

## ЛЕЧЕНИЯ ДИФЛЮКАНОМ БОЛЬНЫХ ГИПОТИРЕОЗОМ В СОЧЕТАНИИ ХРОНИЧЕСКИМ ГАСТРИТОМ

В статье приведенные данные свидетельствует, в том что необходимо включить в стандарты больных гипотиреозом с гастроэнтерологическими проявлениями диагностику НР, диагностику микоза. И при выявлении провести эрадикационную, антимикотическую терапию дифлюканом.

**Ключевые слова:** гипотиреоз, хронический гастрит, микозы желудка, дифлюкан.

Кандидоз пищеварительного тракта в большинстве случаев не является только местной патологией, он может быть первым проявлением распространенной или системной микотической инфекции (Goff J.S., 1988) [1;2].

Микозы желудка, по данным М.А. Шевякова, его доля от всех случаев кандидоза верхнего отдела пищеварительного тракта составляет лишь 5,2%. Гораздо чаще (до 17-30%) Candida spp. находят в биоптатах гастродуоденальных язв, а также при хронических гастритах [2].

Средства подавляющие кислотность, способствует росту грибковую инфекцию [2;3].

Действительно, на фоне нормальной и пониженной кислотности мицелий грибов обнаруживается достоверно чаще.

Флуконазол является наиболее эффективным и безопасным системным антимикотиком, что подтверждено многочисленными многоцентровыми клиническими испытаниями [3;4]. Активным компонентом дифлюкана, является флуконазол, который относится к новому классу триазольных соединений, угнетает биосинтез стеролов мембраны грибковой клетки, нарушает синтез эргостерола, в результате чего ингибируется рост грибов.

Замещение имидазольного кольца триазольным приводит к усилению противогрибкового действия и расширению спектра действия вещества [4;5].

**Материал и методы исследования.** Под нашим наблюдением находилось больных всего 120 человек, из них: 1 группа 80 больных гипотиреозом, 2 группа - 40 человек с хронической гастритом, не имеющие гипотиреоза.

Из 80 больных 67 больных прошли полное обследование и установлены хронический гастрит. Больные гипотиреозом в возрасте от 17 до 69 лет (средний возраст 42,3±4,02 года). Из них у 35 хронические гастриты и у 32 микотические гастриты.

Больные хроническим гастритом без гипотиреоза всего 40 человек. Средний возраст больных составил 44,2±3,24 лет.

При НР ассоциированном гастрите было назначена эрадикационная терапия. Обследовали на кандиды до и после эрадикационной терапии.

Диагностика заболеваний хронического гастрита, эрозивно-язвенных поражений - согласно Хьюстонской классификации 1994 года, классификации Savary-Miller, Передерий В.Г. (1999 г.) соответственно.

**Результаты собственного исследования.** При обследовании нами обнаружены у больных гипотиреозом с хроническим гастритом НР ассоциированного гастрита позволило включить в лечение эрадикационную терапию НР. При этом применяли схему эрадикационной терапией 1 линии (омепразол 20 мг х 2 р, амоксициллин 1000 мг х 2 р, кларитромицин 500 мг х 2 р) в течение 10 дней. Эффективность проводимой терапией контролировалась по динамике симптомов, эндоскопической и морфологической картиной. Эндоскопия с гастробиопсией проводилась через 4 недели после эрадикационной терапией. Динамика оценивалась по скорости купирования боли, активности воспалительного процесса СОЖ.

После проведения лечения наблюдалось уменьшение жалоб на боль и диспептический синдром.

У 5 больных было неэффективно 1 линия эрадикационной терапией, им проводилась 2 линия эрадикационной терапией квадротерапия с применением препаратов висмута (париет 20 мг х 2 р, де-нол 120 мг х 4 р, метронидазол 500 мг х 3 р, кларитромицин 500 мг х 2 р)

При выявлении микотического гастрита проводили лечение препаратом дифлюкан по 100-150 мг х 1 р в день 7-14 дней.

При микотических заболеваниях у флюконазола наилучшая клиническая и лабораторно-подтвержденная эффективность.

