

БЕРБЕРИС-ПЛЮС

Результаты клинических исследований препаратов, применяемых при заболеваниях пищеварительной системы.

Заболевания желчевыводящих путей (ЖВП) являются одними из самых распространенных заболеваний пищеварительной системы. В настоящее время показатели распространенности болезней желчевыводящих путей колеблются от 26,6 до 45,5 на 1000 населения. По данным кафедры гастроэнтерологии ВМА, дискинезии желчевыводящих путей встречаются у 30–40%, а аномалии желчного пузыря — у 20–25% лиц в общей популяции [Бацков С.С. и соавт., 1996].

В развитии заболеваний ЖВП принимают участие как патогенные факторы внешней среды (нарушения экологии, стрессовые ситуации), так и особенности функционального состояния организма (вегетативный тонус и реактивность). Неблагоприятное сочетание этих факторов приводит к нарушению психологических и вегетативных функций, которое, по мнению ряда авторов, является ранним признаком формирования заболевания.

Согласно последней Международной классификации вместо термина «функциональные заболевания билиарного тракта» (Римский консенсус, 1999), принят термин **«дисфункциональные расстройства билиарного тракта»**. При этом, независимо от этиологии, их принято подразделять на два типа:

- дисфункция желчного пузыря (ЖП);
- дисфункция сфинктера Одди.

В последней Международной классификации болезней (МКБ–10) выделены только «дискинезия желчного пузыря и желчного протока» – под рубрикой K82.8 и «спазм сфинктера Одди» – под рубрикой K83.4. Возникновению дискинезии способствуют нарушения центральной и вегетативной нервной системы (неврозы, дисэнцефальные расстройства, выраженная ваготония и др.), эндокринные нарушения (особенно щитовидной железы и яичников), хронический аднексит, аппендицит, изменение равновесия между продукцией холецистокинина и антихолецистокинина, общий аллергоз, перенесенный гепатит и др.

Различают гиперкинетическую (гипертоническая) и гипокинетическую (гипотоническая) формы дискинезии.

При гиперкинетической форме дисфункции желчного пузыря и/или гипертонической форме дисфункции сфинктера Одди периодически в правом подреберье появляются коликоподобные боли с иррадиацией в спину, под правую лопатку, правое плечо, усиливающиеся при глубоком вдохе. Боли носят кратковременный характер и возникают обычно после погрешности в диете, при приеме холодных напитков, физической нагрузке, стрессовых ситуациях, редко – ночью. Из общих симптомов можно отметить похудание, раздражительность, повышенную утомляемость, потливость, головные боли, тахикардию.

При гипокинетической и гипотонической дисфункции билиарного тракта отмечаются тупые боли в правом подреберье, ощущения давления, распирания, усиливающиеся при наклоне туловища. Частыми симптомами являются тошнота, горечь во рту, вздутие живота, запоры, избыток массы тела. Диагноз устанавливается на основании клинических проявлений при отсутствии признаков органического поражения желчных путей.

Помогает дуоденальное зондирование, которое дает возможность разграничить нарушения тонуса и сократительно-эвакуаторной функции желчного пузыря, состояния сфинктерного аппарата внепеченочных желчных путей. Холецистографией выявляются интенсивная тень желчного пузыря, замедленное или ускоренное опорожнение его.

Иногда отмечается опущение или увеличение размеров желчного пузыря, но без деформации и других органических изменений.

Основная цель лечения больных дисфункциональными расстройствами билиарного тракта состоит в восстановлении нормального тока желчи и секрета поджелудочной железы по билиарным и панкреатическим протокам.

До сих пор в системе лечебных мероприятий заметную роль играет диетотерапия. Общим ее принципом является режим питания с частыми приемами небольшого количества пищи (5–6-разовое питание), что способствует нормализации давления в двенадцатиперстной кишке и регулирует опорожнение ЖП и протоковой системы.

Из числа лекарственных препаратов, влияющих на моторную функцию желудочно–кишечного тракта, при дисфункциональных билиарных расстройствах используют: *антихолинэргические средства, нитраты (нитроглицерин, нитросорбид), блокаторы кальциевых каналов, миотропные спазмолитики, интестинальные гормоны (ХЦК, глюкагон), холеретики, холекинетики, прокинетики.*

Наконец, иногда при лечении гипофункции ЖП могут применяться лекарственные средства, уменьшающие воспаление и висцеральную гиперальгезию (нестероидные противовоспалительные препараты, трициклические антидепрессанты в низких дозах). По всей видимости, сохраняет свою роль в лечении дискинезии (гипокинезии) ЖП и холецистэктомия. Однако решать вопрос о хирургическом вмешательстве следует очень взвешенно, так как показания к холецистэктомии имеют относительный характер, а конечный результат всегда непредсказуем.

Профилактика состоит в создании условий для хорошего оттока желчи и улучшении регуляторных механизмов желчевыделения: лечение невротических расстройств, чередование труда и отдыха, устранение конфликтных ситуаций, достаточный сон, пребывание на свежем воздухе, занятия гимнастикой и спортом, четырехразовый прием пищи в одно и то же время, регулярное опорожнение кишечника.

Наряду с большим арсеналом различных лекарственных, хирургических методов лечения заболеваний желчевыводящих путей вопрос поиска новых эффективных методов лечения данной патологии остается открытым. В комплексной терапии дискинезии желчевыводящих путей свою нишу занимают и гомеопатические препараты.

Для оценки эффективности одного из них «**Берберис-плюс**» проведено данное исследование.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка клинической эффективности, безопасности и переносимости препарата «Берберис-Плюс» при назначении его для лечения дискинезии желчевыводящих путей, хронического бескаменного холецистита (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ ФОРМА ПРЕПАРАТА «БЕРБЕРИС-ПЛЮС»

Гранулы гомеопатические

ХАРАКТЕРИСТИКА ПРЕПАРАТА «БЕРБЕРИС-ПЛЮС»

В состав «Берберис-Плюс» входят 5 широко применяемых гомеопатических монопрепаратов: барбарис обыкновенный (*Berberis vulgaris*) С3, одуванчик лекарственный (*Taraxacum officinale*) С3, чилибуха рвотная (*Strychnos Nux-vomica*) С3, подофил

щитовидный (*Podophyllum peltatum*) СЗ, чистотел большой (*Chelidonium majus*) СЗ, а также кальция карбонат по Ганеманну (*Calcium carbonicum Hahnemanni*) С30.

