

and chemotaxis by the polysaccharide purified from *Ganoderma lucidum* / [M. J. Hsu, S. S. Lee, S. T. Lee, W. W. Lin] // *British J. Pharmacol.* - 2003. - V. 139 (2). - P. 289 - 298.

28. Speciation of selenium in selenium-enriched shiitake mushroom, *Lentinula edodes* / Y. Ogra, K. Ishiwata, J. R. Encinar [et al.] // *Analyt. and Bioanalyt. Chem.* - 2004. - Vol. 379. - № 5-6. - P. 861-866.

29. Structure and antitumor activities of the water-soluble

polysaccharides from *Ganoderma tsugae* mycelium / [Y. Peng L. Zhang, F. Zeng, J. F. Kennedy] // *Carbohydr. Polym.* - 2005. - Vol. 59. - P. 385-392.

30. Wasser S. P. Medicinal mushrooms as a source of antitumor and immunomodulating polysaccharides / S. P. Wasser // *Appl. Microbiol. and Biotechnol.* - 2002. - Vol. 60. - № 3. - P. 258 - 274.

31. Xu C.D. Advances of researches on *Cordyceps sinensis* / C.D. Xu // *J. Fungal Res.* - 2006. - Vol. 4. - P. 60-64.

Надійшла до редакції 16.02.2012

УДК 582.284.616-006.04.

О.М. Макаренко, М.М. Сухомлин, В.В. Позур,

В.А. Гура, Р.С. Довгий

ФАРМАКОЛОГІЧНА ДІЯ ВИЩИХ ГРИБІВ НА ПУХЛИНИ, СФОРМОВАНІ З РІЗНИХ ЗАРОДКОВИХ ЛИСТКІВ

Ключові слова: агарик бразильський, кордицепс китайський, трутовик лакований, грифола кучерява, шиітаке, веселка звичайна, трутовик скошений, пухлина, імунна система.

Огляд літератури присвячений аналізу даних, які стосуються впливу різних грибів на пухлинний ріст. Самими відомими грибами, які здійснюють протипухлинну дію, є агарик бразильський, кордицепс китайський, трутовик лакований, грифола кучерява, шиітаке, веселка звичайна і трутовик скошений. До протипухлинних ефектів цих грибів належать активація імунної системи, запуск апоптозу пухлинних клітин, порушення ангиогенезу пухлини, анти метастатична дія і т.д.

А.Н. Макаренко, М.Н. Сухомлин,

В.В. Позур, В.А. Гура, Р.С. Довгий

ФАРМАКОЛОГИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ ВЫСШИХ ГРИБОВ НА ОПУХОЛИ, СФОРМИРОВАННЫЕ ИЗ РАЗНЫХ ЗАРОДЫШЕВЫХ ЛИСТКОВ

Ключевые слова: агарик бразильский, кордицепс китайский, трутовик лакированный, грифола курчавая, шиитаке, веселка обыкновенная, трутовик скошенный, опухоль, иммунная система.

Обзор литературы посвящен анализу данных, касающихся вли-

яния различных грибов на опухолевый рост. Самыми известными грибами, которые осуществляют противоопухолевое действие, являются агарик бразильский, кордицепс китайский, трутовик лакированный, грифола курчавая, шиитаке, веселка обыкновенная и трутовик скошенный. К противоопухолевым эффектам этих грибов относятся активация иммунной системы, запуск апоптоза опухолевых клеток, нарушение неоангиогенеза опухоли, антиметастатическое действие и т.д.

A.N. Makarenko, M.N. Suhomlin,

V.V. Pozur, V.A. Gura, R.S. Dovgij

PHARMACOLOGICAL ACTION OF MUSHROOMS ON TUMOURS, DERIVED FROM DIFFERENT GERM LAYERS

Keywords: *Agaricus blazei* Murill, *Ophiocordyceps sinensis*, *Ganoderma lucidum*, *Grifola frondosa*, shiitake, *Phallus impudicus*, *Inonotus obliquus*, tumour, immune system.

