

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КВАЛИФИКАЦИИ
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ**

Махмудова Н.М., Эргашева Н.О.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА,
АССОЦИИРОВАННОГО С H. PYLORI**

(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.

**ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ АЛЬТЕРНАТИВНОЙ ТЕРАПИИ В
КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГАСТРИТА,
АССОЦИИРОВАННОГО С H. PYLORI**

(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:

Дадаев Х.А. - ассистент кафедры народной медицины ЦРПКМР, к.м.н.

Каримов М.М. - Руководитель отдела гастроэнтерологии Республиканского специализированного научно-практического центра терапии и медицинской реабилитации, профессор, д.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

В связи с продолжающимся поиском новых фармакологических подходов к лечению хронического гастрита становится очевидным, что традиционная медикаментозная терапия недостаточна для устранения патогенетических свойств заболевания. Патологический механизм хронического гастрита во многом обусловлен нарушениями в работе желудочно-кишечного тракта. В связи с этим разработка новых методов лечения, учитывающих патогенетические свойства заболевания, остается актуальной задачей [1].

Хронический гастрит - это состояние, характеризующееся воспалением слизистой оболочки желудка, которое может приводить к различным симптомам, таким как боль в животе, вздутие живота и тошнота. Заболевание может иметь как инфекционные, так и неинфекционные причины, при этом во многих случаях виновником является инфекция *Helicobacter pylori*. Кроме того, развитию хронического гастрита могут способствовать такие факторы, как чрезмерное употребление алкоголя, длительный прием нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) и аутоиммунные расстройства [2].

При отсутствии лечения хронический гастрит может привести к более серьезным осложнениям, таким как язвенная болезнь, рак желудка и даже желудочное кровотечение. Это подчеркивает важность поиска эффективных стратегий лечения, которые не только облегчают симптомы, но и устраняют основные причины заболевания.

Хотя традиционная медикаментозная терапия, такая как ингибиторы протонной помпы (ИПП) и антибиотики, может обеспечить временное облегчение симптомов хронического гастрита, они не предлагают комплексного решения основных проблем [1]. ИПП, например, работают за счет снижения выработки желудочной кислоты, что может помочь облегчить симптомы гастрита. Однако они не устраняют основную причину воспаления в слизистой оболочке желудка [3].

Аналогичным образом антибиотики часто назначают для лечения инфекций *H. pylori*, которые являются распространенной причиной хронического гастрита. Хотя антибиотики могут эффективно уничтожать бактерии, они не устраняют уже нанесенный вред слизистой оболочке желудка или не предотвращают возникновение будущих инфекций. Это подчеркивает необходимость более целенаправленных и инновационных подходов к лечению, которые учитывают сложный патогенез хронического гастрита [1, 4].

В свете ограничений традиционной медикаментозной терапии исследователи активно изучают новые фармакологические подходы к лечению хронического гастрита. Сосредоточившись на патогенетических свойствах заболевания, эти новые методы лечения направлены на обеспечение более эффективного и длительного облегчения для пациентов, страдающих хроническим гастритом [5].

Одно из перспективных направлений исследований включает разработку лекарств, нацеленных на конкретные молекулярные пути, вовлеченные в воспалительный процесс. Выявив ключевые сигнальные пути, которые способствуют воспалению слизистой оболочки желудка, исследователи могут разрабатывать лекарства, которые нацелены именно на эти пути, эффективно устраняя первопричину хронического гастрита.

Кроме того, ведутся исследования с целью изучения потенциальных терапевтических преимуществ природных соединений и растительных экстрактов при лечении хронического гастрита. Эти соединения, известные своими противовоспалительными и антиоксидантными свойствами, показывают многообещающие результаты в снижении воспаления в слизистой оболочке желудка и содействии заживлению поврежденных тканей [6-9].