Все перечисленные монопрепараты включены в Номенклатуру однокомпонентных (простых) гомеопатических лекарственных средств, разрешенных к медицинскому применению на территории РФ; они хорошо дополняют друг друга с учетом положений о совместимости гомеопатических монопрепаратов и безопасности комплексных гомеопатических препаратов, обеспечивая в совокупности хороший терапевтический эффект при дискинезии желчевыводящих путей, хроническом холецистите.

СТРУКТУРА ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика исследования

Открытое сравнительное исследование с формированием основной и контрольной групп.

Исследование проводилось в двух клиниках:

- В ГУНИИ кардиологии ТНЦ СОРАМН

- В Томском Военно-медицинском институте

Число и характер больных

Исследование проводилось на базе клиники НИИ кардиологии. В каждую группу включено по 30 человек с установленным диагнозом дискинезия желчевыводящих путей, хронический бескаменный холецистит (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

ОТБОР БОЛЬНЫХ

Критерии включения в исследование

- Лица мужского и женского пола в возрасте от 18 до 65 лет;
- Установленный диагноз дискинезии желчевыводящих путей;
- Установленный диагноз хронического бескаменного холецистита легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии или их сочетания;
- Подписанная пациентом форма информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования

- неспособность пациента адекватно воспринять инструкцию исследователя по процедуре исследования;
- острый холецистит;
- хронический калькулезный холецистит;
- тяжелая форма хронического бескаменного холецистита и/или стадия обострения;
- использование в течение шести последних месяцев цитостатиков, иммунодепрессантов и кортикостероидов (системно или местно);
- прием других лекарственных средств по поводу основного заболевания и невозможность отмены на период исследования;

- тяжелые соматические заболевания в анамнезе (тяжелые сердечно-сосудистые заболевания, почечная и/или печеночная недостаточность, онкологические заболевания);
 - индивидуальная повышенная чувствительность к отдельным компонентам препарата в анамнезе;
 - беременность, кормление грудью, а также женщины фертильного* возраста, не соблюдающие адекватные методы контрацепции, и женщины, планирующие беременность на период проведения исследования;
 - имеющиеся признаки опасного, острого инфекционного заболевания.
- Фертильными считаются женщины в периоде от первой менструации до конца одного года после последней менструации.*

Блок-схема исследования препарата «Берберис-Плюс»

Процедуры	Визит 1 (В1)	Визит 2 (В2)	Визит 3 (В3)
Неделя обследования	1	4	8
Информированное согласие	X		
Критерии включения / исключения	X		
Демографические данные	X		
Анамнез	X		
Оценка интенсивности симптомов и жалоб пациентов*	X	X	X
Осмотр больного**	X	X	X
Ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков***	X		X
Общий анализ крови****	X		X
Биохимический анализ крови*****	X		X
Побочные эффекты		X	X
Передача пациенту исследуемого препарата («Берберис-Плюс»)	X		
Контроль соблюдения пациентом режима дозирования		X	X
Возврат неиспользованного остатка препарата «Берберис-Плюс»			X

*оценка состояния пациента по 4-х балльной шкале (боль в правом подреберье, чувство тяжести в правом подреберье, горький привкус во рту, тошнота, рвота, метеоризм, запор, диарея, характер кала);

**пальпация живота с определением участков гиперестезии, болезненности в правом подреберье, пальпируемости желчного пузыря, симптомов Кера и Ортнера;

***размеры, толщина стенки желчного пузыря, эхогенность, размеры желчных протоков;

****лейкоциты, нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты, СОЭ;

*****холестерин, триглицериды, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, щелочная фосфатаза.

СХЕМА ЛЕЧЕНИЯ

Схема лечения в основной группе

Гомеопатический препарат «Берберис-плюс» назначали по 8 гранул 5 раза в день сублингвально за 20 минут до еды или 1 час после еды в течение 8 недельного курса.

Схема лечения в контрольной группе

Проводилась стандартная терапия препаратом аллохол. Курс лечения 8 недель. Режим дозирования: по 2 таблетки 3 раза в день после еды.

Сопутствующее лечение

Всем больным как основной, так и контрольной групп в сочетании с приемом препарата была показана диетотерапия, физиотерапия (диадинамические токи, ультразвук, аппликации парафина на область правого подреберья), ЛФК (утренняя гимнастика и дозированная ходьба), при стойком болевом синдроме - прием но-шпы по 40 мг (1 таблетка)

ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРЕПАРАТА

Эффективность препарата «Берберис-Плюс» оценивалась через 4 и 8 недель после начала лечения:

- на каждом визите определяется интенсивность симптомов и жалоб больного, осмотр больного (пальпация живота);
- на первом и финальном визитах: ультразвуковое исследование желчного пузыря и желчных протоков и биохимический анализ крови (холестерин, триглицериды, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, щелочная фосфатаза).

ОЦЕНКА БЕЗОПАСНОСТИ ПРЕПАРАТА

Безопасность применения препарата «Берберис-Плюс» в суточных и курсовых дозах, рекомендуемых инструкцией, оценивалась на основании данных об имевших место нежелательных явлениях с учетом субъективных (жалобы больного), объективных (осмотр больного, пальпация живота) данных и показателей общего анализа крови: лейкоциты, нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты, СОЭ. Каждое нежелательное явление, если бы такое возникло должно было оцениваться врачом с точки зрения степени тяжести и связи с применением исследуемого препарата. В зависимости от наличия и выраженности нежелательных явлений выносилось заключение о безопасности препарата.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ ЭФФЕКТИВНОСТИ

- «Отличная» исчезновение всех симптомов заболевания, нормализация показателей объективных, лабораторных и инструментальных исследований;
- «Хорошая» улучшение самочувствия, регрессия симптоматики, положительная динамика показателей объективных, лабораторных инструментальных исследований;

«Удовлетворительная» незначительное улучшение общего состояния и умеренно положительная динамика показателей объективных, лабораторных и инструментальных исследований;

«Отсутствие эффекта» невозможность оценить эффект, а также в случае досрочного прекращения лечения.

КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ БЕЗОПАСНОСТИ

- «БЕЗ ПОБОЧНЫХ ЭФФЕКТОВ»
- «С НЕЗНАЧИТЕЛЬНЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ»
- «С СЕРЬЕЗНЫМИ ПОБОЧНЫМИ ЭФФЕКТАМИ»

ХАРАКТЕРИСТИКА КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ПАЦИЕНТОВ.

В открытое сравнительное исследование были включены 60 больных с установленным диагнозом дискинезии желчевыводящих путей и хронического бескаменного холецистита в соответствии с критериями включения и исключения пациентов в исследование, подписавших информированное согласие на участие в исследовании и выполнении его требований.

Пациенты были случайным образом разделены на 2 группы: основную (n = 30) и контрольную (n = 30), которые не отличались по клиничко-динамическим и социально-демографическим показателям. Основную группу составили 16 женщин и 14 мужчин в возрасте от 35 до 65 лет, средний возраст $52,8 \pm 4,6$ лет. В контрольную группу вошли 17 женщин и 13 мужчин в возрасте от 41 года до 64 лет, средний возраст $54,1 \pm 3,9$ лет. Длительность заболевания $11,3 \pm 2,4$ лет в основной и $12,6 \pm 1,8$ лет в контрольной группах.

Дискинезия желчновыводящих путей была выявлена у 8 (26,7 %) пациентов, принимавших препарат «Берберис-плюс», и у 9 (30 %) – контрольной группы. У 22 (73,3 %) больных основной и у 21 (70 %) – контрольной групп диагностирован хронический бескаменный холецистит средней степени тяжести в стадии стихающего обострения.

Сопутствующая патология: ишемическая болезнь, стенокардия напряжения II функционального класса выявлена у 16 пациентов, язвенная болезнь желудка – у 1, артериальная гипертония I-II стадии – у 22 больных основной группы. Подробная характеристика больных представлена в табл. 1.

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных (M±m)

Показатели	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Средний возраст, лет	52,8±4,6		54,1±3,9	
Мужчины	14	46,7	12	40
Женщины	16	53,3	18	60
Стенокардия	16	53,3	14	46,6

Артериальная гипертензия	22	73,3	24	80
Язвенная болезнь желудка	1	3,3	2	6,7
Язвенная болезнь 12 перстной кишки	2	6,7	1	3,3
Сахарный диабет II типа	3	10	1	3,3
Курение	6	20	4	13,3
Хронический панкреатит	2	6,7	3	10

В основной группе больные получали курс монотерапии гомеопатическим лекарственным средством «Берберис-плюс», по 8 гранул 5 раз в день сублингвально за 20 минут до еды или через 1 час после еды в течение 8 недель. Других желчегонных препаратов больные основной группы не принимали. Четырем пациентам назначали спазмолитическую терапию (но-шпа 40 мг 2 раза в день, в течение 3 дней). В контрольной группе пациентам в качестве желчегонных препаратов назначали аллохол в стандартной дозировке по 2 таблетке 3 раза в день после еды, 5 больным была также назначена спазмолитическая терапия (но-шпа 40 мг 2 раза в день, в течение 3 дней). Медикаментозная терапия проводилась согласно общепринятым показаниям и противопоказаниям. Всем больным как в основной, так и в контрольной группе назначалась диетотерапия, физиотерапия, ЛФК.

Эффективность, переносимость и безопасность препарата «Берберис-плюс» оценивалась в соответствии с критериями оценки эффективности и безопасности по динамике интенсивности симптомов заболевания и жалоб больного, таких как боль в правом боку, чувство тяжести в правом подреберье, горький привкус во рту, тошнота, рвота, метеоризм, запор, диарея, чередование запора и поноса, неоформленный стул, обесцвеченный кал по 4-х бальной шкале от 0 (отсутствие симптома) до 3 (сильно выраженные); по данным осмотра больного (пальпация живота) с использованием 2-х бальной шкалы (1-отсутствие симптома, 2-наличие симптома); динамике клинического и биохимического анализов крови. При биохимическом исследовании крови определяли холестерин, триглицериды, общий билирубин, прямой билирубин, непрямо билирубин, щелочную фосфатазу. У всех больных проводилось ультразвуковое исследование (УЗИ) желчного пузыря. Определяли размеры желчного пузыря, толщину стенки желчного пузыря, эхогенность, размеры желчных протоков.

Контроль за приемом препарата, состоянием больного, нежелательными явлениями проводили при рекомендованных пациенту визитах (через 4 и 8 недель лечения). Регистрация лабораторных и ультразвуковых данных осуществлялась до начала и на 56-й день (8 неделя) лечения.

Полученные результаты обработаны в программном пакете «STATISTICA 6.0». Данные представлены в виде $M \pm m$, где M - среднее арифметическое значение, m - ошибка средней арифметической. Предварительно проводилась оценка на нормальность распределения данных. Для определения достоверности различия средних величин использовался t -критерий Стьюдента. Для сравнения разных групп пациентов использовался непараметрический критерий Mann-Whitney. Статистически значимое различие считались при $p < 0,05$.

Результаты исследования

Анализ данных проводился исходя из допущения, что все больные получали предписанное лечение. Полный 8-недельный курс терапии закончили все пациенты.

Под влиянием лечения как в основной («Берберис-плюс», так и в контрольной (аллохол) группах отмечено улучшение уже на 4-ой неделе (2-ой визит). До лечения все пациенты обеих групп предъявляли жалобы на боль в правом подреберье, чувство тяжести в правом подреберье. Тошноту отмечали 10 больных основной и 8 – контрольной группы,

привкус горечи во рту – 14 и 13, метеоризм – 16 и 12, запоры отмечены у 9 и 7, чередование запора и поноса, неоформленный стул наблюдались в единичных случаях, обесцвеченный кал ни у кого не определялся.

Жалобы на боль в правом подреберье после 4-недельного лечения сохранялись у 20 пациентов каждой группы, более выраженная боль определялась в контрольной группе (24 балла). На 8 неделе наблюдения жалобы на боль в правом подреберье слабой интенсивности сохранялись у 3 больных, принимавших "Берберис плюс" и у 5 больных на фоне лечения аллохолом. Интенсивность боли в правом подреберье в обеих группах статистически достоверно уменьшилась (на 62,3 % в основной и на 50 % контрольной; $p < 0,001$; $p < 0,05$), см. табл.2.

