



ДЕРЖАВНА СЛУЖБА
ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ
ВЛАСНОСТІ
УКРАЇНИ

УКРАЇНА

(19) **UA** (11) **99458** (13) **U**
(51) МПК (2015.01)
A61P 1/00

(12) ОПИС ДО ПАТЕНТУ НА КОРИСНУ МОДЕЛЬ

(21) Номер заявки: u 2014 12179	(72) Винахідник(и): Авраменко Анатолій Олександрович (UA)
(22) Дата подання заявки: 11.11.2014	
(24) Дата, з якої є чинними права на корисну модель: 10.06.2015	(73) Власник(и): Авраменко Анатолій Олександрович, вул. Чкалова, 118, кв. 4, м. Миколаїв, 54003 (UA)
(46) Публікація відомостей про видачу патенту: 10.06.2015, Бюл.№ 11	

(54) СПОСІБ ЛІКУВАННЯ ПРОЯВІВ СИНДРОМУ "ВТОМИ ПАРІЄТАЛЬНИХ КЛІТИН" ЗА АВРАМЕНКОМ А.О.

(57) Реферат:

Спосіб лікування гіпоацидності - прояву синдрому "втоми парієтальних клітин" включає використання шлункового соку. Лікування натуральним шлунковим соком проходить послідовно (ступінчато) зі зменшенням дози прийому по мірі відновлення кислотопродукуючої функції парієтальних клітин. Паралельно використовують препарат вісмуту - де-нол.

UA 99458 U

Корисна модель належить до галузі медицини, а саме гастроентерології, і може бути використана при лікуванні проявів синдрому "втоми парієтальних клітин".

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 при 3-й стадії розвитку хронічного гастриту типу В, коли HP-інфекція майже повністю залишила слизову антрального відділу і переселилася на слизову тіла шлунка. Велика маса бактерій за рахунок свого продукту життєдіяльності аміаку активно нейтралізує соляну кислоту, що призводить до підвищення рН середовища. Ця стадія - оборотна: при зниженні рівня обсіменіння слизової HP-інфекцією рН середовища також знижується. У 4-й стадії розвитку хронічного гастриту типу В настає повна атрофія залоз слизової, тому ця стадія вже не оборотна (Авраменко А.А., Гоженко А.И., Гойдык В.С. Язвенная болезнь (очерки клинической патофизиологии). - Одесса, 2008 г.-304 с). Підсумком гасла "Без кислоти немає виразки" (австрійський хірург Шварц, 1910 рік) стало створення у 1979 році шведською фірмою "Астра" першого широко розповсюдженого інгібітора протонної помпи - омепразола (фірмова назва - "Лосек"). Використання препаратів цієї групи призводить до підвищення рН шлункового соку до 6-7. Крім того, на рН шлункового соку впливає лужне середовище жовчі, яка потрапляє у шлункову порожнину при дуодено-гастральному рефлексі, і бронхіального слизу, який потрапляє у шлункову порожнину при гострому та хронічному бронхіті, коли хвора людина постійно його заковтує (Авраменко А.А., Гоженко А.И. "Хеликобактериоз". - Николаев, 2007 г.-336 с). Крім цих чинників на рівень кислотності впливає і тривалий психоемоційний стрес. Останні дослідження показали, що при відсутності вище перелічених чинників саме тривалий психоемоційний стрес призводить до функціонального зниження рівня кислотності шлункового соку внаслідок виснаження парієтальних клітин (синдром "втоми парієтальних клітин") (Авраменко А.А. Влияние длительно протекающего психозмоционального стресса на функциональное состояние париетальных клеток слизистой желудка (синдром "усталости париетальных клеток") // Сучасна гастроентерологія.-2014 г - X" 5 (79) -С.20-26).