В заключение следует отметить, что поиск новых фармакологических подходов к лечению хронического гастрита остается важнейшей и актуальной проблемой в области гастроэнтерологии [9]. Поскольку традиционная медикаментозная терапия оказалась неэффективной в решении сложного патогенеза заболевания, исследователи обращаются к инновационным и целенаправленным стратегиям лечения, чтобы обеспечить более эффективное облегчение для пациентов. Разрабатывая лекарства, нацеленные на конкретные молекулярные пути или используя терапевтический потенциал природных соединений, необходимо обеспечить улучшение результатов в лечении хронического гастрита.

Цель нашего исследования является изучение клинических особенностей и результатов лечения хронического гастрита, ассоциированного с инфекцией *H. pylori*, при включении альтернативной терапии состоящей из: диафрагмального дыхания и фитосбора Вентрап в схему комплексной эрадикационной терапии .

Материал и методы: В Республиканском специализированном научно-практическом центре терапии и медицинской реабилитации РУз были проведены исследования состояния здоровья больных хроническим гастритом за период с 2019 по 2023 года.

Для достижения поставленной цели мы выбрали лекарственные растения в соотношении: *Plantago major* (подорожник большой) - 40%, *Taraxacum officinale* (одуванчик лекарственный) - 30%, *Inula helenium* (девясил высокий) - 30% и как формообразующий компонент - мёд. Названный фитосбор Вентрап – рекомендован как противовоспалительное, ulceroprotective, желчегонное, ветрогонное, антианемическое, иммуномодулирующее, сахароснижающее, гиполипидемическое, успокаивающее, антимикробное, улучшающее метаболизм и сопротивляемость организма средство и рекомендован к применению в дозе взрослым – по 1 таблетке x 3 раза в день после еды.

В альтернативную терапию (АТ) также входит диафрагмальное дыхание (ДД) - максимально глубокий вдох через нос с акцентом на расширение нижней части всей грудной клетки, стремясь достичь экскурсию 8-10см и плавный выдох через рот) выполняемое по 10 минут x 3 раза в день до еды.

В ходе исследования состояние больных хроническим гастритом было изучено в трех группах:

I группу (n=50) составили пациенты с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*, которым проводилось комплексное лечение с включением альтернативной терапии (диафрагмальное дыхание и фитосбора Вентрап) к эрадикационной терапии.

Группа II (n=50) служила для сравнения, в ней больные с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*, получали традиционное лечение четырехкомпонентную эрадикационную терапию согласно «Стандартам диагностики и лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта в Республике Узбекистан – 2018».

Группа III (n = 30) служила для контроля и состояла из здоровых лиц.

Протокол исследования для пациентов с хроническим гастритом включал оценку при поступлении в больницу, при выписке и через 8 недель после выписки. Здоровые участники прошли однократное клиническое и лабораторное обследование. Во время первичной оценки все участники исследования прошли тщательный анализ истории болезни и жалоб, общее обследование и стандартную системно-специфическую оценку.

Статистика. При сравнении нормально распределенных количественных переменных, рассчитанных для двух связанных выборок, использовался парный t-тест. Различия считались статистически значимыми при $p < 0,05$.

**Схема лечения пациентов с хроническим гастритом,
ассоциированным с *Helicobacter pylori***

Таблица

1.

№	Основная группа I (n = 50)	Контрольная группа II (n = 50)
1	Диетический стол №1 (по Певзнеру) в стационаре и после выписки в течении 2 месяцев	Диетический стол №1 (по Певзнеру) в стационаре и после выписки в течении 2 месяцев
2	Диафрагмальное дыхание по 10 минут x 3 раза в день до еды	Привычное для каждого больного произвольное дыхание
3	(XXX) празол 20 мг x 2 раза в день за 30 минут до еды	(XXX) празол 20 мг x 2 раза в день за 30 минут до еды
4	Кларитромицин 500 мг x 2 раза в день, после еды	Кларитромицин 500 мг x 2 раза в день, после еды
5	Амоксициллин по 1000 мг x 2 раза, после еды	Амоксициллин по 1000 мг x 2 раза в день, после еды
6	Висмута трикалия дицитрата 120 мг x 4 раза в день, после еды	Висмута трикалия дицитрата 120 мг x 4 раза в день, после еды
7	Вентрап по 1 таблетке x 3 раза в день после еды в течение всей ЭТ (28 дней)	Плацебо по 1 таблетке x 3 раза в день после еды в течение всей ЭТ (28 дней)