При ранжировании у больных гипотиреозом до лечения на 1 месте было слабость (69%), на 2 месте сухость кожи 66,8%. На 3 месте утомляемость 63,4%, на 4 месте отеки языка 63%, на 5 месте склонность к запорам 56,3%. На 6 месте боли в эпигастральной области, на 7 месте одышка 41,2%, на 8 месте головные боли 38,1%, на 9 месте тошнота 35%, на 10 месте боли в сердце 34,6%, на 11 месте вздутие живота 31,3%, на 12 месте головокружение 28,4%, на 13 месте изжога 25%.

Таблица №1 Клиническая характеристика больных гипотиреозом до лечения.

Жалобы	Абс.	%
слабость	46	69
утомляемость	43	63,4
Отеки языка	42	63
сонливость	30	44,6
Сухость кожи	45	66,8
Боли в сердце	23	34,6
Головные боли	26	38,1
Головокружение	19	28,4
одышка	28	41,2
Боли в эпигастральной области	32	47,5
тошнота	24	35
изжога	17	25
Вздутие живота	21	31,3
Склонность к запорам	38	56,3
п	67	

Всем больным НР ассоциированным гастритом было проведено эрадикационная терапия.

При сравнении клинической картины у больных ГТ с микозом и без микоза до лечения у больных гипотиреоз с микозом было более выражено слабость, утомляемость, изжога, вздутие живота и склонность к запорам. Боли в эпигастральной области, сухость кожи были сравнительно одинаково в обеих группах.

После проведенного лечения при контрольном обследовании дрожжевые грибки вновь было обнаружено. При этом у 5 (7,4%) больных было неэффективно эрадикационная терапия 1 линии, тогда мы провели эрадикационную терапию 2 линии (де-нол 120 мг х 4 р, париет 20 мг х 2 р, метронидазол 500 мг х 3

р, кларитромицин 500 мг х 2 р)

Проведение эрадикационной терапией не привели к исчезновению микотического поражения, хотя были эффекты уменьшения боли в эпигастральной области, диспептических явлений. Мы вынуждены были подключить к лечению антимикотический препарат - дифлюкан

В группе гипотиреоз без микоза (без дифлюкана) на стандартной терапией изжога уменьшилась на 3%, склонность к запорам после лечения снизилась на 17,9%. Боли в эпигастральной области снизилась достоверно больше на 34,2% (ОШ 0,34; ДИ 0,12-0,94). Тошнота после лечения снизилась на 20,3% достоверно больше (ОШ 0,33; ДИ 0,11; 0,97). Вздутие живота

достоверно больше снизилась после лечения на 20,8%(ОШ 0,31 ДИ 0,11;0,94). Слабость после лечения снизилась на 14,3%, утомляемость снизилась на 11,4%. Отеки языка уменьшились на 14,3%, сонливость уменьшилась на 11,5%, сухость кожи уменьшилась на 17,2%. Боли в сердце уменьшились на 8,6%,

головные боли после лечения уменьшились на 11,5%, головокружение уменьшилось на 4,7%, одышка уменьшилась на 3,6%, вздутие живота уменьшилось на 6,5%. У всех пациентов получавших лечение дифлюканом были клинические проявления заболевания

Таблица 2 - Клиническая характеристика больных гипотиреозом с микотическим гастритом до и после лечения дифлюканом

Жалобы	До лечения дифлюканом		После лечения дифлюканом		ОШ	ДИ
	Абс.	%	Абс.	%		
слабость	13	72,2	8	44,4	5,2	1,2;21,57*
утомляемость	11	61,1	6	33,3	3,14	0,7;11,04
Отеки языка	11	61,1	8	44,4	1,96	0,5;6,88
Сонливость	8	44	5	27,7	2,08	0,5;7,6
Сухость кожи	12	66,6	7	38,8	3,14	0,7;11,04
Боли в сердце	6	33,3	3	16,6	2,5	0,5;12,1
Головные боли	7	38,8	5	27,7	1,6	0,4;6,19
Головокружение	5	27,2	4	16,6	1,3	0,3;5,59
Боли в эпигастрии	8	44	2	11,1	6,4	1,1;36,4*
Тошнота	6	33	2	11,1	4,0	0,6;23,4*
Изжога	7	38	3	16,6	10,81	1,1;51,09*
Склонность к запорам	10	55,5	5	27,7	3,25	0,8;13,03
одышка	7	38,8	5	27	1,65	0,4;6,7
n	18					