Стан кислотно-пептичного фактору визначає початок і, отже, стан всього протеолітичного каскаду. При підвищенні рН шлункового соку вище 4 ні пепсиногени I групи, ні пепсиногени II групи не переходять в активну форму, що робить неповноцінним початкову обробку харчової грудки в шлунку, що надалі негативно впливає на весь процес травлення (Авраменко А.А., Гоженко А.И. "Хеликобактериоз". - Николаев, 2007 г.-336 с.). Враховуючи це, пошуки підходів до лікування синдрому "втоми парієтальних клітин" є важливою проблемою сучасної медицини, тому що на даному етапі не існує схем для лікування цього синдрому.

Відомий аналог є спосіб лікування проявів хронічного гелікобактеріозу - ХГ типу В і його наслідку - ВХ дванадцятипалої кишки з використанням інфрачервоного частотного лазера та місцевих аплікацій лікарською сумішшю вініліну та обліпіхової олії (патент України на винахід №22607 "Спосіб лікування виразкової хвороби дванадцятипалої кишки", опубл. в Бюл. №5 17.03.1998 р.). Спосіб полягає в опроміненні виразки дванадцятипалої кишки, антрального відділу, тіла шлунка 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 із виразкою лікарською сумішшю вініліну і обліпіхової олії у співвідношенні 5 до 1 оброблюють цією сумішшю також антральний відділ шлунка як зону первинного вселення HP.

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

Відомий аналог є 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 потрібної чи четвертої терапії. Потрібна терапія складається з комбінації блокувача "протонної помпи" (омепразол чи контролок), антибіотика (амоксцилін 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 вісмута (препарат "Де-нол") продовж 10 діб (рівень ерадикації – 90%).

Аналог має 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 НР до 50 %; де-нол - препарат кислото залежний (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; антибіотики діють тільки на активні форми НР.

Відомий аналог є 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 (Симбітер), 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 тижня 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 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 солютабу" 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 імуномодулятору - 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, 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 "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 (лактоза 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 аналога є: наявність тільки одного антибіотика у схемі лікування; 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.

Найближчий аналог до корисної моделі є спосіб лікування дифузного атрофічного фундального гастриту (Гончарик І.І. Болєзни желудка и кишечника. - Минск: "Высшая школа", 1994 г.-160 с). Спосіб полягає у використанні натурального шлункового соку по 1 столовій ложці на ½ стакану води невеликими ковтками під час їжі, а також поліферментних препаратів: фесталу, панзинорму, мезим форте та ін. по 1 пігулці під час їжі.

Недоліками найближчого аналога є, те, що даний засіб лікування проводиться постійно, тому що є засобом замісної терапії; під час лікування не проводиться корекція психоемоційного стану хворого; не проводиться відновлення повноцінної функції залоз слизової шлунка.

В основу корисної моделі поставлена задача відновлення повноцінної функції парієтальних клітин слизової шлунка, а також корекція функції інших органів системи травлення.

Поставлена задача вирішується тим, що після проведення комплексного обстеження хворих, після якого визначається синдром "втоми парієтальних клітин", проводиться 4-6 тижнева терапія, що складається з використання натурального шлункового соку, препарату вісмуту, препарату підшлункової залози, імуномодулятора, спазмолітика, препарату лактулози, пробіотика, заспокійливих засобів, прокінетиків групи домперидону.

Корисна модель дозволяє відновити повноцінну функцію залоз слизової шлунка, а також провести корекцію функції інших органів системи травлення.

Корисну модель виконують наступним чином.

Після проведення комплексного обстеження, яке складається з внутрішньошлункової рН-метрії, езофагогастродуоденоскопії (ЕГДС), подвійного тестування на НР-інфекцію (уреазний тест і мікроскопування забарвлених за Гімзою мазків-відбитків) і гістологічного дослідження стану слизової шлунка, матеріал для яких отримується зі слизової антрального відділу і тіла шлунка за великою і малою кривиною), після якого визначається діагноз: синдром "втоми парієтальних клітин", а також після проведення УЗД органів черевної порожнини, під час якої визначається стан печінки, підшлункової залози і жовчного міхура, відбувається проведення 2-3-х двотижневих курсів терапії з обов'язковим контролем рівня кислотності шлункового соку (проведення рН-метрії) і корекцією схеми лікування після закінчення кожного курсу, яка враховує не тільки функціональний стан парієтальних клітин, але і зміни у функції інших органів системи травлення.