Результаты исследований. Копрограмма является ценным инструментом для оценки пищеварительной функции человека, предоставляя информацию о различных аспектах, таких как всасывание жира, активность ферментов и состав кишечной флоры. Исследование показало, что у людей в основной группе наблюдалась более высокая распространенность таких синдромов, как стеаторея, креаторея, амилорея, наличие слизи, киторея и йодофильная флора, в среднем 1,30 атипичных явлений на пациента. С другой стороны, контрольная группа продемонстрировала схожую тенденцию, при этом стеаторея, амилорея, креаторея, йодофильная флора, киторинорея и наличие слизи были

наиболее распространенными синдромами, в среднем 1,32 симптома на пациента.

Сравнительный анализ синдромов в основной и контрольной группах показал следующие результаты: в основной группе наблюдалась более высокая распространенность стеатореи ($32,0 \pm 6,6\%$), креатореи ($30,0 \pm 6,5\%$), амилореи, наличия слизи, киторинореи и йодофильной флоры. Аналогично, в контрольной группе наблюдалась более высокая распространенность стеатореи ($36,0 \pm 6,8\%$), амилореи ($34,0 \pm 6,7\%$), креатореи ($20,0 \pm 5,7\%$), йодофильной флоры, киторинореи и наличия слизи.

Результаты подчеркивают общность этих синдромов в обеих группах, подчеркивая значимость пищеварительной функции в поддержании оптимальных характеристик стула.

Таким образом, при проведении лечения пациенты обеих сравниваемых групп I и II группы не имели существенного различия между собой ($p > 0,05$).

До начала лечения пациенты обеих сравниваемых групп I и II не показали существенных различий между собой.

Но обе эти группы достоверно отличались от группы III по данным копрограммы, где признаки стеатореи, хитонореи и слизи в образцах присутствовали в $6,7 \pm 4,6\%$, амилорея и креаторея в $3,3 \pm 3,3\%$, а йодофильная флора отсутствовала вовсе ($p \leq 0,05$).

В группе III признаки стеатореи, хитонореи и слизи в образцах присутствовали у $6,7 \pm 4,6\%$, амилорея и креаторея у $3,3 \pm 3,3\%$, а йодофильная флора отсутствовала вообще, что свидетельствует о более тяжелом состоянии по сравнению с другими группами.

Проведенное лечение хронического гастрита в обеих исследуемых группах показало снижение стеатореи, креатореи и амилореи у всех пациентов к 8 неделе наблюдения. На фоне лечения хронического гастрита в обеих исследуемых группах отмечено снижение стеатореи, креатореи и амилореи у всех пациентов к 8-й неделе наблюдения.

Однако более выраженным это улучшение, свидетельствующее или восстанавливающее основные функции ЖКТ, можно считать среди пациентов, применявших в комплексе лечения фитосбор Вентрап (Таблица 2).