Чувство тяжести в правом подреберье определялось у всех пациентов при втором визите, но выраженность этой жалобы, оцененной по 4-бальной шкале уменьшилась в основной и контрольной группах на 48,8% и 37,3 % соответственно, изменения носили достоверный характер ($p < 0,01$; $p < 0,001$). Во время третьего визита чувство тяжести сохранялось у 11 (36,7%), больных основной группы с интенсивностью 11 баллов и у 15 (50 %) контрольной группы с интенсивностью 17 баллов.

У 5 (50 %) пациентов основной и у 3 (37,5 %) контрольной групп исчезла тошнота. При анализе интенсивности тошноты с использованием бальной шкалы выявлены достоверные изменения ($p < 0,01$) в основной группе. В конце лечения тошнота, оцениваемая в 1 балл сохранялась у 3 и 2 пациентов анализируемых групп соответственно.

На фоне лечения ко второму визиту горький привкус во рту исчез у 5 (35,7%) наблюдавшихся больных основной группы и у 4 (30,8 %) контрольной группы. В конце лечения жалобы на горький привкус во рту сохранялись у 3 пациентов основной и у 2 пациентов контрольной групп. Изменения носили достоверный характер ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

Жалоб на метеоризм не стало у 13 (81,3%) и у 8 (66,7%) пациентов обследованных групп соответственно ($p < 0,01$; $p < 0,05$).

На фоне лечения в основной группе стул нормализовался (не стало запоров) у 7 (77,8%) и в контрольной - у 4 (57,1 %) человек ($p < 0,05$; $p < 0,05$).

Диарея, чередование запора и поноса, неоформленный стул наблюдались только у отдельных больных (у 1, 3, 4 соответственно основной и у 3 пациентов контрольной групп были жалобы на наличие неоформленного стула). В конце лечения чередование запора и поноса сохранялось у одного больного, неоформленный стул сохранялся также у одного больного основной группы, в контрольной группе жалобы на наличие неоформленного стула наблюдались у 2 пациентов.

Таблица 2

Динамика анализируемых симптомов заболевания (М ± м)

Анализируемые показатели	До лечения	На фоне лечения	P
Боль в правом подреберье (1)	1,8 ± 0,3	0,7 ± 0,1	< 0,001
(2)	1,6 ± 0,2	0,8 ± 0,1	< 0,05
Чувство тяжести в правом подреберье (1)	2,0 ± 0,3	1,0 ± 0,1	< 0,01
(2)	2,2 ± 0,2	1,4 ± 0,1	< 0,001
Горечь во рту (1)	0,7 ± 0,1	0,3 ± 0,1	< 0,01
(2)	0,6 ± 0,2	0,3 ± 0,1	< 0,05
Тошнота (1)	0,6 ± 0,1	0,2 ± 0,1	< 0,01
(2)	0,6 ± 0,2	0,3 ± 0,1	> 0,1

Метеоризм	(1)	1,0 ± 0,2	0,1 ± 0,1	< 0,001
	(2)	1,4 ± 0,3	0,6 ± 0,2	< 0,05
Запор	(1)	0,4 ± 0,1	0,1 ± 0,1	< 0,05
	(2)	0,7 ± 0,2	0,3 ± 0,1	< 0,05

(1) – основная группа; (2) – контрольная группа

Болезненность в правом подреберье при пальпации живота до лечения определялась в 14 случаях в основной группе и в 11 - контрольной группе. На 28 день болезненность при пальпации не определялась ни в одной из групп, за исключением одного больного, принимавшего аллохол.

Изменения интенсивности болезненности в правом подреберье, определяемой при пальпации живота у всех пациентов и оцениваемая по 2-х бальной шкале, на фоне лечения существенно уменьшились, и носили достоверный характер ($p < 0,001$; $p < 0,01$).

При обследовании больных симптом Кера до лечения определялся у 25 (83,3 %) больных основной группы и у 26 (86,7 %) контрольной группы. К 28 дню наблюдения данный симптом определялся только у 9 (36 %) пациентов основной группы и у 17 (56,7 %) пациентов контрольной группы. При анализе динамики симптома Кера с использованием 2-х бальной шкалы выявлено достоверное изменение этого показателя в основной группе ($p < 0,01$), в контрольной группе изменения также носили достоверный характер ($p < 0,05$). Положительный симптом Ортнера до лечения выявлялся у 15 (50 %) пациентов основной группы и у 18 (60 %) контрольной группы. После лечения он определялся только у 3 (10%) больных основной и у 4 (13,3 %) - контрольной групп. Таким образом, на фоне лечения выявляемость симптома Ортнера уменьшилась на 80 % и 72,7 % соответственно.

Таблица 3

Динамика анализируемых показателей, определяемых при пальпации живота (М ± м) в основной группе

Анализируемые показатели	До лечения	На фоне лечения	p
Болезненность в пр. подреберье	1,8 ± 0,1	1,0 ± 0,1	< 0,001
Симптом Кера	1,8 ± 0,2	1,3 ± 0,1	< 0,001
Симптом Ортнера	1,7 ± 0,1	1,1 ± 0,2	< 0,01

Более выраженные изменения анализируемых показателей наблюдались на 8 неделе лечения у пациентов, принимавших гомеопатическое лекарственное средство «Берберис-плюс».

По данным УЗИ объем желчного пузыря, толщина стенки желчного пузыря, экзогенность, размеры желчных протоков у пациентов основной группы не отличались от таковых в контроле. Объем желчного пузыря до лечения в основной группе колебался от 18,2 мм до 81,1 мм (средний объем составил 52,1±4,4 мм). У 7 больных в просвете желчного пузыря визуализировался неоднородный желчный осадок в виде крупнозернистой неоднородности. Толщина стенки желчного пузыря до лечения составляла 3,4± 0,8 мм. После курсового лечения препаратом «Берберис-плюс» объем желчного пузыря составил 48,4 ± 3,8 мм (от 17,0 мм до 72,0 мм). Толщина стенки желчного пузыря составила 3,0± 0,7 мм. Уменьшился желчный осадок у 4 пациентов. Толщина стенки желчного пузыря практически не изменилась ($p > 0,05$). Отсутствовали

изменения и диаметра общего желчного протока ($p > 0,05$). У пациентов контрольной группы изменения анализируемых УЗ-данных на фоне лечения стандартной терапией аллохолом также носили не достоверный характер.

