



УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **95231** (13) **U**
(51) МПК (2014.01)
A61K 31/00
A61K 35/00

ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 07938	(72) Винахідник(и): Авраменко Анатолій Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 14.07.2014	(73) Власник(и): Авраменко Анатолій Олександрович, вул. Чкалова, 118, кв. 4, м. Миколаїв, 54003 (UA)
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.12.2014	
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.12.2014, Бюл.№ 23	

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

(57) Реферат:

Спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і виразкової хвороби за Авраменко А.О. що включає послідовне (ступінчате) використання 2-х антибіотиків, чутливих до гелікобактерної інфекції. Замість інгібіторів протонної помпи паралельно з антибіотиками використовується препарат вісмуту - де-нол, а при наявності внутрішньоклітинного "депо" гелікобактерної інфекції - додатково 3-ій курс де-нолу (10-14 діб).

UA 95231 U

Корисна модель належить до медицини, а саме гастроентерології, і може бути використана при лікуванні проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту (ХГ) типу В і його наслідку - виразкової хвороби (ВХ), незалежно від місця локалізації виразкового дефекту - дванадцятипала кишка, шлунок чи область анастомозу після резекції шлунку.

За останніми даними етіологічним чинником хронічного гастриту типу В є специфічна бактеріальна флора - *Helicobacter pylori* (HP). HP первинно оселяється у антральному відділі шлунка, а потім ретроградно заселяє і тіло шлунка, 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 обсіменіння слизової HP-інфекцією 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) (Авраменко А.А., Гоженко А.И., Гойдык В.С. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). - Одесса, 2008 г. - 304 с.). Враховуючи широке розповсюдження ХГ та ВХ, пошуки нових підходів до лікування даної патології є важливою проблемою сучасної медицини.

Відомий спосіб лікуванні прояв хронічного гелікобактеріозу - ХГ типу В і його наслідку - ВХ дванадцятипалої кишки з використанням інфрачервоного частотного лазера та місцевих апплікацій лікарською сумішшю вініліну та обліпихової олії (патент України на винахід № 22607 А «Спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки», опубл. в Бюл. № 5 17.03.98 р.). Спосіб полягає у в опроміненні виразки дванадцятипалої кишки, антрального відділу, тіла шлунку і кардіального відділу шлунка напівпровідниковим інфрачервоним частотним лазером у наступному режимі: потужність опромінення - 4,5 Вт, частота - 80 Гц, час на одну зону - 4 хв. 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 обліпихової олії у співвідношенні 5 до 1 обробляють цією сумішшю також антральний відділ шлунка як зону первинного вселення HP.

Вказаний спосіб має свої недоліки:

- він незручний для хворих внаслідок частого проведення ендоскопічних процедур (3 рази на тиждень), що підвищує ризик повторного інфікування HP;
- проведення аерації шлункової порожнини може бути короткочасним внаслідок підвищеного блювотного рефлексу у хворих, що робить її малоефективною;
- до лікарської суміші не входять бактеріолітики (вінілін - бактеріостатик).

Відомий також спосіб лікування ВХ дванадцятипалої кишки з використанням схем ерадикації HP-інфекції, затверджений на з'їзді гастроентерологів у м. Маастріхті (1996 р.) (Авраменко А.А., Гоженко А.И. «Хеликобактериоз». - Николаев, 2007 г. - 336 с.). Згідно з Маастріхтським консенсусом, ерадикація проводиться з використанням потрійної чи четвертної терапії. Потрійна терапія складається з комбінації блокувача "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 %. Четвертна терапія складається з додання до потрійної терапії колоїдного субцитрату вісмуту (препарат "Де-нол") продовж 10 діб (рівень ерадикації - 90 %).