1. 1-й курс (2 тижні): приймається натуральний шлунковий сік (виробник - фірма "Біофарма" (м. Київ) по схемі: по 1 столовій ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів). Паралельно приймається препарат вісмуту - де-нол по схемі: по 1 пігулці 3 рази на 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): в 150 мл злегка підкисленої води розчиняють 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий розчин випивається хворим, після чого хворий займає позицію "лежачи на спині" на 30 хв. до їжі; на ніч також приймається даний розчин із засипанням хворого у позиції "лежачи на спині". Також паралельно приймаються ферменти підшлункової залози - препарат Креон 10 000 по 1 капсулі 3 рази на день під час їжі (курс 7-14 днів).

2-й курс (2 тижні). Якщо при проведенні контрольної рН-метрії рівень кислотності шлункового соку залишився на рівні гіпоацидності (помірній чи виразній) шлунковий сік продовжує прийматися по схемі: по 1 столовій ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів); якщо рівень кислотності досягнув рівня нормацидності (мінімальної, селективної, абсолютної) шлунковий сік приймається по схемі: по 1 десертній ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів); якщо рівень кислотності досягнув рівня нормацидності (субтотальної, тотальної), гіперацидності помірної (мінімальної, селективної) шлунковий сік приймається по схемі: по 1 чайній ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів); якщо рівень кислотності досягнув рівня гіперацидності помірної (абсолютної, субтотальної, тотальної), гіперацидності виразної (мінімальної, селективної, абсолютної, субтотальної, тотальної) шлунковий сік вже не використовується. Паралельно приймається препарат вісмуту - де-нол по схемі: по 1 пігулці 3 рази на 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): в 150 мл злегка підкисленої води розчиняють 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий розчин випивається хворим, після чого хворий займає позицію "лежачи на спині" на 30 хв. до їжі; на ніч також приймається даний розчин із засипанням хворого у позиції "лежачи на спині". Якщо рівень кислотності шлункового соку залишився на рівні гіпоацидності (помірній чи виразній) або досягнув рівня нормацидності (мінімальної, селективної) паралельно приймаються ферменти підшлункової залози - препарат Креон 10 000 по 1 капсулі 3 рази на день під час їжі (курс 7 днів); якщо рівень кислотності досягнув рівня нормацидності (абсолютної, субтотальної, тотальної) або рівня гіперацидності (помірної, виразної) використання ферментів підшлункової залози припиняється. Якщо рівень кислотності досягнув рівня нормацидності (селективної, абсолютної, субтотальної, тотальної) або рівня гіперацидності (помірної, виразної) приймається прокінетик - домперидон (мотиліум, моторікум) по схемі: по 1 пігулці 3 рази на день за 15-20 хв. до їжі, 4-та пігулка на ніч (курс - 7-14 днів).

3-й курс (додатковий, 2 тижні). Проводиться, якщо при проведенні контрольної рН-метрії рівень кислотності шлункового соку шлунка залишився на рівні гіпоацидності (помірній чи виразній) (див. 2-й курс).

2. Усі курси лікування симптому "втоми парієтальних клітин" проводяться на тлі використання 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 та імуномодулятору - ехінацеї - по 40-50 крап. 3 рази на добу під час їжі продовж 1-2-х місяців. При наявності у хворого больового синдрому використовується спазмолітик "Дуспаталін" по 2 краплі 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 3-4 діб, а потім - по 1 краплі 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 краплі 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 15-20 діб. При наявності у хворого закрепку 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 годину після їжі в один і той же час протягом 30-40 діб.

Приклад конкретного застосування.