В группе больных гипотиреоз с микозом после лечения дифлюканом боли в эпигастральной области достоверно больше снизилась на 32,9% (ОШ 6,4; ДИ 1,1-36,4 ). Тошнота достоверно больше снизилась на 21,9% ( ОШ 4,0; ДИ 0,6-23,4) Склонность к запорам достоверно больше снизилась после лечения до 27,8% (ОШ 3,25; ДИ0,8;13,3). Слабость после лечения достоверно больше снизилась на 27,8%.( ОШ 5,2; ДИ 1,2-21,57 )Утомляемость после лечения достоверно больше снизилась на 27,8% (ОШ (ОШ3,14; ДИ 0,7-11,04). Сухость кожи после лечения достоверно больше снизилась на 27,8% (ОШ 3,14 ;ДИ0,7-11,04) . Изжога после лечения достоверно больше снизилась на 21,4% (ОШ 10,81; ДИ1,1-51,09) . Отеки языка снизилась на 17%. одышка уменьшилась на 11,8%. В группе больных гипотиреоз с микотическим гастритом без дифлюкана слабость уменьшилась после лечения на 21,4%. Утомляемость снизилась после лечения на 39,4%. Боли в эпигастральной области снизилась после лечения на 21,4% (ОШ 2,75 ДИ 0,52;14,43). Тошнота снизилась на 7,7% (ОШ 1,38 ДИ0,28;6,83) Изжога до лечения 35,7% после лечения снизилась на 14,3% (ОШ 2,03 ДИ 0,37;10,93).Склонность к запорам снизилась до 21,2% (ОШ 2,03 ДИ 0,52;11,92).Сухость кожи снизилась на 21,4%. Сонливость снизилась на 14%.Головные боли снизились на 7,2%.Одышка уменьшилась на 7,2%.Головокружение уменьшилось на 7,1%. Отеки языка после лечения Мы наблюдали что при лечении дифлюканом отмечается более эффективность лечения по сравнению с группой без дифлюкана. Боли в эпигастральной области, тошнота больше снизилась после лечения дифлюканом. В группе с дифлюканом боли в

эпигастральной области достоверно больше снизилась на 11,1% , а в группе без дифлюкана 21,4% (ОШ 0,45 ДИ0,06;3,21 ). Тошнота достоверно больше снизилась в группе ГТ с микозом получающие дифлюкан до 11,1%, в группе без дифлюкана 28,5%( ОШ 0,31 ДИ 0,05 2,03). В группе ГТ с микозом получающие дифлюкан изжога достоверно больше снизилась до 16,6 %, а в группе без дифлюкана до 21,4% (ОШ 0,21 ДИ 0,02;2,34). Слабость в группе получавших дифлюкан до 44,4%, ав группе без дифлюкана до 50% (ОШ 0,5 ДИ0,11;2,09) Утомляемость в группе с дифлюканом 33,3%, в группе без дифлюкана 42,8% (ОШ0,6 ДИ0,15;2,82). Склонность к запорам после лечения дифлюканом до 27,7%, а в группе без дифлюкана на 28,8% что не имело достоверных различий.Сухость кожи после лечения с дифлюканом 38,8%, без дифлюкана 42,8% что не имело достоверных различий. При контрольном эндоскопическом исследовании отмечается уменьшение гиперемии, отечности складок. Контактное кровотечение оболочки желудка после лечения исчезло. У 5(7,4%) больных осталось умеренная гиперемия и отек. После проведения эрадикационной терапии I линией эрозивные поражения у 2(2,9%) несколько уменьшились. У них значительно уменьшился болевой синдром, диспептические явления. В процессе динамического наблюдения ухудшения самочувствия во время лечения дифлюканом не отмечено. Аллергических реакции не наблюдалось.