Вказаний спосіб має свої недоліки:

- 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 HP до 50 %;
- де-нол - препарат кислотозалежний (оптимум дії починається при рН середовища 2,5-3), в той час як для оптимуму антигелікобактерної дії антибіотиків необхідна рН середовища більше 3-х. Використання у даних схемах блокувачів протонної помпи, які підвищують рН середовища, створюють кращі умови для дії антибіотиків, але не де-нолу - єдиного препарату, який знищує як активні, так і неактивні (коковидні) форми гелікобактерної інфекції, в той час як антибіотики діють тільки на активні форми HP.

Відомий спосіб лікування ХГ типу В і ВХ з використанням вініліну, обліпихової олії, шлункового соку, де-нолу, амоксициліну (Флемоксин Солютаб), спазмолітину (Дуспаталін), препарату лактулози (Дуфалак), пробіотику (Сімбітер), настоянки кореню ехінацеї, настоянки собачої кропиви серцевої або валеріани лікарської (патент України на корисну модель № 29756 "Спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і виразкової хвороби, за Авраменком А.О.", опуб. в Бюл. № 2 25.01.2008 г.), які використовуються наступним чином: вінілін спільно з обліпиховою олією використовують у вигляді суміші (співвідношення 2 до 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 пігулці 3 рази на добу за 1 годину до їжі і 1 пігулку за 1 годину до сну, якщо де-нол використовується разом з вініліном, або по 1 пігулці на ніч, якщо до схеми лікування не входить вінілін, протягом 4-6 тижнів; антибіотик «Флемоксин солютаб» (амоксицилін) по 1 пігулці 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 діб, при цьому, 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. Усі варіації лікування проводяться на тлі використання імуномодулятора - ехіноцеї - по 40-50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 1-2-х місяців та засобів, які заспокоїливо впливають на центральну нервову систему - настоянки 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 діб і дієти з підкисленням у тому випадку, коли у пацієнта виявляється гіпоацидність і анацидність. При наявності у хворого больового синдрому використовується спазмолітик «Дуспалатін» по 2 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 3-4 діб, а потім - по 1 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 10-15 діб; при відсутності у хворого больового синдрому з першого дня лікування використовується «Дуспалатін» по 1 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 15-20 діб. 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 діб, а потім - по 15-20 мл 1 раз на добу під час сніданку протягом 10-15 діб; при відсутності у хворого запору з метою дезінтоксикації (лактулоза нейтралізує аміак) з першого дня лікування - по 5-10 мл під час сніданку протягом 20-30 діб. При наявності у хворого дисбактеріозу на фоні використання «Дуфалака» 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 діб; 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 діб через 10-14 діб після початку антигелікобактерної схеми лікування.

Недоліками описаного способу є:

- наявність тільки одного антибіотика у схемі лікування;
- даний засіб лікування не враховує наявність внутрішньоклітинного «депо» НР-інфекції, який формується як природним, так і штучним шляхом;
- використання вініліну можливо тільки у хворих із гіперацидним станом;
- використання шлункового соку можливо тільки у хворих з гіпоацидним і анацидним станом

при відсутності на слизовій НР-інфекції;

Найбільш близьким до заявленого технічного рішення (прототипом) є досить нова схема антигелікобактерної терапії, яка була розроблена в Італії, так звана послідовна (ступінчаста) терапія (Chey WD, Wong BCY. American College of Gastroenterology Guideline on the Management of Helicobacter pylori Infection. Am J Gastroenterol 2007; 102: 1808-25.; Маев И.В., Самсонов А.А., Андреев Н.Г., Кочетов С.А. Кларитромицин как основной элемент эрадикационной терапии заболеваний, ассоциированных с хеликобактерной инфекцией // Гастроэнтерология. 2011. № 1.). Терапія при призначенні послідовної схеми ділиться на два рівних етапи. У перші 5 днів пацієнт отримує інгібітори протонної помпи (ІПП) у стандартній дозі 2 рази на добу і амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу, а наступні 5 днів потрібну терапію у складі ІПП, кларитроміцину (500 мг 2 рази) і тинідазолу (500 мг 2 рази).

