

КОМПЛЕКСНИЙ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНИЙ ЗАСІБ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З РІЗНИМИ ТИПАМИ КОМОРБІДНОСТІ

- Л. О. Волошина, к. мед. н., доц. каф. внутр. хвор.
- ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Вступ. Однією із важливих проблем сучасної медицини є дослідження коморбідності як одного із перспективних шляхів вирішення персоніфікованого лікування, покращання загальних результатів терапії та зменшення масштабних соціально-економічних наслідків популяційного характеру [8, 12, 13, 16, 18]. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик (КВР) визначені як ключові питання нинішнього етапу наукових досліджень вітчизняної та світової медицини [4, 8].

Остеоартроз (ОА) є одним із найбільш поширених вік-залежних захворювань з переважно дегенеративно-дистрофічним ураженням суглобів із запальним компонентом та однією із частих причин болю, тимчасової і стійкої втрати працездатності осіб середнього, літнього та старечого віку [9, 17]. Визнано, що остеоартрозу притаманний найвищий рівень коморбідності, особливо за рахунок уражень серцево-судинної системи з високим кардіоваскулярним ризиком [8, 15], що породжує нову проблему – вимушеної поліпрагмазії та загрози ускладнень медикаментозного характеру.

Дискусійним на нинішній період є застосування хондропротекторних препаратів у хворих на ОА, особливо у вигляді біологічно активних добавок, тому Американська асоціація ревматологів піддає сумнівам доцільність їх використання [15]. Однак, однією із причин недостатньої ефективності цієї групи препаратів може бути вікове зниження травних спроможностей органів травлення (ОТ) та вираженість і функціональна недостатність набутих системних уражень, особливо підшлункової залози та кишечника з порушенням травлення і всмоктування, в т.ч. хондроїтин сульфату та глюкозаміну, що є на сьогоднішній момент недостатньо вивченим. Тому активація процесів травлення і всмоктування може сприяти покращанню дії хондропротекторних засобів.

Академік В. М. Коваленко, акцентуючи увагу на великій потребі таких наукових досліджень у галузі ревматології, зазначає важливість визначення «загальної патогенетичної платформи» для основного і коморбідних захворювань з метою активного впливу на механізми їх виникнення і прогресування. Є думка, що це може сприяти зменшенню застосування лікарських засобів за рахунок використання ліків багатогранної та поліорганної дії як важливого поступу в уникненні поліпрагмазії [3]. Як приклад, можуть розглядатися полікомпонентні лікарські засоби біологічного, рослинного походження, яким властиві

регуляторні, метаболічні, протизапальні, антиоксидантні властивості, цільова органотропна дія тощо.

Саме на такі підходи націлює Національна академія медичних наук України та ВООЗ у документі «Стратегія ВООЗ у галузі народної медицини 2014-2023 рр» [5, 11].

Нині на підставі значного масиву наукової інформації з проблеми коморбідності сучасна фармація світу створює різні полікомпонентні комбінації із достатньо апробованих раніше монолікарських засобів для лікування хворих із різними варіантами коморбідності при найбільш поширених захворюваннях внутрішніх органів.

Одним із таких може вважатися препарат Остеоартізі-актив-плюс (Australian Pharmaceuticals Manufacturers PtyLtd, Australia), що зареєстрований в Україні (Реєстраційне посвідчення на лікарський засіб №UA/2001/01/01 від 17.10.2014 №730), в якому значною мірою враховані наявність уражень опорно-рухового апарату, КВР, системне низькорівневе запалення та ураження ОТ. Складниками його є глюкозаміну гідрохлорид 750 мг, хондроїтину сульфат 150 мг, сухі екстракти селери пахучої 100 мг, кори верби білої 100 мг та кореневищ імбиру аптечного 60 мг. Спектр його застосування: ОА, больові синдроми при остеохондрозі, ревматизмі, міозиті, артритах і подагрі, період реконвалесценції після переломів кісток та операцій на опорно-руховому апараті.

Однак, в літературі немає відомостей щодо його впливу на коморбідні явища у хворих на ОА та властиві цим процесам метаболічні порушення, хоча, згідно даних літератури, з провідних джерел з фітотерапії складники Остеоартізі-актив-плюс мали б виявляти позитивний вплив [6, 14].

Мета дослідження: вивчити вікові особливості спектру та вираженості коморбідних явищ у хворих на ОА та вплив на їх прояви й метаболічні порушення полікомпонентного фітохондропротектора Остеоартізі-актив-плюс у комплексному лікуванні.