Хворий В., 24 роки, захворів вперше. При опитуванні хворий скаржився на тупу біль у правому підребер'ї після їжі, відчуття переповнення після їжі; випорожнення було 3-4 рази на добу, кал був напіврідким. Також при опитуванні було з'ясовано, що 2 роки хворий знаходився під впливом психоемоційного стресу (догляд за тяжкохворим батьком, а потім його похорон). Після проведення комплексного обстеження 10.07.2013р. були отримані наступні результати: було підтверджено наявність у хворого хронічного неактивного гастриту при відсутності атрофії, товстокишкової метаплазії і дисплазії, а також будь-яких форм НР-інфекції на слизовій шлунка; рівень кислотності шлункового соку, відповідно методики Чорнобрового В.М., відповідав гіпоацидності виразній тотальній; при проведенні УЗД органів черевної порожнини було виявлено реактивний панкреатит, що стало приводом для постановки діагнозу: Хронічний гастрит. Симптом "втоми парієтальних клітин". Реактивний панкреатит.

3 16.07.2013 р. хворий почав отримувати в амбулаторних умовах послідовну терапію, яка включала 2 курси лікування:

1-й курс (2 тижні). Пацієнт приймав шлунковий сік по 1 столовій ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів). Паралельно приймався препарат вісмуту - де-нол по 1 пігулці 3 рази на 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): в 150 мл злегка підкисленої води розчинялась 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий розчин випивається хворим, після чого хворий займає позицію "лежачи на спині" на 30 хв. до їжі; на ніч також приймається даний розчин із засипанням хворого у позиції "лежачи на спині". Також паралельно приймався препарат "Креон 10 000" по 1 капсулі 3 рази на день під час їжі (курс 10 днів).

2-й курс (2 тижні). Хворий приймав шлунковий сік по 1 десертній ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів) Паралельно приймався препарат де-нол по 1 пігулці 3 рази на день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч (курс - 14 днів), "Креон 10 000" по 1 капсулі 3 рази на день під час їжі (курс 7 днів), "Мотиліум" по 1 пігулці 3 рази на день за 15-20 хв. до їжі, 4-та пігулка на ніч (курс - 10 днів).

Усі курси лікування проводилися на тлі використання заспокійливих засобів - настоянки собачої кропиви серцевої по 30 - 40 крап. 1 раз на добу за 20-30 хвилин до сну та імуномодулятору - ехінацеї - по 40-50 крап. 3 рази на добу під час їжі протягом 24 діб. Враховуючи наявність больового синдрому використовувався спазмолітик "Дуспаталін" по 2 краплі 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 4 діб, а потім - по 1 краплі 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 24 діб. Протягом всієї терапії пацієнт отримував мультипробіотик "Симбітер" у концентрованому вигляді - по 1 пакету 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 28 діб.

По закінченню 1-го курсу у хворого зменшилась біль у правому підребер'ї, зменшилась відчуття переповнення після їжі, кількість випорожнень зменшилась до 2-х, кал став більш оформлений. При проведенні контрольної рН-метрії рівень кислотності досягнув рівня нормацидності селективної. По закінченню 2-го курсу у хворого зникли біль у правому підребер'ї і відчуття переповнення після їжі, кількість випорожнень зменшилась до 1-го, кал став

оформлений. При проведенні контрольної рН-метрії рівень кислотності досягнув рівня нормацидності тотальної.

Хвора Р., 18 років, захворіла вперше. При опитуванні хвора скаржилася на відчуття переповнення після невеликої кількості прийнятої їжі (симптом "раннього насичення"); випорожнення було 3 рази на добу, кал був рідким. Також при опитуванні було з'ясовано, що 1,5 роки хвора знаходилася під впливом психоемоційного стресу (розрив стосунків зі своїм хлопцем). Після проведення комплексного обстеження 12.11.2013 р. були отримані наступні результати: у хворої були відсутні будь-які зміни на слизовій шлунка; рівень кислотності шлункового соку відповідав гіпоацидності помірній селективній; при проведенні УЗД органів черевної порожнини було виявлено реактивний панкреатит, що стало приводом для постановки діагнозу: Симптом "втоми парієтальних клітин". Реактивний панкреатит.

