

Отмечалось ухудшение большинства показателей в ряду ХОБЛ — ХОБЛ+ХСН — ХСН, причем именно в группах с ХСН отмечались более выраженные нарушения, чем в группе с ХОБЛ.

3. Тип ремоделирования миокарда взаимосвязан с диагнозом. Нормальная геометрия ЛЖ почти в 2 раза чаще встречалась при ХОБЛ. Наличие ХОБЛ у больных ХСН не влияет на тип ремоделирования миокарда ЛЖ.

**Прозрачность исследования.** Исследование проводилось в рамках выполнения научной темы «Взаимосвязь параметров вентиляции и гемодинамики у больных хронической сердечной недостаточностью в сочетании с хронической обструктивной болезнью легких», утвержденной ученым советом ГБОУ ВПО «Казанский ГМУ» Минздрава России. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Мареєв, В.Ю. Национальные рекомендации ВНОК и ОССН по диагностике и лечению ХСН (третий пересмотр) / В.Ю. Мареєв, Ф.Т. Агеев, Г.П. Арутюнов // Журнал сердечная недостаточность. — 2009. — Т. 10, № 2. — С.64—103.

2. Behar, S. Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 5,839 consecutive patients with acute myocardial infarction / S. Behar, A. Panosh, H. Reicher-Reiss // Am. J. Med. — 1992. — Vol. 93. — P.637—641.
3. Kachel, R.G. Left ventricular function in chronic obstructive pulmonary disease / R.G. Kachel // Chest. — 1978. — Vol. 74 (3). — P.286—290.
4. Reynolds, R.J. Treating asthma and COPD in patients with heart disease / R.J. Reynolds, J.G. Buford, R.B. George // J. Respir. Dis. — 1982. — Vol. 3. — P.41.
5. Rutten, F. Heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross-sectional diagnostic study / F. Rutten, K. Moons, M. Cramer // BMJ. — 2005. — Vol. 331. — P.1379.

#### REFERENCES

1. Mareev VYu, Ageev FT, Arutjunov GP. Nacional'nye rekomendacii VNOK i OSSN po diagnostike i lecheniju HSN (tretij peresmotr) [National recommendations of VNOK and AHVF about diagnostics and treatment of CHF (third revision)]. Zhurnal serdechnaja nedostatochnost' [Heart Failure]. 2009; 10 (2): 64–103.
2. Behar S, Panosh A, Reicher-Reiss H. Prevalence and prognosis of chronic obstructive pulmonary disease among 5,839 consecutive patients with acute myocardial infarction. Am J Med. 1992; 93: 637–641.
3. Kachel RG. Left ventricular function in chronic obstructive pulmonary disease. Chest. 1978; 74 (3): 286–290.
4. Reynolds RJ, Buford JG, George RB. Treating asthma and COPD in patients with heart disease. J Respir Dis. 1982; 3: 41.
5. Rutten F, Moons K, Cramer M. Heart failure in elderly patients with stable chronic obstructive pulmonary disease in primary care: cross-sectional diagnostic study. BMJ. 2005; 331: 1379.

© И.А. Гималетдинова, Л.Р. Абсальямова, А.В. Спиридонов, Н.Б. Амиров, 2015

УДК 616.331/.342-002.44-085

## ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА «ВИНИЛИН» (БАЛЬЗАМ ШОСТАКОВСКОГО) В ТЕРАПИИ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, АССОЦИИРОВАННОЙ *HELICOBACTER PYLORI*

**ГИМАЛЕТДИНОВА ИРИНА АНАТОЛЬЕВНА**, врач-гастроэнтеролог Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132

**АБСАЛЯМОВА ЛЭЙЛЭ РАВИЛОВНА**, зав. отделением гастроэнтерологии Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132

**СПИРИДОНОВ АЛЬБЕРТ ВАЛЕРЬЕВИЧ**, канд. мед. наук, зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132

**АМИРОВ НАИЛЬ БАГАУВИЧ**, докт. мед. наук, профессор кафедры общей врачебной практики ГБОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет», зам. начальника Клинического госпиталя ФКУЗ «Медико-санитарная часть МВД России по Республике Татарстан», Россия, 420059, Казань, ул. Оренбургский тракт, 132

