

Л.Ю. ЗЮБИНА, Н.А. ПАПОНИНА

ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА

У статті представлені результати лікування хворих з ерозивною виразкою шлунка, дванадцятипалої кишки (ДПК) і хронічними захворюваннями печінки різної етіології (неалкогольний стеатогепатоз, хронічний вірусний, лікарський і алкогольний гепатити) за допомогою фітобальзамів "Промуцет" і "Солясол" продукції торгової лінії "Джерела Сибіру". Динамічне спостереження дозволило показати позитивний результат, обумовлений клінічним поліпшенням стану хворих і позитивними змінами основних лабораторно-візуальних параметрів при кожній нозології. Обґрунтовано доцільність використання досліджуваних бальзамів, що володіють антиоксидантним, протизапальним, репаративним і спазмолітичним ефектами у складі лікувально-профілактичних програм перерахованих захворювань травної системи.

ВВЕДЕНИЕ

В структуре патологии желудочно-кишечного тракта хронические заболевания гастродуоденальной зоны и гепатобилиарной системы занимают одно из ведущих мест [1]. Среди гастродуоденальной патологии наиболее частыми являются различные функциональные заболевания, хронические гастриты, бульбиты, дуодениты, эрозии и язвенная болезнь желудка и ДПК, что обусловлено многими причинами алиментарного, инфекционного (геликобактер), лекарственного, наследственного характера и т.д. В структуре гепатобилиарных заболеваний преобладают неалкогольные стеатозы, что определяется постарением населения и высокой распространенностью алиментарного нарушения жирового обмена. С не меньшей частотой диагностируются алкогольные поражения печени, что объясняется русским менталитетом по отношению к спиртным напиткам. В последнее десятилетие отмечен также значительный рост хронической вирусной инфекции печени В и С [2]. Несмотря на достигнутые успехи в диагностике и лечении, говорить о совершенстве лечебных программ при многих перечисленных заболеваниях не приходится. Например, при хронической патологии печени, особенно при хронических вирусных гепатитах это объясняется неоднозначностью взглядов на использование противовирусной терапии при вялотекущих с минимальной степенью активности процессах, из-за возникающих ятрогенных осложнений от них, из-за их плохой переносимости, которые приводят к отказу больных от лечения. Кроме того, препараты этой группы труднодоступны и из-за их дороговизны и не только противовирусных препаратов, но и многих гепатопротекторов. Представляют определенные трудности в лечении, эффективном заживлении, в достижении полной, стойкой ремиссии и заболевания желудка и ДПК, их эрозивные поражения, что обусловлено многими из вышеперечисленных причин, а также снижением репаративной способности слизистой оболочки желудка и иммунодефицитом организма в целом. Вследствие этого стандартная медикаментозная терапия, включающая, как правило, Нр-эрадикационное лечение и ингибиторы протонной помпы или другие кислотопонижающие препараты, нередко становятся малоэффективны.

В связи с этим совершенно обоснованно в медицине происходит постоянный поиск альтернативных, доступных и, возможно, не менее эффективных по сравнению с имеющимися фармстандартами, методов лечения, направленных на коррекцию основных и дополнительных причин возникновения любых патологических процессов. Известно, что в патогенезе заболеваний желудочно-кишечного тракта, кроме прямого влияния доказанных этиологических факторов и развертывания их механизмов в становлении болезни (вирусы, НР-микроб, НПВП и другие лекарственные средства, алкоголь и др.), лежат общепатологические процессы перекисидации клеток на фоне дефицита собственных ферментных и неферментных антиоксидантов. Последнее приводит к нарушению мембраны клеток, структуры эндотелиоцита слизистой оболочки желудка и печеночной клетки, независимо от причины, с возможным их преждевременным патологическим апоптозом, к вовлечению желчеобразующей и желчевыводящей системы, к

нарушению микроциркуляции в гастро-дуоденальной зоне и печеночно-селезеночном кровотоке, снижающему репаративные способности пораженного органа.