Недоліками способу є:

- даний засіб лікування не враховує наявність внутрішньоклітинного «депо» НР-інфекції, яке формується природним шляхом;
- формування внутрішньоклітинного «депо» НР-інфекції під дією ІПП, що стає причиною нового рецидиву захворювання;
- проявляються негативні ефекти, які виникають при використанні ІПП: переломи кісток, ахлоргідрія, збільшення ризику Clostridium difficile - інфекції у 2 рази з формуванням діареї; формування синдрому надлишкового росту бактерій; пригнічення функції нейтрофілів, що призводить до розвитку пневмонії; загроза онкопатології шлунка;

- наявність феномену віддачі (різке і довготривале підвищення рівня кислотності у процесі проведення ерадикації).

Задачею запропонованого способу лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і його наслідку - виразкової хвороби є підвищення якості лікування.

5 Поставлена задача вирішується тим, що після проведення комплексного обстеження хворих, після якого визначається стадія розвитку патологічного процесу, а також наявність внутрішньоклітинного «депо» НР-інфекції, проводиться вибір індивідуальної послідовної (ступінчастої) схеми терапії, що складається з антигелікобактерної терапії (2-х антибіотиків і препарату вісмуту), а також імуномодулятора, спазмолітики, препарату лактулози, пробіотика, заспокійливих засобів.

Заявлений спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і його наслідку - виразкової хвороби дозволяє підвищити ефективність лікування та знизити до мінімуму ймовірність виникнення рецидивів.

15 Лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і його наслідку - виразкової хвороби здійснюється наступним чином. Після проведення комплексного обстеження, яке складається з внутрішньошлункової рН-метрії, езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС) і подвійного тестування на НР-інфекцію (уреазний тест і мікроскопування забарвлених за Гімзою мазків-відбитків, матеріал для яких отримується зі слизової антрального відділу і тіла шлунка за великою і малою кривиною) відбувається вибір схеми, яка найбільш підходить до даної стадії розвитку патологічного процесу з урахуванням наявності чи відсутності внутрішньоклітинного «депо» НР-інфекції.

1. Антигелікобактерна терапія відбувається послідовно:

1-ий курс: приймається препарат вісмуту - де-нол по схемі: по 1 пігулці 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 14 днів; паралельно приймається препарат Флемоксин Солютаб (водорозчинний амоксицилін): по 0,5 г 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 7-10 днів. Для ефективнішого використання препаратів з них робиться «антигелікобактерний коктейль»: в 150 мл злегка підкисленої води розчиняють 1 пігулку Флемоксину Солютабу, а потім - 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий коктейль випивається хворим, після чого хворий займає позицію «лежачи на спині» на 30 хв. до їжі; на ніч також приймається даний коктейль із засипанням хворого у позиції «лежачи на спині». При прийомі де-нолу як монотерапії, розчиняють тільки де-нол.

2-ий курс: приймається препарат вісмуту - де-нол по схемі: по 1 піг. 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та піг. - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 14 днів; паралельно приймається препарат Фромілід (кларитроміцин): по 0,5 г \times 2 рази в день за 30 хв. до їжі; курс - 7 днів чи Вільпрафен Солютаб (водорозчинний джозаміцин): по 0,5 г 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та піг. - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 7-10 днів. Для ефективнішого використання препаратів з них робиться «антигелікобактерний коктейль»: в 150 мл злегка підкисленої води розчиняють 1 пігулку Вільпрафену Солютабу, а потім - 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий коктейль випивається хворим, після чого хворий займає позицію «лежачи на спині» на 30 хв. до їжі; на ніч також приймається даний коктейль із засипанням хворого у позиції «лежачи на спині». Фромілід не розчиняється, а запивається розчином у 150 мл злегка підкисленої води де-нолом. При прийомі де-нолу як монотерапії, розчиняють тільки де-нол.

3-ій курс - «підчищальний» курс: у разі виявлення при первинному обстеженні у хворих внутрішньоклітинних «депо» НР-інфекції у слизовій шлунка, через 5 днів після закінчення 2-го курсу антигелікобактерної терапії проводиться додатковий курс лікування де-нолом по схемі: по 1 піг. 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години у вигляді розчину у 150 мл злегка підкисленої води; курс - 10-14 днів.

