

УДК:616.72-007.24-036-085.322:615.276

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ

■ Л. О. Волошина, к. мед. н., доц. каф. внутр. мед. та інфек. хвороб
О. І. Доголіч, к. мед. н., асист. каф. пропед. внутр. хвор.

■ ВДНЗ України «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці

Актуальність. **Остеоартроз (ОА)** – поширене хронічне прогресуюче вік-залежне захворювання суглобів дегенеративно-дистрофічного та запального характеру [2, 7, 18]. Визнано, що йому притаманний високий рівень коморбідності, що значно ускладнює лікувальний процес, призводить до вимушеної поліпрагмазії, можливої несумісності лікарських засобів та загрози побічних ефектів і ускладнень їх використання [7, 17]. Одним із новітніх шляхів уникнення цих загроз є застосування декількох фармакологічно сумісних складників в одній таблетці, що є одним із сучасних напрямків у виробництві ліків [8]. Усталеними схемами медикаментозного лікування ОА є застосування нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП), хондропротекторів та місцево на суглоби мазей, гелів на основі цих препаратів, гастропротекторів та ацетилсаліцилової кислоти з метою профілактики кардіоваскулярного та гастроінтестинального ризиків [7, 12, 15]. Однак, за рекомендаціями Американського коледжу ревматологів (ACR) від 2012 року застосування хондропротекторів при ОА не пропонується, оскільки вважають доказовість їх дії недостатньою [11]. Проте, EULAR (European League Against Rheumatism) та OARSI (Osteoarthritis Research Society International) та ESCEO (European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoarthritis and Osteoporosis) в рекомендаціях 2014 року зазначається про доцільність використання цієї групи препаратів при ОА [12, 15, 18]. Ця дискусія донині не вирішена. Однією з причин недостатньої ефективності цієї групи препаратів при ОА може бути вікове зниження травних спроможностей органів травлення та вираженість і функціональна недостатність набутих вікових системних уражень, особливо підшлункової залози та кишечника з порушенням травлення та всмоктування, в т.ч. хондроїтину та глюкозаміну, що на сьогоднішній день є недостатньо вивченим. Тому активація процесів травлення і всмоктування у таких хворих може сприяти покращанню дії хондропротекторних засобів. В останні роки з цією метою все частіше використовують активні чинники лікарських рослин. Препаратом з подібними властивостями може вважатися «Остеоартізі актив плюс» (Australian Pharmaceuticals Manufacturers Pty Ltd). Його складниками є глюкозаміну гідрохлорид 750 мг, хондроїтину сульфат 150 мг, сухі екстракти кореневища ім-

биру 60 мг, плодів селери пахучої 100 мг та кори верби білої 100 мг. Застосовують при ОА, остеохондрозі, артритих, подагрі, міозиті, періоді реконвалесценції після переломів кісток та операціях на опорно-руховому апараті.

Однак в літературі немає відомостей щодо його впливу на коморбідні явища у хворих на ОА, особливо при значних і системних проявах уражень органів травлення, хоча, згідно даних літератури з фітотерапії, складники цього препарату мали б виявляти позитивний вплив [6, 13].

В раніше проведених нами дослідженнях [1] із застосування фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» у хворих на ОА з високим рівнем коморбідності, кардіоваскулярного та гастроінтестинального ризиків впродовж двох місяців (згідно інструктивних вказівок до препарату) було показано, що відносно суглобового болювого синдрому впродовж першого місяця він не виявляв суттєвих переваг перед класичним хондропротектором «Терафлекс», але значно покращував діяльність уражених органів травлення, вірогідно покращував стан про- і антиоксидантних систем, фібринолітичної та протеолітичної активності крові, знижував рівні С-реактивного протеїну та фібриногену як неспецифічних маркерів системного запалення. Враховуючи взаємообтяжливий та прогресуючий характер перебігу ОА та властивих йому вікових коморбідних процесів, однією із найважливіших основ яких є метаболічні порушення, та, згідно отриманих нами результатів дослідження на першому етапі використання цього препарату, давало нам підстави для подальшої його апробації тривалістю до шести місяців, яка зазвичай є найбільш визнаною для хондропротекторної терапії.

