
**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Махмудова Н.М., Эргашева Н.О.

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТОВ**

(методические рекомендации)

Ташкент-2024 г.

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**



«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ЦРПКМР д.м.н., профессор

Х.А. Акилов

2024 г.

Махмудова Н.М., Эргашева Н.О.

**ЛЕЧЕНИЕ И ПРОФИЛАКТИКА ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ФИТОПРЕПАРАТОВ**

(методические рекомендации)

Ташкент-2024 г.

Учреждение – разработчик: Центр развития профессиональной квалификации медицинских работников

Составители:

Эргашева Н.О. заведующая курсом Народной медицины ЦРПКМР, доцент, д.м.н.

Махмудова Н.М. соискатель курса Народной медицины ЦРПКМР

Рецензенты:

Юлдашева Г.Р. - доцент кафедры гастроэнтерологии и физиотерапии ЦРПКМР, д.м.н.

Миррахимов Ж.А. - директор Республиканского научно-практического Центра Народной Медицины, к.м.н.

Методическая рекомендация рассмотрены на заседании Центрального организационно методического совета Центра развития профессиональной квалификации медицинских работников

« 22 » октября 2024 г. Протокол собрания № 2

Председатель ЦОМС  М.С. Касимова

Методическая рекомендация утверждено на Ученом Совете ЦРПКМР

« 30 » октября 2024 г. Протокол собрания № 44

Методические рекомендации предназначена для специалистов фундаментальной медицины, гастроэнтерологии, фармакологов, терапевтов, докторантов, независимых исследователей. Область применения: народной медицины.

Секретарь Ученого Совета ЦРПКМР, к.м.н., доцент

М.К. Гулямова

Введение

Хронический гастрит - это длительное воспаление слизистой оболочки желудка, которое может быть вызвано различными факторами, такими как бактериальные инфекции, аутоиммунные заболевания или длительное использование нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП). Постоянное раздражение и воспаление слизистой оболочки желудка может привести к постепенному разрушению защитного слизистого барьера, в результате чего желудок становится уязвимым для повреждения пищеварительными кислотами.

Helicobacter pylori (Hр) - это тип бактерий, которые поражают слизистую оболочку желудка и являются известным триггером развития хронического гастрита.

Помимо *H. pylori*, существует множество других факторов, которые могут способствовать развитию и прогрессированию хронического гастрита. Эти неспецифические факторы могут действовать как на макро, так и на микроуровне физиологии человеческого организма, усугубляя воспаление и повреждение слизистой оболочки желудка. От диеты и образа жизни до генетической предрасположенности и факторов окружающей среды, этиология хронического гастрита сложна и многогранна [1, 2]. Исследование, проведенное А.С. Шамсутдиновым и его командой в Узбекистане, пролило свет на распространенность хронического гастрита, связанного с *H. pylori* в стране. Исследователи обнаружили, что почти 70% лиц с диагнозом гастрит также были инфицированы *H. pylori*. Этот высокий процент подчеркивает значительную роль, которую бактерия играет в развитии гастрита у узбекской популяции [3]. Существует несколько типов хронического гастрита. Тип А – вызывается аутоиммунными процессами в организме (до 5% в популяции пациентов с гастритами). Тип В – вызывается бактерией *H. Pylori* (около 90% пациентов с гастритами). Тип С – возникает в результате токсико-химического поражения до 5% в популяции пациентов с гастритами). Встречаются также гастриты смешанной этиологии [4, 5].

Согласно Киотскому консенсусу по гастриту, ассоциированному с *H. pylori*, рекомендациям Маастрихтского протокола V и клиническим рекомендациям гастроэнтерологических ассоциаций по диагностике и лечению инфекции *H. pylori*, антихеликобактерная терапия рекомендуется всем пациентам с гастритом, язвой желудка и двенадцатиперстной кишки, раком желудка и MALT-лимфомой [6, 7]. Это стало основной стратегией лечения заболеваний желудка и профилактики рака желудка [95]. В идеале при лечении гастрита следует достичь показателей эрадикации *H. pylori* до

90%, что обычно достигается путем одновременного использования 2-3 антибиотиков и соединений висмута [8, 9, 10]. Однако во многих странах специалисты здравоохранения отмечают снижение эффективности эрадикационной терапии до неприемлемого уровня $\leq 80\%$ [6]. Основными причинами безуспешной эрадикационной терапии являются возникновение антибиотикорезистентных штаммов *H. pylori* [11, 12, 13].

В сегодняшнем медицинском ландшафте чрезмерное использование антибиотиков в течение длительного периода привело к различным проблемам, включая подавление нормальной кишечной флоры, распространение условно-патогенных бактерий и грибов, ослабление иммунитета и т. д. Эти риски подчеркивают необходимость изучения альтернативных методов лечения или дополнительных методов лечения для значительного улучшения результатов для пациентов с гастритом и другими желудочно-кишечными заболеваниями [13, 14, 15, 16].

Одним из подходов к улучшению лечения и профилактики многих заболеваний в том числе заболеваний ЖКТ, набирающим в последние годы популярность как среди врачей, так и среди населения, является использование методов традиционной медицины, в частности, растительных лекарственных средств. В многочисленных научных исследованиях фитопрепараты доказали свою эффективность в благотворном влиянии на патогенетические факторы, участвующие в развитии и прогрессировании хронических желудочно-кишечных заболеваний. Кроме того, растительные добавки относительно безопасны, что делает их жизнеспособным вариантом для терапевтического вмешательства [17, 18, 19, 20]. Поэтому изучение и обоснование новых схем лечения хронического гастрита с использованием вновь вводимых в клиническую практику фитопрепаратов является актуальным направлением клинических и фармакологических исследований.

Цель исследования: Оценить эффективность воздействия альтернативной терапии в комплексе с эрадикационной терапией у больных с *H. pylori* ассоциированным хроническим гастритом.

Материал и методы: Исследование выполнялось на базе «Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации» (РСНПЦ ТМР) Узбекистана в период 2021-2023 гг.