**Реферат. Цель исследования** — изучить эффективность лекарственного средства винилин (бальзам Шостаковского) в составе классической схемы тройной эрадикационной терапии у пациентов с язвенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки, оценить динамику клинических симптомов при язвенной болезни (ЯБ) на фоне приема препарата, изучить влияние винилина на эффективность эрадикации. **Материал и методы.** Представлены результаты клинического исследования, в ходе которого наблюдались 15 пациентов с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки, ассоциированной с *Helicobacter pylori*, получавших в течение 10 дней тройную эрадикационную терапию первой линии, также была сформирована вторая группа (15 человек), пациенты которой наряду со стандартной эрадикационной терапией получали препарат «Винилин» (бальзам Шостаковского) в дозе 1 десертная ложка на ночь. **Результаты и их обсуждение.** Полученные нами

данные свидетельствуют о повышении эффективности схемы классической эрадикационной терапии первой линии. Динамика редукции язвенного симптомокомплекса происходит в более короткие сроки, тем самым улучшая качество жизни пациентов. Влияния на хеликобактерную инфекцию выявлено не было. **Заключение.** Данный препарат может быть рекомендован для лечения язвенных поражений гастродуоденальной зоны как *HP*-неассоциированных, так и *HP*-ассоциированных, ускоряя нивелирование клинических симптомов, но не улучшая эрадикацию при последних.

**Ключевые слова:** язвенная болезнь, *H. pylori*, винилин, бальзам Шостаковского.

**Для ссылки:** Оценка эффективности препарата «Винилин» (бальзам Шостаковского) в терапии язвенной болезни, ассоциированной *Helicobacter Pylori* / И.А. Гималетдинова, Л.Р. Абсальмова, А.В. Спиридонов, Н.Б. Амиров // Вестник современной клинической медицины. — 2015. — Т. 8, вып.6. — С.35—40.

## EVALUATION OF THE EFFICACY OF ALTAY (BALSAM TINCTURE) IN THE TREATMENT OF ULCERS ASSOCIATED *H. PYLORI*

**GIMALETDINOVA IRINA A.**, physician-gastroenterologist of Clinical Hospital of Medical Station of MIA in TR  
**ABSALYAMOVA LEYLE R.**, Head of the Department of gastroenterology of Clinical Hospital of Medical Station of MIA in TR

**SPIRIDONOV ALBERT V.**, C. Med. Sci., deputy Head of Clinical Hospital of Medical Station of MIA in TR

**AMIROV NAIL B.**, D. Med. Sci., professor of the Department of general medical practice of Kazan State Medical University, deputy Head of Medical Station of MIA in TR

**Abstract. Purpose of the study.** To study the effectiveness of the drug Vinylinum (balm Shostakovskiy) as part of the classical scheme of triple eradication therapy in patients with ulcerative lesions of the stomach and duodenum, to assess the dynamics of clinical symptoms of ulcer in patients receiving the drug, study the effect of Vinylinum the effectiveness of eradication. **Material and methods.** The results of a clinical study in which observed 15 patients with gastric ulcer and duodenal ulcers associated with *Helicobacter pylori*, received within 10 days of triple eradication therapy first line was also formed a second group (15 people), patients who along with standard eradication received drug therapy Vinylinum (balm Shostakovskiy) at a dose of 1 teaspoon disernnaya overnight. **Results and discussion.** Our data show that the efficiency of the classical scheme of eradication therapy first line. Dynamics of reduction of ulcer symptom occurs in a shorter time, thereby improving the quality of life of patients. The effects on *H. pylori* infection have been identified. **Conclusion.** This drug can be recommended in the treatment of gastroduodenal ulcers, as the NR-non-associated and associated HP-speeding up the leveling of clinical symptoms, but not improving eradication at last.

**Key words:** peptic ulcer, *h. pylori*, vinilinBalsam Tincture.

**For reference:** Gimaletdinova IA, Absalyamova LR, Spiridonov AV, Amirov NB. Evaluation of the efficacy of altay (balsam tincture) in the treatment of ulcers associated *H. Pylori*. The Bulletin of Contemporary Clinical Medicine. 2015; 8 (6): 35—40.