Матеріали і методи дослідження

Обстежено 120 хворих на первинний ОА у віці 37-76 років у період загострення, II-III рентгенологічної стадії. Серед обстежених домінували жінки (94 особи – 78,33 %). Давність захворювання коливалася в межах 7-19 (14,1±3,2) років. Діагноз ОА виставляли на підставі рекомендацій EULAR (2010) та Наказу МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. «Клінічний протокол надання медичної

допомоги хворим на остеоартроз». Діагнози коморбідних захворювань верифіковані згідно відповідних фахових протоколів та підтверджені профільними спеціалістами. Всі коморбідні процеси були у стані нестійкої ремісії чи медикаментозно керовані.

Критерії виключення: хворі на вторинний остеоартроз, хворі на первинний остеоартроз, які перенесли інфаркт міокарда чи інсульт, пацієнти із тяжкими функціонально-морфологічними ураженнями внутрішніх органів, у т.ч. тяжким цукровим діабетом 2-го типу, відкритою гастродуоденальною виразкою, онкопатологією, хворі, що не дали згоди на дослідження.

Стан про- і антиоксидантної систем крові досліджували за рівнем відновленого глутатіону (ВГ) за О. В. Травіною в модифікації І. Ф. Мещишена, активності глутатіон-S-трансферази (Г-S-T) та глутатіонпероксидази (ГП) за І. Ф. Мещишеним [7], рівень малонового альдегіду в еритроцитах та плазмі крові за Ю. А. Владимировим і А. И. Арчаковим.

Фібринолітичну та протеолітичну активність плаз-

ми крові вивчали за лізисом азофібрину (реактиви фірми Danish Ltg, Львів) з подальшим вивченням сумарної фібринолітичної активності (СФА), неферментативної (НФА) та ферментативної фібринолітичної активності (ФФА) розрахунковим методом: ФФА = СФА-НФА [1, 7].

Протеолітичну активність крові вивчали за лізисом азоальбуміну (розпад низькомолекулярних білків), азоказеїну (розпад крупномолекулярних білків) та азоколу (розпад колагену) [1, 7]. Досліджували також рівні С-реактивного протеїну (СРП) та фібриногену біохімічними методами.

Базовий лікувальний комплекс включав: нестероїдний протизапальний препарат, хондропротектор, гастропротектор, місцеве лікування суглобів, додатково за потреби гіпотензивні, антиішемічні, антидіабетичні засоби тощо. 40 хворих із вибірки замість стандартного хондропротекторного засобу (Терафлекс) отримували Остеоартізі-актив-плюс по 1 табсулі двічі на день упродовж двох місяців.

Таблиця 1

Вікові особливості полі- та коморбідних захворювань у хворих на остеоартроз (п, %)

Нозологія	Вікова група до 50 р. n = 15	Вікова група 51-60 р. n = 49	Вікова група старше 60 р. n = 56	Разом n = 120
Без коморбідних явищ	6 (5,0%)	-	-	6 (5,0%)
Артеріальна гіпертензія I ст.	4 (26,67%)	14 (28,57%)	12 (21,43%)	30 (25,0%)
Артеріальна гіпертензія II ст.	-	6 (12,24%)	25 (44,64%)	31 (25,83%)
ІХС, помірні форми	2 (13,33%)	7 (14,28%)	21 (37,5%)	30 (25,0%)
ІХС, виражені форми (із серцевою недостатністю, порушення ритму)	-	1 (2,04%)	4 (7,14%)	5 (4,17%)
Ожиріння I ст.	3 (20%)	15 (30,61%)	15 (26,78%)	33 (27,5%)
Ожиріння II-III ст.	-	7 (14,28%)	28 (50,0%)	35 (29,17%)
Цукровий діабет 2-го типу	-	5 (10,20%)	13 (23,21%)	18 (15,0%)
Стеатогепатоз	2 (13,33%)	17 (34,69%)	37 (66,07%)	56 (46,67%)
Стеатогепатит	-	2 (4,08%)	6 (10,71%)	8 (6,67%)
Церебральні форми атеросклерозу з дисциркуляторною енцефалопатією I-II ст.	-	3 (6,12%)	11 (19,64%)	14 (11,67%)
Хронічний холецистит у т.ч. калькульозний	7 (46,67%)	24 (48,97%)	34 (60,71%)	65 (54,17%)
	-	5 (10,20%)	7 (12,5%)	12 (10,0%)
Гастрити, дуоденіти	8 (53,33%)	26 (53,06%)	32 (57,14%)	64 (53,33%)
Пептична виразка	-	3 (6,12%)	6 (10,71%)	9 (7,5%)
Хронічний панкреатит	-	6 (12,24%)	15 (26,78%)	21 (17,5%)
Ентеро-колопатії	-	15 (30,61%)	29 (51,78%)	44 (36,67%)
ХОЗЛ, бронхіти	1 (6,67%)	5 (10,20%)	7 (12,50%)	13 (10,83%)
Хронічна хвороба нирок I-II ст.	-	6 (12,24%)	6 (10,71%)	12 (10,0%)
Хронічний аднексит	1 (6,67%)	7 (14,28%)	6 (10,71%)	14 (11,74%)
Хронічний простатит чи аденома	-	2 (4,08%)	3 (5,35%)	5 (4,17%)
Хвороби ЛОР-органів	2 (13,33%)	4 (8,16%)	5 (8,93%)	11 (9,17%)
Хвороби очей (катаракта, глаукома)	1 (6,67%)	3 (6,12%)	5 (8,93%)	9 (7,5%)
Хвороби шкіри (дерматози, мікози)	1 (6,67%)	4 (8,16%)	6 (10,71%)	11 (9,17%)