The review of literature is devoted to the analysis of data, concern influence of different mushrooms on tumour growth. The best known mushrooms which have anticancer effect are *Agaricus blazei* Murill, *Ophiocordyceps sinensis*, *Ganoderma lucidum*, meytake, shiitake, *Phallus impudicus* and *Inonotus obliquus*. Activating of the immune system, start of apoptosis of tumour cells, violation of neoangiogenesis of tumour antimetastatic action etc belong to anticancer effects of these mushrooms.

УДК 616.711-007.1-06+616.8-092-085

• **В. С. Ткачишин, д.мед.н, доц. каф. гігієни праці і проф. хвороб**

С.Г. Сова, к.мед.н., доц. каф. гігієни праці і проф. хвороб

• **Національний медичний університет ім. О. О. Богомольця, м. Київ**

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ХОНДРОПРОТЕКТОРА "АРТРИТОЗАМІН" В ЛІКУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

Остеохондроз (osteochondrosis; від грецьк. osteon - кістка, chondros - хрящ) - це дистрофічне захворювання хребта, яке характеризується переважним ураженням міжхребцевих дисків, найчастіше у шийному й поперековому його відділах. Сам міжхребцевий диск (discus intervertebralis або fibrocartilago intervertebralis) являє собою волокнистий хрящ, що з'єднує тіла прилеглих хребців. Він складається з фіброзного кільця і драглистого ядра. Остеохондроз - хронічна хвороба, зумовлена не тільки дистрофією, а й стоншенням міжхребцевих дисків. Може характеризуватися розростанням остеофітів тіл хребців, ар-

трозом міжхребцевих суглобів, протрузіями і грижами диска з компресією корінців спинномозкових нервів, структур спинного мозку та його оболонки.

Нині остеохондроз відносять до поліетіологічних захворювань. Важливу роль в його розвитку відіграє часте надмірне навантаження хребта під час повсякденної роботи, особливо в умовах виробництва. Крім того, останнім часом багато уваги приділяють ролі запальних процесів у грудній та черевній порожнинах, органах малого тазу в патогенезі остеохондрозу. З ділянки запалення подразнення по сенсорних волокнах вісцеральних нервів потрапляє у

відповідні сегменти спинного мозку і передається на симпатичний нерв Люшка, який здійснює трофічну іннервацію міжхребцевого диска. Унаслідок цього порушується трофіка диска, він втрачає рідину і пружно-еластичні властивості. При цьому відбуваються деформація і стоншення фіброзного кільця, а пульпозне ядро втрачає гідрофільність [3]. Зменшення висоти міжхребцевого диска призводить до компресії корінців спинномозкових нервів. У подальшому за наявності осевих і радіальних навантажень у дегідратованому фіброзному кільці утворюються розриви й тріщини, через які за його межі можуть випадати фрагменти зміненого пульпозного ядра, утворюючи протрузії та грижі. Частіше грижа диска розташовується в найбільш слабкому задньобічному відділі фіброзного кільця; вона стискає корінці спинномозкових нервів, їх кровоносні судини, простір спинномозкового каналу і його вміст. Зміни у міжхребцевих дисках супроводжуються дистрофічними процесами у міжхребцевих суглобах (спондилоартроз).

Патогенез дегенеративно-дистрофічних уражень міжхребцевих дисків пояснює так звана хондроїтинсульфатна гіпотеза. Згідно з цією гіпотезою у тканинах дисків зменшується вміст хондроїтинсульфату при відносному збільшенні вмісту кератинсульфату й глікопротеїну. Окрім того, зменшується кількість сірки, втрачається здатність до її засвоєння, що призводить до втрати сполучнотканинним матриксом пружно-еластичних властивостей і здатності до регенерації, знижується активність хондроцитів [5, 7].