З 17.11.2013 р. хвора почала отримувати в амбулаторних умовах послідовну терапію, яка включала 2 курси лікування:

1-й курс (2 тижні). Пацієнтка приймала шлунковий сік по 1 столовій ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів). Паралельно приймався препарат вісмуту - де-нол по 1 пігулці 3 рази на 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): в 150 мл злегка підкисленої води розчинялась 1 пігулку де-нолу до повного розчинення; отриманий розчин випивається хворим, після чого хворий займає позицію "лежачи на спині" на 30 хв. до їжі; на ніч також приймається даний розчин із засипанням хворого у позиції "лежачи на спині". Також паралельно приймався препарат "Креон 10 000" по 1 капсулі 3 рази на день під час їжі (курс 14 днів).

2-й курс (2 тижні). Хвора приймала шлунковий сік по 1 десертній ложці 3 рази на день під час їжі (курс - 14 днів). Паралельно приймався препарат де-нол по 1 пігулці 3 рази на день за 30 хв. до їжі, 4-та пігулка - на ніч (курс - 14 днів), "Креон 10 000" по 1 капсулі 3 рази на день під час їжі (курс 7 днів), "Моторикум" по 1 пігулці 3 рази на день за 15-20 хв. до їжі, 4-та пігулка на ніч (курс - 14 днів).

Усі курси лікування проводилися на тлі використання заспокійливих засобів - настоянки собачої кропиви серцевої по 30-40 крап. 1 раз на добу за 20-30 хвилин до сну та імуномодулятору - ехінацеї - по 40-50 крап. 3 рази на добу під час їжі протягом 24 діб. Враховуючи відсутність больового синдрому використовувався спазмолітик "Дуспаталін" по 1 краплі 2 рази на добу за 20 хвилин до сніданку і до вечері протягом 28 діб. Протягом всієї терапії пацієнт отримував мультипробіотик "Симбітер у концентрованому вигляді" - по 1 пакету 1 раз на добу через 1 годину після їжі в один і той же час протягом 28 діб.

По закінченню 1-го курсу у хворого зменшилась відчуття переповнення після їжі, кількість випорожнень зменшилась до 2-х, кал став більш оформлений. При проведенні контрольної рН-метрії рівень кислотності досягнув рівня нормацидності селективної. По закінченню 2-го курсу у хворого зникло відчуття переповнення після їжі, кількість випорожнень зменшилась до 1-го, кал став оформлений. При проведенні контрольної рН-метрії рівень кислотності досягнув рівня гіперацидності помірної мінімальної.

Таким чином, у порівнянні з найближчим аналогом, корисна модель дозволяє відновити функцію парієтальних клітин слизової шлунка, а також провести корекцію функції інших органів системи травлення.

ФОРМУЛА КОРИСНОЇ МОДЕЛІ

1. Спосіб лікування гіпоацидності - прояву синдрому "втоми парієтальних клітин", що включає використання шлункового соку, який **відрізняється** тим, що лікування натуральним шлунковим соком проходить послідовно (ступінчато) зі зменшенням дози прийому по мірі відновлення кислотопродукуючої функції парієтальних клітин; паралельно використовують препарат вісмуту - де-нол.

2. Спосіб лікування за п. 1, який **відрізняється** тим, що додатково використовують заспокійливі засоби (настоянки собачої кропиви серцевої або валеріани лікарської), ферменти підшлункової залози (препарат "Креон 10000"), прокінетик - домперидон (препарати "Мотиліум", "Моторикум"), імуномодулятор (настоянку ехінацеї), спазмолітик ("Дуспаталін"), препарат лактулози ("Дуфалак"), пробіотик ("Симбітер"),

Комп'ютерна верстка Д. Шеверун

Державна служба інтелектуальної власності України, вул. Василя Липківського, 45, м. Київ, МСП, 03680, Україна

ДП "Український інститут інтелектуальної власності", вул. Глазунова, 1, м. Київ – 42, 01601