Таблица 2

Структура сравниваемых групп по характеру копрограммы

	Группа I (основная) n=50				Группа II (группа сравнения) n=50				Группа III (контроль) n=30		Р между гр. I и гр. III до лечения	Р между гр. I и гр. III после лечения
	При поступлении		через 8 недель после выписки		При поступлении		через 8 недель после выписки		Абс	%		
	Абс	%	Абс	%	Абс	%	Абс	%				
Стеаторея	16	32,0±6,6	3	6,0±3,4*	18	36,0±6,8	9	18,0±5,4*	2	6,7±4,6	p>0,05	p≤0,05
Креаторея	15	30,0±6,5	3	6,0±3,4	10	20,0±5,7	3	6,0±3,4	1	3,3±3,3	p>0,05	p>0,05
Амилоррея	10	20,0±5,7	8	10,0±4,2*	17	34,0±6,7	11	22,0±5,9*	1	3,3±3,3	p>0,05	p≤0,05
Киторинорея	8	16,0±5,2	2	4,0±2,8	7	14,0±4,9	5	10,0±4,2	2	6,7±4,6	p>0,05	p≤0,05
Слизь	10	20,0±5,7	2	4,0±2,8	6	12,0±4,6	4	8,0±3,8	2	6,7±4,6	p>0,05	p≤0,05
Йодофильная флора	6	12,0±4,6	0	0,0*	8	16,0±5,2	2	4,0±2,8*	0	0,0±0	p>0,05	p>0,05
Всего	65	M=1,3	15	30,0±6,5*	66	M =1,3	34	68,0±6,6*	8	16,0±5,2	p>0,05	p≤0,05

Примечание: *отмечены достоверные различия между сравниваемыми группами 1 и 2 при p≤0,05
Курсивом и полужирным шрифтом отмечены различия групп 1 и 2 до и через 8 недель после выписки при p≤0,05

В основной группе после лечения отмечено значительное снижение уровня стеатореи в 8 раз, креатореи и слизи в 5 раз, киторинорея в 4 раза ($p \leq 0,05$). Кроме того, в основной группе полностью исчезла йодофильная флора. Во второй группе, напротив, отмечено меньшее улучшение показателей копрограммы: йодофильная флора после лечения снизилась в 4 раза, креатореи в 3,5 раза, стеатореи в 2 раза ($p \leq 0,05$).

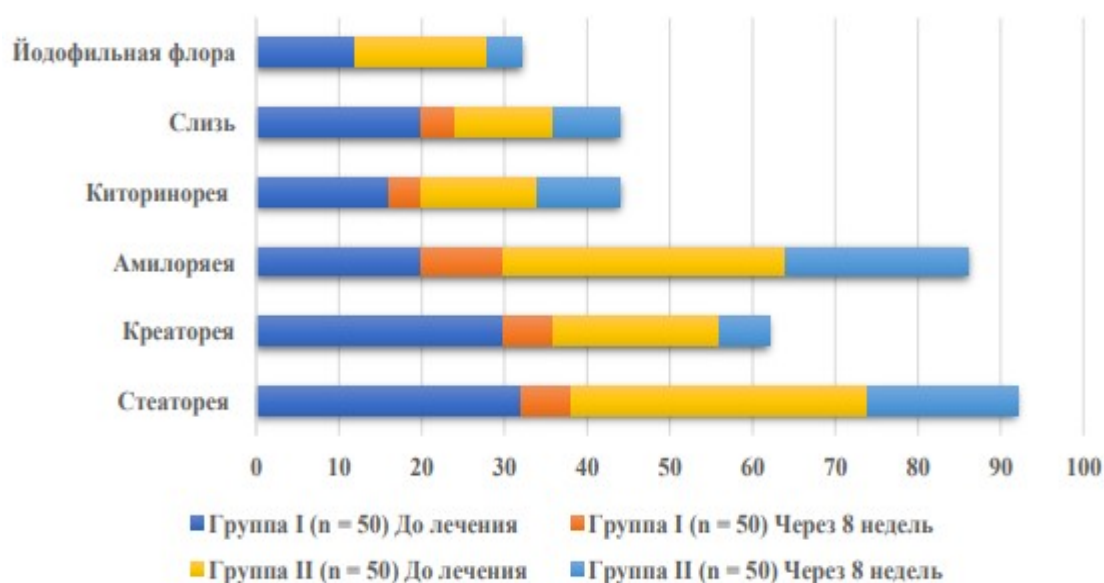


Рисунок 1. Результаты копрограммного исследования у пациентов исследуемых групп.

