

ГУ РОССИЙСКИЙ ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
им. Н.Н.БЛОХИНА

ОАО «Холдинг «ЭДАС»

**М.Я. ШАШКИНА, П.Н. ШАШКИН,
А.В. СЕРГЕЕВ, Л.К. ГОРЯЙНОВА**

ЧАГА, ЧАГОВИТ, ЧАГАЛЮКС
в лечебной
и профилактической практике

2008

Монография содержит анализ собственных экспериментально клинических наблюдений и обзор литературных данных за последние 50 лет по препаратам, разработанным на основе широко известного трутового гриба чаги.

Чага или березовый гриб (*Inonotus obliquus*) используется в народной и официальной медицине в качестве профилактического и лечебного средства при различных заболеваниях желудочно-кишечного тракта, печени, бронхо-легочной системы и других органов. Препараты на основе чаги применяют для повышения защитных сил организма и улучшения самочувствия больных при различных острых и хронических инфекционных и неинфекционных заболеваниях. *Чаговит* и его улучшенный вариант *Чагалиюкс* — оригинальные нетоксичные фитокомпозиции нового поколения. Они разработаны в ГУ РОНЦ им. Н.Н.Блохина РАМН в качестве лечебно-профилактических средств с целью повышения эффективности профилактики и лечения хронических заболеваний, в том числе онкологических. В последние годы препараты на основе чаги находят все большее применение для коррекции вторичных иммунодефицитных состояний, в комплексной терапии онкологических больных, при псориазе и других заболеваниях. Особого внимания заслуживают данные об эффективности использования чаги для преодоления синдрома отвыкания у «злостных курильщиков». Имеются положительные наблюдения применения препаратов чаги при диабете II типа. В работе приводятся новые данные об антиканцерогенных, антиоксидантных, иммуномодулирующих свойствах препаратов чаги. Обсуждаются вопросы, связанные с изучением механизмов действия чаги, оптимизацией схем и режимов применения препаратов, повышением их качества и эффективности.

Книга рассчитана на широкий круг специалистов, медиков биологического профиля, терапевтов, фитотерапевтов, онкологов и лиц, интересующихся вопросами лечебно-профилактической медицины с использованием фитопрепаратов.

Эксклюзивный производитель ЧАГАЛЮКС ОАО «Холдинг «ЭДАС»

Адрес: 115093, Россия, Москва, ул. Б. Серпуховская, 10

Тел.: (495) 237-23-74

www.edas.ru

E-mail: moscow@edas.ru

Введение

Одной из важнейших задач современности является оздоровление населения. Организм человека подвергается непрерывному все возрастающему воздействию неблагоприятных факторов окружающей среды: канцерогенов, мутагенов, солей тяжелых металлов, радионуклидов, рентгеновскому и ультрафиолетовому облучению и т.д.

В процессе эволюции в организме млекопитающих сложилась многоуровневая система естественной защиты от вредных факторов окружающей среды. Для полноценной работы естественной защитной антиоксидантной системы организм человека должен получать необходимое количество биологических активных веществ (витамины, микроэлементы, органические кислоты и др.). Недостаточное поступление с продуктами питания таких веществ значительно повышает чувствительность клеток к вредным воздействиям окружающей среды и увеличивает риск развития наиболее распространенных заболеваний (атеросклероза, рака, хронических воспалительных процессов). Многочисленные эпидемиологические исследования убедительно показали наличие определенной связи между поступлением в организм необходимых биологически активных веществ (витаминов и др.) и риском развития рака и атеросклероза. Несмотря на определенные успехи в диагностике и лечении заболеваемости и смертность от этих патологий продолжает неуклонно расти. В связи с этим проблема профилактики рака и других наиболее распространенных заболеваний человека является приоритетной задачей отечественного здравоохранения.

В последние годы в биологии и медицине особое внимание стали обращать на природные вещества, которые наряду с антиканцерогенными, антимутагенными, иммунодулирующими свойствами обладают также антиоксидантной активностью. Поиск и разработка таких соединений и медицинских препаратов на их основе интенсивно ведется в промышленно развитых странах мира.

В ГУ Российский онкологический научный центр им. Н.Н. Блохина РАМН в результате многочисленных исследований разработана серия препаратов лечебно-профилактического назначения на основе бета-каротина, витаминов и фитосубстанций. Выпуск многих из них освоен отечественной фармацевтической фирмой ОАО «ЭДАС» (КАСКАТОЛ, КАСКОРУТОЛ, «СОЛОДКА», «ЭХИНАЦЕЯ» и др.). Все эти препараты могут использоваться как для профилактики первичных заболеваний, так и в составе комплексной или комбинированной терапии.

Одним из перспективных объектов исследований является чага, которая на Руси в народной медицине известна с древних времен. Впервые чага всесторонне изучена в СССР специалистами Ботанического института им. В.Н. Комарова АН СССР и Первого Ленинградского медицинского института им. И.П. Павлова в середине 20 столетия (профессор П.К. Булатов, профессор М.П. Березина,

профессор Г.А. Якимов, профессор Е.Я. Мартынова и др.). Эти исследования не потеряли своей актуальности до настоящего времени. В связи с чем мы широко отразили их в своей работе и благодарим всех исследователей того времени за фундаментальные, основательные изыскания. В результате чего внедрены в производство отечественные препараты чаги, из которых бефунгин выпускается до настоящего времени.

На основе чаги в комплексе с витаминами нами разработаны препараты нового поколения: *Чаговит* и его улучшенный вариант *Чагалюкс*. Эти оригинальные нетоксичные фитокомпозиции могут быть перспективны для повышения эффективности профилактики и лечения хронических заболеваний, в т.ч. онкологического профиля. *Чаговит* и *Чагалюкс* выпускается отечественной промышленностью. Промышленный выпуск Чагалюкса производится на базе ОАО «Холдинг «ЭДАС».

Авторы выражают искреннюю благодарность за сотрудничество и ценные рекомендации президенту ОАО «Холдинг «ЭДАС» академику С.Г. Мифтахутдинову, директору Института фитотерапии академику В.Ф. Корсуну, зав. лабораторией ГУ РОНЦ им.Н.Н. Блохина профессору В.Ф. Левшину, профессору Северо-Осетинской медицинской академии Ф.К. Джигоеву, зав. кафедрой профессору Северо-осетинской медицинской академии Л.З. Болиевой, научному сотруднику Московской медицинской академии Г.И. Кабацкой, директору ООО «Лаборатория натуральных лечебно-профилактических средств» В.В. Васневу, всем сотрудникам и коллегам ГУ РОНЦ, ОАО «Холдинг «ЭДАС» и других учреждений, принимавших активное участие в данной работе.

Данная книга является переработанным и сокращенным вариантом монографии авторов «Чага перспективы использования в лечебно-профилактической медицине», изданной в 2005 г. в России, в 2006 г. – в Японии, и дополненная данными по *Чаговиту* и *Чагалюксу*.

Авторы с признательностью примут все замечания, пожелания и надеются, что предлагаемая информация послужит основанием для широкого использования препаратов чаги в лечебно-профилактических целях.

Глава I

ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАГИ

1.1. ЧАГА В НАРОДНОЙ МЕДИЦИНЕ

В народной медицине чага известна под названием «чёрный берёзовый гриб» или берёзовая губа (губа по-старославянски «gaga»), возможно отсюда название «чага». Чага — старинное излюбленное средство жителей северных и средних районов России для профилактики и лечения желудочно-кишечных заболеваний и даже рака. По преданию – русский князь Владимир Мономах избавился от рака губы благодаря берёзовому грибу. Чагой в сочетании с другими растениями лечат язву желудка и двенадцатиперстной кишки, гастриты. Чагу используют также при болезнях печени и желчных протоков, заболеваниях мочевыделительной системы и женской половой сферы, нервных расстройствах и сердечно-сосудистых заболеваниях (Г. Романова, 2001). В полевых условиях, в лесу пьют чай из чаги при расстройстве желудка, тяжести и болях в кишечнике. Популярен чай из чаги у охотников и лесников. Он утоляет голод, снимает усталость, бодрит, улучшает общее самочувствие и повышает работоспособность. В некоторых районах жители вместо чая используют чагу. Было замечено, что в таких областях заболеваемость раком меньше, чем в соседних. Чагу используют как общеукрепляющее средство для повышения общего тонуса организма. Больного поят настоем чаги, если нужно снизить артериальное или венозное давление. Настоями чаги лечат пародонтоз, экзему, дерматит, псориаз. Ингаляциями с использованием чаги с травами снимают воспалительный процесс при опухолях гортани, что облегчает дыхание. Ссадины, порезы присыпают порошком чаги, чтобы прекратить нагноение раны.

Чага нетоксична, хорошо переносится и практически не имеет противопоказаний к применению.

1.2. БОТАНИЧЕСКОЕ ОПИСАНИЕ ЧАГИ

ЧАГА (*Chaga*) или Берёзовый гриб (*Fungus betulinus*) по ботанической классификации: – Трутовик косотрубчатый – *Inonotus obliquus* (Fr.) Pil; семейство – Трутовиковые (*Polyporaceae*) или Гименохетовые (*Gymenochaetaceae*, тип Базидиальные грибы (*Basydiomycetes*). В природе известно около 25000 видов базидиомицетов, из которых около 500 видов трутовиков. Трутовики широко распространены в Европе, Азии, Северной Америке и Африке, но биологическая активность оценена только небольшой части их. Из исследованных трутовых грибов 75% показали антимикробную активность и могут быть источником новых антибиотиков. Многочисленные компоненты этих грибов проявляют противовирусные, цитотоксические, иммуномодулирующие, антидиабетические, антиоксидантные свойства. Берёзовый гриб или чага более известен в России, Польше, Белоруссии. В Японии разработаны антиканцерогенные лекарства на основе полисахаридов из трутовиков (Zjawiony J.K., 2004).

Чага – продукт бесплодной (стерильной) стадии жизнедеятельности деструктурирующего гриба, паразитирующего на стволах живых деревьев, главным образом на берёзе (реже – ольхе, рябине, черёмухе). Чага отличается от плодовых тел трутовиков, которые имеют копытообразную форму, своей бесформенностью. Цикл развития гриба и образования чаги уникален. Базидиоспоры гриба *Ipnotus obliquus*, рассеянные в воздухе, попадают в повреждённые участки коры живой берёзы (морозобоины, обломанные сучья и пр.), прорастают, образуя мицелий, питающийся соком растения. Нити мицелия (гифы) проникают в древесину, постепенно разрушая её, вызывают белую сердцевинную «гниль». Одновременно под корой (в местах первоначального проникновения спор) образуется плодовое тело, дающее базидиоспоры. На 4-й год грибница выходит наружу и начинает развиваться бесплодный мицелий, образуя на коре медленно растущие бесформенные чёрные наросты. Через 10–15 лет паразитирования они разрастаются, достигая 0,5–1,5 метров длины, 10–15 см толщины и массы до 5 кг и более. Они могут быть округлые, вытянутые вдоль ствола, в зависимости от формы повреждения коры. Именно эти **наросты** и называют **чагой**. Гриб постепенно разрушает ствол дерева, который однажды ломается и берёза гибнет. После этого гриб развивает плодовое тело, представляющее собой плоское образование, состоящее из трубочек, находящихся под слоем коры. Как только кора спадает споры высыпаются, разносятся ветром и цикл развития гриба повторяется (А.Ф. Гаммерман и др., 1976).