Мета роботи: дослідити ефективність тривалого використання фітохондропротекторного препарату, що містить екстракти імбиру, селери та кори верби білої у хворих на ОА старших вікових груп з високим рівнем коморбідності.

Матеріали і методи дослідження

Спостереження проведені за 105 хворими на ОА у віці 50-76 років ($64,3 \pm 5,58$), серед яких переважали жінки (85 осіб – 80,95 %). Тривалість спостереження – 1 рік з контрольними візитами хворих через 1, 2, 3, 6, 12 місяців. Давність захворювання на ОА коливалася в межах 12-19 ($14,4 \pm 2,36$) років. Діагноз ОА встановлювали

на підставі рекомендацій EULAR (2010) та Наказу МОЗ України № 676 від 12.10.2006 р. «Клінічний протокол надання медичної допомоги хворим на остеоартроз». За клінічними проявами остеоартрозу в усіх випадках відмічена системність його поширення (поліостеоартроз) з переважним ураженням опорних суглобів, домінувала друга стадія рентгенологічних змін у суглобах за Келгрен-Лоуренсом у віці до 60 років, та третя стадія – у віці старше 60 років. В усіх хворих відмічені від 5 до 8 коморбідних процесів: ураження серцево-судинної системи (артеріальна гіпертензія, ІХС-різні форми, в т.ч. з явищами серцевої недостатності) – у 66,07 %; хвороби органів травлення (гастроуденопатії, холецистогепатопатії, панкреатопатії, ентероколопатії) – у 60,71 %, ожиріння I-III ступенів – у 56 %. Майже у 76 % відмічено поєднання уражень серцево-судинної, травної систем та ожиріння в різних за домінуванням комбінаціях. У осіб старше 50-65 років майже в два рази частіше зустрічалися торпідні прояви гепатопанкреатопатій зі вторинними ентероколопатіями зі схильністю до діарейного синдрому. Саме ці хворі зазначали з появою ентероколопатій все гіршу переносимість НПЗП та все нижчий ефект від хондропротекторних засобів.

Критерії виключення: хворі на вторинний ОА, хворі на первинний ОА, які перенесли інфаркт міокарда чи інсульт, з фібриляцією передсердь, пацієнти з тяжкими ураженнями внутрішніх органів, відкритою гастроуденоальною виразкою, онкогематологічними процесами, хворі, що не дали згоди на участь у дослідженні.

У динаміці досліджували загальний аналіз крові, показники ліпідогрामी, С-реактивного протеїну (СРП) та фібрिनотену в крові біохімічними методами. Обстежено також 30 практично здорових осіб на предмет біохімічних показників крові (контрольна група).

Базовий лікувальний комплекс включав: нестероїдний протизапальний препарат, хондропротектор, гастропротектор, місцеве лікування суглобів, додатково, за потреби та згідно консультацій спеціалістів за профілями коморбідних захворювань, гіпотензивні, антиішемічні, анти-

діабетичні та інші засоби. Із вибірки 20 хворих у віці до 60 років та у 20 – у віці старше 60 років із переважанням уражень системи травлення, в т. ч. гепатопанкрео-ентероколопатіями, що зазначали зниження ефективності від попередніх курсів хондропротекторної терапії, замість класичного хондропротектора нами призначено фітохондропротектор «Остеоартізі актив плюс»: перші два місяці 1 табула 2 рази на день, наступні 4 місяці 1 табула вранці до їди. Ці хворі склали основну групу, інші 65 осіб – групу порівняння.