Клінічні прояви остеохондрозу різноманітні. Для остеохондрозу шийного відділу хребта характерні біль у потиличній і міжлопатковій ділянках, у ділянці шиї, особливо під час рухів; обмеження рухливості шиї, оніміння пальців кистей під час сну. У початковій стадії посилюються рефлекси на верхніх кінцівках, згодом розвиваються симптоми випадання та трофічні порушення, дуже часто у вигляді контрактур долонного апоневрозу. Проявами шийного радикуліту можуть бути різноманітні розлади чутливості у ділянці шиї, у плечовому поясі та верхніх кінцівках. Ураження передніх корінців спинномозкових нервів, гілок шийного сплетення, первинних та вторинних пучків плечового сплетення спричинюють порушення рухової функції шиї, плечового пояса та верхніх кінцівок за периферійним типом. Про залучення у процес хребетних артерій і порушення вертебробазиллярного кровообігу свідчать такі прояви, як головний біль, запаморочення, мерехтіння мушок в очах, шум у вухах, погіршуються зір і пам'ять, людина стає емоційно лабільною. Згодом приєднуються прояви пірамідної недостатності, з'являються альтернувальні синдроми. Можливий розвиток вегетативних кризів. Ураження симпатичних гангліїв шийного відділу хребта спричинює розвиток характерних синдромокомплексів (Бернара - Горнера, Пті, міокардіодистрофії та ін.). Стає позитивною проба де Клейна. Виявляють болочість остистих відростків і паравертебральних точок, напруження шийних м'язів. Якщо грижа міжхребцевого диска виникла раптово, можлива компресія спинного мозку, що проявляється геміпарезами або тетрапарезами, порушеннями чутливості, оболонковою симптоматикою. Можуть виникнути розлади функції тазо-

вих органів за центральним типом.

При остеохондрозі грудного відділу хребта спостерігається швидка втомлюваність м'язів спини. Хворий не може перебувати тривалий час у вертикальному положенні. Він скаржиться на постійний виснажливий біль уздовж хребта, що посилюється під час рухів. Біль іррадіює по міжребровим проміжкам. Іноді біль значно посилюється. У таких випадках йдеться про загострення грудного радикуліту. Під час пальпації виявляють болочість у ділянці остистих відростків, у міжребер'ях та в ділянці прикріплення ребер до грудини. Корінцева симптоматика проявляється розладами чутливості в зонах сегментарної і периферійної іннервації. Іноді можуть розвиватися моторні розлади з гіпо- і атрофією міжхребцевих м'язів, м'язів тулуба. Ураження вегетативних волокон спинномозкових нервів призводить до вегетотрофічних розладів органів грудної та черевної порожнини.

Остеохондроз попереково-крижового відділу хребта найчастіше розвивається поступово і проявляється незначною клінічною симптоматикою. Незначні больові відчуття виникають під час нахилів тулуба вперед. Цей біль швидко зникає після випрямлення тулуба та у положенні лежачи. Згодом біль стає тривалим, він з'являється під час сміху, кашлю, чхання. З'являється біль у сідничній ділянці, на задній поверхні стегна. Він може бути настільки сильним, що не дозволяє хворому самостійно змінити положення в ліжку. Під час піднімання важких предметів, при різких рухах у людей, що вважали себе цілком здоровими, може раптово виникнути гострий нестерпний біль у поперековій і сідничній ділянках, нижніх кінцівках. При цьому можливе викривлення тулуба в поперековій ділянці (анталгічна поза), розвивається рефлекторний сколіоз, порушуються функції тазових органів, виникає парез м'язів нижніх кінцівок. Болючі точки визначають на рівні остистих відростків ураженого міжхребцевого диска, паравертебрально. Виражене напруження м'язів у поперековій ділянці. Відсутня рухливість в ураженому сегменті хребта. Характерні позитивні симптоми натягу (Ласега, Вассерманна, Нері та ін.). Згодом розвивається гіпотрофія м'язів у сідничній ділянці, м'язів стегна й гомілки. При компресії корінця спинного мозку виникають порушення чутливості у відповідних сегментарних зонах, рухові, трофічні та інші розлади. Знижуються сухожилкові рефлекси.

Традиційне консервативне лікування проводять, головним чином, за допомогою методів, спрямованих на усунення больового синдрому, порушень функції спинномозкових корінців і запобігання прогресуванню дистрофічних процесів у структурах хребта. Комплексна консервативна терапія включає зниження фізичного навантаження на хребет, застосування протезно-ортопедичних засобів (витягнення хребта і його зовнішню фіксацію за допомогою спеціальних комірців, бандажів або корсетів), фізіотерапевтичні процедури. Призначають лікарські засоби, що розслабляють м'язи, усувають набряк, запалення та біль. За необхідності застосовують антихолінергічні засоби, а також рефлексотерапію, мануальну терапію та лікувальну фізкультуру. Кортикостероїди не призначають.