1.3. ЗАГОТОВКА СЫРЬЯ

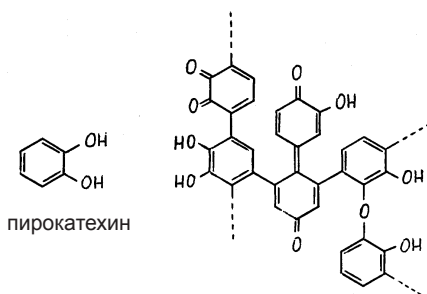
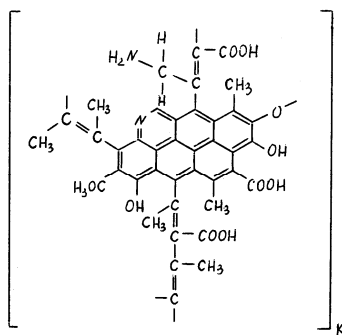
Заготавливают чагу только с живых или свежесрубленных старых берёз. На сухостое или валежнике чага разрушается и содержание в ней биологически активных веществ резко снижается. Наросты срубают топором у ствола, удаляя внутреннюю рыхлую часть. Качество сырья, его лекарственные свойства и стандартность зависят от правильности заготовок (Л.В. Попов, 1971). Неоднозначность и противоречивость результатов изучения фармакологической активности чаги, полученных различными авторами, во многом определялись тем, что вместо чаги, использовали плодовые тела трутовиков или некачественную чагу, собранную у основания деревьев или валежнике. Небезопасно заготавливать чагу в регионах экологически неблагоприятных (вблизи крупных промышленных центров, шоссе, дорог и пр.). Например, чага, собранная в Кемеровской области содержит значительное количество тяжёлых металлов: свинец, мышьяк, стронций (А.И. Попов, 2000).

1.4. ХИМИЧЕСКИЙ СОСТАВ ЧАГИ

В результате взаимосвязанных биологических процессов берёзы и гриба в течение нескольких лет происходит образование и накопление биологически активных веществ (БАВ). Основные БАВ чаги – водорастворимые интенсивно окрашенные полифенольные пигменты (хромогены), которые синтезируют-

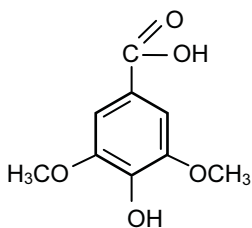
ся из комплекса фенольных альдегидов, полифенолов, оксифенилкарбоновых кислот и их хинонов. В плодовых телах других трутовиков, которые ошибочно принимают за чагу, такие хромогены отсутствуют. Высокое содержание пигментного комплекса (ПК) – главная отличительная черта чаги, по сравнению с другими трудовыми грибами (А.Н. Шиврина, 1959). Доказана генетическая связь ПК чаги с оксиароматическими предшественниками дубильных веществ березовой коры и лигнина древесины. Предполагают, что ПК образуется при расщеплении лигнина березы под влиянием гриба и используется как дыхательный и энергетический субстрат. ПК (или чаговая кислота) занимает промежуточное положение между лигнином и гуминовыми кислотами (рис. 1). Действие его на животный организм выражается в регуляции центральной нервной системы, стимуляции сердечной мышцы, повышении чувствительности сердца к нервным импульсам, ускорении восстановления нормальных функциональных свойств организма. При гидролизе ПК образуются полифенольные ароматические кислоты (сиреневая, ванилиновая, оксикоричная), производные пирокатехина и пирогаллола (рис. 2). ПК и продукты его гидролиза обладают высокой восстановительной способностью. Они стимулируют и регенерируют активность каталазы и протеолитических ферментов, подавленную ингибиторами, восстанавливают нарушенные обменные процессы.

1. Гуминовая кислота
(по И.Д. Комиссарову)

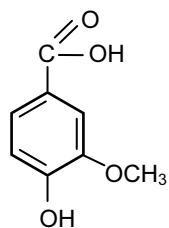


2. Алломеланин
(по Г. Бриттону)

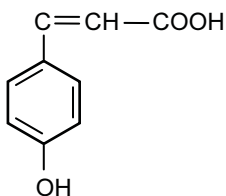
Рис 1. Фрагменты структуры (1, 2)



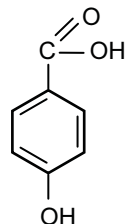
1. Сиреневая кислота.



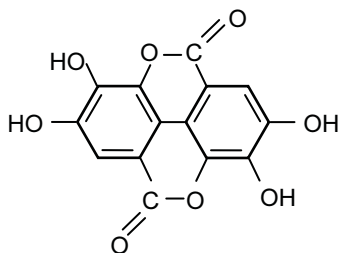
2. Ванилиновая кислота.



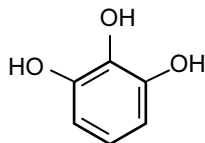
3. Оксикоричная кислота.



4. П-оксибензойная кислота.



5. Эллаговая кислота.



6. Пирогаллол.

Рис 2. Структурные формулы.

Анализ физико-химических свойств ПК показал близость его к классу природных высокомолекулярных черно-коричневых пигментов – **меланинов**, которые образуются при окислительной полимеризации фенолов и в норме содержатся в организме человека и животных. Меланины – известный природный полимер с сильно развитой системой полисопряжения (см. рис. 1). Меланины присутствуют в коже, волосяных фолликулах, сетчатке и радужной оболочке глаза, головном и спинном мозге, надпочечниках. Они участвуют в репарации ДНК, функционировании дыхательной цепи, обеспечивают защиту

организма от экстремальных условий, воздействия канцерогенов и мутагенов. С возрастом продукция их снижается, что и приводит к возникновению нарушений физиологических процессов в организме.

Пигменты чаги имеют свойственную для меланинов молекулярную массу (57 кДа), характерное поглощение света в УФ и видимом диапазоне длин волн, высокую концентрацию парамагнитных центров ($5-7 \times 10^{17}$ спин/г) (табл. 1).

Таблица 1

Физико-химические свойства меланинов, выделенных из *Inonotus obliquus* и *Inonotus sp.* (Кукулянская Т.А., 2002)

Источник меланина	Мол. масса, кДа	Элементный состав, %			Е _{0,001% 1см 465 нм}	Содержание СООН-групп, %	Содержание С=О-групп, %	Концентрация ПМЦ*, спин/г
		N	C	H				
<i>Inonotus obliquus</i>	57	0,7	42	5,0	0,04	0,9	3,0	$7,4 \times 10^{17}$
<i>Inonotus sp.</i> (до гидролиза)**	50	6,8	38	5,5	0,02	0,9	1,4	$5,3 \times 10^{17}$
<i>Inonotus sp.</i> (после гидролиза)	36	4,5	60	5,9	0,03	6,4	3,0	—

* ПМЦ – парамагнитные центры

** *In. sp.* – получено в культуре гриба

Сравнительное изучение свойств пигментов природной чаги и гриба, полученного в культуре, выявило ряд отличий. Последние (как видно из табл. 1) содержали в молекуле больше азота (6,8% против 0,7%) и являлись продуктами полимеризации тирозина, они имели дополнительные ЭПР сигналы и, по-видимому, значительные структурные различия, о чём свидетельствуют данные термоллиза. В связи с этим пигменты, полученные культивированием гриба отнесены к эумеланинам (чёрные пигменты животного происхождения), а природные пигменты чаги к алломеланинам (чёрно-коричневые пигменты высших растений и грибов). Алломеланины являются полифенольными конденсированными биополимерами нафталинового, пирокатехинового или катехольного типа хиноидной структуры (см. рис. 1). В зависимости от условий они могут находиться в виде феноксильных или семихинонных радикалов, способных взаимодействовать с продуктами окисления ксенобиотиков, тяжёлыми металлами и другими патологическими факторами. Уникальным свойством меланиновых пигментов является устойчивое свободно-радикальное состояние и высокое содержание парамагнитных центров карбоксильных и карбонильных групп. Экс-

тракты чаги и культуральная среда гриба оказывали антимиотическое действие *in vitro* на опухолевые клетки шейки матки человека, главным образом, в фазах М, G₁, G₂ и, в тоже время, повышали каталазную активность.

Широкий спектр биологической активности меланинов определяется особенностями строения. Фотозащитная активность реализуется за счёт безизлучательного поглощения УФ радиации полисопряжёнными системами. Они способны поглощать УФ излучение во всех диапазонах волн. Меланины эффективно подавляют перекисное окисление полиненасыщенных жирных кислот. Предотвращают одноцепочные разрывы ДНК, повреждения биомембран, окисление SH групп белков и глутатиона. В результате они ускоряют процессы заживления хирургических ран, проявляют иммуномодулирующие, противовоспалительные, энтеросорбционные и противоопухолевые свойства на фоне низкой токсичности (Н.В. Сушинская с соавт., 2004).

В экспериментах они проявили антиоксидантную и генопротекторную активность, предотвращали повреждения и увеличивали скорость репарации разрывов ДНК.

Второй особенностью чаги, в отличие от других трутовых грибов является высокое содержание зольных элементов 12-15% в зависимости от места обитания (в других трутовых – в 2-3 раза меньше).

В составе чаги обнаружены макро- и микроэлементы: калий, магний, кальций, натрий, рубидий, марганец, железо, медь, цинк, ванадий, хром, следы никеля, бария, кадмия, ртути, серебра, а также азот, хлор, сера, фосфор, следы селена, йода, брома, кремния и др.

В чаге содержатся также полисахариды, органические кислоты, аминокислоты (глицин, аспарагиновая, глютаминовая и пр.), фитостерины, тритерпеновые и птериновые соединения, фитолектины, флавоноиды (кверцетин и др.), лигнин, гемицеллюлоза. Все они в комплексе благотворно влияют на организм млекопитающих.

Глава II

МЕДИКО-БИОЛОГИЧЕСКИЕ СВОЙСТВА ЧАГИ

2.1. БЕЗОПАСНОСТЬ ЧАГИ

В опытах на 4-х видах животных (мыши, кролики, собаки, кошки), (А.В. Лазовская, 1959) показано, что чага хорошо переносится при пероральном применении больших доз. LD₅₀ для мышей составила 6,5 г/кг массы тела. Пероральная доза до 1,0 г/кг не вызывала каких-либо изменений в поведении кроликов, собак, кошек. При повышении доз возможны токсические проявления, выражающиеся в расстройстве движения и возникновении двигательного паралича. Для выяснения причин этого явления, был поставлен специальный опыт с перевязкой одной из бедренных артерий лягушки и последующим электрическим раздражением седалищного нерва (после введения препарата). Показано, что двигательный паралич, наступающий под влиянием чаги, зависит от угнетающего действия её на ЦНС, а не на периферическую.

В хронических экспериментах при ежедневном введении в желудок экстрактов чаги в дозах (на сухую массу) 1 г/кг и 0,3 г/кг (массы тела) крысам и кроликам, соответственно, в течение 5–6 месяцев, не обнаружено никаких изменений в поведении животных и состоянии внутренних органов после их вскрытия, за исключением того, что рост кроликов в первые три недели был менее интенсивный, а у крыс наблюдалось иногда меньшее отложение жира в подкожной клетчатке, сальнике и жировых капсулах органов, по сравнению с контрольными группами животных. Чага хорошо переносилась в указанных дозах, не обладала кумулятивным действием.

Отсутствовали у чаги и пирогенные свойства, как показано в опытах на кроликах (А.В. Лазовская, 1959).