Критерії ефективності лікування: темпи регресу ОА (за індексами Лекена та із застосуванням візуальної аналогової шкали (ВАШ) болю) та коморбідних захворювань, рівні СРП, показники ліпідогрामी у крові, частота рецидивів та їх особливості, тривалість ремісії основного і коморбідних захворювань, статистичний метод відношення шансів.

Результати дослідження та їх обговорення

Встановлено, що відносно проявів суглобового болювого синдрому за перший місяць використання фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» переваг перед класичним хондропротектором у пацієнтів групи порівняння не виявлено, під кінець другого місяця – переваги стали помітнішими (за ВАШ болю – перевага вірогідна), до кінця третього та шостого місяців – вірогідні покращання за індексами Лекена та ВАШ болю (таблиця 1).

Хворі основної групи відмічали зменшення суглобового болю, підвищення толерантності до фізичних навантажень, що позитивно відображалось на якості їх життя та соціалізації.

Щодо коморбідних явищ з боку системи травлення відмічено чітко покращання проявів панкреатоентеропатій, гепатопатій впродовж першого місяця лікування, до кінця другого місяця досягнуто стану їх нестійкої ремісії, при застосуванні підтримуючої терапії цим препаратом стан ремісії був стабільним. На прояви гастроуденопатій, уражень серцево-судинної системи помітного позитивного впливу не виявлено.

Таблиця 1

Динаміка показників ВАШ та індексу Лекена у хворих на ОА основної і порівняльної груп до та через місяць після лікування

Досліджуваний показник, од. виміру	Основна група, n=40		Група порівняння, n=40	
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування
ВАШ болю при ходьбі, мм	52,6±4,14	I міс. 42,8±2,83нв	53,8±4,16	I міс. 45,4±3,68нв
		II міс. 31,4±2,26*		II міс. 38,6±3,16*
		III-VI міс. 18,7±1,84*#		III-VI міс. 32,2±2,86*#
Індекс Лекена, бали	7,1±0,48	I міс. 5,8±0,66нв	7,2±0,58	I міс. 6,1±0,46 нв
		II міс. 4,6±0,38*		II міс. 5,2±0,43*
		III-VI міс. 2,9±0,22*#**		III-VI міс. 4,2±0,38*#

Примітка: нв – дані невірогідні;

* – різниця вірогідна порівняно з результатами до лікування;

– різниця вірогідна порівняно з результатами лікування за перший місяць;

** – різниця вірогідна з відповідними показниками основної і порівняльної груп на VI місяців лікування.

Таблиця 2

Показники С-реактивного протеїну, фібриногену та ліпідограми у крові хворих на ОА в динаміці тримісячного лікування із застосуванням фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» (основна група) та «Терафлекс» (група порівняння)

Досліджувані параметри	Основна група, n=40		Група порівняння, n=65		Практично здорові, n=40
	до лікування	після лікування	до лікування	після лікування	
С-реактивний протеїн, мг/л	6,32±0,36*	3,8±0,26*#	6,54±0,48	4,76±0,34*	2,8±0,18
Фібриноген, г/л	5,16±0,34*	4,1±0,32#	5,22±0,46*	4,4±0,29*	3,54±0,32
Загальний холестерол, ммоль/л	6,4±0,42*	5,3±0,41	6,6±0,38*	5,8±0,42*	4,70±0,21
Холестерол ліпопротеїдів високої щільності, ммоль/л	1,02±0,06*	1,15±0,09*	1,1±0,08*	1,1±0,12*	1,54±0,04
Холестерол ліпопротеїдів низької щільності, ммоль/л	4,56±0,24*	3,52±0,28*	4,84±0,32*	4,28±0,26*	2,43±0,08
Тригліцероли, ммоль/л	2,6±0,26*	2,1±0,19*	2,8±0,24*	2,4±0,18*	1,57±0,07
Індекс атерогенності, од	5,27±0,32*	3,61±0,28*#	5,0±0,42*	4,27±0,34*	2,1±0,16

Примітки: * – різниця показника вірогідна порівняно з аналогічним у практично здорових осіб;