Исследование включало в себя изучение анамнестических, клинических, лабораторных данных и данных анкетирования 100 пациентов с хроническим *H. pylori* ассоциированным гастритом и 30 практически здоровых

людей для изучения влияния альтернативной терапии состоящей из: диафрагмального дыхания и фитосбора Вентрап в схеме комплексной эрадикационной терапии.

В ходе исследования изучалось состояние больных хроническим гастритом в трех рандомизированных по полу и возрасту группах:

I группу (n=50) (основная) составили пациенты с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*, которым проводилось комплексное лечение с включением альтернативной терапии (АТ): диафрагмальное дыхание (ДД) и фитосбора Вентрап. Средний возраст $47,56 \pm 1,52$ лет.

Группа II (n=50) (сравнения) - служила для сравнения, в ней больные с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*, получали традиционное лечение согласно «Стандартам диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта в Республике Узбекистан – 2018». Средний возраст $47,62 \pm 1,54$ лет.

Группа III (n = 30) служила для контроля и состояла из практически здоровых лиц. Средний возраст $47,62 \pm 1,54$ лет.

Критерии включения в I-II группы исследования: возраст 19 – 60 лет; установленный диагноз хронический гастрит В (K29 МКБ X) ассоциированный с *H. pylori*, подтвержденный клинически и проведением ЭГДФС с прицельной биопсией и последующим уреазным тестом на наличие *H. pylori* инфицирования, отсутствие алкоголизма, отсутствие других хронических заболеваний в стадии обострения, отсутствие острых заболеваний за 4 недели до участия в исследовании, информированное согласие, способность пациента принимать рекомендуемые процедуры и тесты.

Критерии включения в III группу исследования: возраст 19 – 60 лет, отсутствие заболеваний органов пищеварения и хронических заболеваний других органов и систем в стадии субкомпенсации и декомпенсации, отсутствие острых заболеваний и участие в других исследованиях за 4 недели до участия в данном исследовании, отсутствие алкоголизма и аллергических реакций, состояние вне беременности и кормления грудью, свобода от алкоголизма, информированное согласие.

Временный график обследования пациентов с хроническим гастритом включал оценку при поступлении в больницу, при выписке и через 8 недель после выписки. Практически здоровые участники прошли однократное клиническое и лабораторное обследование. Во время первичного обследования все участники исследования прошли тщательный анализ

истории болезни и жалоб, общий осмотр и стандартную системно-специфическую оценку.

Статистика. Статистические данные обрабатывались с помощью программы STATISTICA с использованием парного t-критерия Стьюдента.

Результаты исследований. В современном здравоохранении соблюдение пациентом рекомендаций по лечению играет решающую роль в определении успешности медицинских вмешательств.

Одним из наиболее эффективных методов лечения хронического гастрита, связанного с инфекцией *H. pylori*, является эрадикационная терапия. Это лечение включает 28-дневный курс комплексной терапии, направленной на эрадикацию бактерий из вашего организма и уменьшение воспаления в слизистой оболочке желудка. Цель эрадикационной терапии — не только купировать симптомы заболевания, но и предотвратить осложнения, такие как пептическая язва и рак желудка.

Пациентам в группах I и II был назначен 28-дневный курс эрадикационной терапии, который включал диетические рекомендации, медикаменты и альтернативную терапию. Помимо соблюдения определенной диеты, пациентам были назначены следующие препараты дважды в день: Празол (20 мг) перед едой, Кларитромицин (500 мг) после еды, Амоксициллина клавуланат (1000 мг) после еды, Висмута трикалия дицитрат (120 мг) x 4раза после еды.

Пациентам группы I (основной группы) также давали фитосбор Вентрап и больные выполняли диафрагмальное дыхание (ДД - максимально глубокий вдох через нос с акцентом на расширение нижней части всей грудной клетки, стремясь достичь экскурсии 8-10см и плавный выдох через рот) выполняемое по 10 минут x 3 раза в день до еды).

Принимали фитосбор Вентрап по одной таблетке (370мг) x 3 раза в день в течение всей ЭТ(28 дней).Анализ показателей состояния здоровья пациентов обеих групп проводился на трех этапах: при поступлении в стационар (исходные данные), при выписке из стационара и через восемь недель после выписки.

В ходе опроса было выявлено, что $72,0 \pm 6,3\%$ пациентов группы I и $60,0 \pm 6,9\%$ пациентов группы II полностью придерживались рекомендаций по лечению в указанные сроки. С другой стороны, $24,0 \pm 6,0\%$ и $34,0 \pm 6,7\%$ пациентов в соответствующих группах иногда забывали или неточно следовали рекомендациям. Только 2 пациента из группы I и 3 пациента из группы II не придерживались рекомендаций, при этом существенных различий между двумя группами не наблюдалось ($p > 0,05$). В общей сложности $66,0\%$ респондентов полностью придерживались предписанных

рекомендаций, в то время как 29,0% следовали рекомендациям частично, а 5,0% не придерживались их вообще ($p \leq 0,05$). Это подчеркивает необходимость внедрения поставщиками медицинских услуг стратегий для повышения приверженности пациентов к лечению для улучшения результатов лечения (Рисунок 2).