Не выявлена токсичность очищенных препаратов чаги при парентеральном введении кроликам в дозах, соответствующих 0,1–5 кратной суточной терапевтической дозе человека. Никаких изменений в поведении животных и массе тела не замечено при изучении хронической токсичности «осаждённого препарата» чаги при введении через зонд в желудок кроликам и белым мышам в дозах 0,2–1 г/кг и 5 г/кг, соответственно, в течение 10 дней (М.П. Березина с соавт., 1961; Н.В. Петряевская, Е.А. Спалва, 1966).

Полная безопасность препаратов чаги в терапевтических дозах подтверждена многочисленными клиническими испытаниями, при непрерывном многолетнем применении их в группах больных раком IV стадии, язвенной болезнью, гастритом и др. (Е.Я. Мартынова, 1961, 1966; П.К. Булатов, 1961, 1966).

2.2. АНТИТОКСИЧЕСКОЕ ДЕЙСТВИЕ

На моделях *in vitro* с использованием сбраживающей способности пекарских дрожжей, показано, что препараты чаги ослабляют токсическое действие фтористого натрия, который является мощным ингибитором ферментов каталазы, энлазы и эстеразы, катализирующих процесс брожения.

Антитоксическое, восстанавливающее действие чаги П.А. Якимов с соавт. (1959) наблюдали и в процессе прорастания семян пшеницы, протравленных медным купоросом.

Эти данные подтверждены и в наших экспериментах при сравнительном исследовании чаги, ее экстракта и *Чаговита*.

Т.Б. Журавлёва и Е.А. Спалва (1959) в опытах *in vivo* показали, что кормление чагой белых мышей приводило к уменьшению дистрофических изменений в печени, вызванных четырёххлористым углеродом. Однако, разрастание соединительной ткани было более выраженным, чем в контроле.

Настой чаги, введенный через зонд в желудок мышам, *проявлял анти-токсическое действие* на моделях с использованием цитостатика *этимидина* в летальной дозе (30 мг/кг в/бр.), что выражалось в лучшей выживаемости животных: 65%, против 5% в контроле. Но при добавлении настоя чаги в питьё животным, эффекта не наблюдалось (И.П. Комяков, 1967).

В наших исследованиях *Чаговит* обладал антитоксической активностью на модели свинцового токсикоза мышей, предотвращал аллопедию, увеличивал продолжительность жизни животных.

2.3. РАДИОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА

Кормление крыс линии Вистар криопрепаратами чаги, через 2-3 минуты после внутривенного введения радиоактивного изотопа ^{90}Sr , способствовало снижению депонирования радионуклида в костной и мягких тканях. Достоверно увеличивалось, на 33-35%, выведение радионуклида с мочой (Л.Н. Расина, 2002).

При длительном гамма-облучении (до 60 суток) мышей линии Balb/c, криопрепараты чаги, применяемые в течение первых 30 суток, увеличивали продолжительность жизни животных до 305 суток (в контроле 186 суток). Чага препятствовала резкому снижению лейкоцитов и развитию лейкопении, при этом сдерживалось перекисное окисление липидов крови на уровне близком к контролю. Скорость восстановительных процессов кроветворной ткани (клетки костного мозга) была несколько выше, в группах животных, получавших чагу, чем в контроле. Наблюдалась также умеренная активация синтеза белка и рост массы тела животных, что свидетельствует, по мнению авторов, об адаптогенном действии чаги (А.С. Гаврилов и др., 2003).

2.4. АДАПТОГЕННАЯ АКТИВНОСТЬ

В.Ф. Рудаков (1973) исследовал влияние чаги на развитие сопротивляемости к неблагоприятным факторам внешней среды на белых беспородных мышах в условиях высокой температуры (70°C) с длительностью пребывания животных в термостате от 13 до 20 минут. Экстракт чаги вводился в желудок животным через зонд за 1 час до температурного воздействия. Результаты оценивали по выживаемости мышей. В конце опыта через 24 часа в контроле (без чаги) выживало 30% мышей, а с чагой — 75%, через 48 часов, соответственно, — 7% и 60%.

При профилактическом введении экстракта чаги по 0,05–0,1 мл в течение 5 дней терморезистентность мышей возрастала. Их выживаемость была в 2–2,5 раза выше контрольных, в зависимости от дозы. Опытные животные легче переносили повышение температуры окружающей среды, были активны, передвигались, в отличие от контрольных. Однако, в опытах с высокой дозой экстракта чаги по 0,5 мл в течение 5 дней, выживаемость животных была на 10% ниже, чем в контроле. Таким образом, БАВ чаги, в оптимальных дозах, оказывая на организм стимулирующее действие, повышают реактивность и усиливают его сопротивляемость, нормализуют физиологические функции, подобно другим биогенным стимуляторам. Процесс биостимуляции дозозависим. Наиболее эффективны малые дозы, в то же время высокие дозы вызывают противоположное действие. Обнаружено, например, что настои чаги в концентрации 1:2000 – 1:3000 проявляют стимулирующее действие на инфузории (простейшие одноклеточные), а в концентрации 1:100 – 1:1000 губительно действуют на них. Аналогичные данные получены при исследовании влияния чаги на скорость прорастания семян пшеницы. Чага в концентрации 0,01–0,00001% стимулирует ростовые процессы, а в концентрации 0,1–0,5% — оказывает ингибирующее действие. В то же время продукты гидролиза полифенольного ХК (ароматические оксикислоты) действуют только как ингибиторы. Возможно, это является одной из причин получения противоречивых данных при изучении чаги разными авторами.

2.5. ВЛИЯНИЕ ЧАГИ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ ОРГАНИЗМА

По данным электрокардиографии и пневмографии в опытах на кроликах отмечалось благоприятное влияние чаги на сердечную деятельность с повышением сократительной способности миокарда и успокаивающим влиянием на дыхательный ритм. Введение чаги вызывает повышение тонуса вегетативного отдела центральной нервной системы, в частности регулирующего сердечно-сосудистую и дыхательную системы (М.П. Березина с соавт., 1961).

Чага ускоряла восстановление нормальных функций нерва, утраченных под влиянием хлористого калия. Следовательно, очищенные препараты чаги потенциально могут использоваться в качестве стимулятора, способного возвращать нервную ткань в состояние жизнедеятельности.

В условиях изолированного сердца лягушки слабые концентрации чаги 0,01% вызывали фазные изменения работы сердца. Вначале наблюдалось кратковременное незначительное уменьшение амплитуды сердечных сокращений, а затем их повышение, без изменения ритма сердца. В дальнейшем сокращения сердца становились более мощными, возрастало его наполнение. Сердце увеличивалось в объёме, что приводило к более сильному сокращению сердечной мышцы и увеличению систолического объёма. В таком режиме сердце на протяжении 3–5 часов наблюдения продолжало неослабно работать. Авторы полагают, что чага оказывает влияние на нервный аппарат сердца. Такой же эффект, но в более выраженной форме, проявляла чага в концентрациях 0,02% и 0,05%. Концентрация более высокая 0,1% вызывала быстро развивающееся урежение ритма сердца за счёт увеличения диастолы и длительности пауз с проявлением аритмии. Концентрация 0,2% вызывала значительное снижение амплитуд сердечных сокращений и остановку сердца в состоянии диастолы (М.П. Березина с соавт., 1959).

В опытах *in vivo* чага в слабой (0,01%) концентрации не оказывала влияния на сердечную мышцу лягушки, а в концентрациях 0,02–0,05% вызывала фазные изменения работы сердца, сначала снижение амплитуды сердечных сокращений и урежение ритма, а затем амплитуда сокращений сердца значительно повышалась, учащался ритм сердца, что выявляло повышение тонуса симпатической иннервации сердца. В дальнейшем ритм сердца несколько замедлялся, но амплитуда оставалась высокой, сокращение сердца становилось более мощным, чем до введения чаги. Наблюдалось энергичное сокращение предсердий и желудочков, увеличивалось кровенаполнение сердца. Высокая работоспособность сердца продолжалась в течение нескольких часов наблюдений.

Более высокие дозы вызывали снижение амплитуды, а иногда наступление аритмии. Авторы делают заключение, что чага влияет на сердце через центральную нервную систему (ЦНС) и эффект зависит от дозы препарата и функционального состояния сердечной мышцы и ЦНС.

Исследования, с использованием вместо цельной чаги, осадённого пигментного комплекса (ОПК) показали, что ОПК действует мягче, не вызывая угнетения деятельности сердца и аритмии. Оптимальные концентрации ОПК (0,5–1%) оказывали трофическое действие на сердечную мышцу (длительно увеличивали мощность работы сердца и амплитуды сокращений), повышали тонус вегетативной иннервации. Авторы связывают это явление с повышенной лабильностью сложного иннервационного аппарата сердца и чувствительностью к нервным импульсам, поступающим по экстракардиальным нервам.

Сообщается о влиянии биофлавоноидов из берёзового гриба на электрическую активность клеток из сердечного венозного синуса лягушки (В.А. Головкин, 1999). 0,0001% раствор биофлавоноидов улучшал электровозбудимые свойства мембраны клеток сопоставимо с эффектом гипокальциевых растворов, но в отличие от них, положительный хронотропный эффект биофлавоноидов удлинялся в 50–100 раз.

Методом электроэнцефалографии коры больших полушарий головного мозга кроликов до и после (через 20–30 минут) в/м введения стерильного экстракта чаги (М.П. Березина, П.К. Булатов, М.В. Еременко, 1966), наблюдалось отчётливо регистрируемое повышение спонтанных биоэлектрических потенциалов коры, особенно в затылочной области. Это свидетельствует, по мнению авторов, о влиянии чаги на обмен веществ клеток коры головного мозга.

2.6. АНТИОКСИДАНТНЫЕ СВОЙСТВА ЧАГИ

Антиоксидантные свойства чаги изучены Б.А. Айнабековой (2001) *in vitro* методом спонтанной и инициированной (двухвалентным железом) хемилуминисценции (ХЛ). Чага уменьшала в 1,75 раза спонтанное свечение и в 2,5 раза инициированную ХЛ (эффект подобен действию ионола с концентрацией 0,01 мМ). Антиоксидантный эффект настойки чаги подтверждён в клинических условиях у больных пневмонией и больных с мягкой артериальной гипертензией. Оценка проводилась по показателям перекисного окисления липидов: содержанию малонового диальдегида (МДА), диеновых конъюгатов (ДК), окислительного индекса (ОИ) в плазме и эритроцитах. Состояние антиоксидантной защиты оценивалось по активности мембраносвязанного фермента – каталазы. Структурное функциональное состояние биомембран и их антиоксидантная активность определялись по устойчивости эритроцитов к перекисному гемолизу (ПГЭ). Настойка чаги назначалась по 15 капель 2 раза в день в течение 2-х недель. Контрольная группа получала традиционную антиоксидантную терапию (витамины С 250 мг и Е 100 мг). До лечения у всех больных была выраженная активация ПОЛ с угнетением антиоксидантной защиты. После лечения чагой улучшались все показатели. Достоверно снижалось (как и в контроле) содержание МДА и ОИ в плазме и эритроцитах. Возрастал до нормы уровень ПГЭ, нормализовалось содержание ДК, активность каталазы и уровень ПГЭ в плазме (в контроле нормализации каталазы не наблюдалось). По антиоксидантным свойствам настойка чаги не уступала классическим антиоксидантным витаминам С и Е.