Критерії ефективності лікування: темпи регресу симптомів ОА (за візуально-аналоговою шкалою – ВАШ) і коморбідних захворювань, динаміка показників про- і антиоксидантних систем, фібринолітичної і протеолітичної активності крові, рівнів СРП та фібриногену.

Статистична обробка даних здійснена за допомогою ліцензованої комп'ютерної програми «Microsoft Excel», версія 7, за допомогою параметричних обчислень із визначенням середньоарифметичної величини M , стандартного відхилення від середньої величини m , t -критерію Ст'юдента. Статистично вірогідними вважали відмінності при $p < 0,05$.

Результати дослідження та їх обговорення

Для дослідження обрано контингент хворих на ОА у

віці 50 років і старше, яким властивий зростаючий рівень коморбідності, як об'єкт для вивчення особливостей дії полікомпонентного лікарського засобу Остеоартізі-актив-плюс на прояви ОА, виявлених коморбідних захворювань та наявних у них метаболічних порушень і параметрів запального процесу. Вікові особливості поширення і вираженості коморбідних процесів наведені в табл. 1.

З даних, наведених у табл. 1 видно, що у віковій групі старше 60 років частота і вираженість коморбідних явищ значніші, ніж у групі хворих 51-60 років. Зокрема, у пацієнтів 51-60-річного вікового діапазону фіксувалося від 4 до 6 захворювань, після 60 років 6-8 коморбідних захворювань. Притому, вони характеризувалися не тільки значнішою клінічною вираженістю, але й торпіднішим перебігом, вимагали складнішої медикаментозної опіки