На основании сказанного во многих современных реабилитационных лечебно-профилактических программах, наряду с такими препаратами, как антибиотики, ингибиторы протонной помпы (ИПП), H₂-гистаминоблокаторы, противовирусные препараты, включены протекторы -репаранты, антиоксиданты, витамины группы В, А, С и сложные препараты, обладающие перечисленными свойствами. Не исключена также и целесообразность использования природных целебных фитосборов, одними из которых является фитобальзамы «Промуцет» или бальзам Кирова и «Солясол» торговой линией «Родники Сибири». Оба основаны более, чем на 39 лекарственных трав и плодов, в том числе прополис, мумие, чага, кедровый орех, корни девясила, кровохлебки, солодки уральской, одуванчика, лопуха, трава подорожника, полыни, пустырника, спорыша, хвоща, чабреца, плоды шиповника, черники, черноплодной рябины, черемухи, облепихи, боярышника и другие растительные лекарственные средства, обладающие противовоспалительным, репаративным, иммуностимулирующим, спазмолитическим и антиоксидантным эффектом [5].

О последнем свидетельствуют проведенные исследования в Институте естественных и социально-экономических наук ГОУ ВПО НГПУ, лабораторией водорастворимых антиоксидантов НИИ химии антиоксидантов. Согласно полученным данным бальзам «Промуцет» и «Солясол» обладают способностью ингибировать перекисное окисление липидных субстратов [3,4,6]. Доказано, что «Промуцет» обладает более чем в 10 раз выраженным антиоксидантным действием, а «Солясол» - в 6 раз. Тем самым антиоксидантная активность бальзама «Промуцет» эквивалентна содержанию 188-256 мг%, а «Солясола» - 42-51 мг% кверцетина.

В связи с этим целью настоящего исследования явилось изучение сочетанного действия бальзамов «Промуцет» и «Солясола» на клиническое течение эрозивных поражений слизистой оболочки желудка и ДПК (1 группа) и эффекта одного «Промуцета» на клинико-функциональное состояние хронических заболеваний печени (2 группа). Динамическое обследование и лечение в течение 10-20-30-90 дней осуществлялось в районном гастроэнтерологическом кабинете одной из крупных многопрофильных клинических больниц г. Новосибирска.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Первую группу составили 22 человека, из них 16 женщин. Средний возраст пациентов - 49,8±6,7 лет, продолжительность заболевания желудка и ДПК от 1 года до 50 лет. Клинико-эндоскопические рецидивы зарегистрированы до 1-3 раз в году, несмотря на проводимое лечение антацидами, ингибиторами протонной помпы (ИПП), спазмолитическими препаратами. При клинико-эндоскопическом исследовании гастро-дуоденальной зоны и гистологическом изучении биоптата слизистой оболочки желудка у всех больных диагностирован хронический гастрит и дуоденит с наличием множественных эрозий в 12ПК и в слизистой оболочке желудка (преимущественно). У 14 пациентов из них определен Нр-негативный, а у 8-Нр-ассоциированный гастрит. Ятрогенное влияние нестероидных противовоспалительных препаратов на возникновение гастродуоденальных эрозий исключено.

Все больные имели выраженные гастралгии, боль в правом подреберье, преимущественно после приема пищи, диспептические жалобы в виде постоянной или периодической, но изнуряющей изжоги, отрыжки воздухом, у 5 пациентов - привычные запоры. Больные в течение 2 недель на фоне приема омеза по 20 мг 2 раза в день получали «Промуцет» по 1 чайной ложке в 1/2 стакане воды за 30 минут до еды утром и вечером, а в обед - «Солясол» в той же дозе. Больным с геликобактерным гастритом одновременно проведена стандартная эрадикация кларимонам и амоксициллином в течение 7 дней. В прошлом все больные по поводу эрозивного гастрита также принимали ИПП.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЯ

В результате проведенного лечения фитопрепаратами болевой синдром купировался у всех обследованных (100%) спустя 5-7 дней, диспептические проявления – через 7-9 дней (у 100%), у всех нормализовался стул. Клинический эффект сохранялся на протяжении всех 3 месяцев периодического диспансерного наблюдения. Контрольная ЭФГДС проведена 14 больным, остальные пациенты от повторного обследования отказались, мотивируя хорошим состоянием. В

10 случаях (71,4%) констатирована полная визуальная эндоскопическая ремиссия в виде отсутствия эрозивных повреждений слизистой оболочки желудка, а у 4 (28,6%) больных эрозии сохранялись, но в меньшем количестве. Это объясняется прямой зависимостью эффективности лечения фитопрепаратами от большей продолжительности заболевания, непрерывного рецидивирования, возможно, за счет нерегулярного и неправильного лечения, зависящего от самих больных, от наличия в прошлом язвенной болезни (у 2 больных с сохраняющимся эрозивным процессом) и от присутствия Нр инфицированности, которая повторно определена при контрольном исследовании у всех пациентов с отрицательным эндоскопическим результатом. У остальных пациентов с Нр-ассоциированным эрозивным гастритом и дуоденитом был получен эрадикационный эффект от антибактериальной терапии на фоне фитобальзамов.