Криопорошок чаги сдерживал рост содержания МДА в плазме крови крыс, на фоне 60-суточного лучевого воздействия и снижал уровень Р-белков крови в 3,5 раза, по сравнению с контролем (Л.Н. Расина, 2002). Последний тест, является высокочувствительным показателем деструктивных процессов в организме, он отражает процессы дестабилизации иммунобиологической защиты и нарушения гомеостаза.

2.7. ИММУНОМОДУЛИРУЮЩАЯ АКТИВНОСТЬ ЧАГИ

Иммуномодулирующие свойства оценивались по кинетике образования антител на введение АДС-анатоксина по сравнению с контролем. Бальзам с чагой стимулировал иммунный ответ на вакцину (Е.В. Гапаненко, 1995).

В наших исследованиях на мышах Balb/c экстракт чаги обладал широким спектром иммуностропной активности. В концентрациях 1–100 мг/кг он стимулировал в 1,5–2,5 раза пролиферативную активность спленоцитов, трансформированных *in vitro* поликлональным митогеном Кон А или аллоантигеном в смешанной культуре лимфоцитов (СКЛ) селезёнки аллогенных мышей и индуцировал дополнительное образование цитолитических Т-лимфоцитов (Т-киллеров) в СКЛ. В концентрациях 10–100 мг/кг при длительном введении (до 8 недель) *per os*, экстракт чаги стимулировал цитотоксическую активность перитонеальных макрофагов. Показана возможность коррекции экстрактом чаги вторичных иммунодефицитных состояний у мышей, вызванных введением противоопухолевого цитостатика аранозы (А.В. Сергеев с соавт.).

2.8. ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СВОЙСТВА

Противовоспалительные свойства чаги оценивались на моделях экспериментального конъюнктивита, блефарита и перитонита (В.И. Суханов, 1970).

Конъюнктивит у кроликов был вызван введением в конъюнктивальный мешок кролика 10% раствора скипидара в подсолнечном масле. Затем кроликам вводили по 2 капли отвара чаги, а контрольным по 2 капли воды. В опыте использовали 12 кроликов, в контроле – 9. Через 30 минут измеряли ширину глазной щели и гиперемию конъюнктив. У опытных животных ширина глазной щели составила 5 мм, тогда как в контроле – 1 мм (в 5 раз меньше), величина покрасневшего участка век у опытных кроликов 1 мм, в контроле – 3 мм. Длительность гиперемии конъюнктив 60 минут (в контроле 180 минут). Всё это свидетельствует о противовоспалительных свойствах чаги на данной модели.

Экспериментальный **перитонит** вызывали введением в брюшную полость белых крыс 2% настойки йода в глицерине. Отвар чаги вводился зондом в желудок через 1,5 часа после введения йода и затем ежедневно в течение 6 дней по 1 мл на 100 г массы тела. Контрольным крысам вводилась вода в той же дозе. Через месяц в контроле погибло 14 животных из 15, из них 9 – в первые 3-5-6 дней. В опыте с чагой все животные выжили. Количество спаек у них значительно (в 15 раз) ниже, чем в контроле. Чага предотвращала образование экссудата, сокращала реакцию мезентеральных желёз и предупреждала летальность (табл. 2).

Таблица 2

Эффективность чаги в предотвращении развития экспериментального перитонита у белых крыс, индуцированного 2% раствором йода в глицерине (В.И. Суханов, 1970)

Симптомы перитонита	Опыт (чага)	Контроль (вода)
Среднее количество спаек у каждого животного	2	30
Фиброзный налёт	9	13
Увеличение количества мезентеральных желёз	4	58
Экссудат в брюшной полости	—	4
Среднее количество петехий	28	более 150
Летальность животных (на 30 суток)	0	14

На основании опытов автор делает вывод, что отвар чаги обладает несомненным противовоспалительным действием. Однако, в случае уже развившегося воспалительного процесса чага была неэффективна.

2.9. ГАСТРОПРОТЕКТОРНЫЕ СВОЙСТВА БЕФУНГИНА

Гастропротекторные свойства густого экстракта чаги (бефунгин) исследованы на крысах линии Вистар и мышах линии Влас (Н.В. Грибель, 1990). Деструктивные изменения слизистой желудка были вызваны резерпином, норадреналином и бутатионом, а нейрогенные язвы – с использованием модели острого стресса. Препарат вводили через зонд в желудок за час до химических агентов. В терапевтических дозах он способствовал снижению степени изъязвления (по сравнению с контролем). В удвоенной дозе – оказывал влияние на распространённость процесса, у 50% животных язвы не рецидивировали. По активности бефунгин не уступал известному адаптогенному препарату – экстракту элеутерококка, а экстракт чаги, превосходил таковую бефунгина. Экстракт чаги, по-видимому участвует в регуляции гастродуоденальной моторики мышей, что является важным вкладом в реализацию его противоязвенного действия. Противоязвенную активность сухого экстракта чаги и вклад отдельных фракций его, в сравнении с бефунгином, оценены В.Г. Пашинским с сотр. (1996), Г.Л. Рыжовой и др. (1997) на тех же моделях острого и хронического язвенного процесса. На бутатионовой и нейрогенных моделях существенный защитный эффект, по данным авторов, проявляли углеводные и флавоноидные фракции. Противоязвенная активность этих фракций реализуется, в основном, за счёт снижения числа деструкций на слизистой оболочке и уменьшения количества животных с язвами.

ВЫВОДЫ

Анализ медико-биологических свойств чаги показывает:

1. Чага хорошо переносится различными видами животных, не обладает кумулятивными и пирогенными свойствами при пероральном применении.
2. Не выявлена токсичность очищенных препаратов чаги при парентеральном введении кроликам в терапевтических дозах. Безопасность применения чаги подтверждена клиническими испытаниями.
3. В отдельных опытах *in vitro* и на животных *in vivo* выявлена антиоксидантная активность чаги в отношении фтористого натрия, медного купороса, четыреххлористого углерода.
4. Радиопротекторные свойства чаги проявлялись в уменьшении накопления радиоактивного изотопа стронция (^{90}Sr) в костной и мягких тканях крыс и увеличении продолжительности жизни мышей в 1,6 раза при облучении их в течение месяца. Чага препятствовала резкому снижению

лейкоцитов и развитию лейкопении у облученных животных. Сдерживала перекисное окисление липидов крови и увеличивала скорость восстановительных процессов клеток костного мозга животных, что свидетельствует и об адаптогенной активности.

5. Адаптогенные свойства чаги проявлялись также в развитии сопротивляемости животных к повышению температуры, особенно при профилактическом применении препаратов чаги. Чага оказывает на организм биостимулирующее действие.
Однако, процесс биоогенной стимуляции чаги зависит от дозы препарата. Большие дозы обладают ингибирующим действием, о чём следует помнить при выборе оптимальных доз и схем применения.
6. Чага в терапевтических дозах оказывает тонизирующее действие на вегетативный отдел центральной нервной системы, регулирующий сердечно-сосудистую и дыхательную систему. Под влиянием чаги повышается сократительная способность миокарда и восстанавливается работа сердца и дыхательный ритм.
7. Чага повышает спонтанные биоэлектрические потенциалы коры головного мозга, что свидетельствует об улучшении обмена веществ в клетках центральной нервной системы. Она способна восстанавливать жизнедеятельность нервной ткани, утраченной под воздействием хлористого калия.
8. Антиоксидантные свойства чаги, изученные в эксперименте, подтверждены в клинических условиях. У больных пневмонией и гипертонической болезнью наблюдалась нормализация показателей перекисного окисления липидов.
9. Иммуномодулирующая активность препаратов чаги проявлялась в коррекции количества иммунорегуляторных клеток, нормализации цитотоксической активности натуральных киллеров и коррекции иммунодефицитных состояний.
10. Чага проявляла, противовоспалительные свойства в эксперименте что выражалось в уменьшении индуцированной, 10% скипидаром в масле, гиперемии конъюнктивов у кроликов. Чага также снижала количество спаек у крыс, предотвращала образование экссудата в брюшной полости и гибели их от перитонита, индуцированного 2% раствором йода в глицерине (на фоне 90% гибели в контроле).
11. Гастропротекторная активность чаги выявлена на химически индуцированных и нейрогенных язвах желудка животных. Чага снижала степень изъязвления по сравнению с контролем.

Глава III

ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНО-ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЧАГОВИТА И ЧАГАЛЮКСА

В отличие от известных препаратов чаги *Чаговит* и *Чагалюкс* обогащены водорастворимыми витаминами С и группы В, которые в организме являются кофакторами многих ферментов. Использование этих витаминов в физиологических дозах, адекватных суточной потребности здорового человека, повышает антиокислительные, антитоксические, антибластомные и защитные свойства фитокомплексов.

Витамин С или *аскорбиновая кислота* как сильный антиоксидант и кофактор многих ферментов, участвует в различных биохимических процессах в организме, обеспечивает нормализацию иммунного и гематологического статуса. В организме человека витамин С не вырабатывается и поэтому должен поступать с пищей.

3-4 капсулы *Чаговита* или *Чагалюкса* удовлетворяют суточную потребность здорового человека в витамине С.

Фолиевая кислота и другие витамины группы В совместно с микроэлементами чаги и шиповника (марганец, медь, цинк) участвуют в качестве коферментов и активаторов многочисленных ферментативных процессов, регулирующих обмен веществ и физиологические функции организма.

Вс (фолиевая кислота) – витамин роста, необходим для регенерации и продуцирования новых клеток кожи, волос и других тканей. Он стимулирует эритропоэз и синтез пиримидиновых и пуриновых оснований, нуклеиновых кислот, гемоглобина, нормализует кроветворение при анемии и лейкопении, вызванных химио- и радиотерапией.

В₁ (тиамин гидрохлорид) участвует в процессах энергетического обмена и нервно-рефлекторной регуляции.

В₂ (рибофлавин) входит в состав окислительно-восстановительных ферментов, нормализует зрительные функции глаза, снимает симптомы нервно-психического напряжения).

В₆ (пиридоксин гидрохлорид) – нормализует функцию центральной и периферической нервной системы, улучшает липидный обмен при атеросклерозе. Эффективен при диабете, атеросклерозе, депрессии.

Чагалюкс является улучшенной формой *Чаговита*. Он дополнительно содержит микронизированный порошок плодов шиповника.

Плоды шиповника – старое народное средство известное на Руси еще в XVII веке. В настоящее время шиповник широко используют в официальной медицине как витаминно-минеральное средство. отвары и настои плодов шиповника назначают при простудных заболеваниях, анемии, при гастритах, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, при атеросклерозе, неврастении, болезни легких, почек, мочевого пузыря, нарушении обмена веществ, истощении организма в качестве противовоспалительного, мочегонного, ранозаживляющего, общеукрепляющего средства. Показано, что шиповник снижает токсичность цитостатиков, позволяет поддерживать высокую функциональную активность печени, стимулирует кроветворение, повышает защитные силы организма. Высокая физиологическая активность шиповника обусловлена его уникальным составом. Плоды шиповника содержат каротиноиды, комплекс жир- и водорастворимых витаминов (Е, К, С, В₁, В₂, В₆ и Р) и минеральных веществ (калий, магний, фосфор, кальций, марганец, цинк, молибден, медь, железо), яблочную и лимонную кислоты, флавоноиды, дубильные и пектиновые вещества, которые участвуют в защите организма человека от неблагоприятных факторов внешней среды. Включение в *Чагалюкс* плодов шиповника, содержащего уникальный комплекс природных витаминов, каротиноидов, токоферолов, микроэлементов, флавоноидов усиливает терапевтическую и профилактическую эффективность препарата. Синергизм действия важнейших компонентов фитокомпозиции с использованием инновационных технологий производства способствует повышению биодоступности и безопасности препарата, снижению дозировки.