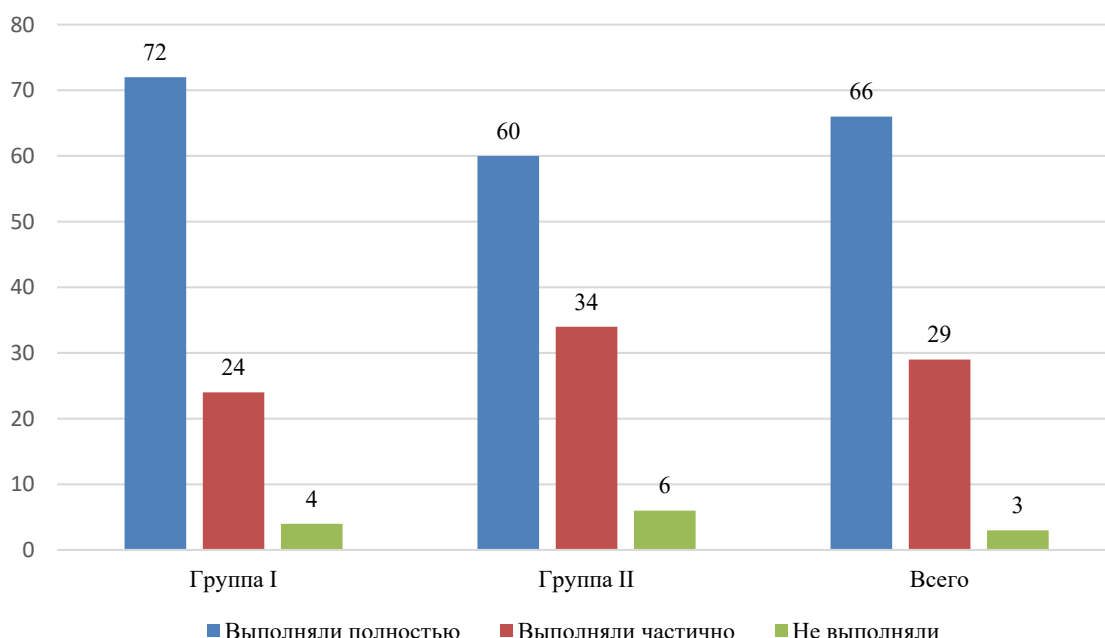


Рисунок 1. Частота комплаентности к терапии пациентов с хроническим гастритом ассоциированным Нр. (%)

Исследование показало, что ни у одного из пациентов обеих групп не наблюдалось ухудшения состояния. Этот положительный результат можно объяснить высокой степенью проявленной пациентами приверженности к лечению.

Анализ жалоб пациентов в обеих группах выявил ряд общих проблем, в том числе:

- ✓ Боль и жжение в эпигастральной или верхней части живота
- ✓ Ощущение полноты или тяжести в желудке
- ✓ Раннее насыщение
- ✓ Изжога и/или отрыжка
- ✓ Головные боли
- ✓ Чувство нервозности или депрессии
- ✓ Другие жалобы (тошнота, быстрое насыщение, нерегулярный стул, бессонница).

В исследовании эти жалобы были сгруппированы в категорию «другие жалобы», чтобы лучше проанализировать их влияние на благополучие пациентов.

Помимо оценки процентного соотношения пациентов, предъявляющих те или иные жалобы, исследование также оценивало интенсивность этих жалоб на основе восприятия пациентов. Использовалась 3-балльная шкала интенсивности со следующими критериями:

- ✓ 0 баллов: отсутствие симптомов
- ✓ 1 балл: слабо выраженные (редкие) симптомы
- ✓ 2 балла: симптомы проявляются часто (более 3 раз в неделю) или имеют умеренную степень выраженности (требуют смены позы или приема пищи/лекарств)
- ✓ 3 балла: симптомы возникают регулярно (ежедневно или несколько раз в день) или имеют высокую степень тяжести (требуют приема лекарств).

До начала лечения в анамнезе почти у всех пациентов как в группе I ($96,0 \pm 2,8\%$), так и в группе II ($94,0 \pm 3,4\%$) отмечались боли в верхней части живота. Средний уровень боли, оцененный по 3-балльной шкале, варьировался от 2,2 до 2,3.

При выписке из больницы число пациентов, предъявляющих эту жалобу в группе I снизился в 2,5 раза до $38,0 \pm 6,9\%$, произошло также пятикратное снижение интенсивности боли с $2,2 \pm 0,13$ балла до $0,44 \pm 0,08$ ($p \leq 0,05$).

В группе II также снизился процент пациентов, испытывающих боль в эпигастральной области до $44,0 \pm 7,0\%$ (в 2,1 раза по сравнению с исходным уровнем). Однако этот результат в 1,2 раза ниже, чем в группе I. Кроме того, средний балл боли в группе II при выписке составил $0,50 \pm 0,09$ балла, что гораздо интенсивнее чем в группе I ($p \leq 0,05$).

Эти результаты подчеркивают положительное влияние альтернативной терапии на стратегию управления болью и на облегчение стойких остаточных диспептических симптомов после стандартной ЭТ.

В Группе I количество пациентов, испытывающих чувство тяжести или полноты в желудке, сократилось в 2,3 раза, снизившись с $90,0 \pm 4,2\%$ до $40,0 \pm 6,9\%$. Аналогичное снижение наблюдалось в Группе II, с уменьшением зарегистрированных симптомов в 2,2 раза ($p \leq 0,05$).

При этом уровень восприятия данного симптома пациентами также значительно снизился. В группе I уровень восприятия снизился с $1,2 \pm 0,09$ до $0,44 \pm 0,08$, а в группе II снижение составило с $1,3 \pm 0,09$ до $0,40 \pm 0,07$ ($p \leq 0,05$). Несмотря на эти улучшения, существенных различий между двумя группами по измеряемым показателям не наблюдалось. Однако по данному симптому групповые различия статистического уровня достоверности не достигли.

Первоначально $82,0 \pm 5,4\%$ пациентов основной группы испытывали изжогу, тогда как только $66,0 \pm 6,7\%$ пациентов группы сравнения сообщили

о тех же симптомах. Однако после включения ДД и фитосбора Вентрап в схему лечения основной группы процент пациентов, испытывающих изжогу, снизился до $34,0 \pm 6,7\%$, что является значительным снижением в 4,1 раза. Кроме того, интенсивность изжоги снизилась с $1,3 \pm 0,12$ до $0,34 \pm 0,07$, что является улучшением в 3,8 раза ($p \leq 0,05$).

Для сравнения, во второй группе наблюдалось меньшее снижение процента пациентов, испытывающих изжогу, с $66,0 \pm 6,7\%$ до $42,0 \pm 7,0\%$, снижение в 1,6 раза. Интенсивность изжоги также снизилась, но всего в 2,7 раза, с $1,2 \pm 0,15$ до $0,44 \pm 0,08$ ($p \leq 0,05$). По данному признаку различие между группами достигло статистической значимости.