Таким образом, в связи с полученной клинической ремиссией у всех больных и у большей половины – эндоскопической, указанные препараты «Промуцет» с «Солясолом» могут быть рекомендованы как препараты выбора при упорном хроническом эрозивном процессе в желудке и ДПК в сочетании с эрадикационной терапией или после ее проведения.

Изучение влияния фитобальзама «Промуцет» при хронических заболеваниях печени (2 группа) проведено у 20 человек, из них 16 женщин, в возрасте от 38 до 68 лет со средним значением $59,8 \pm 12,9$ лет и продолжительностью заболевания от 1 до 3 лет (преимущественно до года – 14 человек). Из них 8 больных с неалкогольным стеатогепатозом-гепатитом на фоне ожирения 1-3 степени с индексом Кетле от 30 до 41,5 (группа А), 6 – с хроническим вирусным гепатитом В и С минимальной степени активности (группа В), 4 – с лекарственным поражением печени по типу хронического гепатита вследствие приема контрацептивов и эстрогенов (группа С), 2 – с алкогольным поражением печени в виде хронического гепатита с трансформацией в цирроз и с синдромом портальной гипертензии (группа Д). Все больные, независимо от этиологии заболевания, предъявляли жалобы на постоянную ноющую боль, тяжесть и неприятные ощущения в правом подреберье и/или эпигастральной области, периодически – приступообразные боли, преимущественно после еды (1 балл - выраженность симптома)) и диспептические проявления в виде постоянной или периодической тошноты, отрыжки воздухом, горечи во рту, привычных запоров (по 1 баллу каждый).

Увеличение печени (более 3 см ниже реберной дуги) при клиническом обследовании отмечено у 12 из 20 больных (60%), в т.ч. у 6 больных из А группы, у 2-х – из В группы, у 2-х – из С группы и у всех – из Д группы. В тоже время при УЗИ на увеличение размеров печени, преимущественно правой доли, указано для всех больных. При этом о поражении печени свидетельствует диффузное однородное гомогенное нарушение ее структуры по крупноячеистому типу, усиление рисунка и в 10 случаях (50%) определена спленомегалия с площадью от 49 до 60 см².

У всех больных при функциональном исследовании печени выявлены изменения в виде синдрома цитолиза, о чем говорит наличие повышенных уровней трансаминаз: при стеатогепатозе - гепатите - АЛТ до 88,7 МЕд/л, в среднем $-56,3 \pm 19,7$ МЕд/л ($p < 0,05$) по сравнению с нормальными средними уровнями АЛТ $24,52 \pm 1,22$ и АСТ $27,33 \pm 0,96$ МЕд/л, у больных В группы – среднее значение АЛТ составило $110,6 \pm 18,5$ МЕд/л и АСТ – $78,2 \pm 21,5$ МЕд/л ($p < 0,05$), у пациентов с лекарственным гепатитом - $73,6 \pm 10,8$ МЕд/л и $72,15 \pm 12,6$ МЕд/л, ($p < 0,05$), соответственно. У больных группы Д определялся также цитолитический синдром с уровнем трансаминаз и тимоловой пробы, превышающие нормативный в 4 раза, и холестатический в виде гипербилирубинемии в 2 раза больше нормы ($38,2 \pm 2,9$ ммоль/л), повышенного уровня щелочной фосфатазы до $359,0 \pm 13,9$ ммоль/л и уровня общего холестерина до $6,5 \pm 0,8$ ммоль/л.

Больные получали бальзам «Промуцет» по 1 чайной ложке в 1\2 стакане воды за 30 минут до еды утром и вечером. Продолжительность лечения рассчитана так же, как и в предыдущей группе, на месяц. Осложнений ни в первой, ни во второй группах во время лечения не было, больные с удовольствием принимали бальзамы, не отмечая никаких неприятных ощущений. Ни одному больному с патологией печени не использованы до этого ни препараты урсодезоксихолиевой кислоты, ни противовирусные препараты, кроме эсливера и гепатопротекторов.