Язвенная болезнь желудка (ЯБЖ) и двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) — хроническое рецидивирующее заболевание пищеварительного тракта с многофакторным патогенезом, которое характеризуется образованием язвенного дефекта в слизистом и подслизистом слоях гастродуоденальной зоны с исходом в соединительнотканый рубец. Со времени описания Ж. Крювелье (1829—1835) симптоматики и патоморфологии язвенной болезни прошло уже 180 лет, но споры об этиологии и патогенезе язвенной болезни не утихают и по сей день [1]. Десятки теорий, поочередно сменяя друг друга, пытаются объяснить природу язвенной болезни либо с позиций местного патологического процесса в слизистой желудка (СОЖ) или двенадцатиперстной кишки (сосудистая, воспалительная, ацидопептическая и др.), либо с позиций нарушений общих регуляторных механизмов (неврогенная, конституционально-генетическая, кортиковисцеральная и др.). На протяжении десятков лет эти теории вступали в противоречие с новыми теориями, новыми фактами и уходили в прошлое, но некоторые из этих теорий содержали рациональное зерно и становились частью учения о ЯБ.

В 1983 г. австралийские ученые J.R. Warren B.J. Marshall обнаружили в желудке ранее неиз-

вестные микроорганизмы, которые были названы *Helicobacter pylori* (*HP*). Открытие и изучение важной роли инфекции *HP* в этиопатогенезе ЯБ ознаменовало революционный переворот в гастроэнтерологии. Практически 100% язв, локализованных в ДПК, и более 80% язв желудочной локализации связаны с персистенцией *HP*. В 1994 г. *HP* был отнесен экспертами Всемирной организации здравоохранения к канцерогенам 1-й группы риска в отношении развития рака желудка. В эпидемиологическом исследовании *HP*-инфекции выяснилось, что около 60% населения земного шара инфицировано этими микроорганизмами, особенно в развивающихся странах Африки, Латинской Америки, странах Азии, где у взрослого населения эта инфекция достигает 90—95%. В развитых странах Западной Европы, в США и Японии распространенность *HP*-инфекции не превышает 35—50%, а в России до 73—91% взрослого населения инфицировано хеликобактерной инфекцией [1]. До сих пор ведутся дебаты в отношении *HP*: «хороший *HP* — только мертвый *HP*», «нет *HP* — нет ЯБ», «*HP* как этиологический фактор ЯБ не соответствует постулатам Р. Коха и, следовательно, не является причиной развития ЯБ».

В последнее время даже ярые сторонники инфекционной теории (*HP*-ассоциированной ЯБ)

вынуждены признать, что в этиологии и патогенезе ЯБ помимо *HP* важную роль играют генетические особенности макроорганизма [наследственная предрасположенность (язвенная болезнь у близких родственников, 0(1) группа крови)], длительный прием медикаментов, обладающих ulcerogennym действием (нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикостероиды). Не последнюю роль в этиологии ЯБ играют профессиональные вредности, характер питания, психоэмоциональные факторы, алкоголизм, курение, хронические заболевания внутренних органов, т.е. этиология, патогенез ЯБ являются многофакторными. Л.И. Аруин высказал мнение: «ЯБ — это не “классическая” инфекция: одного инфицирования слизистой оболочки желудка *HP* недостаточно для ее возникновения. Всякая попытка обнаружить какой-либо один этиологический или патогенетический фактор, ответственный за развитие ЯБ, обречена на неудачу».

Механизм развития заболевания заключается в нарушении равновесия между факторами агрессии (ацидопептический, недостаточная секреция слизи, гастродуоденальная дисмоторика, гипергастринемия, нарушение кровообращения в желудке, увеличение массы обкладочных клеток) и факторами защиты (слизисто-бикарбонатный барьер желудка и двенадцатиперстной кишки, регенерация слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, активная микроциркуляция в стенке органа). При преобладании агрессивных свойств желудочного сока и снижения защитного потенциала слизистой оболочки желудка развивается язвенный дефект в желудке или двенадцатиперстной кишке. Кроме того, под влиянием *HP* уменьшается количество клеток, которые экспрессируют интерлейкин-4, действующий как противовоспалительный цитокин и тормозящий синтез интерлейкина-1 — фактора некроза опухоли-альфа.

