування (схема №1), який складається з потрійної терапії: де-нол (бактеріолітик) (по 1 табл. за 1 годину до їжі (3 табл.) і 4-та табл. - через 3 години після вечері), курс - 1 місяць, вінілін (бактеріостатик і регенератор слизової) (по 15-20г в 23⁰⁰-24⁰⁰), курс

- 1 місяць і імунomodулятор ехінацея (настойка з кореня), по 30-40 крапель - 3 рази на добу під час їжі, курс - 1 місяць.

При визначенні рівня кислотності, при якому з 40 точок проміру менш 2/3 не перевершують показник $pH=2,29$, для лікування хворих використовують схему № 2: амоксил (антибіотик - бактеріолітик) по 0,5г за 1 годину до їжі, 3 табл. і 4-ту табл. - через 3 години після вечері, курс - 7-10 днів; потім - де-нол при тому самому добовому дозуванні, що і у схемі №1, курсом 21 день; вінілін і ехінацея з першого дня лікування (за схемою № 1).

Однак даний засіб лікування не враховує, що антибіотики впливають на НР-інфекцію лише при її наявності у активній формі і тільки у стадії мітозу [Щербина М.Б., Хасилев О.И. О влиянии предварительного проведенной кислотоснижающей терапии на частоту эрадикации *Helicobacter pylori* при язвенной болезни // Врачебное дело. - 2004. - №1. - С.29-31.], наявності феномену віддачі (підвищення рівня кислотності у процесі проведення ерадикації), використання вініліну тільки при наявності у хворого гіперацидності [Авраменко А.О. Роль хелікобактерної інфекції в етіології і патогенезі виразкової хвороби дванадцятипалої кишки: Автореф. дис. ... канд. медич. наук. - Од., 2001. - 16с.]; роль спазмолітичних засобів у купіруванні больового синдрому не тільки при виразковій хворобі, але і при наявності реактивного панкреатиту [Авраменко А.А. К вопросу о механизмах возникновения боли при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в фазу обострения // Гастроэнтерология (міжвідомчий збірник). - 2007. - випуск 39. - С.157-162]; роль гіпоацидності і анацидності у формуванні панкреатиту, а також ролі дисбіозу у загальному порушенні травлення і інтоксикації [Авраменко А.А., Гоженко А.И. Хеликобактериоз. - Одесса, 2004г. - 324с.].

В основу запропонованої корисної моделі поставлено задачу удосконалення способу лікування прояв хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і його наслідку - виразкової хвороби, у якому при точному визначенні стадії розвитку патологічного процесу шляхом проведення комплексного обстеження хворих, що дозволяє вибрати індивідуальну схему, що складається з антигелікобактерної терапії (антибіотика, препарату вісмуту і синтетичного бактеріостатика - вініліну), антиоксиданту, імунomodулятору, спазмолітику, препарату лактулози, пробіотика, заспокійливих засобів, а також замісної терапії - шлункового соку, чим досягається висока ефективність лікування, до мінімуму знижується ймовірність виникнення рецидивів.

Поставлена задача вирішується тим, що, згідно корисної моделі, використовують вінілін спільно з обліпиховою олією у вигляді суміші (співвідношення 2:1) зразу по 15-20г в 23-24 протягом 4-6 тижнів у випадку, коли у пацієнта при первинному обстеженні виявлена гіперацидність, або через 2 тижня після початку лікування протягом 2-4 тижнів, коли при первинному

обстеженні виявлена нормаацидність і гіпоацидність, або не використовують зовсім, якщо у пацієнта при первинному обстеженні виявлена анацидність; де-нол по 1 табл. 3 рази на добу за 1 годину до їжі і 1 табл. за 1 годину до сну, якщо де-нол використовується разом з вініліном, або 1 табл. на ніч, якщо до схеми лікування не входить вінілін, протягом 4-6 тижнів; антибіотик «Флемоксін солютаб» (амоксацилін) по 1 табл. 4 рази на добу разом з де-нолом, якщо при проведенні обстеження на НР-інфекцію у хворих виявляється ця інфекція в активній формі у стадії мітозу, продовж 7-8 днів, при цьому, після кожного приймання де-нолу та «Флемоксін солютабу» пацієнт повинен прийняти горизонтальне положення на спині, а після прийняття суміші вініліну та обліпихової олії по 3-5 хвилин полегати у 4-х позиціях (на правому боці, на спині, на лівому боці, на животі) та засинати або лежати на спині, або на животі. Усі варіації лікування проводяться на тлі використання імунomodулятору - ехінацеї - по 40-50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 1-2-х місяців та засобів, які заспокійливо впливають на центральну нервову систему - настойки собачої кропиви серцевої або валеріани лікарської - по 30-40 крап. 1 раз на добу за 20-30 хвилин до сну продовж 1-2-х місяців, а також з використанням шлункового соку по 1-2 ст. ложці 2-3 рази на добу продовж 7-10 днів і дієти з підкисленням у тому випадку, коли у пацієнта виявляється гіпоацидність і анацидність. При наявності у хворого больового синдрому використовується спазмолітик «Дуспаталін» по 2 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 3-4 днів, а потім - по 1 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 10-15 днів; при відсутності у хворого больового синдрому з першого дня лікування використовується «Дуспаталін» по 1 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 15-20 днів. При наявності у хворого запору використовується препарат лактулози - «Дуфалак» по 30-40 мл 2 рази на добу під час сніданку і вечері протягом 3-4 днів, а потім - по 15-20 мл 1 раз на добу під час сніданку протягом 10-15 днів; при відсутності у хворого запору з метою дезінтоксикації (лактоза нейтралізує аміак) з першого дня лікування - по 5-10 мл під час сніданку протягом 20-30 днів. При наявності у хворого дисбактеріозу на фоні використання «Дуфалака» пацієнт отримує мультипробіотик «Сімбітер» (суміш біфідо- і лактобактерій) у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 20-30 днів; при відсутності явних ознак дисбактеріозу пацієнт отримує «Сімбітер» у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 15-20 днів через 10-14 днів після початку антигелікобактерної схеми лікування.