Согласно нашим исследованиям, значительное количество пациентов испытывали головные боли до обращения за лечением. Фактически, в группах I и II $92,0 \pm 3,8\%$ и $90,0 \pm 4,2\%$ пациентов соответственно сообщили о головных болях. Однако включение альтернативной терапии (ДД+фитосбор Вентрап) в схему лечения основной группы позволило получить более заметные результаты лечения именно в этой группе. В основной группе количество пациентов с головными болями при выписке уменьшилось в 2,9 раза, в то время как в группе сравнения снижение составило 2,3 раза. Кроме того, интенсивность головных болей снизилась в 3,4 раза в основной группе и в 2,7 раза в группе сравнения ($p \leq 0,05$).

Что касается распространенности других жалоб, таких как тошнота, быстрое насыщение, нерегулярный стул и бессонница, то существенных различий между двумя группами обнаружено не было. Однако стоит отметить, что группа, альтернативную терапию, показала более существенные улучшения.

После лечения в первой группе эти жалобы все еще присутствовали в анамнезе $28,0 \pm 6,3\%$ пациентов группы I (средний уровень интенсивности $0,30 \pm 0,07$), в то время как во второй группе II эти жалобы после лечения предъявляли $32,0 \pm 6,6\%$ пациентов (средний уровень интенсивности $0,32 \pm 0,05$) ($p > 0,05$).

Психоэмоциональные сдвиги присутствовали в жалобах $90,0 \pm 4,2\%$ пациентов основной группы и $88,0 \pm 4,6\%$ пациентов в группе сравнения. После лечения, где отличием была альтернативная терапия, эти показатели снизились в 3,2 и 2,0 раза соответственно ($p \leq 0,05$). Выраженность симптома также достоверно снизилась: в первой группе в 4,6 раза с $1,3 \pm 0,12$ до $0,28 \pm 0,06$ баллов и во второй группе в 2,5 раза с $1,1 \pm 0,08$ до $0,44 \pm 0,08$ ($p \leq 0,05$) (Таблица 1).

Таблица 1

**Анализ структуры сравниваемых групп по наличию и уровню выраженности жалоб до и после
выписки из стационара**

Основные жалобы	Группа I (основная) n=50				Группа II (группа сравнения) n=50			
	При поступлении		При выписке из стационара		При поступлении		При выписке из стационара	
	Абс.	%	М	Абс.	%	М	Абс.	%
Боли и чувство жжения в верху живота	48	96,0±2,8	2,22±0,12	19	38,0±6,9	0,44±0,08*	47	94,0±3,4
Изжога/ отрыжка	41	82,0±5,4	1,32±0,12	17	34,0±6,7	0,34±0,07*	33	66,0±6,7
Чувство тяжести, в желудке	45	90,0±4,2	1,22±0,09	20	40,0±6,9	0,44±0,08	46	92,0±3,8
Чувство раннего насыщения	42	84,0±5,2	1,96±0,15	20	40,0±6,9	0,44±0,08	44	88,0±4,6
Головные боли	46	92,0±3,8	1,01±0,08	16	32,0±6,6	0,32±0,08*	45	90,0±4,2
Нервозность/ подавленность	45	90,0±4,2	1,26±0,12	14	28,0±6,3*	0,28±0,06*	44	88,0±4,6
Другие жалобы	39	78,0±5,9	0,98±0,09	16	32,0±6,6	0,32±0,05	37	74,0±6,2
							14	28,0±6,3
								0,30±0,07

Примечание: М – средний уровень интенсивности признака по 3 -х бальной шкале;

*отмечены достоверные различия между сравниваемыми группами 1 и 2 при $p \leq 0,05$

Курсивом и полужирным шрифтом отмечены различия внутри групп до и после выписки при $p \leq 0,05$

Таблица 2

Структура сравниваемых групп по наличию и интенсивности жалоб через 8 недель после выписки из стационара

Основные жалобы	Группа I (основная) n=50			Группа II (сравнения) n=50			Группа III (контрольная) n=30		
	Абс.	%	М	Абс.	%	М	Абс.	%	М
Боли в верху живота	12	24,0±6,0	0,26±0,07*	15	30,0±6,5*	0,33±0,08*	4	13,3±4,8*	0,16±0,05*
Изжога/ отрыжка	9	18,0±5,4	0,18±0,05	16	32,0±6,6*	0,37±0,08	6	20,0±5,7*	0,22±0,08
Чувство тяжести, переполнения в желудке	11	22,0±5,9*	0,22±0,06*	18	36,0±6,8*	0,45±0,09*	3	10,0±4,2*	0,04±0,03*
Чувство раннего насыщения	10	20,0±6,2	0,20±0,06	21	42,0±7,0*	0,40±0,09	2	6,6±3,8*	0,04±0,03*
Головные боли	11	22,0±5,9	0,26±0,07	17	34,0±6,7	0,39±0,08	7	23,3±6,0	0,24±0,09
Нервозность/ подавленность	12	24,0±6,0	0,3±0,08	18	36,0±6,8	0,47±0,09	9	30,0±6,5	0,30±0,10
Другие жалобы	10	20,0±6,2	0,22±0,06	17	34,0±6,7*	0,39±0,09	4	13,3±4,8*	0,12±0,07

Примечание: М – средний уровень интенсивности признака по 3-х бальной шкале;

*отмечены достоверные различия между сравниваемыми группами 1 и 3; 2 и 3, курсивом и жирным шрифтом отмечены достоверные различия между группами 1 и 2 при $p \leq 0,05$

После проведенного лечения количества пациентов, ощущающих тяжесть или переполнение желудка в I группе было отмечено у каждого пятого больного $22,0 \pm 5,9\%$, в 1,6 раза чаще встречались в группе II ($36,0 \pm 6,8\%$) и отмечались в $10,0 \pm 4,2\%$ случаев в группе III. Однако интенсивность этого признака была самой низкой в группе III - $0,04 \pm 0,03$ балла, в то время как в группе I она составила $0,22 \pm 0,06$ балла и достигла максимума в группе II - $0,45 \pm 0,09$ ($p \leq 0,05$). Таким образом применение фитосбора Вентрап с диафрагмальным дыханием в группе I стабильно снизило проявление изучаемого признака по сравнению с данными после выписки в 2 раза, в то время как в группе II оно осталось практически неизменным.