В лечении ЯБ желудка и ДПК при наличии *HP* применяются различные схемы эрадикации, в которые входят ингибиторы протонной помпы (ИПП): омепразол, пантопразол, эзомепразол, рабепразол, лансопразол в стандартной дозировке и два антибиотика: кларитромицин по 500 мг 2 раза в день и амоксициллин 1000 мг 2 раза в день. При неэффективности схемы первого выбора используется схема второй линии: ингибитор протонной помпы в стандартной дозировке, тетрациклин 500 мг 4 раза в день, метронидазол 500 мг 3 раза в день и препарат висмута (де-нол) 240 мг 2 раза в день. При неэффективности схемы 2-й линии используется терапия 3-й линии, основанная на определении антибиотикорезистентности. В регионах с высокой резистентностью к кларитромицину сразу же рекомендуется квадротерапия: ИПП+тетрациклин 500 мг 4 раза в день + метронидазол 500 мг 3 раза в день + препарат висмута (де-нол) 240 мг 2 раза в день. В случае непереносимости висмута: ИПП + 3 антибиотика или последовательная терапия: ИПП + амоксициллин 5 дней, затем ИПП + кларитромицин + метронидазол 5 дней или ИПП

+ левофлоксацин 1,0 г/сут + тинидазол 1,0 г/сут 5 дней или ИПП + амоксициллин 2,0 г/сут 5 дней, затем ИПП + левофлоксацин 0,5 г/сут + тинидазол 1,0 г/сут 5 дней. Лечение ЯБ, не ассоциированной с *HP*, включает базисную терапию: антисекреторную терапию ИПП, препараты висмута или сукральфат (вентер) и дополнительное лечение: антацидные препараты, прокинетики (симптоматическое лечение изжоги и боли).

В гастроэнтерологическом отделении клинического госпиталя изучалась эффективность препарата «Винилин» (бальзам Шостаковского) (*vinylum/balsamum SChostakowsky*).

Бальзамы (от греч. *balsamon* — ароматическая смола) — природные вещества, в состав которых входят эфирные масла и растворенные в них смолы, ароматические соединения и другие компоненты. Бальзамы — сиропобразные жидкости с ароматичным запахом, почти нерастворимы в воде, но растворимы в некоторых органических растворителях (спирте, эфире, бензине и т.п.). Многие бальзамы образуются в растениях как продукты нормального обмена и содержатся главным образом в особых межклеточных вместилищах или ходах коры; другие являются продуктами патологической деятельности растений, появляющиеся при повреждении коры, и в самом растении не содержатся. Винилин (бальзам Шостаковского) относится к антисептическим, противомикробным средствам. Действующее вещество — поливинокс. Оказывает противовоспалительное, противомикробное, эпителизирующее действие на поврежденную слизистую. Способствует очищению, регенерации и эпителизации ран. При приеме внутрь понижает секрецию, кислотность и протеолитическую активность желудочного сока. Снижает моторную активность кишечника.

Винилин был создан Шостаковским Михаилом Федоровичем (24.05/06.06.1905—01.11.1983), членом-корреспондентом АН СССР, доктором химических наук, профессором, химиком-органиком.

История этого лекарственного средства началась несколько десятков лет назад. В середине 30-х гг. в хирургии ощущалась большая потребность в новых эффективных средствах для лечения гнойных процессов; тогда еще не были открыты антибиотики и только начинал входить в практику стрептоцид. Поисками новых противогнилостных средств занимался и выдающийся советский хирург А.В. Вишневский со своими помощниками. Особое внимание его привлекли растительные ароматические смолы, или бальзамы, — старинное народное средство для лечения ран. Но единственный природный бальзам, добываемый в СССР, — смола хвойных, или живица, — не годился для клинических испытаний: как было установлено, он не действовал на стафилококки и стрептококки, а ведь именно эти виды бактерий чаще всего вызывают гнойные процессы. Ученые решили попробовать перуанский бальзам, который добывали из некоторых видов южноамериканской сосны. В прошлом он уже применялся в медицине, и именно при гнойных процессах; еще в XVI столетии знаменитый фран-

цузский хирург Амбруаз Ларэ часто пользовался им для заживления ран. Однако с течением времени об этом забыли, и в официальную медицину начала XX в. перуанский бальзам вошел лишь как средство от ушей и чесотки.

Уже после нескольких месяцев исследований стало ясно, что выбор оказался правильным: результаты лечения были весьма обнадеживающими. Перуанский бальзам не только быстро подавлял течение наружных гнойных процессов, но и нередко предупреждал газовую гангрену. Уже в 1940 г. масляно-бальзамические повязки с перуанским бальзамом получили путевку в массовую хирургическую практику.