Ураховуючи значні ураження хрящового апарату хребта - міжхребцевих дисків - з метою поліпшення їх регенеративних та амортизаційних можливостей на фоні наведеного вище загальноприйнятого лікування остеохондрозу застосовували комбінований хондропротектор "Артритозамін" (Arthritosamin) виробництва компанії "Хелсвей Продакшен, Інк.", США (Healthyway Production, Inc., USA), який зареєстровано в Україні як біологічно активну добавку до їжі. Цей препарат реалізується через аптечну мережу. Дослідження, виконані з урахуванням сучасних вимог доказової медицини, свідчать, що хондропротектори здатні кардинально змінювати перебіг захворювання. Проте дію хондропротекторів вивчали переважно на прикладі остеоартрозу великих суглобів кінцівок [1, 6], а даних, що свідчили б про позитивний вплив цієї групи препаратів при остеохондрозі хребта досить мало в доступній нам літературі.

Тому метою нашого дослідження стало вивчення ефективності хондропротекторів саме при різноманітних проявах остеохондрозу хребта.

Матеріали та методи дослідження

"Артритозамін" - це багатокомпонентний препарат. Його основними дійовими складовими частинами є глюкозамін та хондроїтину сульфат [4].

Препарат призначали по одній таблетці 2 рази на добу протягом 1 місяця.

Обстежено 15 хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта: 10 чоловіків і 5 жінок віком від 37 до 62 років. Тривалість захворювання у більшості хворих становила понад 5 років.

Серед супутніх захворювань переважала судинна патологія: дисциркуляторна енцефалопатія (I-II ст.), гіпертонічна хвороба (I-II ст.), ішемічна хвороба серця. Рідше зустрічались захворювання органів травлення: хронічний холецистит, панкреатит, стеатогепатит. У 2 хворих був уперше виявлений цукровий діабет.

З метою визначення ефективності лікування усім хворим проводили електрофізіологічне обстеження - реолюмбографію (РЛГ). Цей метод дозволяє дослідити гемодинаміку в поперековій ділянці. Регіонарний кровообіг оцінювали за стандартними показниками. Оцінювали показники пульсового кровонаповнення: амплітуду реограми (АРГ) та реографічний показник (РП). Реографію виконували за допомогою реоаналізатора «РА5-01».

Для підтвердження діагнозу та оцінки стану попереково-крижового відділу хребта в більшості випадків застосовували оглядову рентгенографію, а також комп'ютерну й магнітно-резонансну томографію.

Для оцінки больового синдрому використовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ) від 1 до 10 см. Модифікацію вербальної оцінювальної шкали застосовували для оцінки загального стану пацієнтів, ефективності лікування й переносності препаратів. Больові відчуття за ВАШ та вербальною шкалою оцінювались як хворим так і лікарем [2]. За допомогою спеціальної ортопедичної лінійки кількісно визначили ступінь проявів симптомів натягу в градусах (симптом Бабега). Крім того, оцінювали наявність і ступінь проявів рефлекторного люмбоішіалгічного сколіозу, анталгічних поз у різних положеннях; ступінь напруження паравертебральних м'язів поперекової ділянки і наявність больових точок під час пальпації.

Пацієнтів обстежували до лікування та на 30-31-й день від початку лікування.

Результати дослідження та їх обговорення

На підставі даних клініко-неврологічного та інструментального дослідження у 6 (40%) пацієнтів діагностовано люмбалгію та люмбоішіалгію; у 9 (60%) - вертеброгенну радикулопатію з переважним ураженням корінців LIV-SI. Крім того, у 3 пацієнтів були виявлені грижі міжхребцевих дисків LIII-LIV, LIV-LV, LV-SI без компресії спинномозкового каналу.