Таблица 3 - Общий анализ крови больных в группе гипотиреоз с микозом получающие дифлюкан и не получающие дифлюкан до и после лечения

Показатели	ГТ+микоз с дифлюканом 1А(1)		ГТ с микозом без дифлюкана 1А(2)		p
	До лечения	После леч	До лечения	После лечения	
Эр, 10 <sup>12</sup> /л	3,92± 0,1	4,16 ±1,3	3,72±0,1	4,24±1,2	>0,05
Нв, г/л	107,8± 1,2	127,6± 0,4	109,3± 1,4	120±0,8*	
СОЭ мм\ч	7,25 ±2,6	6,9 ±1,7	8,34±1,9	7,9 ±1,6	>0,05
Лейкоциты 10 <sup>9</sup> /л	4,7±0,1	4,8±0,2	5,1±0,4	4,9±0,2	>0,05
Сыв жел Мкмоль\л	8,26 ±0,34	11,29±0,2	7,64±0,62	11,24±0,46	>0,05

При анализе показателей крови в группе гипотиреоз с микотическим гастритом получающие дифлюкан показатели эритроцитов до лечения 3,92± 0,1, после лечения отмечается

достоверное повышение показателей до 4,16 ±1,3. Показатели Нв до лечения 107,8± 1,2, после лечение отмечалось достоверное повышение показателей до 127,6± 0,4. Показатели

сывороточного железа до лечения  $8,26 \pm 0,34$ , после лечения достоверно повысились до  $11,29 \pm 0,2$ . Показатели СОЭ до лечения  $7,25 \pm 2,6$ , достоверно не различались от показателей после лечения  $6,9 \pm 1,7$ . Показатели лейкоцитов до лечения  $4,7 \pm 0,1$  достоверно не различались от показателей после лечения  $4,8 \pm 0,2$ .

В группе больных гипотиреоз с микотическим гастритом не получающие дифлюкан до лечение Эр  $3,72 \pm 0,1$ , после лечение

повысилось до  $4,24 \pm 1,2$ . До лечение показатели Нв  $109,3 \pm 1,4$  после лечение повысились до  $120 \pm 0,8$ . Показатели сывороточного железа до лечения  $7,64 \pm 0,62$  достоверно не различались от показателей после лечения  $11,24 \pm 0,46$ . Показатели СОЭ до лечения  $8,34 \pm 1,9$ , достоверно не различались от показателей после лечения  $7,9 \pm 1,6$ . Показатели лейкоцитов до лечения  $5,1 \pm 0,4$  достоверно не различались от показателей после лечения  $4,9 \pm 0,2$ .

Таблица №4 Показатели крови у больных хроническим гастритом с микозом и без микоза

Показатели	ХГ с микозом П А		ХГ без микоза П Б		р
	До леч-я	После леч.	До леч-я	После леч.	
Эр $10^{12}$ /л	$4,02 \pm 0,1$	$4,16 \pm 0,2$	$4,2 \pm 0,1$	$4,3 \pm 1,4$	$>0,05$
Нв, г/л	$118,5 \pm 0,9$	$123 \pm 1,8$	$122,7 \pm 1,7$	$126 \pm 1,8$	$>0,05$
СОЭ мм/ч	$5,7 \pm 1,9$	$4,91 \pm 1,6$	$6,42 \pm 1,05$	$5,92 \pm 1,7$	$>0,05$
Лейкоциты $10^9$ /л	$5,3 \pm 0,6$	$4,9 \pm 0,3$	$5,6 \pm 0,7$	$5,1 \pm 0,2$	$>0,05$

В группе ХГ с микозом до лечение показатели Эр  $4,02 \pm 0,1$  достоверно не различались от аналогичного показателя после лечения  $4,16 \pm 0,2$ . Показатели Эр П Б группы до лечения  $4,2 \pm 0,1$  не имело достоверных различий от аналогичных показателей после лечения  $4,3 \pm 1,4$ .

Показатели гемоглобина П А группы до лечения  $118,5 \pm 0,9$  не имело достоверных различий от показателей после лечения  $123 \pm 1,8$ . Уровень Нв П Б группы до лечения  $122,7 \pm 1,7$  достоверно не различался от аналогичных показателей после лечения  $126 \pm 1,8$ .