Наши исследования выявили принципиальное различие в распространенности симптомов кислотного рефлюкса среди пациентов I и II групп. В группе I изжогу испытывали после окончания лечения $18,0 \pm 5,4\%$ пациентов (снижение по сравнению с данными при выписке в 1,9 раза), тогда как во II группе этот показатель увеличился по сравнению с данными выписки снизился через 8 недель до $32,0 \pm 6,6\%$, то есть в 1,3 раза. В III группе эпизодическое проявление отрыжки воздухом встречалась у каждого пятого опрошенного, чаще на фоне переедания или быстрого поглощения пищи ($p \leq 0,05$).

Чувство раннего насыщения через 8 недель после лечения отмечалось у $20,0 \pm 6,2\%$ пациентов в группе I, у $42,0 \pm 7,0\%$ в группе II и только у $6,6 \pm 3,8\%$ в группе III. Интенсивность этого симптома была самой высокой в группе II и составила $0,40 \pm 0,09$ балла, в группе I она была ниже в 2,0 раза и в 10 раз в группе III ($p \leq 0,05$). Это различие подчеркивает важность учета индивидуальных различий в проявлении симптомов.

В ходе исследования уровень головных болей оказался самым низким в I группе, где головные боли отмечали $22,0 \pm 5,9\%$ респондентов. В группе II наблюдалась самая высокая частота жалоб на головные боли после завершения лечения - $34,0 \pm 6,7\%$. Надо отметить, что в группе III частота жалоб на головные боли практически была идентична частоте данного признака в группе I - $23,3 \pm 6,0\%$. Несмотря на различия, исследование не выявило статистически значимых различий между группами по проценту жалоб. Интересно, что интенсивность головной боли была самой высокой в группе II, на уровне $0,38 \pm 0,08$ балла по интенсивности. В то время как в группах I и III уровни интенсивности боли были в 1,5 раза ниже, чем в группе II, со статистически значимыми различиями ($p \leq 0,05$). Это позволяет

предположить, что применение фитосбора Вентрап с ДД может оказать положительное влияние на снижение частоты возникновения головных болей не только у больных хроническим гастритом, но и при других состояниях даже у людей, считающих себя практически здоровыми.

Идентичное распределение установлено и в отношении других жалоб (тошнота, быстрая насыщаемость, нерегулярный стул, бессонница и пр.) В группе сравнения, где пациенты с гастритом получали традиционную комплексную терапию эти жалобы присутствовали у каждого третьего пациента - $34,0 \pm 6,7\%$ при интенсивности $0,38 \pm 0,08$ балла, применение альтернативной терапии сократило количество подобных жалоб до $20,0 \pm 6,2\%$ при интенсивности $0,22 \pm 0,06$ ($p \leq 0,05$). В группе III эти показатели составили $13,3 \pm 4,8\%$ и $0,19 \pm 0,06$ балла, что было достоверно ниже, чем в группе II, и практически идентично группе I (Таблица 2).

Важно отметить, что ни в одной группе у пациентов не было отмечено ухудшение состояния здоровья. Рассматривая наличие жалоб пациентов, было установлено, что купирование жалобы на боли в эпигастральной области и в верху живота отметили $48,0 \pm 7,1\%$ пациентов из группы I и $38,0 \pm 6,9\%$ из группы II. Состояние без изменений по данному признаку было отмечено в $24,0 \pm 6,0$ и $30,0 \pm 6,5\%$ соответственно ($p > 0,05$).

Купирование симптома по чувству тяжести или переполнения желудка после еды было отмечено у $40,0 \pm 6,9\%$ пациентов в основной группе и у $32,0 \pm 6,6\%$ пациентов контрольной II группы ($p > 0,05$). Состояние без изменений по данной жалобе отмечено соответственно $22,0 \pm 5,9$ и $36,0 \pm 6,8\%$ пациентов в данных группах ($p \leq 0,05$).

По наличию изжоги после лечения без изменения состояния остались $18,0 \pm 5,4\%$ пациентов в группе основной и практически в двое больше пациентов в группе II - $32,0 \pm 6,6\%$. При этом купирование состояния было отмечено каждым вторым пациентом принимавшим альтернативную терапию и только $36,0 \pm 6,8\%$ пациентами из второй группы ($p \leq 0,05$).

Раннее насыщение купировано в $70,0 \pm 6,5\%$ у пациентов в группе I и в $58,0 \pm 7,0\%$ случаев в группе II; улучшение состояния по данному признаку в группах исследования зарегистрировано в $20,0 \pm 5,7\%$ случаев в обеих группах, без изменения состояния остался каждый десятый пациент основной группы и каждый пятый в группе сравнения ($10,0 \pm 4,2\%$ и $22,0 \pm 5,9\%$ соответственно) ($p \leq 0,05$).

Купирование нервозности или наоборот подавленности и улучшение психоэмоционального состояния было отмечено в $56,0 \pm 7,0\%$ случаев пациентами группы I и в $36,0 \pm 6,8\%$ случаев пациентами сравниваемой группы. Жалобы на нервозность или наоборот подавленность без изменения отмечали $24,0 \pm 6,0\%$ пациентов из группы I и $36,0 \pm 6,8\%$ больных из группы II ($p \leq 0,05$).

Таким образом отмечено достоверное купирование состояния нарушений психоэмоциональной сферы, изжоги или отрыжки и чувства тяжести в желудке после еды и чувство раннего насыщения у пациентов получивших альтернативную терапию. (рисунок 2.)