Проведенный анализ изменений показателей биохимических анализов крови выявил следующее: до лечения повышенные показатели холестерина, триглицеридов определялись у 13 и 12 больных основной группы соответственно. Повышение щелочной фосфатазы наблюдалось у 1 пациента. В ходе исследования отмечено положительное влияние препарата «Берберис-плюс» на снижение уровня холестерина крови, который снизился у пациентов основной группы в среднем на 10% ($p < 0,05$), изменений уровня триглицеридов практически не выявлено. Какой-либо закономерной динамики уровня холестерина у больных, у которых он исходно был в нормальных пределах, не наблюдалось.

Активность щелочной фосфатазы, наблюдавшаяся у одного больного на фоне лечения гомеопатическим препаратом также снизились.

В контрольной группе достоверных изменений показателей холестерина, триглицеридов не выявлено.

При использовании гомеопатического препарата «Берберис-плюс» достигнут стойкий клинический эффект у 22 (73,3 %) больных уже на 4-ой неделе наблюдения и сохранялся на протяжении всего времени лечения. К концу лечения стойкий клинический эффект определялся у 25 (83,3%). На фоне лечения наблюдалось заметное улучшение физического состояния, исчезновение слабости, вялости, повышение переносимости физических нагрузок, повышение работоспособности, улучшение психологического самочувствия.

Необходимость кратковременного назначения препарата но-шпа наблюдалась у 4 больных основной и у 8 – контрольной групп.

В контрольной группе стойкий клинический эффект проявлялся позднее, к 8 неделе и в 66,7% случаях.

Во время исследования побочные эффекты и нежелательные явления на фоне лечения препаратом «Берберис-плюс» не наблюдались. Снижения дозы или отмены препаратов не требовалось.

Таким образом, хорошая переносимость проводимого лечения отмечена у всех больных, включенных в данное исследование.

Анализ переносимости препарата «Берберис-плюс» и аллохола показал, что она была сравнимо одинаковой.

На фоне лечения препаратом «Берберис-плюс» эффективность как «ОТЛИЧНАЯ» оценивалась у 9 больных, «ХОРОШАЯ» – у 17 и «УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ» – у 4 пациентов. В контрольной группе «ОТЛИЧНАЯ» эффективность определялась в 7 случаях, «ХОРОШАЯ» - в 13, удовлетворительная – в 6 случаях.

Обсуждение

Проведенное клиническое исследование показало, что применение гомеопатического препарата «Берберис-плюс» оказывает более выраженное по сравнению с аллохолом положительное влияние на интенсивность симптомов и жалоб пациента, на выраженность признаков, определяемых при обследовании больного путем пальпации живота и оно проявляется раньше. Отмечена хорошая динамика биохимических и клинических показателей крови. При длительном регулярном использовании гомеопатического препарата выраженность его терапевтического действия не уменьшается, что свидетельствует об отсутствии развития привыкания к «Берберис-плюс». Клинические данные подтвердились результатами инструментальных методов. Важным моментом является улучшение общего самочувствия пациентов. Терапия с использованием

гомеопатического лекарственного средства хорошо переносится, не вызывает каких-либо осложнений. Сочетание достаточной эффективности и безопасности позволяет использовать «Берберис-плюс» у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом, в том числе и с сопутствующей патологией. Полученные результаты расширяют возможности фармакологического лечения ДЖВП и хронического холецистита.

Эффективность гомеопатического препарата, оцененная как «ОТЛИЧНАЯ» выявлена у 9 (30 %) больных;
«ХОРОШАЯ» - у 17 (56,7 %);
«УДОВЛЕТВОРИТЕЛЬНАЯ» - у 4 (13,3 %).

Таким образом, можно заключить, что использование комплексного гомеопатического лекарственного препарата «Берберис-плюс» в дозе 8 гранул 5 раз день сублингвально в лечении больных с дискинезией желчевыводящих путей и хронического бескаменного холецистита является эффективным, не вызывает выраженных побочных эффектов, сопровождается значительным улучшением общего самочувствия, улучшает качество жизни этих больных, обеспечивая повышение активности и положительного влияния на общее самочувствие пациентов и может успешно применяться в лечении дискинезии желчевыводящих путей и хронического бескаменного холецистита (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

Заключение

Применение гомеопатического лекарственного препарата «Берберис-плюс» является эффективным у больных с дискинезией желчевыводящих путей и хронического бескаменного холецистита (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

Терапия с применением гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» хорошо переносится больными с дискинезией желчевыводящих путей и хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

Терапия с применением гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» не оказывает каких-либо заметных побочных действий на больных с дискинезией желчевыводящих путей и хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

Использование гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» в лечении больных с дискинезией желчевыводящих путей и хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания позволяет существенно улучшить их общее самочувствие.

Терапию с применением комплексного гомеопатического лекарственного препарата «Берберис-плюс» целесообразно рекомендовать для лечения больных с дискинезией желчевыводящих путей и хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания.

Оценка лечебного действия терапии дискинезии желчевыводящих путей и хронического бескаменного холецистита (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания с применением комплексного гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» пациентами положительная.

Результаты исследования, проведенные в Томском Военно-медицинском институте.