В результате приема препаратов спустя 10 дней болевой и диспептический синдромы стали менее выраженными у всех обследованных и соответствовали 0,5 баллу, а к 20-му дню 80% больных отметили отсутствие всех проявлений заболевания. Через месяц после начала лечения отмечено и некоторое улучшение уровней функциональных проб. Так, в А группе АЛТ снизилась более чем в 2 раза – до $39,2 \pm 12,5$ МЕд/л и достигла нормальных значений при сохраняющемся прежнем нормальном уровне АСТ со средним значением $25,5 \pm 5,4$ МЕд/л. В связи с этим приведем

клинической случай больного с неалкогольным стеатогепатозом и позитивным результатом проведенного лечения.

Б-ая К.А., 67 лет, пенсионерка, в июне 2009г. обратилась самостоятельно к гастроэнтерологу по поводу постоянной тяжести в правом подреберье, горечи во рту, периодических запоров и снижения аппетита, слабости, быстрой утомляемости, снижения настроения. При осмотре состояние больной удовлетворительное, кроме повышенного веса с индексом Кетле 32,0, отклонений от нормы нет.

В 10.2008г. по поводу хронического атрофического Нр-ассоциированного гастрита проведена успешная эрадикация в сочетании с коротким курсом ингибиторов протоновой помпы. Тогда же обнаружен полип желудка размером 0,4x0,3. В 1993г. тиреоидэктомия (диффузный узловой зоб) и в настоящее время имеются проявления постоперационного гипотиреоза. Страдает серонегативным вялотекущим ревматоидным артритом без функциональных нарушения суставов, но периодически принимает НПВП.

При обследовании: на УЗИ – умеренная гепатомегалия с диффузно измененной структурой, деформация желчного пузыря, киста правой почки, при биохимическом исследовании крови определен повышенный уровень трансаминазы АЛТ до 51,4 МЕд/л, и щелочной фосфатазы до 381,0 МЕд/л, АСТ – 29,3 МЕд/л. Явных проявлений синдрома холестаза не было, Билирубин – 15,2 Ммоль/л, прямой – 5,6 Моль/л, холестерин – 5,1 Ммоль/л. Врач расценил изменения функционального состояния печени и наличие жалоб как проявление неалкогольного стеатогепатоза вследствие ожирения 1 ст. по смешанному типу и назначил после согласия больной лечение бальзамом «Промуцет» в течение месяца. Контрольное исследование показало нормализацию не только клинического статуса больной из-за купирования всех проявлений, но и уровней АЛТ до 30,3 МЕд/л, ЩФ – 262,3 МЕд/л. при АСТ – 30,5 МЕд/л, уровень билирубина, тимоловая проба нормальная до и после лечения – 16,9 Ммоль/л, 0,5 и 0,4 ед, соответственно.

Таким образом, данный клинический случай демонстрирует эффективность бальзама при неалкогольном стеатогепатозе за счет своих трав, обладающих хорошим антиоксидантным, спазмолитическим действиями.

Вместе с тем в группе В с хроническим вирусным гепатитом не выявлено каких-либо положительных изменений в показателях ни аланиновой трансаминазы, составившей в среднем $110,6 \pm 18,5$ МЕд/л до лечения и $108,7 \pm 18,7$ МЕд/л – после ($p > 0,05$), ни аспарагиновой – $78,2 \pm 21,5$ до лечения и $91,4 \pm 23,7$ МЕд/л ($p < 0,05$) - после, хотя и уменьшился показатель щелочной фосфатазы с $345,7 \pm 21,6$ ммоль/л до $254,8 \pm 13,9$ ммоль/л ($p < 0,05$). Ниже предлагаем клинический случай больного с хроническим вирусным гепатитом, у которого зафиксирован менее заметный эффект от «Промуцета».

Б-ная Л.П., 53 лет, инженер-конструктор, была направлена к гастроэнтерологу в июне 2009г. с жалобами на ощущение полноты и ноющих болей в эпигастральной области, изжогу, периодические тошноту.