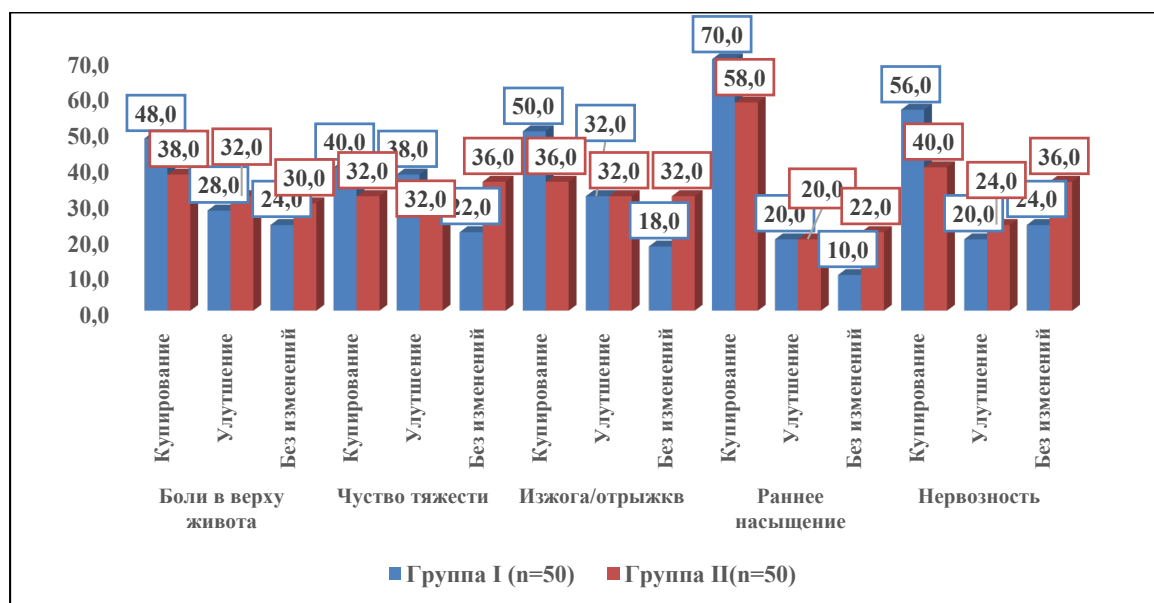


Рисунок 2. Структура групп пациентов с хроническим гастритом, ассоциированным с *H.pylori* по частоте купирования жалоб (%)

Анализ результатов объективного обследования пациентов I и II групп исследования показал положительную динамику при обоих методах лечения. Однако применение альтернативной терапии сделало его более оптимальным, особенно при проведении обследования через 8 недель наблюдения.

Так, наличие болезненности при пальпации эпигастральной области при поступлении зафиксировано у $78,0 \pm 5,9\%$ пациентов основной группы и у $64,0 \pm 6,8\%$ пациентов II группы. При выписке из стационара данный симптом присутствовал у $24,0 \pm 6,0\%$ пациентов I группы и несколько чаще

в группе II $-28,0 \pm 6,3\%$ ($p > 0,05$). После полного курса лечения болезненность в эпигастральной области у пациентов основной группы встречалась в 2,6 раза реже ($6,0 \pm 3,4\%$ по сравнению с группой II - $16,0 \pm 5,2\%$) ($p \leq 0,05$).

Чувствительность при пальпации вокруг пупка может указывать на поражение тонкого и толстого кишечника. После 8-недельного периода наблюдения в основной группе наблюдалось значительное снижение болезненности при пальпации по сравнению с группой сравнения не принимавшей альтернативную терапию ($8,0 \pm 3,8\%$ против $14,0 \pm 4,9\%$) ($p \leq 0,05$). Что указывает на благотворное влияние систематического употребления альтернативной терапии на состояние не только слизистой желудка, но и кишечника.

Налет на языке, располагающийся ближе к корню языка, может свидетельствовать о различных состояниях, в том числе о заболеваниях ЖКТ, заболеваниях печени, глистных инвазиях и пр. заболеваниях. До лечения характерная обложенность языка имела место у каждого третьего обследуемого пациента ($30,0 \pm 6,5\%$ в группе I и $38,0 \pm 6,9\%$ в группе II), после лечения в стационаре число таких пациентов стало достоверно меньше в 3,8 раза в группе I, в 2,4 раза меньше в группе II ($p \leq 0,05$). К 8 неделе этот разрыв несколько сократился $6,0 \pm 3,4\%$ и $10,0 \pm 4,2\%$ соответственно, но все равно был заметнее в основной группе, хотя в данном случае различие было несущественным ($p > 0,05$).

Неприятный запах изо рта, встречался у каждого третьего пациента до госпитализации. К окончанию лечения в группе I он был зарегистрирован у $6,0 \pm 3,4\%$ пациентов, а в контрольной группе встречался в 2 раза чаще $12,0 \pm 4,6\%$ ($p \leq 0,05$) (таблица 3.)

Таблица 3

Структура сравниваемых групп по наличию и уровню данных объективного обследования

Основные жалобы	Группа I (основная) n=50						Группа II (сравнения) n=50					
	При поступлении		При выписке из стационара		через 8 недель после выписки		При поступлении		При выписке из стационара		через 8 недель после выписки	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс.	%	Абс	%	Абс	%
Болезненность при пальпации в эпигастальной области	39	78,0±5,9	12	24,0±6,0	3	6,0±3,4*	32	64,0±6,8	14	28,0±6,3	8	16,0±5,2*
Болезненность при пальпации вокруг пупка	28	56,0±7,0	14	28,0±6,3	4	8,0±3,8*	31	62,0±6,9	12	24,0±6,0	7	14,0±4,9*
Выраженный налет на языке	15	30,0±6,5	4	8,0±3,8*	3	6,0±3,4	19	38,0±6,9	8	16,0±5,2*	5	10,0±4,2
Неприятный запах изо рта	18	36,0±6,8	8	16,0±5,2	3	6,0±3,4*	16	32,0±6,6	5	14,0±4,9	6	12,0±4,6*
	90	1,8	32	0,64	9	0,18	88	1,76	39	0,78	23	0,46

Примечание: М – средний уровень интенсивности признака по 3 -х балльной шкале;

*отмечены достоверные различия между сравниваемыми группами 1 и 2 при $p \leq 0,05$

Курсивом и полужирным шрифтом отмечены различия внутри групп до и после выписки при $p \leq 0,05$

Социально-экономическая эффективность

В сфере здравоохранения крайне важно найти способы снижения расходов без ущерба для качества ухода за пациентами. Одним из эффективных способов экономии средств является более эффективная диагностика заболеваний и соответствующее лечение. В данном расчете мы рассмотрим, как можно рассчитать ежегодную экономию средств за счет снижения расходов на уход за пациентами в медицинских учреждениях с помощью специальной формулы [22] при использовании в качестве медико-профилактической альтернативной терапии ДД + фитосбора Вентрап.