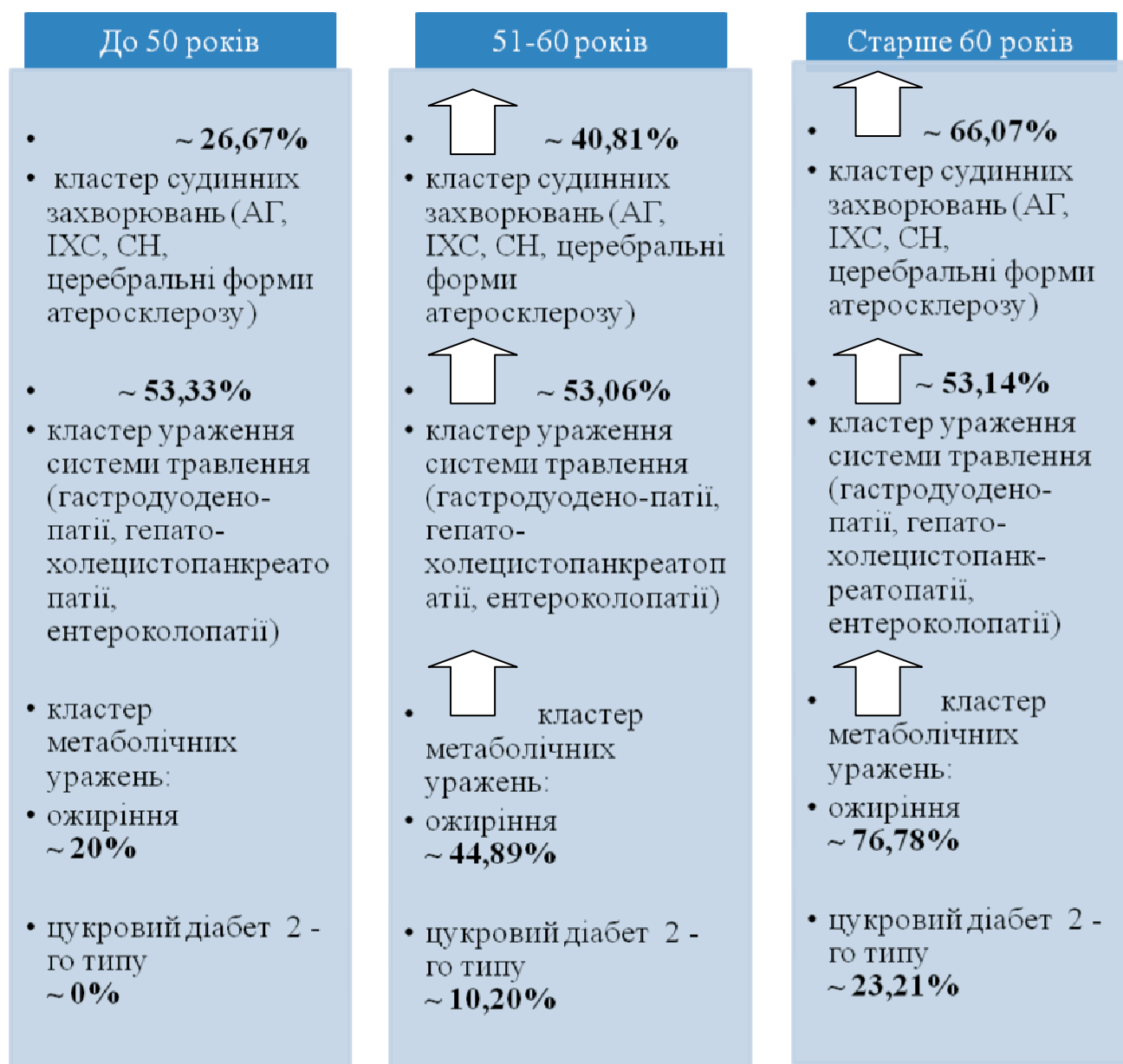


Рис. 1. Вікові особливості коморбідних захворювань у хворих на остеоартроз (n,%)

Основні складники та їх властивості препарату Остеоартізі-актив-плюс

Складники	Склад і властивості	Клінічні ефекти
Глюкозаміну сульфат	Входить до складу майже всіх тканин, включаючи хрящі, синовіальну рідину, бере участь у побудові хряща, кістки, сухожиль.	Хондропротекторний, помірний протизапальний ефекти.
Хондроїтину сульфат	Утворюється із глюкозаміну, забезпечує фізико-хімічні властивості хряща, стимулює синтез глікуронової кислоти протеогліканів, пригнічує активність протеолітичних ферментів.	Уповільнює процес руйнування хряща, бере участь у процесах мінералізації кістки, стимулює остеосинтез і регенерацію кісток. Має протизапальний та антитромботичний ефекти.
Екстракт кори верби білої	Дубильні речовини (12 %), саліцин, флавоноїди, флавонові глікозиди, віт. С.	Протизапальна, анальгезуюча, антисептична, жарознижувальна, антиагрегантна дії, покращує мікроциркуляцію.
Екстракт плодів селери	Ефірні олії (апіол), мірістіцин, терпени (пінен, лимонен), флавоноїди, фурукумарини, жирні олії.	Протизапальний, спазмолітичний, сечогінний, протиалергійний ефекти, покращує кровообіг, виведення солей з організму, підвищує його опірність.
Екстракт кореневищ імбиру	Ефірні олії, сесквітерпени (цінціберен, куркумен, бісабалон, гіркоти (гінгероли, діаргептанойди).	Протизапальні, анальгетичні, жарознижувальні, гастро-, гепатопротекторні, жовчогінні, антиагрегантні, позитивні інотропні ефекти, покращення діяльності всіх травних залоз та явищ мікроциркуляції.

з ознаками вимушеної поліпрагмазії (одночасне застосування 6-9 лікарських засобів, часто – полікомпонентних). У групі хворих на ОА до 50 років виявили 2-3 коморбідних процеси з використанням, загалом, 3-4 лікарських засобів. Із загальної сукупності коморбідних захворювань ми виділили кластери: судинних захворювань (артеріальна гіпертензія, ІХС, серцева недостатність, церебральні форми атеросклерозу), цей кластер був домінуючим і в групі 51-60 років, складав 40,81 %, після 60 років – 66,07 %; кластер уражень системи травлення (гастро-дуоденопатії, гепатохолецистопанкреатопатії, ентероколопатії) був менш клінічно виражений та охоплював 53,06 % в групі хворих 51-60 років та 53,14 % в групі хворих старше 60 років; кластер метаболічних уражень (ожиріння, цукровий діабет 2-го типу, гіпотиреоз – 56,67 %), який не є самостійним та «вплітався» на 2/3 в кластер судинних і на 1/3 – у кластер уражень системи травлення (рис. 1) та помірно погіршував прояви й перебіг усіх виявлених захворювань, посилював рівні КВР та гастроінтестинальних ризиків (ГІР) відповідно кластерів васкулярних захворювань та уражень системи травлення.