Из анамнеза известно, что с 02.07г. при обращении к врачу с такими же жалобами, были выявлены повышенные уровни трансаминаз: АЛТ до 110,6 МЕд/л и АСТ до 126,7 МЕд/л. Позже, в 11.07 г. при обследовании обнаружен Anti-HCV, а при ПЦР исследовании РНК HCV – отрицательный. При УЗИ – признаки диффузного поражения печени, поджелудочной железы, киста правой почки. Консультирована инфекционистом, был диагностирован хронический гепатит С, средней степени активности, дисфункция сфинктера Одди. Больной был назначено курсовое лечение фосфогливом, гептралом в/в с последующим пероральным приемом в течение месяца. Состояние улучшилось, но повышенные трансаминазы сохранялись на том же уровне. Ежегодно, 1 раз в год, вышеописанный курс лечения повторяли. В 1983 г. – холецистэктомия по поводу желчнокаменной болезни

При осмотре у гастроэнтеролога: состояние удовлетворительное, питание повышено по смешанному типу, индекс Кетле 30,5, со стороны легких и сердца без отклонений от нормы, живот увеличен за счет подкожно-жировой клетчатки, печень на 2 см выступает из под края реберной дуги, размеры по Курлову 14*12*11 см, пальпация печени и правого подреберья болезненны. Селезенка не пальпируется.

При УЗИ та же картина, что и в 2007 г., но размеры печени увеличены за счет левой доли (правая – 13 см, строение неоднородное, эхоструктура снижена, воротная вена не расширена, протоки уплотнены Б/х исследования: АЛТ – 153,6 МЕд/л, АЛТ – 160,0 МЕд/л, щелочная фосфатаза – 346,0 МЕд/л, билирубин – 14,2 Ммоль/л, прямой – 6,4 Моль/л, холестерин – 4,4 ммоль/л. Таким образом, у больной имелось сочетание хронического гепатита С, минимальной

степени активности в сочетании с жировым гепатозом и явлениями дисфункции сфинктера Одди, ожирение I ст. по смешанному типу.

Учитывая стабильность и минимальную выраженность воспалительного процесса в печени, отсутствие эффекта от прежнего гепатопротективного лечения в виде сохраняющихся повышенных уровней печеночных ферментов, больной было предложено провести лечение бальзамом «Промуцет», ознакомив ее с составом и всеми положительными свойствами фитопрепарата из-за входящих в него трав. В течение месяца больная получала бальзам, по окончании отметила исчезновения вышеописанных жалоб, однако позитивного влияния на функциональные пробы печени не отмечено: АЛТ 136,2 МЕд/л, АСТ – 149,0 МЕд/л и ЩФ – 327,0 МЕд/л.

Приведенный клинический случай свидетельствует о том, что «Промуцет» при хроническом вирусном гепатите не дал полной клинико- лабораторно-функциональной ремиссии, хотя клиническое улучшение в виде купирования болевого, диспептического синдрома имело место за счет антиоксидантного, репаративного, спазмолитического действия препарата.

У больных с лекарственным поражением печени лабораторные показатели функции печени улучшились в виде снижения уровня АЛТ с $73,6 \pm 10,8$ до $51,3 \pm 6,21$ МЕд/л ($p < 0,05$), а АСТ с $72,15 \pm 12,6$ до $33,45 \pm 6,7$ МЕд/л, щелочная фосфатаза по-прежнему оставалась на нормальных цифрах. Незначительное снижение указанных показателей определено и у лиц с алкогольным поражением печени, что конечно обусловлено далеко зашедшим патологическим процессом (табл.1).

Таким образом, полученные результаты свидетельствуют о том, что бальзам «Промуцет», используемый для лечения больных, страдающих хроническими заболеваниями печени, оказывает позитивное влияние на клинику, независимо от этиологического фактора патологии. В тоже время лабораторные исследования функционального состояния печени показали, что нарушения ее функций сохраняются, особенно у лиц с вирусной и алкогольной патологией, что требует, очевидно, более длительного использования предложенного препарата и других программных методов терапии (длительное лечение противовирусными препаратами, урсодезоксихолевой кислоты и др.). Вместе с тем небольшое число наблюдений и малый его срок, как и над больными первой группы, так и второй группы, требует дальнейшего более длительного клинического использования предлагаемых торговой линией «Родники Сибири» фитопрепаратов.