Но спрос на перуанский бальзам вырос, цена на него поднялась, да и закупки его за границей были связаны с большими трудностями. Лекарство быстро стало дефицитным. И тогда начались поиски синтетического бальзама, который, как и перуанский, не твердел и не засыхал бы на воздухе, обладал бы бактерицидным действием и был бы безвреден для человеческого организма. Решением этой проблемы занялись советские химики — ученики академика А.Е. Фаворского. Вскоре одному из них, Михаилу Федоровичу Шостаковскому, удалось синтезировать искусственный лечебный бальзам путем полимеризации винилбутинового эфира.

Бальзам Шостаковского по своим основным свойствам оказался аналогичным природному перуанскому бальзаму, а в некоторых отношениях даже превзошел его. Он долго сохраняет свои целебные свойства, а кроме того, что очень важно, совершенно безвреден, так как, в отличие от природного, не способен глубоко проникать в клетки организма. Синтетический бальзам выпускался в больших количествах отечественной промышленностью и экспортировался из СССР в 79 стран мира. Он стимулирует рост и размножение клеток в поврежденных тканях, ускоряет заживление, задерживает рост различных болезнетворных грибков и бактерий. Поэтому он находит широкое применение при лечении фурункулов, трофических язв, гнойных ран, маститов, ожогов, отморожений.

Однако этим далеко не исчерпывается многообразие целебных свойств бальзама. Бальзам используется в стоматологии, косметологии, дерматологии. В последние годы препарат используется и для лечения внутренних заболеваний — язвенной болезни, колитов, гастритов с повышенной кислотностью. Дня приема внутрь бальзам выпускают в виде «бальзама» в мягких желатиновых капсулах. Впервые возможность применения бальзама Шостаковского для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки, гемоколитов, гастритов с высокой кислотообразующей функцией желудка показана В.А. Аваковой и З.Ф. Шостаковским. Высказано было предположение, что бальзам образует на слизистой оболочке желудка тонкую защитную пленку и таким образом предохраняет пораженный участок желудка от неблагоприятного воздействия желудочного сока.

При язвах желудка, двенадцатиперстной кишки и гемоколитах бальзам назначается внутрь один раз в сутки после последнего приема пищи через 5—6 ч. Поэтому удобнее всего оказалось принимать бальзам в 23.00 ч (легкий ужин в 18.00 ч). Первый прием назначается в количестве одной чайной ложки, в последующем доза увеличивается до одной десертной ложки 1 раз в сут. Курс лечения длится 15—20 дней.

При мучительной изжоге в первый день назначают одну чайную ложку бальзама, а затем через день по одной десертной ложке. Курс лечения продолжается 9 дней. При таком применении синтетический бальзам Шостаковского обычно не вызывает никаких побочных явлений, в отличие от американского природного перуанского бальзама, рекомендовавшегося в прежнее время как очень полезное средство при катаре бронхов и мочевого пузыря в микстурах, пилюлях или эмульсиях и входившего в состав так называемого «бальзама жизни» Гофмана. После приема внутрь бальзама Шостаковского исчезают запоры и отрыжка, быстро снижается болевой синдром, самочувствие больных улучшается.

**Цель исследования** — изучить эффективность лекарственного средства «Винилин» (бальзам Шостаковского) в составе классической схемы тройной эрадикационной терапии у пациентов с язвенным поражением желудка и двенадцатиперстной кишки, оценить динамику клинических симптомов при ЯБ на фоне приема препарата, изучить влияние винилина на эффективность эрадикации.

**Материал и методы.** В исследование были включены 30 пациентов с язвенной болезнью, ассоциированной с *HP* в стадии обострения. Отбор пациентов проводился на основе комплексного обследования, включающего общепринятые методы субъективного, объективного и лабораторного исследований. Всем больным проводилась эзофагогастродуоденоскопия с биопсией. Больные были рандомизированы на 2 группы: 1-я группа (15 пациентов): больные, получавшие стандартную классическую противоязвенную эрадикационную (трехкомпонентную) терапию первой линии: пантопразол 40 мг + кларитромицин 500 мг 2 раза в день + амоксициллин 1000 мг 2 раза в день; во 2-ю группу (15 человек) были отнесены больные, которым наряду со стандартной терапией был назначен винилин (бальзам Шостаковского) в дозе 1 чайная ложка на ночь (через 4—5 ч после последнего приема пищи) первые 5 дней, затем по 1 десертной ложке. Обе группы были сопоставимы по длительности заболевания, возрасту, полу, приему алкоголя и нестероидных препаратов, стажу курения. По полу больные распределились следующим образом: 21 мужчина и 9 женщин. Возраст пациентов колебался в пределах от 24 до 65 лет, в среднем 44,5 года. Длительность заболевания у больных составила в среднем  $(6,8 \pm 0,5)$  года. Из исследования были исключены пациенты с заболеваниями почек и заболеваниями желчного пузыря (холецистит).