Перед початком лікування в більшості (87%) випадків хворі скаржилися на біль, що виникав під час незначних фізичних навантажень і значно обмежував активні рухи. У стані спокою самопочуття хворих поліпшувалося, однак їх продовжував турбувати незначні тупі болі. Унаслідок больового синдрому у хворих порушувався сон. Корінцевий синдром характеризувався розвитком порушень чутливості, слабкістю розгиначів пальців стопи (найчастіше великого пальця), гіпотрофією м'язів гомілки. У 2 (15%) хворих спостерігалось посилення колінних рефлексів, а у 3 (20%) - їх зниження. Крім того, у 8 (53%) пацієнтів був знижений ахіллів рефлекс. Гіперестезія больової чутливості в сегментах LIII-SI спостерігали у 2 (15%) хворих, у 6 (40%) - гіпестезію. Обсяг активних рухів був значно обмежений у більшості хворих. Спостерігався виражений рефлекторний люмбоішіалгічний сколіоз, були виявлені паравертебральні больові точки. В усіх хворих симптоми натягу були позитивні.

Після проведеного лікування з залученням до терапевтичного комплексу комбінованого препарату «Артритозамін» у хворих збільшився обсяг рухів у поперековому відділі хребта, зменшилися прояви рефлекторного люмбоішіалгічного сколіозу в положеннях стоячи та лежачи. Під час пальпації зменшилися болючість паравертебральних точок у попереково-крижовому відділі хребта та симптоми натягу. Регрес корінцевої симптоматики проявлявся зменшенням площі сенсорних розладів, збільшенням сили паретичних м'язів і відновленням їх функцій. Результати клініко-неврологічного обстеження до лікування та на 30-31-й день терапії наведено у табл. 1.

Дані, наведені у табл. 1, свідчать про достовірне зниження інтенсивності больового синдрому (за ВАШ), а також значне зменшення симптому натягу Ласега (збільшення кута піднімання кінцівки в середньому на 18°). Як хворим, так і лікарем була підтверджена висока ефективність проведеного лікування. При цьому оцінка результатів лікування хворими та лікарем статистично не відрізнялись.

За даними РЛГ було виявлено порушення гемодинаміки у поперековій ділянці, зокрема зниження показників кровонаповнення, про що свідчили низькі значення показників АРГ та РП. Динаміку показників РЛГ до лікування та на 30-31 день терапії наведені у табл. 2.

Динаміка основних клінічних показників у процесі лікування

Показник	Дані обстеження (М±т)	
	До лікування	На 30-31 день лікування
Оцінка больового синдрому за ВАШ, см	5,6±0,3	2,8±0,3*
Симптом натягу Ласега, градуси	46,0±3,5	64,9±3,2*
Оцінка ефективності лікування хворим, %	70,0±6,2	
Оцінка ефективності лікування лікарем, %	62,7±5,9	

Примітка: * — достовірна різниця (p<0,001) між аналогічними показниками

Таблиця 2

Динаміка показників реолюмбографії

Показник	Дані дослідження (М±т)	
	До лікування	На 30-31 день лікування
АРГ, Ом	0,009±0,001	0,011±0,001
РП, од	0,143±0,014	0,212±0,021*

Примітка: * — достовірна різниця (p<0,001) між аналогічними показниками

Таким чином, наслідком комплексного лікування хворих з вертеброгенною неврологічною симптоматикою із залученням до терапевтичної схеми комплексного препарату «Артритозамін» стало поліпшення показників пульсового кровонаповнення, про що свідчить достовірне збільшення значень реографічного показника.

Результати лікування як «дуже добрі» та «добрі» оцінили 80 % хворих. 20% хворих оцінили їх як «задовільні», що пов'язано зі значною вираженістю проявів дегенеративно-дистрофічних змін хребта у цих хворих і наявністю гриж міжхребцевих дисків. Отже, застосування в лікувальній схемі хондропротектора комплексної дії артритозаміну дозволить багатьом хворим уникнути нейрохірургічного втручання, проте це питання потребує подальшого вивчення.

Під час лікування не спостерігалось жодного побічного ефекту застосування артритозаміну.

Література

1. Руденко В.Г. Хондропротекторы - современная м конструктивная терапия заболеваний суставов / В.Г. Руденко // DOCTOR, 2003, №6, С.-46-47.
 2. Слуцкий Л.И. Молекулярная архитектура позвоночника диска и патогенетическое обоснование энзимотерапии остеохондроза. Остеохондроз позвоночника / Л.И. Слуцкий. - Новокузнецк, 1973. - Ч.2. - С. 345.
 3. Стояновський Д.М. Біль в ділянці спини та шиї / Д.М. Стояновський. - К.: Здоров'я, 2002. - 392с.