Показатели СОЭ до лечения П А группы  $5,7 \pm 1,9$  достоверно не различались от показателей после лечения  $4,91 \pm 1,6$ . Аналогичные показатели СОЭ П Б группы  $6,42 \pm 1,05$ , достоверно не различались от показателей после лечения

$5,92 \pm 1,7$ . Показатели лейкоцитов до лечения в группе ХГ с микозом  $5,3 \pm 0,6$  достоверно не различались от показателей после лечения  $4,9 \pm 0,3$ .

В группе ХГ без микоза показатели лейкоцитов до лечения  $5,6 \pm 0,7$ , достоверно не различались от показателей после лечения.

Гормоны щитовидной железы в группе ГТ с микозом получающие дифлюкан уровень ТТГ до лечения  $18,37 \pm 0,59$  после проведенного лечения достоверно снизилось до  $9,41 \pm 0,53$ . Во второй подгруппе показатели ТТГ до лечения  $17,52 \pm 1,82$  достоверно снизилось после лечения до  $10,42 \pm 1,23$ . Показатели обеих групп были достоверно выше показателей контрольной группы  $2,45 \pm 0,65$  ( $p < 0,001$ ).

Показатели АТПО до лечения в 1 подгруппе  $66,75 \pm 6,43$  после лечения достоверно снизилось до  $47,04 \pm 5,23$ . Во 2 подгруппе показатели АТПО до лечения  $63,47 \pm 4,82$  достоверно не различались с аналогичным показателем после лечения  $57,72 \pm 4,53$ . Оба этих показателя достоверно выше от аналогичного показателя контрольной группы  $19,36 \pm 2,57$  ( $p < 0,001$ ).

Уровень Т4 свободный в 1 подгруппе  $15,42 \pm 1,74$  было достоверно ниже по сравнению с показателями после лечения  $21,03 \pm 1,71$ . Во второй подгруппе уровень Т4 ( $16,56 \pm 1,26$ ) до лечения было достоверно ниже от аналогичного показателя после проведенного лечения ( $21,31 \pm 1$ ).

Морфологическое исследование биоптатов слизистой оболочки желудка у больных гипотиреозом показало наличие характерных признаков гастрита у всех исследованных больных. Оценку глубины поражения слизистой оболочки желудка проводили, используя рекомендации Масевича Ц.Г. (1967)

При гистологическом исследовании у больных поверхностным гастритом наблюдали нарушение секреции слизи и умеренно выраженную мононуклеарную инфильтрацию.

При НР ассоциированном гастрите до лечения обнаружили на слизистой оболочке самих НР. Эпителий на котором лежат НР несколько уплощен, Наблюдалось инфильтрация полиморфно-ядерными лейкоцитами.

При гастрите с поражением желез наблюдали уменьшение слизеобразования эпителием, снижение его функциональной активности.

У больных гипотиреозом с атрофическим гастритом выявили уменьшение числа желудочных желез, что можно связать с торможением процессов регенерации. Наблюдала истончение толщины слизистой оболочки, уплощение поверхностного эпителия; смещение ядер к апикальной части

клеток. Видно значительное расширение желудочных ямок.

Явная распространенность гастрита, установили, что у больных гипотиреозом с длительным течением заболевания воспалительные изменения были и в антральном и в фундальном отделах, то есть пангастрит,

У больных активный хронический гастрит характеризуется инфильтрацией полиморфно-ядерными лейкоцитами эпителия и собственной пластинки на фоне свойственной хроническому гастриту инфильтрации плазматическими клетками и лимфоцитами.

При 1 степени имеется умеренная лейкоцитарная инфильтрация собственной пластинки слизистой оболочки.

В отдельных полях зрения обнаруживали микроэрозии поверхностного эпителия с нарушением муцинообразования, что морфологически подтверждалось уменьшением количества зерен и капель муцина в цитоплазме клеток. На поверхности эрозированной слизистой отмечали наложения фибрина. Отмечали фовеолярную гиперплазию.