– різниця показника вірогідна до та після лікування

За даними біохімічних параметрів крові встановлено (табл. 2), що до кінця третього місяця лікування рівні СРП та фібриногену в основній групі вірогідно знизилися, а за вмістом фібриногену досягнуто рівня у ПЗО; у групі порівняння була лише тенденція до їх покращання, обидва параметри ще перевищували аналогічні у ПЗО. Але рівень СРП у хворих основної групи все ще вірогідно перевищував аналогічний показник у ПЗО. У хворих групи порівняння динаміка вмісту СРП в бік покращання була невірогідною впродовж тримісячного використання класичного хондропротектора «Терафлекс». У хворих основної групи виявлена також, хоча й невірогідна, тенденція до покращання рівня загального холестеролу та тригліцеролу, але вірогідне зниження холестеролу ліпопротеїдів низької щільності та індексу атерогенності крові. Динаміка аналізів периферичної крові в оцінці ефективності лікування не була неінформативною.

Виявлені зміни певною мірою корелювали з клінічними проявами як ОА, так і коморбідних процесів; зокрема, у хворих групи порівняння ще досить значними були ознаки суглобового больового синдрому та вищезазначених уражень системи травлення, що вимагали

нерегулярного застосування НПЗП (за принципом «за вимогою») чи поліферментних, гепатопротекторно-жовчогінних засобів тощо. Відзначимо, що ступінь регресу проявів ОА та коморбідних процесів у пацієнтів старше 60 років був певною мірою повільнішим, проте довіра цього контингенту хворих до зазначеного лікарського засобу була якраз найкращою (комплаєнс 85 %) саме за сприятливого сумарного впливу на симптоматику уражень органів травлення, а також на їх загальносоматичний стан.

Сприятливий вплив фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» може бути зрозумілим згідно аналізу вмісту складників лікарських рослин та їх властивостей, що, за даними з провідних джерел літератури [6, 13], наведені в таблиці 3.

Ключовими за різнобічністю і силою дії в цьому препараті є чинники імбиру. Саме завдяки їх властивостям були гармонізовані функції травних залоз шлунково-кишкового тракту, водночас і сприятливий вплив на явища системного запалення, больові синдроми різної локалізації, в т.ч. суглобової, певні антиагрегантні і гіпохолестеринемічні та цитопротективні якості. В літера-

Таблиця 3

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, сухожилів	Хондропротекторний, помірний протизапальний ефекти
Хондроїтину сульфат	Утворюється із глюкозаміну, забезпечує фізіко-хімічні властивості хряща, стимулює синтез глюкоуронової 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 кореневищ імбиру	Ефірні олії, сесквітерпени (цінціберен, куркумен, бісабалон, гіркоти (гінгероли, діаргептаноїди)	Протизапальні, анальгетичні, жарознижувальні, гастро-, гепатопротекторні, жовчогінні, антиагрегантні, позитивні інотропні ефекти, покращання діяльності всіх травних залоз та явищ мікроциркуляції
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), мірістицин, терпени (пінен, лимонен), флавоноїди, фурукумарини, жирні олії	Протизапальний, спазмолітичний, сечогінний, протиалергійний ефекти, покращує кровообіг, виведення солей з організму, підвищує його опірність

турі до цього засобу в останні роки прикута підвищена увага в різних аспектах [2, 10, 14, 16, 19] ОА та при різних інших захворюваннях. Вагому адитивну дію в цьому ж контексті проявляють чинники плодів селери (див. табл. 3). Складникам кори верби білої також притаманні протизапальні, анальгезуючі, антиагрегантні, антисептичні властивості, що зазначено в провідних джерелах літератури з фітотерапії [6, 13]. Разом можна узагальнити, що всім рослинним складовим частинам фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» властива потенціуюча артротропна дія. Гармонізуючий вплив рослинних чинників цього препарату на діяльність уражених органів травлення, а також метаболічні процеси та явища системного запалення на рівні організму, ймовірно сприяв кращій резорбції інших його складників – хондроїтину сульфату та глюкозаміну сульфату із кишечника та ефективнішому впливу на репаративні процеси в суглобовому хрящі, на больові синдроми різної локалізації, включаючи суглобовий апарат.