Науковим підґрунтям для робочої гіпотези щодо можливого впливу обраного лікарського засобу на коморбідні процеси та притаманні комплекси захворювань у цього контингенту хворих були відомості з провідних джерел літератури щодо складу, властивостей і сфер застосування в медицині [2, 6, 14]. Вони висвітлені в табл. 2.

З даних, наведених у табл. 2 видно, що полікомпонентний засіб Остеоартізі-актив-плюс може виявляти сприятливу дію на більшість із коморбідних процесів, у т.ч. певною мірою профілакувати КВР і ГІР.

Висвітлені вікові клінічні особливості ОА та коморбідних процесів, даних літератури щодо інших властивостей складників обраного засобу були відправними моментами клініко-біохімічної оцінки ефективності препарату Остео-

артізі-актив-плюс. Основним етапом оцінки ефективності цього препарату були перші 30 днів, наступний місяць здійснювалася суто клінічна оцінка.

За клінічними даними та суб'єктивною оцінкою хворих (загальне самопочуття), за перший місяць ефективність Остеоартізі-актив-плюс була майже однаковою з найбільш поширено вживаним засобом Терафлекс у групі порівняння (позитивна динаміка за шкалою ВАШ в обох групах однотипна). Однак, у пацієнтів основної групи відмічено системні позитивні зміни в кластері захворювань органів травлення, особливо проявів гепатохолецистопанкреатопатій та ентероколопатій. Ймовірно це зумовили екстракти імбиру та селери (див. табл. 2). На кластери судинних і метаболічних уражень помітного впливу не виявлено.

Важливим доповненням розуміння позитивної дії досліджуваного препарату була оцінка динаміки параметрів фібринолітичної, протеолітичної активності крові та запального процесу (за рівнем СРП та фібриногену). Дані наведені в табл. 3.

Дані табл. 3 демонструють, що початково в обох групах хворих є однотипні порушення у вигляді вірогідного зниження фібринолітичної активності крові і зростання рівня фібриногену, вірогідного підвищення протеолітичної активності крові та підвищення рівня СРП як біохімічної ознаки (разом з показником фібриногену) запального процесу.

Упродовж 30-денного курсу застосування Остеоартізі-актив-плюс позитивна динаміка досліджуваних показників за більшістю параметрів (див. табл. 3) була вірогідно кращою, ніж у хворих групи порівняння, особливо параметрів СРП та фібриногену. Ймовірно це може бути зумовлено дією екстрактів кори верби та імбиру (див. табл. 2).

Кращою була динаміка показників протеолітичної активності плазми крові, однак вірогідної міжгрупової

Таблиця 3

Динаміка показників фібринолітичної та протеолітичної активності плазми крові, рівнів фібриногену та С-реактивного білка у хворих на остеоартроз основної і порівняльної груп у зв'язку з лікуванням

Показники, од. виміру	Практично здорові особи (контрольна група) n=30	Основна група n=40	Група порівняння n=40
Фібриноген, г/л	3,54±0,32	4,86±0,34*	4,93±0,38*
		3,82±0,28#	4,46±0,42
СФА крові, Е 440/мл/год	1,63±0,05	1,18±0,06*	1,14±0,07*
		1,34±0,04#	1,21±0,09
НФА крові, Е 440/мл/год	1,04±0,04	0,78±0,05*	0,75±0,04*
		0,92±0,04	0,82±0,06
ФФА крові, Е 440/мл/год	0,59±0,03	0,40±0,03*	0,38±0,04*
		0,42±0,04	0,41±0,03
Лізис азоальбуміну, Е 440/мл/год	1,62±0,12	2,86±0,16*	2,92±0,18*
		2,08±0,14#	2,63±0,21
Лізис азоказеїну, Е 440/мл/год	2,12±0,16	3,21±0,22*	3,24±0,26*
		2,46±0,14#	2,82±0,18
Лізис азоколу, Е 440/мл/год	0,84±0,06	1,38±0,06*	1,41±0,07*
		1,12±0,05	1,29±0,11
С-реактивний протеїн, мг	2,8±0,18	7,8±0,58*	8,1±0,62*
		5,2±0,46#	6,6±0,43#

Примітка: у чисельнику наведені дані до лікування, в знаменнику – після лікування;

* – різниця вірогідна порівняно з аналогічним показником у групі контролю;

– різниця вірогідна порівняно з аналогічним параметром у групі після лікування.

різниці не виявлено. Хоча така тенденція є важливою, оскільки свідчить про зменшення катаболічних процесів й можливу активацію ферментних систем, особливо печінки та травного каналу, позаяк клінічно встановлено покращення діяльності зазначених систем.

Також поглибити розуміння позитивної дії досліджуваного препарату дає можливість оцінка динаміки пара-

метрів про- і антиоксидантної систем крові впродовж зазначеного терміну. Значення й динаміка цих параметрів наведені в табл. 4.