Глубокие острые эрозий дно их покрыто слизью и фибрином, инфильтративными полиморфно-ядерными лейкоцитами, видны отек

После проведения эрадикационной терапии у больных гипотиреозом неатрофическим НР ассоциированным гастритом снижается инфильтрация эпителия, и собственной пластинки слизистой оболочки желудка полиморфно-ядерными лейкоцитами. Также снижается инфильтрация лимфоцитами и плазмой

Как показали наши исследования не всем больным эрадикационная терапия 1 линии оказался эффективным. В связи с чем 7,6% больным необходимо было провести эрадикационную терапию 2 линии (париет 20 мг х 2 р, де-нол 120 мг х 4 р, метронидазол 500 мг х 3 р, кларитромицин 500 мг х 2 р).

У больных гипотиреозом на стандартной терапии боли в эпигастральной области снизилось достоверно больше на 34,2% (ОШ 0,34; ДИ 0,12-0,94). Тошнота после лечения снизилась на 20,3% достоверно больше (ОШ 0,33; ДИ 0,11; 0,97). Вздутие живота достоверно больше снизилось после лечения на 20,8% (ОШ 0,31 ДИ 0,11; 0,94). Слабость после лечения снизилась на 14,3%, утомляемость снизилась на 11,4%. Отеки языка уменьшились на 14,3%, сонливость уменьшилась на 11,5%, сухость кожи уменьшилась на 17,2%. Боли в сердце уменьшились на 8,6%, головные боли после лечения уменьшились на 11,5%, головокружение уменьшилась на 4,7%, одышка уменьшилась на 3,6%, вздутие живота уменьшилась на 6,5%.

При исследований при выявлении микоза, необходимо подключить к лечению антимикотический препарат - дифлюкан.

После проведения эрадикационной терапии эрозивные поражения исчезли. Значительно уменьшился болевой синдром, диспептические явления.

Боли в эпигастральной области, тошнота больше снизилось после лечения дифлюканом. В группе с дифлюканом боли в эпигастральной области достоверно больше снизилось на 11,1%, а в группе без дифлюкана 21,4% (ОШ 0,45 ДИ 0,06; 3,21). Тошнота достоверно больше снизилась в группе ГТ с микозом получающие дифлюкан до 11,1%, в группе без дифлюкана 28,5% (ОШ 0,31 ДИ 0,05 2,03).

В группе ГТ с микозом получающие дифлюкан изжога

достоверно больше снизилась до 16,6 %, а в группе без дифлюкана до 21,4% (ОШ 0,21 ДИ 0,02;2,34). Слабость в группе получавших дифлюкан до 44,4%, а в группе без дифлюкана до 50% (ОШ 0,5 ДИ 0,11;2,09)

Утомляемость в группе с дифлюканом 33,3%, в группе без дифлюкана 42,8% (ОШ 0,6 ДИ 0,15;2,82). Склонность к запорам после лечения дифлюканом до 27,7%, а в группе без дифлюкана на 28,8% что не имело достоверных различий. Сухость кожи после лечения с дифлюканом 38,8%, без дифлюкана 42,8% что не имело достоверных различий

При контрольном эндоскопическом исследовании отмечалось уменьшение гиперемии, отечности складок. Контактное кровотечение оболочки желудка после лечения исчезла. У 5 больных осталось умеренная гиперемия и отек.

При проведении эрадикационной терапии НР 24(35%) больным. При контрольном цитологическом исследовании у 5 больных повторно были выявлены НР и мы провели эрадикационную терапию 2 линий. При контрольном цитологическом исследований НР не обнаружили.

После проведения эрадикационной терапии эрозивные поражения исчезли. Значительно уменьшился болевой синдром, диспептические явления.

При контрольном цитологическом исследовании из 32 больных

микотическим гастритом с применением дифлюкана оказалось эффективным у 26(82%) больных. При повторном цитологическом исследований у 6(18%) больных были дрожжевые грибки и мы этим больным провели 2 курс лечения дифлюканом (100мгх1 р 7 дней). После лечения при контрольном цитологическом исследований у 2 больных остались дрожжевые грибки препарат оказался неэффективным у 2 больных(6%).