3.1. ФИТОЛЕКТИНОВАЯ АКТИВНОСТЬ ЧАГОВИТА

Лектины или агглютинины относятся к природным соединениям класса гликопротеинов, иногда содержат ионы кальция, магния и др. Лектины присутствуют в различных тканях животных и растений (фитолектины). Они участвуют в различных процессах жизнедеятельности организмов на уровне регуляции роста, развития и защитных функций. Лектины способны обратимо связывать углеводы, участвовать в транспорте и депонировании их, снижать содержание сахара в крови больных сахарным диабетом.

В.Ф. Корсун и В.М. Лахтин (2004, 2007) оценили фитолектиновую активность *Чаговита* в сравнении с другими препаратами чаги. Методом цитоагглютинации с использованием эритроцитарных и дрожжевых тест-систем выявлена максимальная фитолектиновая активность *Чаговита* по сравнению с чагой, иван-чаем, препаратами чаги (фитокор, фитогор, фракция 2).

Характер цитоагглютинации с серийными разбавлениями фракций позволил анализировать сразу три активности: лектиновую (классическую дозозависимую) – белковой/гликопротеиновой природы, рассасывающую агглютинаты (РАА) – ферментативной природы и агглютинирующую цветными примесями (желтыми и темно-коричными) – небелковой природы.

Таблица 3

Сравнительная оценка фитокомпозиций в расчете на 1 г сырья
(Корсун В.Ф., 2007; Лахтин В.М., 2004)

Фитокомпозиция	Масса, г	Титр гемагглютинации	Титр/масса
Иван-чай	1,5	4	2,7
ФитоГОР	1,9	4	2,1
Ф2	1,0	8	8,0
ХитоКор	1,0	1	1,0
Чаговит	0,25	8	32
Чара	0,8	2	2,5

При сравнительной оценке фитокомпозиций видно, что максимальная фитолектиновая активность присутствует в *Чаговите*.

Активность *Чаговита* превышала в 4-30 раз другие исследованные композиции.

3.2. ВЛИЯНИЕ ЧАГОВИТА НА ИНДУЦИРОВАННЫЙ КАНЦЕРОГЕНЕЗ ПЕЧЕНИ И ПИЩЕВОДА

На базе Северо-Осетинской медицинской Академии изучена гепатопротекторная роль *Чаговита* на модели индуцированного канцерогенеза крыс (под рук. проф. Ф.К. Джиеова, 2008). В качестве канцерогена использовали диэтилнитрозамин (ДЭНА) путем добавления его в питьевую воду (конц. 100 мг/л) в течение 4 месяцев. *Чаговит* применяли в дозе 50 мг/кг массы тела животных ежедневно. Гепатопротекторную активность *Чаговита* оценивали по количеству неопластических (морфологических) изменений в ткани печени и торможению роста опухолей в пищеводе по сравнению с контролем (табл. 4 и 5).

Таблица 4

**Влияние Чаговита на канцерогенез печени и пищевода крыс,
индуцированный диэтилнитрозамином (ДЭНА)* (А.Е. Хубулова, 2008)**

Группа	Всего крыс	Неопласт. изменения**, %	Неопласт. изменения (морфологич.)				
			гепатоцеллюлярный рак	гепатоцеллюлярная аденома	Холангеоцеллюлярный рак	холангиома	Кавернозная гемангиоэндотелиома
Контроль	29	<u>89,7</u> 82,8	16	8	3	5	6
Чаговит 50 мг/кг ежеднев.	22	<u>72,7</u> 63,6	11	3	1	1	2

* ДЭНА в конц. 100 мг/л добавляли в питьевую воду в течение 4 месяцев

** числитель – в ткани печени, знаменатель – в пищеводе

Таблица 5

Влияние Чаговита на множественность опухолей пищевода (А.Е. Хубулова, 2008)

Группа	Всего крыс	Индекс множественности опух./крыс	% торможение роста опухоли
Контроль	29	5,3±0,55	35,8
Чаговит	22	3,4±0,69	

В группе с *Чаговитом* наблюдалось достоверное снижение количества неопластических изменений в печени по сравнению с контролем. Индекс множественности опухолей пищевода уменьшался в 1,7 раза. Торможение роста опухолей составило 35,8%. Увеличивался латентный период появления опухолей и более поздняя малигнизация их в печени и пищеводе.

Глава IV

КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ ЧАГИ И ЧАГОВИТА В ГРУППАХ ПОВЫШЕННОГО ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РИСКА И ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

В 2005 г. в России число больных с впервые установленным диагнозом злокачественного новообразования увеличилось на 4,6% по сравнению с 2000 г. (М.И. Давыдов, 2007). В настоящее время на учете в онкологических учреждениях состоят 2 млн. 387 тыс. человек (в 2000 г. – 2 млн. 103 тыс.), из них I и II стадий заболевания 44,8%, III – 31,9%, IV – 23,3%. Рост числа больных с впервые установленным диагнозом свидетельствует о низкой эффективности профилактических мероприятий. Общеизвестно, что болезнь легче предупредить, чем ее лечить. Использование препаратов чаги при хронических предопухолевых заболеваниях весьма перспективно.

4.1. ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Довольно убедительными являются многолетние клинические наблюдения за больными хроническим гастритом, полипозом, язвенной болезнью желудка и 12-перстной кишки при лечении препаратами чаги (Е.Я. Мартынова, 1961, 1973; М.П. Березина с соавт., 1966; П.К. Булатов с соавт., 1961 и др.). Эти заболевания желудочно-кишечного тракта считаются предопухолевыми. Согласно предположению А.В. Мельникова (1954), развитию рака желудка предшествуют нарушения, вызывающие функциональные расстройства с последующим развитием патоморфологических изменений, типа предопухолевых заболеваний (гастрит, полипы, язвенная болезнь). Выбирая чагу для лечения, авторы руководствовались тем, что чага, влияя на нарушенные функции центральной нервной системы, может изменять реактивность организма, способствовать нормализации процессов и благоприятному исходу заболевания. Чага в монотерапии и в сочетании с традиционным лечением показала высокую терапевтическую эффективность в отношении хронических заболеваний, особенно, нейрогенной этиологии. У всех больных улучшилось общее состояние, при длительном применении нормализовались функциональные показатели, уменьшались и исчезали болевые синдромы, рассасывались или уменьшались полипозы.

4.1.1. ГАСТРИТЫ

По данным Е.Я. Мартыновой (1961) назначение 2% экстракта чаги по 1 ст. л. 3 раза в день до еды больным хроническим гастритом и полипами желудка в стадии обострения, вызывало отчетливое улучшение состояния больных через

1–3 недели. Под наблюдением находились 78 больных *хроническим гастритом*, из них – 46 с склонностью к диарее, которым из-за непереносимости, вместо 2% экстракта чаги, назначали «осаждённый» препарат чаги (свободный от минеральных веществ). В процессе лечения у большинства больных появлялось хорошее бодрое настроение, исчезало чувство тяжести и давления в эпигастриальной области, прекращались болевые ощущения, тошнота, отрыжка, повышалась работоспособность, улучшался аппетит, нормализовалась функция кишечника. При длительном лечении чагой (до нескольких лет) заболевание протекало без обострений. Предполагают, что при длительном применении, препарат не только нормализует нарушенные функции центральной нервной системы, но и непосредственно воздействует на пораженный орган. Об этом свидетельствует нормализация кислотности желудочного содержимого (переход ахилии в гипоцидное состояние, а гипоцидного – в нормацидное). У ряда больных наблюдалось уменьшение отёчности и улучшение рельефа слизистой желудка. Подтверждением эффективности длительного применения чаги являются результаты рентгенологических исследований в динамике (И.М. Петропавловская, 1966). В период лечения препаратами чаги (per os) 78 больных хроническим гастритом и 8 – полипозом желудка давностью заболевания от года до 2,5 лет, находились под наблюдением от полугода до 7 лет. Результаты лечения оценивались по динамическим изменениям рельефа слизистой и выраженным функциональным изменениям. Признаками функциональных изменений являлись: избыточная секреция желудка натошак, изменение тонуса и характера перистальтики, нарушение сроков опорожнения желудочно-кишечного тракта.

У больных без изменения рельефа слизистой, избыточное количество слизи исчезало в период от 0,5 года до 2 лет, а функциональные изменения нормализовались в течение первого года лечения чагой, за исключением запущенных случаев.

У больных с глубоким и стойким поражением слизистой оболочки желудка, атрофическим гастритом изменение рельефа слизистой (в 50% случаев) оставалось стабильным весь период лечения. В течение первых лет лечения нормальный рельеф слизистой восстанавливался у 36% больных, и в течение 3–4 летнего лечения – у 15%.

4.1.2. ПОЛИПЫ

Большой интерес вызывают результаты лечения чагой больных *полипами желудка*. Считают, что полипы являются вторичными в развитии патологического процесса. Они возникают на фоне гастрита и, по мнению Н.Н. Петрова (1952), без оперативного лечения переходят в рак в течение от нескольких месяцев до двух и более лет. Однако операция не гарантирует от прогрессирования процесса. Под наблюдением в стационаре находилось 32 больных полипозом, из них 30 без оперативного вмешательства и двое, с повторным развитием полипов после оперативного лечения (Е.Я. Мартынова, 1961; Н.П. Березина,

М.В. Еременко, Е.Я. Мартынова, 1966). Основные симптомы заболевания, как и при гастрите – болевые ощущения в эпигастральной области, отрыжка, тошнота, плохой аппетит, у большинства обложенный язык, ахилия. Наличие полипов подтверждено рентгеноскопически. При лечении больных препаратами чаги наблюдалось в течение первого месяца исчезновение болей и чувства тяжести, прекращались диспептические явления, появлялся аппетит, нормализовалась функция кишечника. У больных появлялось бодрое настроение, исчезала слабость. У длительно леченных чагой — отмечалось, при рентгеноскопическом исследовании, улучшение рельефа и уменьшение отёчности слизистой желудка. Размеры полипов уменьшались в среднем на 50%. Одновременно у больных происходила нормализация кожно-поляризационных показателей, что по мнению авторов, свидетельствует о восстановлении нарушенных регуляторных механизмов центральной нервной системы. Всё это сопровождалось улучшением самочувствия, исчезновением основных симптомов заболевания.

И.М. Петропавловская (1966) при рентгенологическом наблюдении отмечает, что у больных полипозом в течение первых двух лет исчезали функциональные изменения желудка и кишечника, уменьшались размеры полипов. Уменьшение размеров полипов, как полагает автор, является следствием затихания воспалительного процесса вокруг полипа. В период лечения от 2 до 7 лет, у четырёх больных из восьми, полипы повторно не обнаруживались. Данные рентгенологических исследований находятся в полном соответствии с клиническими данными. Все исследователи отмечают, что при хронических гастритах и полипах препараты чаги действуют благотворно на больных при непрерывном и длительном применении. Поскольку препараты не токсичны в лечебных дозах, авторы рекомендуют их для лечения больных хроническими гастритами с различным течением, а также для лечения больных с неоперированными полипами желудка и больных, у которых полипы вновь развились после оперативного вмешательства.