Матеріали табл. 4 засвідчують, що початково в обох групах порівняння мають місце однотипні вірогідні прояви оксидативного стресу. Упродовж 30-денного використання Остеоартізі-актив-плюс відновна динаміка показників

Таблиця 4

Динаміка показників про- і антиоксидантної систем крові у хворих на остеоартроз основної і порівняльної груп у зв'язку з лікуванням

Досліджувані показники, од. виміру	Група контролю n=30	Основна група n=40	Група порівняння n=40
Глутатіон відновлений, ммоль/л	0,95±0,02	0,71±0,02*	0,69±0,04*
		0,84±0,03#	0,78±0,03
Глутатіон-пероксидаза, н/моль ГВ за 1 хв на 1 г НВ	72,4±4,86	116,4±6,86*	119,2±8,42*
		22,3±4,18#	103,3±6,54
Глутатіон-S-трансфераза, н/моль ГВ за 1 хв на 1 г білка	13,56±1,28	22,3±0,84*	24,2±0,93*
		16,6±0,78#	21,1±1,16
МА плазми, мкмоль/л	2,68±0,26	5,4±0,37*	5,6±0,42*
		3,8±0,42#	4,7±0,38#
МА еритроцитів, мкмоль/л	6,12±0,25	13,4±1,12*	14,1±1,14*
		7,9±0,92#	11,2±0,92

Примітка: у чисельнику наведені дані до лікування, в знаменнику – після лікування;

* – різниця вірогідна порівняно з аналогічним показником у групі контролю;

– різниця вірогідна порівняно з аналогічним параметром у групі до лікування.

про- і антиоксидантної систем крові була кращою з наявністю вірогідної різниці між рівнями ГВ, МА та активності глутатіо-пероксидази та глутатіон-S-трансферази. Отже, перевагою цього засобу є потужніша дія на явища оксидативного стресу, фібринолітичну та протеолітичну активність крові, рівні СРП та фібриногену. Додамо, що лікування препаратом Osteoartizi-актив-плюс добре переносилося; лише в двох випадках відмічено незначні побічні ефекти у вигляді гіркоти та появи болю в правому підбереггі.

Таким чином, вдале доповнення до класичного і добре апробованого поєднання глюкозаміну і хондроїтину сульфату значно посилюється опосередкованою та прямою дією інших складників Osteoartizi-актив-плюс: кори верби, плодів селери та кореневищ імбиру (протизапальний, болетамувальний та антиагрегантний ефекти); останній разом із екстрактом плодів селери покращує діяльність гепатобіліарної системи та травного каналу (гепато-, гастропротекторний ефекти), нирок (селера), мікроциркуляцію тощо. Варта уваги інформація про іонотропні властивості складників імбиру [14]. Упродовж двомісячного терміну спостереження нами не виявлено особливого впливу досліджуваного препарату на рівень артеріального тиску чи ознаки серцевої недостатності. Ймовірно для цього потрібні триваліші терміни використання обраного засобу в підтримуючих дозах. Але до кінця двомісячного терміну використання суб'єктивно хворими (в т.ч. за шкалою ВАШ) є невірогідні переваги Osteoartizi-актив-плюс щодо явищ ОА і очевидні – за впливом на кластер коморбідних захворювань гепатобіліарної і травної систем. Важливо, що за такої багатогранної дії цей засіб зменшує загрози

кардіоваскулярних (екстракт кори верби білої) і гастроінтестинальних ризиків.

Отже, фітохондропротекторний комплекс Osteoartizi-актив-плюс є доцільним у лікуванні хворих на ОА з домінуючим кластером уражень системи травлення, меншою мірою він може профілакувати КВР у кластері судинних коморбідних процесів, однак це потребує уточнення та ймовірного підсилення іншими лікарськими засобами.

Висновки

1. У хворих на остеоартроз у віці старше 50 років прогресивно зростає спектр і вираженість коморбідних хвороб, переважно кластерів судинних захворювань та травної системи.

2. Комбінований фітохондропротекторний препарат Osteoartizi-актив-плюс у комплексному лікуванні хворих на остеоартроз з високим коморбідним фоном має незначні клінічні переваги щодо впливу на прояви суглобового больового синдрому, суттєві переваги в контексті кластеру захворювань гепатобіліарної системи, травного каналу. Він виявляє кращу дію на фібринолітичну, протеолітичну активність плазми крові, маркери запального процесу та явища оксидативного стресу в крові, чим опосередковано зменшує загрози кардіоваскулярного та гастроінтестинального ризиків.

Перспективи подальших досліджень можуть бути в напрямку вивчення впливу цього препарату на клініко-ультрасонографічні і біохімічні зміни при ураженнях гепатобіліарної системи і нирок у хворих на ОА.