Спосіб здійснюється наступним чином.

Після проведення комплексного обстеження, яке складається з езофагогастродуоденоскопії (ФГДС), подвійного тестування на НР-інфекцію (уреазний тест і мікроскопування забарвлених за

Гімзою мазків-відбитків, матеріал для яких отримуються зі слизової антрального відділу і тіла шлунку за великою і малою кривиною) і внутрішньошлункової рН-метрії [Авраменко А.О. Патент України на корисну модель №17723 від 16.10.06р. «Спосіб діагностики хронічного гастриту типу В, а також виразкової хвороби та раку шлунка, асоційованих з гелікобактерною інфекцією»], відбувається вибір схеми, яка найбільш підходить до даної стадії розвитку патологічного процесу.

Приклад конкретного застосування.

Хворий П., 27 років, хворіє на ВХ ДПК протягом 4-х років з рецидивуючим перебігом, частота загострень - 2 рази на рік (весною і восени). При обстеженні скаржився на "нічну" голодну біль, нудоту, жагу, однак вздуття, запори чи проноси не відмічав. Після проведення комплексного обстеження 07.04.2005р. були отримані наступні результати: у цибуліні дванадцятипалої кишки по передній стінці була виявлена виразка до 1,4см у діаметрі, вкрита сірим фібрином; було підтверджено тип гастриту - тип В - при високій концентрації активних форм НР-інфекції, які були у стадії мітозу, на слизовій і антральному відділі, і тіла шлунку - (+ + +); рівень кислотності, відповідно методиці Чорнобрового В.М., відповідав гіперацидності помірній абсолютній.

З 07.04.2005р. хворий почав отримувати в амбулаторних умовах антигелікобактерну терапію, яка включала: вінілін спільно з обліпиховою олією у вигляді суміші (співвідношення 2:1) по 20 г в 23⁰⁰-24⁰⁰ протягом 4 тижнів; де-нол по 1 табл. 3 рази на добу за 1 годину до їжі і 1 табл. за 1 годину до сну протягом 4 тижнів; антибіотик «Флемоксін солютаб» по 1 табл. 4 рази на добу разом з де-нолом продовж 8 діб, при цьому, після кожного приймання де-нолу та «Флемоксін солютабу» пацієнт приймав горизонтальне положення на спині, а після прийняття суміші вініліну та обліпихової олії по 3-5 хвилин полежати у 4-х позиціях (на правому боці, на спині, на лівому боці, на животі) та засинати або лежати на спині, або на животі, та засобів. Також хворий приймав настойку валеріани лікарської - по 40 крап. 1 раз на добу за 30 хвилин до сну продовж 1-го місяця. Враховуючи наявність у хворого больового синдрому, спазмолітик «Дуспаталін» назначався по 2 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 4 діб, а потім - по 1 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 15 діб. Враховуючи відсутність у хворого запору з метою дезінтоксикації «Дуфалак» назначався з першого дня лікування по 10 мл під час сніданку протягом 25 діб. Враховуючи відсутність явних ознак дисбактеріозу пацієнт отримував «Сімбітер» у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 20 діб через 14 діб після початку антигелікобактерної терапії. Даний варіант лікування проводився на тлі використання ехінацеї - по 50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 1,5 місяців

При контрольному комплексному обстеженні

було виявлено, що виразка цибуліни дванадцятипалої кишки загоїлась по слизовому типу; контрольні проби на НР-інфекцію були негативні і в антральному відділі, і у тілі шлунку.

Хворий знаходиться під наглядом 2 роки, рецидивів за цей час не було. При контрольній ФГДС з пробами на НР-інфекцію 04.04.2007р. рецидивів ВХ виявлено не було, проби на НР - негативні.