4.1.3. ЯЗВЕННАЯ БОЛЕЗНЬ ЖЕЛУДКА И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

В литературе имеется целый ряд сообщений об успешном использовании препаратов чаги для лечения язвы желудка и двенадцатиперстной кишки. В госпитальной терапевтической клинике I медицинского института им. И.П. Павлова под руководством П.К. Булатова (1961) проводилось наблюдение 22 больных язвенной болезнью, из них – 6 больных были оперированы по поводу прободения язвы, трём сделано ушивание язвы, трём – частичная резекция желудка, остальные лечились различными методами. До лечения чагой они жаловались на боли в эпигастральной области, тошноту, иногда рвоту, изжогу, отрыжку, плохой аппетит, слабость, пониженную работоспособность. Диагноз язвенной болезни подтверждён рентгеноскопически. Об изменённом функциональном состоянии центральной нервной системы у них судили по изменениям кожно-поляриза-

ционных потенциалов, в сравнении со здоровыми людьми. 2% водный раствор экстракта чаги всем больным назначали по 15 мл 3 раза в день на фоне щадящей диеты. Через 10–15 дней после начала приема чаги, все больные отмечали уменьшение болей, исчезновение диспептических расстройств, а в дальнейшем и других симптомов (табл. 6).

Таблица 6

Лечение 2% раствором чаги больных язвенной болезнью
(П.К. Булатов с соавт., 1961)

Жалобы больных	Число больных, предъявлявших жалобы	
	до лечения	после курса лечения
Боли в эпигастральной области постоянного характера	22	3
«Голодные боли» ночью и натощак	2	-
Боли через 2-3 часа после приема пищи	10	1
Боли днем, вне зависимости от приема пищи	10	2
Рвота после приема пищи	6	2
Рвота натощак	3	-
Рвота кровью	2	-
Тошноты	18	5
Изжоги	18	2
Отрыжки	13	2
Аппетит плохой, отсутствие аппетита	19	5
Стул жидкий	4	1
Стул нормальный	4	28
Запоры	24	5
Слабость, плохая работоспособность, быстрая утомляемость	19	3

После 30–40 дневного курса лечения у больных нормализовалось соотношение форменных элементов крови и РОЭ. У всех больных печень уменьшилась и стала безболезненной при пальпации. При рентгеноскопическом исследовании симптом «ниши» не определялся у 19 больных (до лечения – у 8). В результате лечения чагой нормализовалась биоэлектрическая активность кожного покрова, что свидетельствует о восстановлении нормальных регуляторных влияний на кожу и нормализации функционального состояния центральной нервной системы. Чага оказывала положительный эффект и при включении её в схему комплексного лечения. Продолжительность пребывания больных в клинике при лечении чагой сократилась до 30–35 дней против 42 дней (при лечении другими способами). Повысилась работоспособность

больных. У всех больных отмечалось улучшение самочувствия и отсутствие каких-либо осложнений. Длительность ремиссии после лечения чагой примерно в 1,5–2 раза больше, по сравнению с традиционными методами лечения.

Под наблюдением Е.Я. Мартыновой (1966) находилось 160 больных в период обострения язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки, из них 120 лечились в стационаре и 40 – амбулаторно. У 106 больных до установления диагноза язвенной болезни был диагностирован гастрит, у 39 больных – развитию болезни предшествовали тяжёлые психотравмы, у 46 – конфликтные ситуации и длительные нервные перенапряжения, у 102 – хронические интоксикации никотином, у 76 – алкоголем. Эти неблагоприятные факторы могут быть, по предположению автора, предрасполагающими к развитию функционального расстройства центральной нервной системы, с последующими морфологическими нарушениями. Рентгеноскопически у 127 больных обнаружен симптом «ниши» различной локализации. Из 120 больных в стационаре 40 – получали чагу (2% водная вытяжка по 1 столовой ложке 3 раза в день), 40 – традиционную терапию и 40 – комбинированную терапию (сочетание традиционной терапии с чагой). 40 амбулаторных больных получали чагу на всём протяжении исследования. Традиционное лечение включало применение атропина, папаверина, бромистого натрия, новокаина, экстракта красавки и т.д. и физиотерапевтических процедур (диатермия). Эффективность терапии оценивалась по клиническому течению заболевания, времени уменьшения и исчезновения симптомов обострения и длительности ремиссии. Чага оказалась эффективным средством лечения обострений язвенной болезни.

При сравнении с действием традиционных средств она была более действенным средством, вызывая у большинства больных улучшение состояния в более ранние сроки с последующим полным прекращением болей, исчезновением тошноты, отрыжки, рвоты, нормализацией стула, улучшением аппетита, общего самочувствия, настроения, сна.

Рентгенологически, из 27 больных, получавших чагу, у 14 отмечено исчезновение симптома «ниши», у 7 – уменьшение. Тогда как из 15 больных, леченных другими средствами, исчезновение «ниши» отмечено у 3 больных, у 10 – «ниша» оставалась прежних размеров. Сочетание чаги с различными медикаментозными и физиотерапевтическими процедурами вызывало клиническое выздоровление у части больных в более ранние сроки, чем при применении одной чаги.

Однако, назначение чаги больным в поздние сроки, при отмене предшествующей медикаментозной терапии (у 20 больных), приводило к более позднему клиническому выздоровлению по сравнению с группой больных (16 чел.), которым чага назначалась дополнительно в поздние сроки без отмены предыдущей терапии. Из 40 амбулаторных больных, принимавших непрерывно чагу, в течение различных сроков от 0,5 года до 5 и более лет, у 31 – заболевание протекало без обострений, у 9 – однократные обострения. 11 больных после клинического выздоровления продолжали принимать чагу в течение 6 месяцев. За это время обострений не было. Причинами обострений явились пере-

рывы в приёме чаги, особенно в ранние сроки лечения, тяжёлые психотравмы и перенапряжения центральной нервной системы. Показатели крови на протяжении длительной ремиссии оставались нормальными. Нормализовалась кислотность желудочного содержимого.

Рентгенологическое исследование амбулаторных больных показало, что ремиссия на фоне лечения чагой протекала у больных с исчезновением «ниши», ежегодные обследования всех больных показали отсутствие симптома «ниши».

Таким образом, при лечении больных язвенной болезнью в стадии обострения чага оказалась более эффективным средством по сравнению с традиционной терапией. Она не только снимает болевой симптом, но и нормализует функции кишечника и повышает общий тонус. Для ускорения действия при обострении язвенной болезни можно рекомендовать чагу в комплексе с другими медикаментозными средствами для лечения больных как в стационаре, так и в амбулаторных условиях.

Аналогичные результаты получены при клиническом наблюдении за больными язвенной болезнью, леченных препаратом чаги-бефунгином (Е.Я. Мартынова, 1973). Применение метода гастроскопии и гастробиопсии позволило осуществить достаточно точный контроль за лечением 53 больных язвенной болезнью (Г.П. Рычагов, 1973). После лечения, как показало гастроскопическое исследование, зарубцевались язвы желудка у 4 больных и уменьшились язвы двенадцатиперстной кишки у 15 из 18 больных, уменьшились отёк и гиперемия складок слизистой оболочки желудка, исчезла эрозия у 2 больных с сопутствующим эрозивным гастритом, сгладились явления гипертрофического гастрита у 14 из 27 больных. После лечения бефунгином, гистологически, уменьшалась инфильтрация слизистой, нормализовались изменения железистого аппарата. Уменьшились с 2–16 дня боли и полностью исчезли на 2–22 день приёма препарата у всех больных, за исключением двух (Г.П. Рычагов, 1973). Бефунгин был рекомендован МЗ РФ для лечения больных язвенной болезнью.

4.1.4. ИЗУЧЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ЧАГИ НА РЕГУЛЯЦИЮ НЕРВНО-РЕФЛЕКТОРНЫХ РЕАКЦИЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

В процессе лечения чагой больных язвенной болезнью, с целью изучения механизма действия, исследовали характер сосудистой реактивности методом плетизмографии.

Метод плетизмографии – заключается в непрерывной графической регистрации изменений объёма, отражающих динамику кровенаполнения сосудов различных органов. Используется при изучении функционального состояния сердечно-сосудистой системы, изменений распределения крови при работе, утомлении, под влиянием различных раздражителей. Метод служит для оценки тонуса и эластичности сосудов, состояния центральной нервной системы (по реакции на раздражители).

В фазе обострения и ремиссии, после лечения препаратами чаги, изучали условные и безусловные сосудистые рефлексы. В качестве условных раздражителей использовали свет электролампочки 60 Ватт и электрический звонок, в качестве безусловных раздражителей – холодную воду с температурой 5–8 °С.

При анализе плетизмограмм, полученных у больных до лечения выявлены 2 типа сосудистой реактивности. В соответствии с этим все больные разделены на 2 группы, отражающие состояние центральной нервной системы. Первая группа – больные с лабильным типом реакций, вторая группа больные с инертным типом сосудистых реакций.

Больные с лабильным типом сосудистых реакций отличались раздражительностью или возбудимостью, живостью характера, активным поведением. У около 70% больных этого типа преобладала язва двенадцатиперстной кишки. У них доминировали сильные боли и плетизмографический фон был волнообразным. Безусловные сосудистые реакции у них имели короткий латентный период, условные рефлексы вырабатывались на сильный раздражитель.

Больные с инертным типом отличались вялостью жизненного тонуса, угнетённого состояния, медлительностью движений, неверием в успех, апатичностью, у них преобладала язва желудка. Плетизмографический фон их монотонный, безусловные рефлексы имели большой латентный период. Ориентировочные реакции отсутствовали или были слабо выражены. Часто прочные условные рефлексы не вырабатывались вообще.

У больных с *лабильным* типом сосудистых реакций преобладают возбуждающие процессы центральной нервной системы, у больных с *инертным* типом – тормозные.

Лечебный эффект препаратов чаги определяется степенью нормализации условно-рефлекторной деятельности центральной нервной системы и зависит от типа сосудистой реактивности. У больных с лабильным типом с первых дней лечения чагой наступало снижение условно-рефлекторной деятельности с последующей её нормализацией. У больных с инертным типом постепенно развивалось относительное повышение условно-рефлекторной деятельности центральной нервной системы. Сосудистая динамика в процессе лечения больных с лабильным типом более выражена и наступает в ранние сроки с быстрым снижением и снятием болевого синдрома, чем у больных с инертным типом сосудистой реактивности. У последних изменение сосудистых рефлексов наблюдается в более поздние сроки, им необходимо более длительное лечение чагой (Н.Т Ковалева, 1973; Л.Н. Романова, 1973; А.С. Фомина, 1966).

Исследователи единодушны в том, что улучшение состояния больных под влиянием чаги объясняется охранным торможением центральной нервной системы. Этот процесс носит фазный характер и зависит от исходного состояния нервной системы пациентов. Он проявляется, как при парентеральном, так и пероральном применении препаратов.

4.2. ЧАГОВИТ В ЛЕЧЕНИИ МАСТОПАТИИ

Мастопатия или фиброаденоматоз молочной железы – одно из наиболее распространенных (30–60%) заболеваний женщин репродуктивного возраста. Предполагают, что у больных мастопатией возрастает риск онкологических заболеваний.

Проведено рандомизированное двухмесячное применение *Чаговита* у женщин с мастопатией (В.Ф. Левшин, 2005).