Література

1. Веремеєнко К. Н. Протеоліз в нормі і при патології. – К.: Здоров'я, 1993. – 277 с.
2. Імбир: джерело рослинних ліків багатосторонньої та поліорганної дії (огляд літератури) / О. І. Волошин, Н. В. Бачук-Пович, Л. О. Волошина, В. Л. Васюк // Фітотерапія. Часопис. – 2012. – № 2. – С. 19-22.
3. Коваленко В. М. Коморбідність і шляхи раціональної фармакотерапії в ревматології: думка спеціаліста / В. М. Коваленко // Укр. ревматол. журн. – 2014. – № 2 (56). – С. 12-13.
4. Коморбідність і високий кардіоваскулярний ризик – ключові питання сучасної медицини / Г. Д. Фадєєнко, О. Є. Гріднєв, А. О. Несен (та ін.) // Укр. терапевт. журн. – 2013. – № 1. – С. 102-107.
5. Концепція розвитку медичної науки і основні напрямки наукових досліджень в наукових установах НАМН на 2013-2015 роки // Новості мед. і фармац. – 2013. – № 15 (466) – С. 3-4.
6. Лікарські рослини: Енциклопедичний довідник / За ред. акад. А. М. Гродзінського. – К.: Вид. «Українська Енциклопедія ім. М. П. Бажана», 1992. – 544 с.
7. Магальяс В. М. Сучасні методи експериментальних та клінічних досліджень центральної науково-дослідної лабораторії Буковинської державної медичної академії. Навч.-метод. посібник / В. М. Магальяс, А. О. Міхєєв, Ю. С. Роговий. – Чернівці: БДМА. – 2001. – 42 с.
8. Мендель О. Н. Остеоартроз і серцево-судинні захворювання у лиць пожилого віку: клінічні і патологічні взаємозв'язки / О. Н. Мендель, А. В. Наумов, А. Л. Верткін [і др.] // Успехи геронтол. – 2010. – Т. 23 (2). – С. 304-313.
9. Національний підручник з ревматології (за ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби). – К.: Моріон, 2013. – 627 с.
10. Несен А. О. Хронічні неінфекційні захворювання: акцент на коморбідність і підвищений кардіоваскулярний ризик // Укр. терапевт. журн. – 2014. – № 2. – С. 26-32.
11. «Стратегія ВООЗ в галузі народної медицини 2014-2023 рр». – Женева, 2013. – 80 с.
12. Фадєєнко Г. Д. Коморбідність і інтегративна роль терапії внутрішніх хвороб / Г. Д. Фадєєнко, А. О. Несен // Укр. терапевт. журн. – 2015. – № 2. – С. 7-15.
13. Aframework for crafting clinical practice guidelines that are relevant to the care and management of people with comorbidity / K. Uhlig, B. Left. D. Keent (et al.) // J. Gen. Int. Med. – 2014. – Vol. 29 (4). – P. 11-18.
14. Baumler S. Heilpflanzen: Praxis Heute / – München, 2007. – 989 s.
15. Beremler F. Osteoarthritis as an inflammatory disease (Osteoarthritis is not osteoarthritis!) // Osteoarthritis Cartilage. – 2013. – Vol. 21. – P. 16-12.
16. Marengoni A., Angleman A., Frangilioni L. Prevalence of disability according to multimorbidity and disease clustering: a population based study // J. Comorbidity. – 2011. – Vol. 1, № 1. – P. 11-18.
17. Valderas J. M., Stevart W. M., Martin F. Research of patients with multiple health conditions: different constructs, different views, on voice // J. of Comorbidity. – 2011. – Vol. 1. – P. 1-3.
18. Weiss C. O., Varadhan R, Puhon M. A. (et al.) Multimorbidity and evidence generation // J. Gen. Intern. Med. – 2014. – Vol. 29 (4). – P. 653-660.

Надійшла до редакції 18.08.2016

УДК:616.72-007.24-02-08:615.322

Л. О. Волошина

КОМПЛЕКСНИЙ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНИЙ ЗАСІБ У ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ ІЗ РІЗНИМИ ТИПАМИ КОМОРБІДНИХ ПРОЦЕСІВ

Ключові слова: остеоартроз, коморбідність, фітохондропротектор, лікування

Вивчено вікові особливості спектру та вираженості коморбідних явищ у хворих на остеоартроз (ОА) та вплив на їх прояви і метаболічні порушення при застосуванні фітохондропротектора Остеоартізи-актив-плюс в комплексному лікуванні. Обстежено 120 хворих на ОА II-III клініко-рентгенологічної стадії у віці 37-76 років з високим коморбідним фоном. Методи: клінічні, біохімічні, інструментальні. 40 хворим (основна група) додатково застосовано препарат Остеоартізи-актив-плюс.