2. Усі курси антигелікобактерної терапії 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 - настоянки 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. 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 діб, а потім - по 1 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 10-15 діб; 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 діб.

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 діб, а потім - по 15-20 мл 1 раз на добу під час сніданку протягом 10-15 діб; при відсутності у хворого запору з метою дезінтоксикації (лактолоза нейтралізує аміак) з першого дня лікування - по 5-10 мл під час сніданку протягом 20-30 діб. Протягом всієї антигелікобактерної терапії пацієнт паралельно отримує мультипробіотик «Симбітер» (суміш біфідо- і лактобактерій) у концентрованому вигляді - по 1 пакету 1 раз на добу через 1-1,5 години після їжі в один і той же час протягом 30-40 діб.

Приклад конкретного застосування.

Хворий В., 22 роки, хворіє на ВХ ДПК протягом 3-х років з рецидивуючим перебігом, частота загострень - 2 рази на рік (весною і восени). При обстеженні скаржився на "нічну" голодну біль, нудоту, жагу, однак здуття, запори чи проноси не відмічав. Після проведення комплексного обстеження 09.04.2013 р. були отримані наступні результати: у цибулині дванадцятипалої кишки по задній стінці була виявлена виразка до 1,8 см у діаметрі, вкрита сірим некрозом і фібрином; було підтверджено тип гастриту - тип В - при високій концентрації активних форм НР-інфекції, які були у стадії мітозу, на слизовій і в антральному відділі, і в тілі шлунка по великій і по малій кривині - (+ + +); рівень кислотності, відповідно методиці Чорнобрового В.М., відповідав гіпоацидності помірній селективній.

З 10.04.2013 р. хворий почав отримувати в амбулаторних умовах антигелікобактерну терапію, яка включала: у перші 5 днів - інгібітор протонної помпи (Нольпаза) у стандартній дозі 2 рази на добу і амоксицилін 1000 мг 2 рази на добу, а наступні 5 днів потрібну терапію у складі ІПП, кларитроміцину (500 мг 2 рази) і тинідазолу (500 мг 2 рази).

При контрольному комплексному обстеженні через 3 тижні було виявлено, що виразка цибулини дванадцятипалої кишки загоїлась грубим «червоним» рубцем; контрольні проби на НР-інфекцію були негативні в антральному відділі по великій і малій кривині, і у тілі шлунка по великій кривині; в тілі шлунка по малій кривині було виявлено внутрішньоклітинне «депо» НР-інфекції при концентрації - (+ +).

Хворий відмовився від 3-го «підчищального» курсу. Через 8 місяців хворий знов був обстежений з приводу нового рецидиву захворювання. При контрольній ЕГДС з пробами на НР-інфекцію 12.01.2014 р. було виявлено рецидив ВХ у вигляді нової виразки до 1,6 см по передній стінці цибулини дванадцятипалої кишки; проби на НР - позитивні на слизовій і в антральному відділі, і в тілі шлунка по великій і по малій кривині при високій концентрації - (+ + +).

Хвора В., 43 роки, хворіє на ВХ ДПК протягом 10-ти років з рецидивуючим перебігом, частота загострень - 2 рази на рік (весною і восени). При обстеженні скаржилася на біль через 1-1,5 години після їжі, нудоту, жагу; а також відмічала запори та здуття. Після проведення комплексного обстеження 02.04.2012 р. були отримані наступні результати: у цибулині дванадцятипалої кишки по задній стінці була виявлена виразка до 1,7 см у діаметрі, вкрита сірим некрозом і фібрином; підтверджено тип гастриту - тип В - при високій концентрації активних форм НР-інфекції, які були у стадії мітозу на слизовій (в антральному відділі - (+ + +)) і у тілі шлунку - (+ + +) по великій і малій кривині, причому по великій кривині у тілі шлунку було виявлено внутрішньоклітинне «депо» НР-інфекції; рівень кислотності, відповідно методиці Чорнобрового В.М., відповідав гіпоацидності помірній мінімальній.