Наиболее значимые улучшения между двумя группами наблюдались в отношении уровня стеатореи, который был в три раза выше во второй группе по сравнению с основной группой через восемь недель после выписки из больницы. Аналогично, уровень креатореи был в 2,2 раза выше, а йодофильная флора была в четыре раза выше во второй группе ($p \leq 0,05$). Эти результаты наглядно демонстрируют эффективность АТ: ДД + Вентрап в улучшении функции желудочно-кишечного тракта и связанных с ним функций органов, таких как поджелудочная железа и печень (Рисунок 2).

Результаты исследования показали, что среди 50 образцов, полученных от пациентов основной группы, антигены *H. pylori* были обнаружены в 6 случаях ($12,0 \pm 4,6\%$), тогда как во второй группе таких антигенов было 9 образцов ($18,0 \pm 5,4\%$). Частота эрадикации под влиянием факторов, связанных с применением фитосбора Вентрап, составила $88,0 \pm 4,6\%$, что на 7,3% выше, чем в группе пациентов, получавших только

традиционную терапию ($82,0 \pm 5,4\%$). Однако эта разница не достигла статистической значимости ($p > 0,05$).

АТ: ДД + Вентрап, оказалась высокоэффективной в улучшении симптомов хронического гастрита, связанного с инфекцией *H. pylori*. Сочетание её основных ингредиентов, включая одуванчика лекарственного, подорожника большого и корня девясила, работает синергетически, борясь с бактериями *H. pylori* и способствуя заживлению слизистой желудочно-кишечного тракта.

Одним из основных компонентов Вентрап являются цветки одуванчика, которые традиционно используются из-за их пользы для пищеварения. Одуванчик содержит соединения, обладающие антибактериальными свойствами, что делает его эффективным в борьбе с инфекцией *H. pylori*. Кроме того, листья подорожника обладают противовоспалительными, спазмолитическими, ульцеропротекторными, анальгизирующими свойствами, которые помогают уменьшить воспаление, вызванное инфекцией *H. pylori*, в то время как корень девясила обладает кровоостанавливающим, ветрогонным, пребиотическим, прокинетическим, желчегонным и секретолитическим свойствами, что очень важно в процессе заживления слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта.

Таким образом, клинические исследования продемонстрировали положительные эффекты Вентрап у пациентов с хроническим гастритом, ассоциированным с *H. pylori*. Результаты показали значительное улучшение желудочно-кишечных симптомов, таких как: боль и жжение в эпигастральной зоне, чувство быстрого насыщения, тяжесть после приёма пищи, дискомфорт от изжоги и отрыжки, метеоризма после использования Вентрап с ДД в комбинации с эрадикационной терапией. Кроме того, у пациентов, получавших альтернативное лечение, наблюдалось восстановление эмоционального фона, улучшение моторики, что подчеркивает его роль в укреплении общего здоровья желудочно-кишечного тракта.

Социально-экономическая эффективность и методы её расчета

В сегодняшнем быстро меняющемся ландшафте здравоохранения организации постоянно стремятся повысить свою эффективность и результативность в удовлетворении потребностей населения, обеспечивая при этом финансовую устойчивость. Одним из ключевых аспектов, играющих решающую роль в этом процессе, является концепция социально-экономической эффективности.

Социально-экономическую эффективность в данных методических рекомендациях следует рассматривать как дополнительную характеристику эффективной деятельности организации по удовлетворению удовлетворенности населения в виде денежного эквивалента и сохранению здоровья.

Эффективное управление ресурсами здравоохранения имеет решающее значение для предоставления высококачественной помощи при обеспечении устойчивости. Оценивая социально-экономическую эффективность практик здравоохранения, организации могут лучше понять влияние своей деятельности на различные заинтересованные стороны, включая пациентов, поставщиков медицинских услуг и более широкое сообщество. Этот целостный подход поможет выявить области для улучшения и оптимизировать распределение ресурсов для достижения наилучших возможных результатов.

Проведение сравнительной оценки социальной, медицинской и экономической эффективности различных подходов к здравоохранению, таких как традиционная терапия по сравнению с использованием альтернативных методов народной медицины как ДД и лекарственных растений составляющих компонентов фитосбора Вентрап, может служить ценным инструментом для принятия решений в управлении здравоохранением. Анализируя результаты таких исследований, организации могут принимать обоснованные тактические и стратегические решения относительно использования ресурсов, распределения бюджета и предпринимательской деятельности.