И так мы наблюдали, что при лечении дифлюканом отмечается более эффективное лечения по сравнению с группой без дифлюкана. Боли в эпигастральной области, тошнота, изжога, слабость, утомляемость, сухость кожи, склонность к запорам достоверно больше снизилась после лечения дифлюканом. А у больных гипотиреозом без микоза отмечалось достоверное снижение боли в эпигастральной области, тошноты, вздутие живота. После проведения эрадикационной терапии эрозивные поражения исчезли. Значительно уменьшился болевой синдром, диспептические явления.

Таким образом необходимо включить в стандарты больных гипотиреозом с гастроэнтерологическими проявлениями диагностику НР, диагностику микоза. И при выявлении провести эрадикационную, антимикотическую терапию дифлюканом.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. В.А.Орлов, Т.Г.Сутеева, О.В.Кагарлицкий, А.Я.Малкина О кандидозном поражений слизистой оболочки желудка при язвенной болезни // Клиническая медицина. - 1988. -Т.66. - №5. -С.71-74
2. Шевяков М.А., Мирзабалаева А.К. Диагностика и лечение кандидоза слизистых оболочек пищеварительного и урогенитального трактов// Антибиотики и химиотерапия. - 2002. - №47.4 - С.24-27
3. Бутова С.А., Бирюкова Н.Н Применение дифлюкана в микологии.// ВДВ.-1994. - №2. - С.25-26
4. Адаскевич В.П. Дифлюкан – новый эффективный препарат для лечения грибковых инфекций// Медицинские новости, 1998. - №10, С.44-46.
5. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Кандидоз. Природа инфекции, механизмы агрессии и защиты, лабораторная диагностика, клиника и лечение.// М.: Триада –Х. 2000. – 472 с.

**С.А.АТАНТАЕВА, А.Б.НУРАХМЕТОВА., Г.Б.ӘБДІХАЛЫҚОВА**

*С.Д.Асфендияров атындағы ҚазҰМУ №1ішкі аурулар кафедрасы*

#### СОЗЫЛМАЛЫ ГАСТРИТПЕН ЖҮРЕТІН ГИПОТИРЕОЗ НАУҚАСТАРЫН ДИФЛЮКАНМЕН ЕМДЕУ

**Түйін:** Гипотиреоз науқастарында Хеликобактерлік гастритті анықтағанда еміне НР эрадикациялық емін қосу. Бұл кезде эрадикациялық емнің 1 жобасын, ал одан нәтиже болмаған жағдайда 2 жобасын қолдану. Микотикалық гастритті анықтаған жағдайда дифлюканмен емдеу. Сонымен біз дифлюканмен емдеген кезде емнің нәтижесі дифлюкан қолданбаған топпен салыстырғанда эффективті әлдеқайда жоғары болды.

Сонымен стандартқа гипотиреоз науқастарының гастроэнтерологиялық көріністерінде НР диагностикасын, микоздың диагностикасын енгізу керек. НР анықтағанда эрадикациялық емді жүргізу, ал микозды анықтаған жағдайда антимикотикалық емді дифлюканмен жүргізу.

**Түйінді сөздер:** гипотиреоз, созылмалы гастрит, асқазан микозы, дифлюкан.

**S.A.ATANTAEVA, A.B. NURAHMETOVA., G.B. ABDIHALIKOVA**

*KazNMU Department of internal Diseases № 1*

#### TREATMENT OF PATIENTS SUFFERING WITH GYPOTERIOSIS IN COMBINATION WITH CHRONIC GASTRITIS WITH DYFLUKAN

**Resume:** At revealing at patients with gypoteriosis HP the associated gastritis has allowed to include in treatment eradication therapy HP. Thus applied the circuit eradication therapies of 1 lines, at not efficacy 2 lines. At revealing micotical gastritis carried out(spent) treatment by a preparation diflukan. And so we observed, that at treatment with diflukan more effective is marked treatments in comparison with group without diflukan.

Thus it is necessary to include in standards of patients GT with gastroenterological displays diagnostics HP, diagnostics of a mycosis. And at revealings HP to lead eradication therapy. And at establishments of a mycosis to lead antimicotical therapy with diflukan.

**Keywords:** gypoteriosis, chronic gastritis, micosis of stomach, diflycan