Хвора З., 57 років, хворіє на ВХ ДПК протягом 17-ти років з рецидивуючим перебігом, частота загострень - 1 раз на рік (восени). При обстеженні скаржилася на біль через 1-1,5 години після їжі, нудоту, жагу; а також відмічала запори та вздуття. Після проведення комплексного обстеження 02.09.2004р. були отримані наступні результати: у цибуліні дванадцятипалої кишки по задній стінці була виявлена виразка до 1,2 см у діаметрі, вкрита сірим фібрином; підтверджено тип гастриту - тип В - при високій концентрації активних форм НР-інфекції, які були у стадії мітозу на слизовій (в антральному відділі - (++), у тілі шлунку - (+ + +)); рівень кислотності, відповідно методиці Чорнобрового В.М., відповідав гіпоацидності помірній мінімальній.

З 03.09.2004р. хвора почала отримувати в амбулаторних умовах антигелікобактерну терапію: де-нол по 1 табл. 3 рази на добу за 1 годину до їжі і 1 табл. на ніч протягом 4 тижнів; антибіотик «Флемоксін солютаб» по 1 табл. 4 рази на добу разом з де-нолом протягом 8 діб, при цьому, після кожного приймання де-нолу та «Флемоксін солютабу» пацієнт старався прийняти горизонтальне положення на спині. Також хворий приймав настойку валеріани лікарської - по 40 крап. 1 раз на добу за 30 хвилин до сну продовж 1,5 місяця. Враховуючи наявність у хворого больового синдрому, спазмолітик «Дуспаталін» назначався по 2 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 4 діб, а потім - по 1 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 10 діб. Враховуючи наявність у хворого запору «Дуфалак» назначався по 40 мл 2 рази на добу під час сніданку і вечері протягом 4 діб, а потім - по 15 мл 1 раз на добу під час сніданку протягом 15 діб. Враховуючи наявність у хворого прояв дисбактеріозу на фоні використання «Дуфалака» пацієнт отримувала «Сімбітер» у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 30 діб. Даний варіант лікування проводився на тлі використання ехінацеї - по 50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 2-х місяців. При контрольному комплексному обстеженні було виявлено, що виразка цибуліни дванадцятипалої кишки загоїлась за слизовим типом; контрольні проби на НР-інфекцію були негативні і в антральному відділі, і у тілі шлунку.

Хвора знаходилася під наглядом 2 роки, рецидивів за цей час не було. При контрольній ФГДС з пробами на НР-інфекцію 10.09.2006 р. рецидивів ВХ виявлено не було, проби на НР - негативні.

Хвора С., 63 роки, хворіє на ХГД протягом 38-ми років з рецидивуючим перебігом, частота

загострень - 2 рази на рік (весною і восени). При обстеженні скаржилася на відчуття переповнення у шлунку, нудоту, жагу; а також відмічала запори та вздуття. Після проведення комплексного обстеження 08.04.2004 р. були отримані наступні результати: було підтверджено тип гастриту - тип В - при високій концентрації неактивних (коковидних) форм НР-інфекції на слизовій (в антральному відділі - (++) , у тілі шлунку - (+ + +)); рівень кислотності, відповідно методиці Чорнобрового В.М., відповідав гіпоацидності виразній селективній.

З 08.04.2004р. хвора почала отримувати в амбулаторних умовах антигелікобактерну терапію: де-нол по 1 табл. 3 рази на добу за 1 годину до їжі і 1 табл. на ніч протягом 4 тижнів, після кожного приймання де-нолу пацієнт старався прийняти горизонтальне положення на спині. Враховуючи відсутність у хворой больового синдрому, спазмолітик «Дуспаталін» назначався по 1 кап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 4 діб. Враховуючи наявність у хворого запору «Дуфалак» назначався по 40 мл 2 рази на добу під час сніданку і вечері протягом 4 діб, а потім - по 15 мл 1 раз на добу під час сніданку протягом 20 діб. Також хворий приймав настойку собачої кропиви серцевої - по 40 крап. 1 раз на добу за 20 хвилин до сну продовж 2-х місяців. Враховуючи наявність у хворого прояв дисбактеріозу на фоні використання «Дуфалака» пацієнт отримувала «Сімбітер» у концентрованому вигляді - по 1 фл. 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 30 діб. Даний варіант лікування проводився на тлі використання ехінацеї - по 50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 2-х місяців. Враховуючи наявність виразної гіпоацидності хвора приймала шлунковий сік по 2 ст. ложці 3 рази на добу продовж 10 діб і дієти з підкисленням.

Хвора знаходилася під наглядом 2 роки, рецидивів за цей час не було. При проведенні контрольної рН-метрії і ФГДС з тестуванням на НР-інфекцію 11.06.2006 р. проби на НР були негативні, рівень кислотності відповідав нормацидності селективній.

Таким чином, у порівнянні з прототипом, заявлений спосіб лікування ХГ типу В і ВХ являється більш патофізіологічним, що дозволяє досягти більш стійкої ремісії патологічного процесу, при цьому загоєння виразкового дефекту проходить по самому кращому типу - слизовому, без рубцевої деформації, а також забезпечується високий рівень ерадикації НР-інфекції, що дозволяє знизити до мінімуму імовірність виникнення рецидивів захворювання.