Формула расчета годовой экономии средств (обозначается как Э), достигаемой за счет сокращения средств, выделяемых на лечение пациентов в лечебном учреждении, выглядит следующим образом:

$$\text{Э} = \{(K \times C)/100000\} \times N \times P1 \times (T1 - T2), \text{ где}$$

Э: Ежегодная экономия, достигаемая за счет сокращения средств, выделяемых на уход за пациентами.

К: Распространенность хронического гастрита среди взрослого населения.

С: Число взрослого населения

N: потребность в госпитализации для взрослых пациентов с диагнозом хронический гастрит (45%)

P1: Стоимость одного койко-дня в специализированном лечебном учреждении

T 1,2: Сокращение сроков лечения пациента за счет использования в лечении ДД и фитосбора Вентрап.

В Узбекистане значительная часть населения страдает различными кислотозависимыми заболеваниями, одним из которых является гастрит. По данным Центра здоровья Министерства здравоохранения Узбекистана, заболеваемость гастритом достигла около 1070 случаев на 100 тыс или 285048 больных на 26,64 млн человек взрослого населения страны [23]. Средняя стоимость койко-дня, включая лекарства, составляет 250 тыс. узбекских сумов [24]. Сокращение сроков лечения в нашем исследовании составило 0,8 койко-дня (с 9,8 до 9,0 к/д)

Используя формулу и соответствующие данные, мы можем рассчитать годовую экономию средств следующим образом:

$$\begin{aligned} \mathcal{E} &= \{(1070 \times 26,64 \text{млн}) / 100000\} \times 0,45 \times 250000 \times (9,8 - 9,0) \\ &= 25\,654\,320\,000 \text{ узбекских сумов} \end{aligned}$$

Данный расчет показывает, что ежегодная экономия средств может быть достигнута за счет сокращения средств, выделяемых на содержание пациентов в медицинских учреждениях. Это дает существенную экономию в размере 25 654 320 000 сумов за год.

В заключение, следует сказать, что альтернативная терапия диафрагмальным дыханием и фитосбором Вентрап доказано является безопасным и эффективным методом в борьбе с хроническим гастритом и его симптомами. Его положительное влияние на пациентов подчеркивает важность использования натуральных методов лечения для поддержания здоровья желудочно-кишечного тракта. Применяя использование таких альтернативных методов народной медицины, медицинские учреждения могут добиться существенной экономии средств, предоставляя при этом своим пациентам качественную помощь.

Выводы:

1. Важно отметить, что ни в одной группе у пациентов не было отмечено ухудшение состояния здоровья.

Исследование показало высокую эффективность и безопасность применения фитосбора Вентрап и диафрагмального дыхания в комплексе эрадикационной терапии при хроническом *H.pylori* ассоциированным гастрите как альтернативную терапию, особенно при непереносимости антибиотиков и наличии дисбиоза кишечника.

2. После эрадикационной терапии стойко сохраняющиеся диспептические симптомы как: боль и жжение в эпигастральной области уменьшилась в 2,6 раза, чувство быстрого насыщения купировано в 70,0±6,5% больных, чувство тяжести и переполнение желудка после еды сократилось в 2,3 раза, снизившись с 90,0±4,2% до 40,0±6,9% с высокой эффективностью купировалось в основной группе с применением Вентрап, чего не наблюдалось в группе сравнения. Альтернативной терапии обеспечивающим облегчение и нивелирование значительного числа болезненных симптомов как и

улучшающим качество жизни и психоэмоционального состояния больного.

3. По ходу исследования выяснилось положительное влияние Вентрап на купирование кислотного рефлюкса особенно после 8 недель приёма купирование состояния было отмечено каждым вторым пациентом принимавшим Вентрап что выраженно уменьшало изжогу, отрыжку воздухом и весомо улучшало качество жизни больных.

4. Обнаружилось положительное влияние на нарушения со стороны нервной системы: Психоэмоциональные сдвиги присутствовали в жалобах $90,0 \pm 4,2\%$ пациентов основной группы и $88,0 \pm 4,6\%$ пациентов в группе сравнения. После лечения, где отличием была применение альтернативной терапии, эти показатели снизились в 3,2 и 2,0 раза соответственно ($p \leq 0,05$). Отмечалось уменьшение головной боли, улучшение сна под воздействием свойств одуванчика лекарственного.

Практические рекомендации

1. Необходим пересмотр существующих классификаций хронического гастрита с добавлением формы сочетанной диспепсии, что крайне важно в выборе лечения.
2. Семейным врачам поликлиник рекомендуется назначать экспресс обследование на *Hp* всем пациентам старше 46 лет, с синдромом ФД. В том числе врачам стационаров необходимо контрольное тестирование на *Hp* инфекцию методом дыхательного уреазного быстрого теста (UBT) с C^{13} или C^{14} , либо определение антигена *Hp* в кале реконвалесцента методом ПЦР после окончания лечения.
3. При выявлении статуса (+) на наличие *Helicobacter pylori* вышеуказанными методами, необходимо проведение суточной РН-метрии перед эрадикационной терапии включающей в себя назначение: амоксициллина клавуланат по 1000 мг x 2 раза в день, кларитромицина по 500 мг x 2 раза в день (10-14 дней с учётом тяжести состояния), висмута трикалия дицитрата по 120 мг x 4 раза в день и фитосбора Вентрап по 1 таблетке x 3 раза в день после еды, ИПП по 20мг x 2 раза и диафрагмального дыхания по 10 минут x 3 раза в день до еды, на протяжении всей эрадикационной терапии (28 дней) при условии соблюдения рекомендованного пищевого режима и врачебного мониторинга.
4. При отсутствии эффекта от ЭТ и (или) повторного обострения рекомендуется ЭГДС с прицельной биопсией, исследования желудочного содержимого на чувствительность к антибиотикам

перед выбором ЭТ 3-линии с про(пре)биотиками, при наличии гистологических показаний направление на консультацию врача онколога.