Характеристика клинической группы пациентов

В открытое сравнительное исследование были включены 60 больных с верифицированным диагнозом дискинезии желчевыводящих путей, хронического бескаменного холецистита (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания, подписавших информированное согласие на участие в исследовании и выполнении его требований. Пациенты были разделены случайным образом на 2 группы: основную (n = 30) и контрольную (n = 30) и были сопоставимы по возрасту, росту, массе тела, а также по основным клиническим параметрам и наличию сопутствующих заболеваний. Клиническая характеристика пациентов дана в таблице 1

Таблица 1

Клиническая характеристика обследованных больных с патологией желчного пузыря и желчевыделительной системы (M±m)

Показатели	Основная группа (n=30)		Контрольная группа (n=30)	
	Абс.	%	Абс.	%
Средний возраст больных, годы	40,7±2,1		41,5±2,1	
Мужчины	21	70	22	73,3
Женщины	9	30	8	26,7
Длительность заболевания, годы	5,1±0,5		4,8±0,5	
Гипертоническая болезнь I-II ст.	8	26,7	7	23,3
ИБС, стабильная стенокардия, ФК II-III	4	13,3	3	10
Ожирение I-II степени	4	13,3	5	16,7
Хронический гастрит	10	33,3	12	40
Описторхоз	4	13,3	5	16,7
Хронический колит	1	3,3	-	-
Хронический геморрой	-	-	1	3,3
Варикозная болезнь	4	13,3	5	16,7
Патология мочевыделительной системы	4	13,3	5	16,7
Хронический бронхит	4	13,3	4	13,3
Остеохондроз позвоночника	7	23,3	6	20
ЛОР-патология	5	16,7	4	13,3
Пролапс митрального клапана I ст.	1	3,3	-	-

Примечание: ДЖВП – дискинезия желчевыводящих путей; ИБС – ишемическая болезнь сердца; ФК – функциональный класс стенокардии.

Под наблюдением находились пациенты в возрасте от 18 до 65 лет (средний возраст основной группы составил 40,7±2,1 года, контрольной - 41,5±2,1 года), из них мужчин - 43, женщин – 17. Стаж заболевания колебался от 6 мес. до 12 лет (в среднем 5,1±0,5 года в основной группе и 4,8±0,5 года - в контрольной). В основной группе больные получали

курс гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» внутрь 5 раз в день по 8 гранул, рассасывая их под языком до полного растворения за 20 мин. до или через 1 час после еды в качестве монотерапии.

В контрольной группе проводилась стандартная терапия препаратом аллохол по 2 таблетки 3 раза в день после еды. Курс лечения составил 8 недель с осмотрами до начала, спустя 4 недели после начала и по окончании курса лечения. Начало лечения совпадало с днем 1 визита (пациент начинал прием препарата перед следующим после визита приемом пищи или через 1 час после него). Всем больным обеих групп в сочетании с приемом препарата назначалась диета №5, физиотерапия (диадинамические токи, электрофорез, ультразвук, электрическое поле УВЧ, аппликации парафина на область правого подреберья), ЛФК (лечебная гимнастика и дозированная ходьба).

Клиническая эффективность оценивалась по динамике интенсивности проявления симптомов (боль в правом подреберье, чувство тяжести в правом подреберье, горький привкус во рту, тошнота, рвота, метеоризм, запор, диарея, чередование запора и поноса неоформленный стул, характер кала) по условной шкале от 0 до 4-х баллов. Во время каждого из визитов проводилась пальпация живота для определения участков гиперестезии, болезненности в правом подреберье, симптомов Кера и Ортнера, пальпируемости желчного пузыря по 2-х балльной шкале: «1» - отсутствие симптома или исследуемого признака, «2» - наличие исследуемого признака и/или положительный симптом. До и после 8-недельной терапии Берберис-плюс выполнялось исследование периферической крови (лейкоциты, нейтрофилы, эозинофилы, лимфоциты, моноциты, СОЭ), а также биохимическое исследование сыворотки крови (холестерин, триглицериды, общий билирубин, прямой и непрямой билирубин, щелочная фосфатаза). Результаты комплексного обследования были занесены в индивидуальную карту участника клинического исследования.

Эффективность проводимого лечения оценивалась по вышеуказанным критериям. В ходе исследования регистрировались все побочные и нежелательные явления.

Полученные результаты обрабатывались с помощью стандартных методов вариационной статистики. При оценке достоверности различий использовался парный - критерий t Стьюдента.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ данных проводился исходя из допущения, что все больные получали предписанное лечение. Полный 8-недельный курс терапии закончили все пациенты (100%).

Под влиянием лечения, как в основной (монотерапия Берберис-плюс), так и в контрольной (традиционная медикаментозная терапия с использованием желчегонных, спазмолитических средств) группах, отмечена клиническая эффективность проводимой терапии.

При оценке интенсивности симптомов по 4-х балльной шкале у больных 1-й (основной) группы на фоне приема Берберис-плюс отмечалось значительное улучшение: средний суммарный показатель до лечения составлял $10,6 \pm 0,7$ балла, через 4 недели терапии – $6,8 \pm 0,5$ балла, а через 8 недель - $4,3 \pm 0,5$ балла ($p < 0,001$). Во 2-й (контрольной) группе эти показатели составили соответственно $10,4 \pm 0,5$ балла, $6,9 \pm 0,4$ и $4,7 \pm 0,5$ балла ($p < 0,001$).

Динамика проявления клинических симптомов у больных обеих групп отражена в таблицах 2,3.

Таблица 2

Динамика проявления клинических симптомов у больных с патологией желчного пузыря и желчевыделительной системы основной группы ($M \pm m$)

Симптом, баллы	До лечения	4 недели	8 недель
Боль в правом подреберье	1,5 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,5 ± 0,1**
Чувство тяжести в правом подреберье	2,0 ± 0,1	1,4 ± 0,1	1,0 ± 0,1**
Горький привкус во рту	1,1 ± 0,1	0,8 ± 0,1	0,5 ± 0,1 **
Тошнота	0,5 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,1 ± 0,1**
Рвота	0,1 ± 0,1	0	0
Метеоризм	2,1 ± 0,1	1,3 ± 0,1	0,9 ± 0,1*
Запор	0,9 ± 0,1	0,5 ± 0,1	0,4 ± 0,1*
Диарея	0,5 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,1 ± 0,1*
Чередование запора и поноса	0,4 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,1 ± 0,1.*
Неоформленный стул	1,5 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,7 ± 0,1**

Примечание: * $p < 0,05$ – статистически значимое различие с исходным состоянием;
** $p < 0,01-0,001$ – статистически значимое различие с исходным состоянием

Таблица 3

Динамика проявления клинических симптомов у больных с патологией желчного пузыря и желчевыделительной системы контрольной группы (M±m)