УДК 616.711-007.1-06+616.8-092-085

В.С. Ткачишин, С.Г. Сова

ЗАСТОСУВАННЯ КОМБІНОВАНОГО ХОНДРОПРТЕКТОРА "АРТРИТОЗАМІН" В ЛІКУВАННІ НЕВРОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ ОСТЕОХОНДРОЗУ ХРЕБТА

Ключові слова: остеохондроз, комплексна терапія, хондропротектори, глюкозамін сульфат, хондроїтин сульфат, люмбалгія, люмбоішіалгія, вертеброгенна радикулопатія, грижі міжхребцевих дис-

Висновки

1. Комбінований хондропротектор «Артритозамін» підвищує ефективність терапевтичного комплексу під час лікування остеохондрозу хребта з ускладненим перебігом.

2. Після проведення курсу лікування достовірно знижувалася інтенсивність больового синдрому, зменшувалися симптоми натягу, спостерігалася регресія неврологічних проявів і зменшення рефлекторного сколюзу.

3. Комплексне лікування хворих з вертеброгенною неврологічною симптоматикою із залученням до терапевтичної схеми препарату «Артритозамін» поліпшує гемодинаміку в поперековому відділі хребта.

4. Ткачишин В.С. Основные компоненты биологически активных добавок и их краткая характеристика / В.С. Ткачишин, Н.Ю. Ткачишина. - К.: ИИЦГоскомстата Украины, 2004. - 125с.
 5. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации // Под ред. Белова А.Н., Щенетовой О.Н. - М.: Антисит, 2002. - 440с.
 6. Easton B.T. Evaluation and treatment of patient with osteoarthritis / B.T. Easton //Jorn. Family Practice. - 2002, Sept. - P. 10-20.
 7. Steven F.S. Proteins of the human intervertebral disc / F.S. Steven, D.S. Jacrson, K. Broady // Biochim. Biophys. Acta. - 1960. - P. 435-446.

Надійшла до редакції 16.03.2012

ків, симптом натягу Ласега, Артритозамін, ефективність, безпека.

У 15 пацієнтів, хворих на остеохондроз попереково-крижового відділу хребта з тривалістю захворювання понад п'ять років, вивчено вплив комбінованого хондропротектора Артритозамін, що застосовувався в комплексних схемах лікування. У хворих після проведення курсу лікування достовірно знижувалася інтенсивність больового синдрому, зменшувалися симптоми натягу, спостерігала-

ся регресія неврологічних проявів і зменшення рефлекторного сколіозу. У хворих з вертеброгенною неврологічною симптоматикою поліпшувалася геодинаміка в поперековому відділі хребта. Отримані результати дозволяють рекомендувати комбінований хондропротектор Артрітозамін у схемах комплексного лікування та профілактики різноманітних проявів остеохондрозу хребта.

В.С. Ткачишин, С.Г. Сова

ПРИМЕНЕНИЕ КОМБИНИРОВАННОГО ХОНДРОПРОТЕКТОРА "АРТРИТОЗАМИН" В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ОСТЕОХОНДРОЗА ПОЗВОНОЧНИКА

Ключевые слова: остеохондроз, комплексная терапия, хондропротекторы, глюкозамин сульфат, хондроитин сульфат, люмбагия, люмбоишиалгия, вертеброгенная радикулопатия, грыжи межпозвоночных дисков, симптом натяжения Ласега, Артрітозамін, ефективність, безпека.

У 15 пацієнтів, больных остеохондрозом пояснично-крестцового отдела позвоночника с длительностью заболевания более пяти лет, изучено влияние комбинированного хондропротектора Артрітозамін, который применялся в комплексных схемах лечения. У больных после проведения курса лечения достоверно снижалась интенсивность болевого синдрома, уменьшались симптомы натяжения, наблюдалась регрессия неврологических проявлений и уменьшение рефлекторного сколиоза. У больных с вертеброгенной

неврологической симптоматикой улучшалась геодинамика в поясничном отделе позвоночника. Полученные результаты позволяют рекомендовать комбинированный хондропротектор Артрітозамін в схемах комплексного лечения и профилактики различных проявлений остеохондроза позвоночника.