Формула расчета экономической экономии на оплате больничных листов за счет сокращения времени пребывания в больнице выглядит следующим образом [10]:

$$E2 = K \times N \times Zs \times T1,2, \text{ где}$$

E2 представляет собой экономию на оплате больничных листов за счет сокращения времени пребывания в больнице.

K - распространенность хронического гастрита среди населения.

N указывает количество случаев.

Zs - средняя заработная плата в регионе.

T1,2 отражает сокращение сроков лечения пациента, достигнутое за счет лечебно-профилактических мероприятий с использованием альтернативной терапии в комплексе с ЭТ(измеряется в днях).

Применение формулы на практике

Давайте рассмотрим на примере, как работает формула [10]:

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 [11]. По данным Агентства по статистике, по итогам первого квартала 2024 года средняя номинальная зарплата в Узбекистане составила 4 миллиона 920 тысяч сумов [12]. Количество случаев взято в среднем 451 человек в год по республике.

$$E2 = 1070 \times 451 \times 4\,920\,000 \times 12 = 28\,490\,932\,800\,000 \text{ сумма}$$

Расчет показывает, что в год государство экономит на оплате больничных листов для 1070 человек 28 490 932 800 000 сум. В расчете на одного человека это составляет 1 941 041 сум.

Используя эту формулу, организации и учреждения здравоохранения могут эффективно управлять своими ресурсами и разумно распределять средства на оплату больничных листов.

Таким образом, формула расчета экономии на оплате больничных листов за счет сокращения времени пребывания в больнице является ценным инструментом для финансового планирования и распределения ресурсов. Понимая ключевые параметры, задействованные в формуле, организации могут принимать обоснованные решения для оптимизации своего бюджета и повышения эффективности управления оплатой больничных листов.

Когда дело доходит до расчета возмещаемых потерь бюджета, связанных с налогами и взносами во внебюджетные фонды, связанными с периодами временной нетрудоспособности, это может быть сложным процессом. Однако при наличии правильной формулы и понимания ключевых факторов эти потери можно оценить точно.

Восполнимые потери бюджетов по налогам и отчислениям во внебюджетные фонды, связанные с периодом временной нетрудоспособности:

Возмещаемые потери бюджета по налогам и взносам во внебюджетные фонды, связанные с периодами временной нетрудоспособности, рассчитываются по формуле

$$\text{ЭЗ} = 0,44 \times K \times N \times Zs \times R, \text{ где}$$

ЭЗ - возмещаемые потери

R - средняя продолжительность снижения временной нетрудоспособности, измеряемая в днях.

Пример расчета:

$$\text{ЭЗ} = 0,44 \times 1070 \times 451 \times 4920000 \times 12 = 12\,536\,010\,432\,000 \text{ сумма}$$

Это означает, что возмещаемые потери бюджета по налогам и взносам во внебюджетные фонды, связанные с временной нетрудоспособностью, составляют на 1070 зарегистрированных больных по республике при 451 случае лечения 12 536 010 432 000 сум в год. В среднем на человека в день приходится 71 171,5 сум, за 12 дней – 854 058 сум.

Расчет возмещаемых бюджетных потерь, связанных с периодами временной нетрудоспособности, имеет решающее значение для планирования и распределения бюджета. Точно оценивая эти потери, власти могут гарантировать, что выделяются достаточные средства для покрытия финансового воздействия временной нетрудоспособности на налоговые поступления и внебюджетные взносы. Это помогает поддерживать финансовую стабильность и устойчивость в долгосрочной перспективе.