Симптом, баллы	До лечения	4 недели	8 недель
Боль в правом подреберье	1,6 ± 0,1	1,0 ± 0,1	0,5 ± 0,1**
Чувство тяжести в правом подреберье	2,1 ± 0,1	1,5 ± 0,1	1,1 ± 0,1**
Горький привкус во рту	1,1 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,6 ± 0,1**
Тошнота	0,5 ± 0,1	0,3 ± 0,1	0,1 ± 0,1**
Рвота	0,2 ± 0,1	0,1 ± 0,1	0
Метеоризм	2,1 ± 0,1	1,4 ± 0,1	1,0 ± 0,1**
Запор	0,9 ± 0,1	0,6 ± 0,1	0,4 ± 0,1**
Диарея	0,3 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,1 ± 0,1
Чередование запора и поноса	0,4 ± 0,1	0,2 ± 0,1	0,1 ± 0,1.*
Неоформленный стул	1,3 ± 0,1	0,9 ± 0,1	0,6 ± 0,1**

Примечание: * $p < 0,05$ – статистически значимое различие с исходным состоянием;
** $p < 0,01-0,001$ – статистически значимое различие с исходным состоянием

У больных 1-й и 2-й групп болевой синдром (боли и ощущение тяжести в правом подреберье) различной степени выраженности отмечался у 26(86,7%) и 27(90%) пациентов соответственно. Через 4 недели лечения гомеопатическим препаратом у 14(46,7%) пациентов основной группы интенсивность болей в правом подреберье уменьшилась, у 12-ти (40%) - выраженность симптома оставалась прежней. Еще через 4 недели 11(36,7%) больных этой же группы отметили исчезновение болей полностью, у 14(46,7%) - они сохранялись, но слабой степени выраженности (в пределах 1 балла по 4-х балльной шкале симптомов). Один пациент не отметил улучшения. Ощущение тяжести в правом подреберье беспокоило всех (100%) участников исследования обеих групп.

Во время 2 визита у 17(56,7%) больных основной группы уменьшилась степень проявления данного симптома, а у 13 (43,3%) позитивной динамики не наблюдалось. К 3-му визиту 6 (20%) человек избавились от ощущения тяжести в правом подреберье, у 22(73,3%) снизилась степень его проявления. Двое пациентов улучшения не отмечали.

Диспепсический синдром у обследованных 1-й и 2-й групп проявлялся разнообразными симптомами. Так, на горечь во рту жаловались 23(76,7%) пациента основной группы и 22(73,3%) – контрольной группы.

Ко 2 визиту 7(23,3%) больных основной группы избавились от горького привкуса во рту, у 11(36,7%) проявления симптома уменьшились, а у 5(16,7%) динамики не последовало. К 3 визиту у 14(46,7%) больных данной группы отсутствовала эта жалоба, у 8(26,7%) – уменьшилась ее выраженность, у 1 больного горечь не прошла. В контрольной группе через 4 недели терапии 5(16,7%) человек отмечали исчезновение симптома, 14(46,7%) – снижение проявления, у 3(10%) эффекта не было.

Через 8 недель лечения в 2 раза с лишним раза 12(40%) больных не испытывали горечи во рту, у 8 (26,7%) уменьшилась ее интенсивность, 2(6,7%) также предъявляли жалобу на горький привкус во рту. Тошнота и рвота беспокоили больных основной группы соответственно в 14(46,7%) и 4(13,3%), контрольной – в 15(50%) и 5(16,7%) случаях.

Через 4 недели лечения у 5 (16,7%) пациентов 1-й группы исчезла тошнота, у 9(30%) - она сохранялась в пределах 1 балла (по 4-х балльной шкале), еще через 2 недели данный симптом беспокоил лишь 2 (6,7%) пациентов, т.е. 12 больных избавились от него. Примерно такая же динамика прослеживалась и во 2-й группе. Пациенты обеих групп ко 2 визиту перестали жаловаться на рвоту. Метеоризм имел место у всех 60 пациентов. В дальнейшем через 4 недели курсовой терапии в равном количестве случаев (по 7 в каждой из групп; 23,3%) вздутие кишечника прекратилось, а у 19(63,3%) и 18(60%) больных соответственно степень выраженности метеоризма уменьшилась, 4 (13,3%) пациента 1-й группы и 5(16,7%) - 2-й группы изменений не отметили.

К заключительному визиту у 15(50%) участников исследования основной группы данный симптом отсутствовал, а во второй половине (50%) случаев степень его проявления значительно снизилась. В контрольной группе - соответственно у 13(43,3%) и 17(56,7%) случаев. Благоприятное воздействие оказало лечение гомеопатическим средством берберис-плюс и на другие составляющие диспепсического синдрома. Так, из 11(36,7%) пациентов 1-й группы, страдающих запором, к окончанию лечения у 8(26,7%) из них нормализовался стул. В 3(10%) случаях не произошло полного избавления от этого симптома.

Во 2-й группе из 12(40%) избавились от этой проблемы 7 больных, у 5 стул стал более регулярным. Диарея отмечалась у пациентов обеих групп соответственно в 8(26,7%) и 7(23,3%) случаях.

Через 8 недель терапии стул нормализовался как у пациентов основной, так и контрольной групп. Чередование запора и поноса отмечалось в обеих группах в равном количестве случаев (по 7). 8-недельная терапия способствовала полному устранению этого симптома у 5(16,7%) и 4(13,3%) соответственно в 1-й и 2-й группах.

В остальных случаях (два – в 1-й группе и три – во 2-й) проявления данного симптома уменьшились. Жалобы на неустойчивый стул предъявляли 25(83,3%) больных основной группы и 24(80%) пациентов группы сравнения. У пациентов 1-й группы в середине курсового лечения наступила нормализация стула у 10(33,3%) пациентов, у 11(36,7%) - улучшение, у 4(13,3%) – без динамики.

По окончании курса 17(56,7%) человек избавились от этого симптома, 6(20%) отметили положительные изменения, 2(6,7%) не испытывали существенных изменений. В контрольной группе результаты были схожи: к финальному визиту у 15(50%) нормализовался стул, у 8(26,7%) стал более устойчивым, у 2(6,7%) изменений не отмечено. Обесцвеченный кал не был отмечен ни в одном случае.

Субъективное улучшение самочувствия пациентов основной группы проявлялось в регрессе симптомов Кера, Ортнера, болезненности в правом подреберье при пальпации живота.