Мастопатия – это хроническое заболевание молочных желёз, развивающееся на фоне расстройства гормональной, иммунной, нервной систем и патологии печени. Поэтому универсальных препаратов для её лечения нет. **Чаговит** исследовали по сравнению с **Мастодиноном**, который является в настоящее время наиболее эффективным препаратом при лечении мастопатии. В каждой группе было по 56 больных диффузной формой мастопатии и мастодинии. Диагноз установлен маммологом на основании ультразвукового и маммографического обследования. Пациенты принимали ежедневно по 2 капсулы *Чаговита* 2 раза в день. Данные двухмесячного курса применения *Чаговита* показали, что *Чаговит* по эффективности действия сопоставим с мастодиномом и существенно превосходит эффективность, одновременно исследуемого фитопрепарата на основе солодки. *Чаговит* эффективно снимал боли и дискомфорт в молочных железах, обусловленных мастопатией (табл. 7). Кроме того, в процессе испытаний обнаружено, что он эффективно снимает предменструальную мастодинию, выраженный дискомфорт и болезненность молочных желёз, которые испытывают женщины во второй половине менструального цикла. Особенно хороший эффект *Чаговит* давал при лечении патологий на фоне астено-невротического синдрома, который, как известно, является основой развития мастодиний. Для получения стабильного эффекта целесообразно повторение курсов лечения до 3–6 месяцев. Осложнений и противопоказаний не наблюдалось.

Таблица 7

Сравнительная оценка эффективности Чаговита при лечении мастопатий
(В.Ф. Левшин, 2005)

Применявшийся препарат	Число лиц	Оценка эффективности лечения:		
		четкий эффект	слабый эффект	нет эффекта
Чаговит	50	34–68%	8–16%	8–16%
Мастодином	48	34–71%	6–13%	8–17%
Фитопрепарат с солодкой	43	19–44%	7–16%	17–40%

Пациентка К., 45 лет. Диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия. Жалобы на периодические боли в молочных железах, общую слабость, потливость, сердцебиение. Последние полгода менструальный цикл путается, бывают задержки до недели. При осмотре молочные железы неоднородной консистенции,

в наружных квадрантах плотной консистенции, болезненные при пальпации. Незначительная аденопатия в обеих подмышечных областях. На маммограммах единичные крупные кальцинаты и выраженные аденозные и фиброзные изменения в области наружных квадрантов обеих молочных желез. Назначено лечение Чаговитом по 4 капсулы в сутки. Контрольный осмотр после 25 дней приема препарата. Субъективно больная отмечает исчезновение болей в молочных железах, заметное улучшение общего самочувствия, прошла слабость, потливость, сердцебиение. Отмечает также, что менструальный цикл стал более четкий, продолжительность его меняется не более, чем на два дня. При осмотре молочные железы мягко-эластичной консистенции, не болезненные при пальпации. Очаговых образований не определяется.

Пациентка О., 27 лет. Диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия, предменструальный синдром.

Жалобы на боли в молочных железах, появляющиеся в середине менструального цикла и усиливающиеся по мере приближения месячных. Отмечает также повышенную утомляемость. Выраженную эмоциональную лабильность и раздражительность. При осмотре молочные железы плотной зернистой консистенции. При УЗИ молочных желез определяются множественные мелкие кисты в обеих молочных железах до 1 см. в диаметре.

Назначен прием Чаговита по 4 капсулы в сутки. После 2-х месяцев приема предменструальные боли в молочных железах прошли. Больная отмечает только некоторое нагрубание молочных желез за 2-3 дня до месячных, чувствует также себя заметно бодрее физически и спокойнее. При контрольном осмотре молочные железы мягкоэластичной консистенции, очаговые изменения отсутствуют. При повторном УЗИ молочных желез отмечается заметная положительная динамика: число кист значительно уменьшилось, а оставшиеся стали меньших размеров.

Пациентка С., 55 лет. Диагноз: фиброзно-кистозная мастопатия, климактерический синдром.

Жалобы на болезненность в молочных железах, частые приливы, общую слабость, головокружение, нарушение сна.

При осмотре молочных желез отмечается тяжесть в наружных квадрантах и болезненность при пальпации. На маммограммах на фоне инволютивных изменений участки фиброза в наружных квадрантах обеих молочных желез. Лимфатические узлы в подмышечной области несколько увеличены. Назначен Чаговит по 4 капсулы в сутки. Через 2 месяца, при контрольном осмотре: боли в молочных железах исчезли, приливы стали слабее и реже, отмечается улучшение состояния и нормализация сна. При пальпации молочные железы мягко-эластичной консистенции, очаговых изменений не отмечается. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

4.3. ЧАГАГОВИТ В ЛЕЧЕНИИ СИНДРОМА ОТМЕНЫ КУРЕНИЯ

Изучена терапевтическая эффективность препарата *Чаговит* при лечении синдрома отказа от курения лиц, бросающих курить. Курение является высоким фактором риска предопухолевых и онкологических заболеваний бронхо-лёгочной системы. В рандомизированное клиническое испытание было включено 166 человек со стажем курения от 5 до 29 и более лет. Большинство лиц имели длительный (более 20 лет) курительный анамнез. 82 человека получали стандартный комплекс лечения табачной зависимости, вторая группа 84 человека в дополнение к стандартному комплексу получала *Чаговит* по 2 капсулы 2 раза в день, курсом минимум месяц с момента отказа от курения. Лица второй группы, принимающие *Чаговит*, чаще достигали эффекта в отказе от курения. Доля лиц, достигших абстиненции (воздержание от курения) в сроки более месяца составила 35% в группе лиц, принимающих *Чаговит* (а без *Чаговита* только 12%, $P < 0,001$) (табл. 8).

Таблица 8

Эффективность Чаговита при лечении синдрома отмены курения
(В.Ф. Левшин, 2005)

Группы	Число лиц	Результаты отказа от курения, %				Самочувствие при отказе от курения, %		
		без результата	сокращение числа сигарет	бросил курить на < 1 мес.	бросил курить на > 1 мес.	улучшение	ухудшение	без измен.
С Чаговитом	84	—	20–24	34–41	30–35	42–50	7–8	35–42
Без Чаговита	82	12–15	31–39	29–35	10–12	14–17	12–15	56–68

Чаговит не является никотин-заменяющим препаратом. Эффективность его связана со способностью снимать симптомы синдрома отмены курения. Лица, принимающие *Чаговит*, отмечали существенно чаще (50%) улучшение самочувствия в процессе отказа от курения, в сравнении с лицами не принимающими *Чаговит* (17%, $P < 0,001$). Очевидно, это связано с дезинтоксикационными и адаптогенными свойствами *Чаговита*. Прилагаются краткие выписки из историй болезни.

Пациент Б., 51 год. Обратился за медицинской помощью в связи с синдромом отказа от курения. Жалобы на одышку при небольшой физической нагрузке, утренний кашель с мокротой, утомляемость, дискомфорт, иногда боли в желудке. В анамнезе хронический гастрит, хронический бронхит, нестабильная стенокардия.

Курительный анамнез: курит более 30 лет. Раньше курил до 2-х пачек в день. Последний год курит около одной пачки. Пытался бросать курить полгода назад во время последней госпитализации, в связи с заболеванием сердца. Путем только усилия воли удалось не курить несколько дней, находясь в больнице. После выписки снова закурил. Табачная зависимость 7 баллов.

Назначен курс лечения с применением поведенческих приемов, никоретта и Чаговита. Чаговит пациент принимал в течение месяца с момента отказа от курения по 2 капсулы 2 раза в день. К настоящему времени не курит уже 1,5 месяца. Позывы к курению редкие, легко контролируемые. Отмечает исчезновение кашля и дискомфорта в желудке. Дыхание стало легче, чувствует прилив сил.

Пациентка Р., 43 года. Обратилась за медицинской помощью в процессе отказа от курения. Анамнез: последние 4 года наблюдается и лечится по поводу бронхиальной астмы смешанной формы. Принимала глюкокортикостероидные и бронхолитические препараты. Последний год чувствовала себя относительно благополучно уже без приема глюкокортикоидов. Однако в последний месяц у неё резко ухудшилось самочувствие: усилилась одышка и появились затруднения при дыхании, кашель, слабость, похудела на 7 кг. Рекомендован отказ от курения. Курительный анамнез: курит 22 года. В прошлом пыталась бросать, но удалось только снизить число выкуриваемых за день сигарет с 20 до 10. Табачная зависимость 6 баллов.

После лечения табачной зависимости с применением поведенческих приемов и Чаговита к настоящему времени не курит уже более 3 месяцев. Чаговит принимала в течение 2 месяцев в дозе 4 капсулы в день. Отказ от курения проходил сравнительно легко, без каких-либо симптомов синдрома отмены. Уже через месяц после приема Чаговита она отмечала заметное улучшение общего самочувствия, исчезновение одышки, улучшение тургора кожи. Поправились на 4 кг.

Пациент Ф., 30 лет. Обратился за медицинской помощью в связи с отказом от курения. Жалобы на боли в сердце и одышку при физических нагрузках, появившиеся, после перенесенного, месяц назад, гриппа. В анамнезе: хронический бронхит и хронический гастрит. За последние 2 года похудел на 7 кг. Отмечает повышенную утомляемость, слабость в ногах, периодически беспокоит кашель.

Курительный анамнез: курит около 10 лет. Раньше курил по пол пачки в день (10 сигарет), в последний год иногда выкуривает до пачки в день. Лечащим врачом рекомендован отказ от курения. Табачная зависимость 7 баллов.

В Центре медицинской помощи в отказе от курения проведено лечение табачной зависимости и синдрома отмены с применением поведенческих приемов, никоретта и Чаговита. К настоящему времени пациент не курит более 2 месяцев. Отказ от курения у него прошел сравнительно легко. Незначи-

тельные симптомы синдрома отмены (усиление кашля, раздражительность) отмечались только в первую неделю после отказа от курения. Пациент отмечает восстановление физических возможностей, исчезновение слабости и кашля. Поправился на 6 кг, восстановив свой прежний вес.

Клинические испытания *Чаговита* убедительно доказывают эффективность применения *Чаговита* для снятия синдрома отмены курения и повышения эффективности лечения табачной зависимости у лиц, бросающих курить.

4.4. ЧАГОВИТ В ЛЕЧЕНИИ ПСОРИАЗА

Псориаз (или чешуйчатый лишай) — кожное заболевание неясной этиологии, трудноизлечимое. Характеризуется повышением пролиферации клеток эпидермиса без неоплазии, воспалительными процессами, иммунодефицитом. Впервые для лечения псориаза чагу применил профессор Е.А. Досычев после того как наблюдал избавление больного от псориаза в процессе лечения чагой полипоза желудка и кишечника. Для подтверждения проф. Е.А. Досычев и В.М. Быстрова (1973) сформировали группу из 50 больных, страдающих псориазом от 1 года до 15 и более лет с предшествующими или последующими хроническими заболеваниями желудочно-кишечного тракта (гастрит, колит, гепатохолецистит, язвенная болезнь и др.). Эффект наблюдался после 2–3 месячного непрерывного приема препарата чаги по 1 ст. л. 3 раза в день ежедневно. Из 50 больных 38 — выздоровели, у 8 — наблюдалось улучшение состояния. Одновременно отмечалась тенденция к улучшению функций желудочно-кишечного тракта, показателей крови, желудочно-кишечного сока и повышение работоспособности. Побочных явлений и осложнений не наблюдалось.