В заключение, формула расчета возмещаемых бюджетных потерь, связанных с временной нетрудоспособностью, обеспечивает системный подход к оценке финансового воздействия временной нетрудоспособности на налоговые поступления и внебюджетные фонды. Понимая вовлеченные компоненты и то, как они вносят вклад в общий расчет, органы власти могут принимать обоснованные решения относительно планирования и распределения бюджета. Это гарантирует наличие необходимых средств для эффективного покрытия этих потерь, поддерживая финансовую стабильность и устойчивость.

ВЫВОД:

1. Исследование выявило тенденцию роста заболеваний ЖКТ к 2028 году: Если условия формирования динамического ряда останутся прежними, такими как были в период с 2019 по 2023 гг. то к 2028 г. уровень показателя удельного веса больных с гастритом в общем числе госпитализированных больных возрастет в 3,4 раза с $1,8 \pm 0,1\%$ до $6,1 \pm 0,3\%$, а показатель % больных с гастритом в общем числе госпитализированных больных с болезнями ЖКТ возрастет в 3,9 раза с $11,9 \pm 0,9\%$ до $47,0 \pm 1,4\%$. А это в свою очередь требует усовершенствования методов диагностики, профилактики, лечения заболеваний ЖКТ.

2. Альтернативная терапия состоящая из диафрагмального дыхания + фитосбора Вентрап - включающий в свой состав известные с давних времен лекарственных средств народной медицины: *Plantago major* (подорожник большой), *Taraxacum officinale* (одуванчик лекарственный), *Inula helenium* (девясил высокий), обладающие значительным кровоостанавливающим, противовоспалительным, ульцеропротекторным, анальгизирующим, спазмолитическим, желчегонным, ветрогонным, пребиотическим, прокинетическим, секретолитическим свойствами, оказывает благотворное влияние на состояние пациентов с ХГ, ассоциированным с Нр. Обладая иммуномодулирующим, сахароснижающим, успокаивающим и антимикробным действием что очень активно способствует процессу заживления слизистой оболочки.

3. Состояние пищеварительной функции человека влияет на характеристики копрограммы. После проведенного лечения % пациентов с признаками стеатореи среди больных основной группы, получавшей АТ по сравнению с больными получавшими стандартную ЭТ сократился в 3 раза ($6,0 \pm 3,4$ и $18,0 \pm 5,4$ соответственно), с наличием слизи в 2 раза ($4,0 \pm 2,8$ и $8,0 \pm 3,8$ соответственно), наличием киторинореи в 2,5 раза ($4,0 \pm 2,8$ и $10,0 \pm 4,2$ соответственно), а представители йодофильной флоры в анализах пациентов I группы исчезли совсем в то время как у пациентов II группы присутствовали в $4,0 \pm 2,8\%$ случаев ($p \leq 0,05$). Только по показателю распространенности амилореи после лечения между группами не было отличия, хотя и ее уровень сократился у б/х обеих групп в 2 раза.

4. Предлагаемый метод альтернативной терапии с применением в комплексе с ЭТ доказал в ходе исследования свою медицинскую, социальную и экономическую эффективность. Применение АТ –

диафрагмальное дыхание + фитосбор Вентрап в схеме ЭТ позволило через 8 недель после выписки из стационара у пациентов основной группы по сравнению с контрольной снизить среднегрупповой показатель боли в верху живота в 1,2 раза, чувства переполнения/тяжести в 2 раза, изжоги/отрыжки в 2,1 раза, чувство раннего насыщения в 2,0 раза, головных болей и психоэмоционального напряжения в 1,5 раз и по другим жалобам в 1,7 раза ($p \leq 0,05$).

5. Социальная эффективность рассматривалась как степень улучшения качества жизни пациентов при применении альтернативной терапии в комплексной ЭТ. Улучшение качества жизни через 8 недель после лечения в основной группе наблюдения ощутили $92,0 \pm 3,8\%$ пациентов и в 1,5 раза меньше ($60,0 \pm 6,9\%$) пациентов в группе II.