Для оценки эффективности терапии нами использовались:

- субъективная оценка ощущения пациентом выраженности болевого и диспепсического синдромов (сроки купирования язвенного симптомокомплекса — болевой синдрома в животе; диспепсических явлений: тяжесть в эпигастральной области, изжога, отрыжка, тошнота, рвота). Оценка проводилась с помощью шкалы Лайкерта по степени тяжести: 0 — симптом отсутствует, 1 — легкая степень тяжести (симптом беспокоит редко, выражен незначительно), 2 — умеренная степень (симптом беспокоит достаточно часто, умеренно выражен) и 3 — тяжелая степень тяжести (симптом возникает часто и продолжается длительно);

- оценка репарации и стихания явлений воспалительного процесса в слизистой оболочке желудка, луковице ДПК осуществлялась с помощью эндоскопического исследования (признаком заживления язвенного дефекта являлась полная эпителизация дефектов по данным эндоскопии). Переносимость оценивалась по динамике изменений лабораторных показателей: анализа крови, биохимического анализа крови, анализа мочи; по наличию побочных эффектов (аллергия, непереносимость).

**Результаты и их обсуждение.** Исходно у больных диаметр язв колебался от 3,0 до 20 мм, составляя в среднем 5,9 мм (при ЯБЖ — 5,3 мм, при ЯБДПК — 6,5 мм). Анализ исходных данных обследования больных обеих групп выявил, что ведущей жалобой был болевой абдоминальный синдром разной степени интенсивности, который регистрировался в 100% случаев, причем в подгруппе пациентов с ЯБЖ болевой синдром был более выраженным, у пациентов 1-й подгруппы с ЯБДПК чаще встречался умеренный болевой синдром. На втором месте по распространенности регистрировался диспепсический синдром. При этом преобладал комплекс симптомов желудочной диспепсии. Полный курс запланированной терапии прошли все пациенты. Ни у одного больного не было зафиксировано побочных эффектов от проводимой терапии, непереносимости препарата, которые бы повлекли за собой необходимость

прекращения лечения. Единственным недостатком бальзама Шостаковского, со слов пациентов, оказалась трудность приема: густая вязкая консистенция препарата.

Динамика клинических симптомов представлена в *таблице*.

Как следует из таблицы, на фоне стандартной эрадикационной терапии острый болевой синдром был полностью купирован у 14 (93,2%) пациентов к 7-му дню, во 2-й группе пациентов, получавших дополнительно винилин, болевой синдром купировался на 3-й день у 60% и к 4-му дню у 40% больных. У одного пациента 1-й группы редукция симптома наблюдалась только на 10-й день. Диспепсический синдром на фоне дополнительного приема бальзама Шостаковского также достоверно снижался и купировался в более короткие сроки. В частности, изжога была полностью купирована у 100% больных на 4—6-й день, в отличие от пациентов 1-й группы, в которой удалось купировать симптом на 5—7-й день.

Контроль эндоскопического исследования проводился через 12 дней при язвенной болезни двенадцатиперстной кишки (ЯБДПК) и на 16-й день при язвенной болезни желудка (ЯБЖ). К 12-му дню лечения (в случае предшествующего амбулаторного противоязвенного лечения у 11 больных 1-й группы и у 13 пациентов 2-й группы) рубцевание и эпителизация язвенных дефектов в луковице ДПК зарегистрировано в 100% случаев как в 1-й группе, так и в группе пациентов, принимавших винилин. У 4 пациентов 1-й группы и у 2 пациентов 2-й группы (не получавших предшествующей амбулаторной терапии) эпителизация была неполной. Необходимо отметить, что рубцевание и эпителизация язвенных дефектов при ЯБЖ происходили в более длительные сроки по сравнению с язвами, локализованными в луковице ДПК (на 15—16-й дни с начала лечения в 1-й группе и на 14—15-й дни в группе пациентов, получавших винилин). Эффективность эрадикации проводилась через 4 нед после последнего дня приема препаратов. Эрадикация рассматривалась как успешная, если уреазный дыхательный тест и результаты гистологической оценки биоптатов из