Подальші спостереження до одного року показали, що в основній групі лише в 4 (10 %) пацієнтів відмічені легкі рецидиви ОА, загальна тривалість ремісії становила $5,4 \pm 0,46$ місяця. У групі порівняння за цей період рецидиви відзначили 19 із 65 хворих (29,23 %), загальна тривалість ремісій в них була $2,9 \pm 0,42$ місяці ($p < 0,001$). Оцінюючи ефективність запропонованого методу комплексного лікування хворих на ОА з використанням фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» порівняно з класичним хондропротектором «Терафлекс» методом обчислення відношення шансів слід зазначити,

що ризик рецидивів при цьому знижується в 2,9 рази (OR=2,9; 95% ДІ 2,5-3,6). Продовжуються подальші спостереження.

Висновки

1. Вікове зростання системності проявів остеоартрозу та коморбідних процесів, особливо ураження шлунково-кишкового тракту з явищами панкреато-ентероколонпатій, погіршують ефективність терапії НПЗП та хондропротекторними засобами.

2. З метою підвищення ефективності лікування хворих на остеоартроз із високим рівнем коморбідності з переважним ураженням шлунково-кишкового тракту доцільно застосовувати полікомпонентні хондропротектори з включенням до їхнього складу екстрактів імбиру, селери та верби білої, що забезпечують гармонізуючу дію на ураження шлунково-кишкового тракту, метаболічні, репаративні процеси та чинять протизапальну, анальгезуючу дію, включаючи суглобовий больовий синдром. Одним із представників такої групи препаратів може вважатися фітохондропротектор «Остеоартізі актив плюс», вироблений за сучасною технологією «полі-таблетки».

3. Перспективною подальших досліджень може вважатися дослідження комплексних фітохондропротекторів з вмістом рослинних чинників, що впливають на метаболічні процеси в кістках, мікроциркуляцію і реологічні властивості крові при домінуючих ураженнях серцево-судинної системи.

Литература

1. Волошина Л. О. Комплексний фітохондропротекторний засіб у лікуванні хворих на остеоартроз з різними типами коморбідності / Л. О. Волошина // *Фітотер. Час.* – 2016. – № 3. – С. 4-9.
2. Диференційований підхід до лікування остеоартрозу з коморбідною патологією / Н. М. Шуба, Т. Д. Воронова, А. С. Крилова [та ін.] // *Укр. ревматол. журн.* – 2017. – № 2 (68). – С. 6-16.
3. Імбир: джерело рослинних ліків багатосторонньої та поліорганної дії (огляд літератури) / О. І. Волошин, Н. В. Бачук-Понич, Л. О. Волошина, В. Л. Васюк // *Фітотер. Час.* – 2012. – № 2. – С. 19-22.
4. Коваленко В. М. Коморбідність і шляхи раціональної фармакотерапії в ревматології / В. М. Коваленко // *Укр. ревматол. журн.* – 2014. – № 2 (56). – С. 12-13.
5. 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.
6. Лікарські рослини. Енциклопедичний довідник / За ред. акад. А. М. Гродзінського. – К.: Вид., Укр. Енциклопедія ім. П. Л. Бажана, 1992. – 544 с.
7. Національний підручник з ревматології / За ред. В. М. Коваленка, Н. М. Шуби. – К.: Моріон, 2013. – 627 с.
8. Сидорова Л. Л. Политаблетка: thebestbargain / Л. Л. Сидорова // *Therapia.* – 2016. – № 11. – С. 18-22.
9. A framework 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.
10. Altman R. D. Effect of a ginger extract on knee pain in patients with osteoarthritis / R. D. Altman, K. C. Marcussen // *Arthrit. Rheum.* 2001. – Vol. 44 (11). – P. 2531-2538.
11. American College of Rheumatology 2012 recommendations for the

use of nonpharmacologic and pharmacologic therapies in osreoarthritis of the hand, legand knee / M. C. Hochberg, R. D. Altman, K. T. April [et al.] // *Arthrit. Care Res.* – 2012. – Vol. 64, № 4. – p. 465-474.

12. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) / O. Bruyere, C. Cooper, J. P. Pelletier // *Semin. Arthrit. Rheum.* – 2014. Vol. 43 (3). – P. 253-263.

13. Baumler S. Heilpflanzen: Praxis Heute / – München, 2007. – 989 s.

14. Efficacy and safety of ginger in osteoarthritis patients: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials / E. M. Bartels, V. N. Folmer, H. Bliddal [et al.] // *Osteoart. Cartil.* – 2015. – Vol. 23 (1). – p. 13-21.

15. EULAR evidence-based recommendations for the diagnostic of knee osteoarthritis / W. Zhang, M. Doherty, G. Peat [et al.] // *Ann. Rheum.* – 2010. – Vol. 69. – P. 483-489.

16. Haghghi M. Comparing the effects of ginger (*Zinciler officinale*) extract and ibuprofen with osteoarthritis / M. Highighi, A. Khalvat, T. Toliat, S. Jallaci // *Arch. Iran. Med.* – 2005. – № 8. – P. 267-271.

17. Kadam U. T. Clinical comorbidity in osteoarthritis: associations with physical function in older patients in family practice / U. T. Kadam, P. R. Croft // *G. Rheumatol.* – 2007. – Vol. 34. – P. 1899-1964.

18. Mc.Allindon T. E., OARSI quidelines for the non-surgical management of knee osteoarthritis / T. E. Mc. Allindon, R. R. Bannury, M. C. Sullivan // *Osteoart. Cartil.* – 2014. – Vol. 22 (3). – P. 364-388.

19. Ziniberofficinale extract exhibits antidiabetic potential via modulating glucose uptake, protein glycation and inhibiting adipocyte differentiation / M. P. Rani, M. C. Krishne, K. P. Padmakumari [et al.] // *J. Sci. Food Agric.* – 2012. – Vol. 92. – P. 1948-1955.

Надійшла до редакції 24.08.2017

УДК: 616.72-007.24-036-085.322:615.276

Л. О. Волошина, О. І. Доголіч

ОСОБЛИВОСТІ ТРИВАЛОГО ЗАСТОСУВАННЯ ФІТОХОНДРОПРОТЕКТОРНОГО ЗАСОБУ У ХВОРИХ НА ОСТЕОАРТРОЗ З ВИСОКИМ РІВНЕМ КОМОРБІДНОСТІ

Ключові слова: остеоартроз, коморбідність, фітохондропротектор, лікування.

Вивчені особливості дії тривалого застосування фітохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» у хворих на остеоартроз (ОА) з високим рівнем коморбідності з переважним ураженням системи травлення.

Дослідження охоплено 105 хворих на ОА у віці 50-76 років, 40 пацієнтів (основна група) у лікувальному комплексі замість класичного хондропротектора отримували фітохондропротектор «Остеоартізі актив плюс». Методи дослідження: клінічні, біохімічні, статистичні.

Встановлено, що на початковому етапі застосування «Остеоартізі актив плюс» сприятливо впливає на коморбідні ураження системи травлення і не має особливих переваг перед класичним хондропротектором. Під кінець другого місяця його застосування, особливо до шостого місяця, відмічено достовірні переваги на прояви ОА за індексом Lequense, візуальною аналоговою шкалою болю, впливом на біохімічні маркери системного запалення. Впродовж 1-річного терміну спостереження рецидиви ОА чи будь-якого з коморбідних захворювань у хворих основної групи були в 2,9 рази рідше.