V.S. Tkachishin, S.G. Sova

COMBINED APPLICATION CHONDROPROTECTORS "ARTRITAZAMIN" NEUROLOGIC MANIFESTATIONS IN THE TREATMENT OF SPINAL OSTEOCHONDROSIS

Keywords: low back pain, complex therapy, chondroprotectors, glucosamine sulfate, chondroitin sulfate, lumbodynia, sciatica, vertebral radiculopathy, herniated intervertebral discs, a symptom of tension Lasegue, Artrіtozamin, efficiency, safety.

In 15 patients with osteochondrosis of the lumbosacral spine with a disease duration of more than five years, studied the effect of combined chondroprotector Artrіtozamin, which is used in complex treatment regimens. In patients with post-treatment significantly reduced pain intensity, decreased symptoms of tension, there was regression of neurological symptoms and a decrease in reflex scoliosis. In patients with vertebral neurological symptoms improved in the geodynamics of the lumbar spine. The results obtained allow us to recommend a combined chondroprotector Artrіtozamin in the schemes of complex treatment and prevention of various manifestations of osteochondrosis.

УДК 616.22:612.035:159.9.018

- **І.В. Лоскутова, д.мед.н., проф., каф. клін. імунол., алергол. та мед. генетики**
- **О.В. Ульянов, асп. каф. клін. імунол., алергол. та мед. генетики**
- *Луганський державний медичний університет*

ЭФЕКТИВНІСТЬ АЛФАГІНУ В КОМПЛЕКСНІЙ РЕАБІЛІТАЦІЇ ХВОРИХ НА ЧЕРВОНИЙ ПЛОСКИЙ ЛИШАЙ СЛИЗОВИХ ОБОЛОНОК РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ

Останнім часом відмічається поступове зростання захворюваності на червоний плоский лишай (ЧПЛ), причому відбувається «омолодження» хвороби і особливо серед хворих, які страждають на запально-деструктивний процес слизових оболонок ротової порожнини (СО РП) [12, 13, 14]. Можливо це пояснюється суттєвими змінами реактивності організму, порушенням екології, зростанням інфікування вірусними патогенами, а також високою частотою психоемоційних напружень [15]. В етіології ЧПЛ СО РП значне місце займає невrogenна теорія [13, 15], що пов'язує стресові реакції і нервово-психічне напруження із виникненням патологічних елементів на СО РП. Вважається, що стресовий фактор є не лише ініціюючим, а й підтримуючим патологічний процес при ЧПЛ СО РП, тому патогенетично обґрунтовано включення до комплексного лікування такої категорії хворих препаратів з адаптогенною дією та коректорів психоемоційної сфери [1, 2, 3, 16].

З іншого боку, можна констатувати, що ЧПЛ є аутоімунним процесом, в якому головна роль належить Th1-клітинам, що викликають запальний процес гіперчутливості уповільненого типу, особливо при його тяжкому перебігу

(ерозивно-виразковій та бульозній формах) хвороби. Чисельні дослідження дозволили обґрунтувати необхідність у комплексній терапії ЧПЛ СО РП препаратів та методів, які впливають на загальний та місцевий імунітет [14].

У лікування захворювань СО РП входять засоби рослинного походження, які рідко викликають побічні реакції, нетоксичні і добре переносяться хворими незалежно від віку та супутньої патології.

До складу алфагіну входять сухі екстракти коренів женьшеня, стебел та листя люцерни посівної, коренів елеутерококу колючого, плодів ембліки лікарської, насіння пажитника грецького [1, 4, 5, 6]. Встановлено, що препарати женьшеня стимулюють синтез РНК та ДНК, білка, підвищують рівень гормонів у надниркових залозах та позитивно впливають на різноманітні обмінні процеси, поряд з цим женьшень традиційно вважають адаптогенним тонізуючим засобом, який показаний для призначення при астеничних станах.

Люцерна посівна містить у своєму складі сапонозиди, циклічні сполуки, фітоестрогени (геністеїн, куместрол), амінокислоти, таніни, ненасичені жирні кислоти, вітаміни