6. Расчет возмещаемых бюджетных потерь, связанных с периодами временной нетрудоспособности, имеет решающее значение для планирования и распределения бюджета. Это означает, что возмещаемые потери бюджета по налогам и взносам во внебюджетные фонды, связанные с временной нетрудоспособностью, составляют на 1070 зарегистрированных больных по республике при 451 случае лечения 12 536 010 432 000 сум в год. В среднем на человека в день приходится 71 171,5 сум, за 12 дней – 854 058 сум. Точно оценивая эти потери, власти могут гарантировать, что выделяются достаточные средства для покрытия финансового воздействия временной нетрудоспособности на налоговые поступления и внебюджетные взносы. Это помогает поддерживать финансовую стабильность и устойчивость в долгосрочной перспективе.

Практические рекомендации

1. Для раннего выявления пациентов с ХГ и повышения уровня обращаемости населения к врачу при первых признаках ФД и гастрита необходимо усилить уровень просветительской работы, направленной на повышение информированности о *Hp* ее распространённости и роли в развитии заболеваний ЖКТ.
2. Особое внимание для раннего выявления пациентов с риском развития ХГ следует обратить целевые группы: лица в возрасте старше 46 лет, при наличии семейного анамнеза по заболеваниям ЖКТ и/или наличию *Hp*, лиц склонных к нерациональному питанию, пациентов с нарушениями психоэмоциональной сферы и употребляющих НПВП.
3. 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.

4. 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.
5. 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.

Список использованной литературы:

1. Абилов Р.К. Лекарственные свойства подорожника большого (plantago) //«жанубий оролбўйи табиий ресурсларидан оқилона фойдаланиш» X республика илмий-амалий конференцияси материаллари. – 2022. – С. 16.
2. Антонова И.С., Веснина А.Д., Шадрин В.Г. Маркетинговое исследование рынка биологически активных добавок //Техника и технология пищевых производств. – 2020. – Т. 50. – №. 3. – С. 503-514.
3. Ливзан М.А. и др. Аутоиммунный гастрит: от симптома к диагнозу. Клинические наблюдения //Consilium Medicum. – 2020. – Т. 22. – №. 8. – С. 78-84.
4. Методические рекомендации «Оценка социально-экономической эффективности применения метода биочип-диагностики во фтизиатрии», МЗ и СР РФ, Москва, 2009 г
5. Стримило А., Філоненко М. Особливості диференційної діагностики гастроєзофагеальної рефлюксної хвороби та функціональної диспепсії //Universum. – 2024. – №. 6. – С. 232-239.
6. Chey W.D. et al. ACG clinical guideline: treatment of Helicobacter pylori infection //Official journal of the American College of Gastroenterology| ACG. – 2017. – Т. 112. – №. 2. – С. 212-239.
7. Ivashkin V.T. et al. Diagnosis and treatment of the functional dyspepsia: clinical guidelines of the Russian Gastroenterological Association //Russian journal of gastroenterology, hepatology, coloproctology. – 2017. – Т. 27. – №. 1. – С. 50-61.
8. Saleem S. et al. Morbidity and mortality of infections in the cirrhotic patients: a US population-based study //Gastroenterology and hepatology from bed to bench. – 2019. – Т. 12. – №. 3. – С. 233.
9. Wu H. et al. The status and risk factors for anxiety/depression in patients with atrophic chronic gastritis: a cross-sectional study //Annals of Palliative Medicine. – 2022. – Т. 11. – №. 10. – С. 3147159-3143159.
10. Yu X.C. et al. Family-based Helicobacter pylori infection status and transmission pattern in central China, and its clinical implications for related disease prevention //World Journal of Gastroenterology. – 2022. – Т. 28. – №. 28. – С. 3706.
11. <https://www.uzdaily.uz/ru/post/77590>

Список сокращений

ЖКТ – желудочно-кишечный тракт

НПВП - нестероидные противовоспалительные препараты

Нр - *Helicobacter pylori*

РСНПЦТ и МР - Республиканский специализированный научно-практический центр терапии и медицинской реабилитации

ФД – функциональная диспепсия

ЭГДФС – фиброэзофагогастродуоденоскопия