Восстановление моторики желчного пузыря по данным ультразвукового исследования отставало от улучшения клинической картины.

При ультразвуковом исследовании соответственно у 8 (26,7%) и 10(33,3%) больных выявлялась деформация желчного пузыря в виде перегиба, неровности контуров, наличия 1-2 перегородок в полости желчного пузыря. По данным ультразвукового исследования толщина стенки желчного пузыря практически не изменилась у пациентов до и после лечения Берберис-плюс: $3,46 \pm 0,13$ мм против $3,34 \pm 0,09$ мм ($p > 0,05$), в контрольной группе – $3,51 \pm 0,11$ мм и $3,40 \pm 0,09$ мм соответственно ($p > 0,05$). Отсутствовали также изменения диаметра общего желчного протока: соответственно $5,40 \pm 0,10$ мм и $5,19 \pm 0,11$ мм ($p > 0,05$). В контрольной группе – $5,20 \pm 0,11$ мм против $4,93 \pm 0,11$ мм; ($p > 0,05$).

Результаты биохимического исследования крови (таблицы 4,5) выявили тенденцию к снижению цифр общего холестерина и триглицеридов как в основной, так и в контрольной группах.

Таблица 4

Динамика биохимических показателей крови у больных основной группы до и после курсовой терапии ($M \pm m$)

Показатель	До лечения (n=30)	После лечения (n=30)
Общий холестерин, ммоль/л	$5,73 \pm 0,13$	$5,45 \pm 0,10$
Триглицериды, ммоль/л	$1,51 \pm 0,07$	$1,46 \pm 0,05$
Общий билирубин, мкмоль/л	$13,35 \pm 0,57$	$13,26 \pm 0,52$
Прямой билирубин, мкмоль/л	$3,03 \pm 0,12$	$2,95 \pm 0,10$
Непрямой билирубин, мкмоль/л	$10,36 \pm 0,39$	$10,34 \pm 0,40$
Щелочная фосфатаза, Е/л	$153,17 \pm 5,95$	$152,43 \pm 5,45$

Таблица 5

Динамика биохимических показателей крови у больных контрольной группы до и после курсовой терапии ($M \pm m$)

Показатель	До лечения (n=30)	После лечения (n=30)
Общий холестерин, ммоль/л	$5,71 \pm 0,15$	$5,42 \pm 0,14$
Триглицериды, ммоль/л	$1,54 \pm 0,05$	$1,49 \pm 0,07$
Общий билирубин, мкмоль/л	$13,00 \pm 0,50$	$13,11 \pm 0,45$
Прямой билирубин, мкмоль/л	$3,01 \pm 0,16$	$2,99 \pm 0,20$
Непрямой билирубин, мкмоль/л	$10,03 \pm 0,37$	$10,12 \pm 0,35$
Щелочная фосфатаза, Е/л	$149,57 \pm 3,95$	$148,97 \pm 3,90$

Показатели периферической крови в обеих группах не претерпевали существенных изменений после курсового лечения. Полученные результаты свидетельствуют об эффективности проводимого лечения в обеих группах.

Эффективность курсовой терапии Берберис-плюс оценена как «отличная» у 3-х пациентов (10%), «хорошая» - у 21 человека (70%), «удовлетворительная» - у 6-ти больных (20%). В контрольной группе проведенный курс лечения оценили как «отличный» - у 3-х больных (10%), «хороший» и «удовлетворительный» - соответственно у 20 (67,7%) и 7-ми (23,3%) пациентов. Переносимость Берберис-плюс была хорошей.

Во время исследования лишь у 2 (6,7%) больных основной группы отмечались нежелательные явления легкой степени: в виде метеоризма и диареи после приема пищи у одного пациента и в виде метеоризма, тошноты – у другого. Указанные симптомы

появились на 6-й неделе курсовой терапии Берберис-плюс и связаны были с погрешностями в диете. При дополнительном назначении фестала в течение 1 дня симптомы исчезали. Снижения дозы или отмены препаратов не требовалось. Таким образом, хорошая переносимость монотерапии отмечена у 28 больных (93,3 %).

В контрольной группе в 2-х случаях также отмечались нежелательные явления: сонливость при приеме метоклопрамида в дозе 30 мг/сутки, которая прошла после уменьшения дозы препарата до 15 мг/сутки и диарея, связанная с нарушением диеты, что не потребовало отмены лекарственного средства.

Таким образом, проведенное клиническое исследование показало, что применение гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» оказывает примерно такой же эффект, как и терапия аллохолом. Клинические данные подтверждены результатами инструментальных методов. Выявлено, что в обеих группах примерно в равной степени уменьшается проявление болевого синдрома. Терапия с использованием гомеопатического лекарственного средства хорошо переносится, не вызывает каких-либо выраженных осложнений. Сочетание достаточной эффективности и безопасности позволяет использовать «Берберис-плюс» в качестве альтернативы традиционным препаратам, используемым в лечении дискинезии желчевыводящих путей, хронического некалькулезного холецистита (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетания. Результаты проведенного исследования расширяют возможности фармакологической терапии в гастроэнтерологической практике.

Таким образом, использование комплексного гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим некалькулезным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием не вызывает выраженных побочных эффектов, улучшает субъективное состояние этих больных, способствует положительной динамике результатов инструментальных методов исследования.

Заключение

Применение гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» является эффективным у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием.

Курсовая терапия с применением комплексного гомеопатического лекарственного препарата «Берберис-плюс» хорошо переносится больными с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием.

Лечение гомеопатическим лекарственным препаратом «Берберис-плюс» не оказывает каких-либо побочных действий у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием.

Использование гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом

(легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием способствует существенному улучшению качества жизни.

Применение комплексного гомеопатического лекарственного средства «Берберис-плюс» можно рекомендовать в качестве монотерапии у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием как альтернативе традиционной терапии.

Оценка пациентами лечебного действия терапии комплексным гомеопатическим лекарственным препаратом «Берберис-плюс» у больных с дискинезией желчевыводящих путей, хроническим бескаменным холециститом (легкой или средней степени тяжести в стадии стихающего обострения или нестойкой ремиссии) или их сочетанием – положительная.