Литература:

1. Fang W. et al. Chinese herbal decoction as a complementary therapy for atrophic gastritis: a systematic review and meta-analysis //African Journal of Traditional, Complementary and Alternative Medicines. – 2017. – Т. 14. – №. 4. – С. 297-319.
2. Yin Y. et al. Prevalence of chronic atrophic gastritis worldwide from 2010 to 2020: an updated systematic review and meta-analysis //Annals of Palliative Medicine. – 2022. – Т. 11. – №. 12. – С. 3697703-3693703.
3. Шамсутдинов А. С., Абдуллаева У. К., Ахмедова Н. Ш. Ошкозон шиллик каватидаги атрофик узгаришлар профилактикасининг минтакави хусусиятлари/ Биология ва тиббиёт муаммолари. -2021.- №3 (128). - Б.148-151
4. Cardos I. A. et al. Histopathology Features of H. pylori Gastritis Associated With Altered Lipid Profile: An Observational Study from a Tertiary Healthcare Center in North West Romania //in vivo. – 2024. – Т. 38. – №. 3. – С. 1421-1428.
5. Shah S. C., Iyer P. G., Moss S. F. AGA clinical practice update on the management of refractory Helicobacter pylori infection: expert review //Gastroenterology. – 2021. – Т. 160. – №. 5. – С. 1831-1841.
6. Пиманов С. И., Макаренко Е. В. Рекомендации Маастрихт V/Флорентийского консенсуса по лечению хеликобактерной инфекции //Consilium Medicum. – 2017. – Т. 19. – №. 8-1. – С. 8-27.
7. Циммерман Я. С., Захарова Ю. А. Киотский консенсус-новая этиологическая классификация хронического гастрита и ее обсуждение //Клиническая медицина. – 2017. – Т. 95. – №. 2. – С. 181-188.
8. Ивашкин В. Т. и др. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита //Scopus. – 2021.
9. Ливзан М. А., Гаус О. В., Мозговой С. И. Хронический атрофический гастрит: тактика курации пациента. РМЖ //Медицинское обозрение. – 2021. – Т. 5. – №. 6. – С. 427-32.
10. Vivarelli M., Montalti R., Risaliti A. Multimodal treatment of hepatocellular carcinoma on cirrhosis: an update //World journal of gastroenterology: WJG. – 2013. – Т. 19. – №. 42. – С. 7316.
11. Бордин Д. С. Ошибки диагностики и лечения инфекции Helicobacter pylori: в преддверии новых согласительных документов

- //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2021. – №. 9 (193). – С. 5-14.
- 12.Flores-Treviño S. et al. Helicobacter pylori drug resistance: therapy changes and challenges //Expert review of gastroenterology & hepatology. – 2018. – Т. 12. – №. 8. – С. 819-827.
- 13.Hu J. L. et al. Optimized high-dose amoxicillin–proton-pump inhibitor dual therapies fail to achieve high cure rates in China //Saudi Journal of Gastroenterology. – 2017. – Т. 23. – №. 5. – С. 275-280.
- 14.Борисов Л. Б. и др. Микробиология, вирусология, иммунология //М. Мед. Информ. Агентство, 2001.–734 с. – 1994.
- 15.Воробьев А. А. и др. Дисбактериозы-актуальная проблема медицины //Вестник Российской академии медицинских наук. – 1997. – №. 3. – С. 3-7.
- 16.Drozdov V. N. et al. Effect of 6-month S-methylmethionine intake on the quality of life and dyspepsia symptoms in patients with chronic gastritis //Voprosy Pitaniia. – 2023. – Т. 92. – №. 2. – С. 80-86.
- 17.Жесткова Т. В. Оценка динамики симптомов диспепсии после эрадикационной терапии у пациентов с Helicobacter pylori-ассоциированным гастритом //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2022. – №. 10 (206). – С. 14-18.
- 18.Афанасенкова Т. Е., Дубская Е. Е., Руссиянов В. В. Применение интерферона в лечении больных хроническим эрозивным гастритом, ассоциированным с Helicobacter pylori и герпесвирусной инфекцией //Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. – 2017. – №. 6 (142). – С. 141-144.
- 19.Ахмедов В. А. Современные аспекты патогенетически обоснованной фитотерапии хронического атрофического гастрита //Медицинский алфавит. – 2022. – Т. 1. – №. 28. – С. 23-27.
- 20.Dydykina I. S. et al. Biologically active additives in the 21st century: undenatured type II collagen as an example of good medical practice //Modern Rheumatology Journal. – 2020. – Т. 14. – №. 2. – С. 131-137.
- 21.Ефремов А. Лекарственные растения и грибы средней полосы России. – Litres, 2022.
- 22.Методические рекомендации «Оценка социально-экономической эффективности применения метода биочип-диагностики во фтизиатрии», МЗ и СР РФ, Москва, 2009 г
- 23.<https://www.uzdaily.uz/ru/post/77590>
- 24.<https://clinics.uz/catalog/medical-centers/hospital/page4>

Список сокращений

ХГ- Хронический гастрит.

Нр - *Helicobacter pylori*

СЖ – Слизистая желудка

НПВП - Нестероидные противовоспалительные препараты

ЖКТ – Желудочно-кишечный тракт

ЭГДС – Эзофагогастродуоденофиброскопия

ИПП – Ингибитор водородной помпы