Таблица 1. Показатели функционального состояния печени у больных с хроническими заболеваниями печени

Функциональные пробы (ФПП) печени	Группа А n = 8, до / после	Группа В n = 6, до / после	Группа С n = 4, до / после	Группа Д n = 2, до / после	Нормативные значения ФПП
Общий холестерин, ммоль/л	5,4±0,7 / 4,5±0,2*	4,76±1,1/ 4,7±1,02	5,7 ±0,8 / 4,9±2,4	6,5±0,8 / 5,89±0,96	4,75±0,49
Общий белок, г/л	76,5±3,5 / 76,1±4,1	79,8±2,9 / 78,7±3,2	79,3±4,2 / 81,9±5,2	69,3±2,1 / 71,3±4,3	75,51±2,93
Билирубин общий, мкмоль/л	16,15±2,4 / 16,42±2,1	12,6±2,3 / 14,5±1,6	14,5 ±0,8 / 16,7±0,65	38,2±2,9 / 28,5±4,1*	14,35±1,02
Билирубин прямой, мкмоль/л	6,4±0,7 / 5,3±0,6*	9,8±0,75 / 7,8±0,53*	7,65±2,59 / 7,4±0,96	7,22±0,72 / 7,6±0,87	4,25±0,95
АлАт, МЕд/л	56,3±19,7 / 39,2±12,5*	110,6±18,5 / 108,7±18,7	73,6±10,8 / 51,3±6,21*	164,3±23,7 / 77,4±4,65*	24,52±1,22
АсАт, МЕд/л	32,3±3,1 / 25,5±5,41*	78,2± 21,5 / 91,4±23,7	72,15±12,6 / 33,45±6,7 *	85,4±12,7 / 53,6±6,9*	27,33±0,96
Щелочная фосфатаза, ед/л	156,9±6,93 / 184,6±6,64	345,7±21,6 / 254,8±13,9*	188,4±5,78 / 123,4±7,14*	359,0±13,9 / 286±9,21*	110,5±22,74
Тимоловая проба, ед	1,96±0,9 / 1,6±0,5	8,2±0,45 / 8,2±0,9	1,56±0,71 / 2,5±078*	8,52±0,87 / 6,4±0,5*	2,51±0,85

Контроль - группа без нарушений ФПП, * - $p < 0,05$

ЛИТЕРАТУРА

1. Ивашкин В.Т. Болезни печени и желчевыводящих путей: Руководство для врачей / Ивашкин В.Т. — М.: Издат. Дом «М-Вести», 2002. — 416 с.
2. Исаков В.А. Статины и печень: друзья или враги?//Клин. Гастроэнтерол. и гепатол. Рус. Изд. 2008; 1 (5): 372-4.
3. Ефремов А.А. Перспективы молотоннажной переработки кедровых орехов в продукты пищевого и технического значения // Химия растительного сырья 1998, 3, С. 83-86.
4. Кандалинцева Н.В. Исследование антиоксидантных свойств некоторых продуктов ООО «Родник здоровья», 2009, С. 9.
5. Крылов Г.В., Козакова Н.Ф., Степанов Э.В. Зеленая аптека./ 1993. - 334 с.
6. Schwarz K., Huahg S.-W., German J.B., Tiersch B., Hartmann J., Frankel E.N. Activities of antioxidants are affected by colloidal properties of oil-in-water and water-in-oil emulsions and bulk oils // J. Agric. Food Chem. – 2000. – Vol. 48. – P. 4874-4882.

L. Yu. ZYUBINA, N.A. PAPONINA

OPPORTUNITIES OF PHYTOREMEDIES In TREATMENT of CHRONIC DISEASES of GASTRO-INTESTENAL PATH

In article the results of treatment of the patients with erosive defeat of stomach, duodenum and chronic diseases of liver different ethiology (not alcoholic steatohepatose, chronic virus, medicinal and alcoholic hepatitis) with the help phytobalms "Promotset" and "Solyasol" of production of a trade line "Springs of Siberia" are submitted. The dynamic supervision has allowed to show positive result determined by clinical improvement of a condition of the patients and positive changes on the basic laboratory-visual parameters at everyone nozology. The expediency of use of investigated balms having antioxidative, antiinflammatory, reparative and spasmolytic effects in structure of the healing-preventive programs of the listed diseases of digestive system is proved.

Новосибирский государственный медицинский университет, кафедра госпитальной терапии педиатрического факультета, МУЗ ГКБ №2

Дата поступления 10.10.2009 г.