**Динамика клинических симптомов у пациентов**

Симптомы	До лечения		Купировано, %/сроки (дни)	
	1-я группа (15); тройная эрадикационная терапия	2-я группа (15); тройная эрадика- ционная терапия + винилин (бальзам Шостаковского)	1-я группа (15); тройная эрадикационная терапия	2-я группа (15); тройная эрадика- ционная терапия + винилин (бальзам Шостаковского)
Боль	15 (100%)	15 (100%)	46,6% на 5-й день; 46,6% на 7-й день; 6,8% на 10-й день	60% на 3-й день; 40% на 4-й день
Тяжесть в эпигастральной области	7 (46%)	6 (40%)	71,4% на 5-й день; 28,6% на 6-й день	83,3% на 3-й день; 16,7% на 4-й день
Тошнота	8 (53,3%)	6 (40%)	100% на 6-й день	100% на 4-й день
Рвота	3 (20%)	4 (26%)	100% через 2 дня	100% через 1 день
Изжога	12 (80%)	13 (86,6%)	66,6% на 5-й день; 33,4% на 7-й день	61,5% на 4-й день; 38,5% на 6-й день
Отрыжка	7 (46%)	6 (40%)	100% на 8-й день	100% на 6-й день

антрального отдела и тела желудка были отрицательными. В нашем исследовании эффективность эрадикационной терапии в обеих группах была сопоставима и составила 87% (1-я группа) и 88% (2-я группа).

**Выводы.** Включение винилина (бальзама Шостаковского) в состав тройной схемы лечения ЯБЖ и ЯБДПК позволяет успешно купировать клинические проявления язвенных поражений гастродуоденальной зоны в более короткие сроки по сравнению с классической схемой лечения. Использование винилина в стандартных схемах дает полное заживление язвенных дефектов в более ранние сроки по сравнению со стандартной тройной терапией первой линии. Препарат хорошо переносится, не было зарегистрировано ни одного побочного эффекта. Единственным недостатком является затруднение при проглатывании бальзама за счет его тягучей консистенции. На эффективность эрадикации винилин влияния не оказывает. Таким образом, винилин (бальзам Шостаковского) может быть рекомендован для лечения язвенных поражений гастродуоденальной зоны (*НР*-неассоциированных). Но и при ЯБ, ассоциированной с *НР*, винилин также может оказать положительный эффект за счет улучшения качества жизни пациентов, более быстрой редукции клинической симптоматики.

**Прозрачность исследования.** Исследование не имело спонсорской поддержки. Авторы несут полную ответственность за предоставление окончательной версии рукописи в печать.

**Декларация о финансовых и других взаимоотношениях.** Все авторы принимали участие в разработке концепции, дизайна исследования и в написании рукописи. Окончательная версия рукописи была одобрена всеми авторами. Авторы не получали гонорар за исследование.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Амиров, Н.Б. Клиническая эффективность использования лазерной терапии в комплексном лечении язвенной болезни двенадцатиперстной кишки / Н.Б. Амиров // Казанский медицинский журнал. — 2003. — Т. 84, № 3. — С. 169—174.
2. Аруин, Л.И. Helicobacter pylori в этиологии и патогенезе язвенной болезни / Л.И. Аруин // Российские группы по изучению Helicobacter pylori: материалы 7-й сессии. — Н. Новгород, 1998. — С.201.
3. Губергриц, М.М. К клинике язвенной болезни / М.М. Губергриц // Избранные труды. — Киев, 1959. — 158 с.
4. Дасаева, Л.А. Диагностика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и подбор эффективных схем лечения у больных разного возраста / Л.А. Дасаева, В.В. Лопаткина // Российский медицинский журнал. Гастроэнтерология. — 2013. — № 20. — С.23—31.
5. Лапина, Т.Л. Лечение эрозивно-язвенных поражений желудка и двенадцатиперстной кишки / Т.Л. Лапина // Русский медицинский журнал. — 2001. — Т. 9, № 13/14. — С.602—607.
6. Эволюция представлений о диагностике и лечении инфекции Helicobacter pylori (по материалам консенсуса Маастрихт 4, Флоренция, 2010) / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев, С.А. Кочетов // Вестник практического врача. — 2012. — № 1. — С.87—94.