Л. А. Волошина, А. І. Доголіч

ОСОБЕННОСТИ ДЛИТЕЛЬНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОХОНДРОПРОТЕКТОРНОГО СРЕДСТВА У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ С ВЫСОКИМ УРОВНЕМ КОМОРБИДНОСТИ

Ключевые слова: остеоартроз, коморбидность, фитохондропротектор, лечение.

Изучены особенности действия длительного применения фитохондропротектора «Остеоартізі актив плюс» у больных остеоартрозом (ОА) с высоким уровнем коморбидности с преимущественным поражением системы пищеварения.

Исследованием охвачено 105 больных ОА в возрасте 50-76 лет, 40 пациентов (основная группа) в лечебном комплексе вместо классического хондропротектора получали фитохондропротектор «Остеоартізі актив плюс». Методы исследования: клинические, биохимические, статистические.

Установлено, что на начальном этапе применения «Остеоартізі актив плюс» благоприятно влияет на коморбидные поражения пищеварительной системы и не имеет особых преимуществ перед классическим хондропротектором. К концу второго месяца его применения, особенно до шестого месяца, отмечены достоверные преимущества на проявления ОА по индексу Lequense, визуальной аналоговой шкале боли, влиянием на биохимические маркеры системного воспаления. В течение 1-летнего срока наблюдения рецидивы ОА или любого из коморбидных заболеваний у больных основной группы были в 2,9 раза реже.

L. O. Voloshyna, O. I. Dogolych

FEATURES OF LONG-TERM USE OF PHYTOHONDRO-PROTECTIVE AGENT IN PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS WITH HIGH COMORBIDITY

Keywords: osteoarthritis, comorbidity, phytochondroprotector, treatment.

To study the features of the long-term use of phytochondroprotector "Osteoartisi active plus" in patients with osteoarthritis (OA) with a high level of comorbidity and predominant lesion of the digestive system.

The study involved 105 patients with OA at the age of 50-76 years, 40 patients (main group) in the complex treatment instead of the classical chondroprotector received phytochondroprotector "Osteoartisi active plus". Methods of research: clinical, biochemical, statistical.

It has been established that at the initial stage of application of "Osteoartisi active plus", it positively affects the comorbid lesions of the digestive system and does not have any particular advantages over the classical chondroprotector. At the end of the second month of its application, especially before the sixth month, there were significant advantages in the manifestations of OA under the Lequense index, the visual analog scale of pain, and the effect on the biochemical markers of systemic inflammation. During the 1-year observation period, relapses of OA or any of the comorbid diseases in patients of the main group were 2.9 times less frequently.



УДК 616-018.2-092-085+616-097-092-085

КРАНІОСАКРАЛЬНА ТЕРАПІЯ ТА НЕЙРОСУДИННІ ОСТЕОПАТИЧНІ ТЕХНІКИ В ЗАГАЛЬНОТЕРАПЕВТИЧНІЙ ПРАКТИЦІ, СИСТЕМНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ І КОМОРБІДНІЙ ПАТОЛОГІЇ

- О. Л. Компанієць, лікар-нефролог, лікар народної і нетрадиційної медицини
- ДУ «Інститут нефрології НАМН України», м. Київ

Вступ

Краніосакральна терапія зокрема і остеопатія взагалі має великі можливості, особливо за умов наявності клінічного мислення і медичного досвіду у терапевта.

Перед маніфестацією всі хронічні захворювання мають прихований перебіг і загальний стан здоров'я людини залежить від адаптаційних здібностей організму

і здатності переносити фізичні і емоційні стреси. Відомо, що вплив на організм при краніосакральній терапії і біодинаміці відбувається через **автономну (вегетативну) нервову систему (ВНС)**. Так склалося, що до ВНС ставляться більш легковажно, ніж до соматичної нервової системи, не надаючи значення вегетативним розладам. Але саме ця система відіграє ключову роль