З 06.04.2012 р. хвора почала отримувати в амбулаторних умовах антигелікобактерну послідовну терапію. 1-ий курс: хвора приймала препарат вісмуту - де-нол по схемі: по 1 піг. 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 14 днів; паралельно приймався препарат Флемоксін Солютаб (водорозчинний амоксицилін): по 0,5 г 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 10 днів. Для ефективнішого використання препаратів хвора робила з них «антигелікобактерний коктейль»: в 150 мл злегка підкисленої води розчиняла 1 пігулку Флемоксину Солютабу, а потім - 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий коктейль випивався хворою, після чого хвора займала позицію «лежачи на спині» на 30 хв. до їжі; на ніч також приймався даний коктейль із засипанням хворої у позиції «лежачи на спині». При прийомі де-нолу як монотерапії, розчинявся і випивався тільки де-нол.

2-ий курс: хвора приймала препарат вісмуту - де-нол по схемі: по 1 піг. 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години; курс - 14 днів; паралельно приймала препарат Фромілід (кларитроміцин): по 0,5 г 2 рази в день за 30 хв. до їжі; курс - 7 днів. Для ефективнішого використання препаратів в 150 мл злегка підкисленої води хвора розчиняла 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; Фромілід не розчинявся, а запивався розчином у підкисленій воді де-нолом, після чого хвора займала

позицію «лежачи на спині» на 30 хв. до їжі. При прийомі де-нолу як монотерапії, розчинявся і випивався тільки де-нол.

Враховуючи наявність внутрішньоклітинного «депо» через 5 діб по закінченню 2-го курсу хвора пройшла 3-ій «підчищальний» курс (де-нол по схемі: по 1 піг. 3 рази в день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч при умові, що після останнього прийому їжі пройшло не менш як 3 години у вигляді розчину у 150 мл злегка підкисленої води; курс - 14 днів).

Також хвора приймала настоянку валеріани лікарської - по 40 крап. 1 раз на добу за 30 хвилин до сну продовж 1,5 місяця. Враховуючи наявність у хворой больового синдрому, спазмолітик «Дуспаталін» назначався по 2 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 4 діб, а потім - по 1 крап. 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 10 діб. Враховуючи наявність у хворой запору, назначався «Дуфалак» 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 проявів дисбактеріозу на фоні використання «Дуфалака» пацієнт отримувала «Симбітер» у концентрованому вигляді - по 1 пакету 1 раз на добу через 1,5 години після їжі в один і той же час протягом 40 діб. Даний варіант лікування проводився на тлі використання ехінацеї - по 50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 1,5 місяця.

При контрольному комплексному обстеженні по закінченню лікування було виявлено, що виразка цибулини дванадцятипалої кишки загоїлась за слизовим типом; контрольні проби на НР-інфекцію були негативні в антральному відділі і у тілі шлунку по великій і по малій кривині.

Хвора знаходилася під наглядом 2 роки, рецидивів за цей час не було. При контрольній ФГДС з пробами на НР-інфекцію 11.04.2014 р. рецидивів ВХ виявлено не було, проби на НР - негативні.

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.

30 ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - хронічного гастриту типу В і виразкової хвороби, що включає послідовне (ступінчате) використання 2-х антибіотиків, чутливих до гелікобактерної інфекції, який **відрізняється** тим, що замість інгібіторів протонної помпи паралельно з антибіотиками використовується препарат вісмуту - де-нол, а при наявності внутрішньоклітинного "депо" гелікобактерної інфекції - додатково 3-ій курс де-нолу (10-14 діб).

2. Спосіб за п. 1, який **відрізняється** тим, що додатково використовують імуномодулятор (настоянку ехінацеї), спазмолітик ("Дуспаталін"), препарат лактулози ("Дуфалак"), пробіотик ("Симбітер"), заспокійливі засоби (настоянки собачої кропиви серцевої або валеріани лікарської).