7. Маев, И.В. Современные молекулярно-генетические основы в клинической гастроэнтерологии / И.В. Маев, Е.Г. Петрова // Клиническая медицина. — 2005. — № 5. — С.7—14.
8. Ткаченко, Е.И. Оптимальная терапия язвенной болезни / Е.И. Ткаченко // Клиническая фармакология и терапия. — 1999. — № 1. — С.11—13.
9. Циммерман, Я.С. Гастроэнтерология: руководство / Я.С. Циммерман. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. — 816 с.
10. Циммерман, Я.С. Хронический гастрит и язвенная болезнь / Я.С. Циммерман. — Пермь: ПГМА, 2000. — 256 с.
11. Blaser, V.J. Helicobacter pylori: Balance and imbalance / V.J. Blaser // Eur. J. Gastroenterol. Hepatol. — 1998. — № 10. — P.15—18.

## REFERENCES

1. Amirov NB. Klinicheskaya effektivnost' ispol'zovaniya lazernoi terapii v kompleksnom lechenii yazvennoi bolezni dvenadcatiperstnoi kishki [Clinical effectiveness of laser therapy use in complex treatment of duodenal ulcer] Kazansk. Med. Zhurn [KMJ]. 2003; 84(3): 169-174.
2. Aruin LI. Nelicobacter pylori v jetiologii i patogeneze jazvennoj bolezni [Helikobakter of a pilora in an etiology and pathogenesis of stomach ulcer]. Mater. 7-j sessii Rossijsk Gruppy po izucheniju Helicobacter pylori, N Novgorod [Mater 7th session Russ Groups on studying helicobakter of a pilora, N Novgorod]. 1998; 201.
3. Gubergric MM. K klinike jazvennoj bolezni (1949) [To clinic of stomach ulcer]. Izbrannye trudy [Chosen works]. Kiev. 1959; 158 p.
4. Dasaeva LA, Lopatkina VV. Diagnostika jazvennoj bolezni zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki i podbor jeffektivnyh shem lechenija u bol'nyh raznogo vozrasta [Diagnosis of stomach ulcer of a stomach and duodenum and selection of effective schemes of treatment at patients of different age]. RMZh Gastrojenterologija [RMJ Gastroenterology]. 2013; 20: 23-31.
5. Lapina TL. Lechenie jerozivno-jazvennyh porazhenij zheludka i dvenadcatiperstnoj kishki [Treatment of erosive and ulcer damages of a stomach and duodenum]. Russk. Med. Zhurn [RMJ]. 2001; 9 (13-14): 602-607.
6. Maev IV, Samsonov AA, Andreev DN, Kochetov SA. Jevoljucija predstavlenij o diagnostike i lechenii infekcii Nelicobacterpylori (po materialam konsensusa Maastriht 4, Florencija, 2010) [Evolution of ideas of diagnostics and treatment of an infection of Nelitsobatsterpylori (on consensus materials Maastricht 4, Florence, 2010)]. Vestnik prakticheskogo vracha [Messenger of the practical doctor]. 2012; 1: 87-94.
7. Maev IV, Petrova E.G. Sovremennye molekularno-geneticheskie osnovy v klinicheskoi gastrojenterologii [Modern molecular and genetic bases in clinical gastroenterology]. Klin Med [Clin Med]. 2005; 5: 7-14.
8. Tkachenko EI. Optimal'naja terapija jazvennoj bolezni [Optimum therapy of stomach ulcer]. Klinich Farmakologija i terapija [Clinical Pharmacology and Therapeutics]. 1999; 1: 11-13.
9. Cimmerman JaS. Gastrojenterologija: rukovodstvo — 2-e izd, pererab i dop [Gastroenterology: A Guide — 2nd ed, Rev and additional]. M: GJeOTAR-Media [M: GEOTAR Media]. 2015; 816 p.
10. Cimmerman JaS. Hronicheskij gastrit i jazvennaja bolezni' [Chronic gastritis and peptic ulcer]. Perm': PGMA. 2000; 256 p.
11. Blaser VJ. Helicobacter pylori: Balance and imbalance. Eur J Gastroenterol Hepatol. 1998; 10: 15-18.