Встановлено, що всім хворим на ОА вікового діапазону після 50 років властивий зростаючий кількісно і за вираженістю фон коморбідних хвороб, наявні значні порушення фібринолітичної, протеолітичної активності, явища оксидативного стресу та запального процесу. Домінуючими кластерами коморбідних хвороб були судинні ураження та хвороби травного каналу. Курсове застосування Остеоартізи-актив-плюс мало незначні переваги дії на суглобовий больовий синдром перед класичним хондропротектором, але вагомі переваги за дії на кластер захворювань травного каналу та виявлені біохімічні порушення в крові.

Л. А. Волошина

КОМПЛЕКСНОЕ ФИТОХОНДРОПРОТЕКТОРНОЕ СРЕДСТВО В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С РАЗЛИЧНЫМИ ТИПАМИ КОМОРБИДНЫХ ПРОЦЕССОВ

Ключевые слова: остеоартроз, коморбидность, фитохондропротектор, лечение.

Изучены возрастные особенности спектра и выраженности коморбидных явлений у больных остеоартрозом (ОА) и влияние на их проявления и метаболические нарушения при применении фитохондропротектора Остеоартизи-актив-плюс в комплексном лечении. Обследованы 120 больных ОА II-III клинико-рентгенологической стадии в возрасте 37-76 лет с высоким коморбидным фоном. Методы: клинические, биохимические, инструментальные. 40 больным (основная группа) дополнительно применен препарат Остеоартизи-актив-плюс.

Установлено, что всем больным ОА возрастного диапазона после 50 лет присущ растущий количественно и по выраженности фон коморбидных заболеваний, значительные нарушения фибринолитической, протеолитической активности, явления оксидативного стресса и воспалительного процесса. Доминирующими кластерами коморбидных болезней были сосудистые поражения и болезни пищеварительного тракта. Курсовое применение Остеоартизи-актив-плюс имело незначительные преимущества воздействия на суставной болевой синдром перед классическим хондропротектором, но весомые преимущества за счет действия на кластер заболеваний пищеварительного тракта и выявленные биохимические нарушения в крови.

L. O. Voloshyna

COMBINED PHYTOCHONDROPROTECTOR-AGENT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH DIFFERENT TYPES OF COMORBID PROCESSES IN OSTEOARTHRITIS

Keywords: osteoarthritis, comorbidity, phytochondroprotector-agent.

Objective: to study the age range of features and severity of comorbid events in patients with osteoarthritis (OA) and their effects on metabolic manifestations and the application of phytochondroprotector-agent in treatment.

Materials and methods. The study involved 120 patients with OA II-III clinical and radiologic stage in the age of 37-76 years with high comorbidity background. Methods: Clinical, biochemical, instrumental. 40 patients (group study) additionally received Osteoarthaze Active plus

Results. It was established that all patients with OA of the age range after 50 have background of comorbid diseases which growing in number and in severe, considerable fibrinolytic problems, proteolytic activity, effects of oxidativestress and inflammation. The dominant clusters of comorbidconditions were vascular lesions and diseases of the digestive system.

Courses of Osteoarthaze Active plus remedy had few minor benefits of action on articular pain syndrome compared the classic chondroprotectors but significant advantages for action on cluster diseases of gastrointestinal tract and biochemical disturbances found in the blood.



УДК 616.995.1-085.322+615.322

ЛІКАРСЬКІ РОСЛИНИ У КОМПЛЕКСНІЙ, ПРЕВЕНТИВНІЙ ТА ВІДНОВНО-РЕАБІЛІТАЦІЙНІЙ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ГЕЛЬМІНТОЗИ (Огляд літератури)

■ Т. П. Гарник, д. мед. н., проф., зав каф. фітотерап., гомеопат. та біоенергоінформ. мед.

■ ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»
ВГО «Асоціація фахівців з народної і нетрадиційної медицини України»

Актуальність

Гельмінтози – інфекційні паразитарні хвороби, які посідають третє місце у світі серед інфекційних хвороб, зокрема кишкових гельмінтозів. 25 % населення землі, тобто кожний четвертий, уражено гельмінтозами, в Європі кожний третій житель – одним гельмінтозом, тоді як кожен житель тропіків уражений 3-4 гельмінтозами. На

території України може бути розповсюджено до 30 різновидів гельмінтозів [2].

Так, ентеробіозом уражено від 10 до 90 % населення світу, на аскаридоз хворіє до 1,22 млрд людей, більше 600 тисяч помирає і в переважній більшості – це діти. На трихоцефаліоз страждає кожна друга дитина у зоні тропіків і субтропіків. Значна кількість хворих, близько