Оценка эффективности *Чаговита* при псориазе проведена в амбулаторных условиях Института фитотерапии (В.Ф. Корсун, 2007). Под наблюдением находилось 37 больных от 9 до 71 лет (чаще 22–56 лет). Характеристика их представлена в табл. 9.

Таблица 9

Группа наблюдаемых больных с псориазом (В.Ф. Корсун, 2007)

Форма заболевания	Абс. (n=34)	Процент в группе
Распространенная	28	80,0
Ограниченная	5	14,3
Эритродермия	2	5,7
Псориатический полиартрит (сопутствующий)	3	8,6

33 пациента ранее лечились в различных дерматологических учреждениях г.Москвы и других регионах, где им назначались поливитаминные, кортикостероидные препараты, ПУВА-терапия (6 больным), разнообразные мазевые препараты и физиотерапевтические процедуры.

При амбулаторном обследовании выявлены сопутствующие заболевания: пищеварительного тракта — у 24 пациентов, нервной системы — у 12, щитовидной железы — у 13, мочеполовых органов — у 9.

Чаговит назначался как элемент комплексной терапии по 2 капсулы 2–3 раза в день за 20 мин. до еды в течение 1,5 мес. У 12 больных отмечена рефрактерность к терапии кожного синдрома при наличии генерализованного псориаза с явлениями экссудации, артропатии и большой длительности заболевания (более 10 лет). 7 больным *Чаговит* рекомендован в качестве монотерапии в течение 40 дней с одновременным нанесением на очаги индифферентной мази в вечернее время.

В целом переносимость препарата была хорошей.

В процессе лечения было отмечено, что на фоне приема *Чаговита* уже в первые 7–8 дней уменьшались зуд, эритема вокруг высыпаний, прекращалось появление свежих высыпаний, стягивание кожи (табл. 10). Медленнее наступало восстановление стула и уменьшение болезненности в суставах. В процессе лечения показатель качества жизни у больных псориазом повышался на 24%.

Таблица 10

Динамика клинических проявлений псориаза на фоне приема Чаговита
(В.Ф. Корсун, 2007)

Симптом	До лечения		После лечения			
			купирован.		уменьшился	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Зуд	22	62,8	15	42,8	7	20,0
Шелушение	34	97,1	28	80,0	6	17,1
Эритема	27	77,1	23	65,7	4	11,4
Стягивание кожи	28	80,0	26	74,2	2	22,3
Появление свежих высыпаний	24	68,6	23	65,7	1	2,9
Неустойчивость стула	21	60,0	19	54,3	2	5,7
Работоспособность снижена	16	45,7	2	5,7	14	40,0
Болезненность в суставах	9	25,7	5	14,3	4	11,4

Трое пациентов по собственной инициативе *Чаговит* принимали более 4 мес. на фоне удовлетворительного состояния и практически полного отсутствия дискомфорта со стороны пищеварительного тракта.

Представляет интерес динамика некоторых лабораторных показателей (табл. 11).

Таблица 11

Динамика лабораторных показателей на фоне приема Чаговита (n=13)
(В.Ф. Корсун, 2007)

Показатель	До лечения	После лечения
Гемоглобин, г/л	111,2±3,1	112,4±3,6
Эритроциты, г/л	3,3±2,1	3,7±2,2

Лейкоциты, г/л	11,0±2,3	5,2±2,3
СОЭ, мм/ч	18,2±3,1	12,1±0,7
Лимфоциты, %	44,2±3,3	28,9±6,1
Билирубин, ммоль/л	19,7±2,1	18,0±2,0
Холестерин, ммоль/л	5,9±1,2	3,6±0,7
Активность АСТ, ммоль/л	40,4±3,5	32,0±3,1
Активность АЛТ, ммоль/л	42,8±3,1	34,2±0,5

В процессе приема *Чаговита* у больных не отмечено нежелательных изменений со стороны морфологического состава крови. Одновременно наблюдалась положительная динамика в уровне билирубина, активности АЛТ и АСТ, что указывает на нормализацию препаратом чаги функционального состояния печени у больных псориазом.

Практически у всех пациентов отмечена положительная динамика лабораторных показателей, восстановление морфологических показателей крови и активности ферментов.

4.5. ЧАГОВИТ ПРИ САХАРНОМ ДИАБЕТЕ

Проведена клиническая апробация *Чаговита* в трех группах больных сахарным диабетом 2 типа (Г.И. Кабацкая с соавт., 2007, 2008 гг.).

В 1-й группе наблюдали 15 пациентов с длительностью заболевания диабетом от 1 до 12 лет. Все больные данной и остальных групп имели избыточный вес, многие страдали ИБС. *Чаговит* назначали по 1 капсуле 3 раза в день в течение 1 месяца на фоне традиционной терапии и диеты. После курса *Чаговита* у всех больных наблюдалась тенденция к снижению уровня сахара в крови по сравнению с исходным (с 7,0–14,0 до 6,5–9,3 μ М/л). У всех пациентов повысился жизненный тонус, улучшилось настроение, исчезла жажда.

2-ая группа пациентов (5 человек) с длительностью заболевания диабетом от 4 мес. до 5 лет принимали *Чаговит* по 2 капсулы 2 раза в день в течение 1 месяца на фоне диеты № 9 и уменьшения дозы сахароснижающих препаратов в 2 раза. У всех больных наблюдалось снижение уровня сахара (глюкозы) по сравнению с исходным (с 7,1–9,6 до 6,2–8,4 μ М/л). У пациентов нормализовались показатели крови, исчезла жажда и слабость, повысилась работоспособность.

3-я группа (10 пациентов) с впервые выявленным заболеванием сахарного диабета и сопутствующим ожирением. *Чаговит* назначали по 2 капсулы 2 раза в день в течение месяца на фоне диеты без сахароснижающих препаратов. У всех больных уровень сахара снизился (с 7,7–11,8 до 4,3–6,9 μ М/л). Все пациенты отмечали исчезновение слабости и сухости во рту, головных болей, некоторые больные похудали на 0,5–2 кг.

Таким образом прогнозируемое гипогликемическое действие за счет высокой фитолектиновой активности *Чаговита*, а в перспективе и новейшего препарата, *Чагалюкса*, подтверждается серией клинических и амбулаторных наблюдений.

ВЫВОДЫ

1. *Чаговит*, в монотерапии и в сочетании с традиционным лечением, показал высокую терапевтическую эффективность в отношении хронических заболеваний, особенно, нейрогенной этиологии.
2. У всех больных улучшалось общее состояние и самочувствие. При длительном применении *Чаговита* наблюдалась нормализация функциональных показателей уменьшались, а затем исчезали болевые синдромы.
3. У больных *хроническим гастритом* в период первого года лечения чагой исчезали диспептические явления, нормализовались функциональные показатели, что подтверждено рентгенологическими исследованиями.
4. Приостанавливался рост полипов у больных *полипозом*, а в некоторых случаях наблюдалось рассасывание или уменьшение размеров их (через 1–3 года лечения).
5. У больных *язвенной болезнью* сравнительно быстро (через месяц – два) после начала лечения чагой наблюдалась нормализация функционального состояния желудка и тонкой кишки с исчезновением спазмов в желудочно-кишечном тракте. В последующем, рентгенологически наблюдалось уменьшение и исчезновение «ниши». Чага способствовала рубцеванию язвы желудка и двенадцатиперстной кишки.
6. Показано, что улучшение состояния больных при лечении препаратами чаги сопровождалось улучшением состояния *центральной нервной системы*.
7. *Чаговит* оказался эффективным при лечении больных *мастопатией*, для снятия предменструального и климактерического синдрома.
8. Обнаружена способность *Чаговита*, снимать синдром «отмены» или «отказа от курения» у «злостных» курильщиков (со стажем курения от года до 25 лет). По-видимому, вследствие антиоксической и адаптогенной активности при применении препарата снижались негативные симптомы у лиц, бросающих курить, по сравнению с контрольной группой.
9. *Чаговит* показал высокую эффективность при лечении больных хроническим псориазом и сахарным диабетом II типа в сочетании со специфическим лечением.
10. *Чаговит* хорошо переносится больными и может использоваться для лечения хронических заболеваний и снижения риска онкологических заболеваний на фоне традиционной терапии.

Глава V

ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ЧАГИ, ЧАГОВИТА И ЧАГАЛЮКСА В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

В настоящее время, благодаря применению в онкологической практике комплексного лечения больных (комбинация хирургической, лучевой и химиотерапии) смертность снизилась. Но полной гарантии выздоровления нет. Анализ причин гибели онкобольных показывает, что большинство из них погибают от нарушений в системе гомеостаза и из-за метастазирования опухолей. Высокая токсичность противоопухолевого лечения (химио- и радиотерапия) в отношении активно пролиферирующих клеточных систем организма (кроветворная, желудочно-кишечная, репродуктивная и др.) часто лимитирует их применение. А резистентность опухолевых клеток к терапии нередко приводит к возникновению рецидивов и сокращению продолжительности жизни пациентов. В связи с этим остаётся актуальной разработка методов повышения эффективности лечения онкологических больных. Известны попытки применения иммуно-биотерапии с использованием специфических вакцин и сывороток, а также применения антикоагулянтов, диуретиков, мембраноактивных веществ, иммуномодуляторов и т.д. В последние годы растёт интерес по включению в схемы комплексной терапии лекарственных и лечебно-профилактических средств природного происхождения, которые обладают широким *регулирующим эффектом* и низкой токсичностью. Одним из таких перспективных средств, на наш взгляд, является **чага**. Чага нормализует физиологические и защитные системы организма, проявляет антиоксидеские, радиопротекторные, антиоксидантные и иммуномодулирующие свойства. Как показывают исследования механизма действия, чага обладает способностью регулировать нервно-рефлекторные функции центральной нервной системы. Перспективы включения новых препаратов чаги (*Чаговит* и *Чагалюкс*) в схемы комбинированного лечения онкологических больных, в процессе подготовки к хирургическим операциям, лучевой и химиотерапии или между курсами химио- и радиотерапии с целью повышения эффективности лечения, весьма основательны.

Первые попытки лечения чагой онкологических больных проведены в Госпитальной терапевтической клинике Первого Ленинградского медицинского института имени И.П. Павлова под руководством проф. П.К. Булатова и проф. М.П. Березиной (1959). Определённый вклад в изучение чаги внесли учёные дру-

гих институтов и медицинских учреждений. Для выяснения терапевтического действия чаги проведены многолетние клинические наблюдения онкологических больных с запущенными неоперабельными формами рака IV стадии различных локализаций, которым было показано только симптоматическое лечение. Под наблюдением находилось около 1000 больных раком IV стадии различной локализации (рак желудка, пищевода, бронхо-лёгочной системы, кишечника, грудной железы, печени, кожи, гортани, мочевого пузыря, поджелудочной, предстательной и эндокринной желёз).

Чагу таким больным назначали в виде 2% раствора экстракта по 15 мл 3 раза в день, иногда в сочетании с симптоматической терапией.

Больных раком IV стадии условно разделили на три группы. К *первой* группе отнесли больных, находящихся в состоянии резко выраженной кахексии. Они не получали облегчения от чаги. *Вторую* группу составляли менее истощенные больные, у которых наступило улучшение состояния через 3–4 недели после применения чаги и продолжалось до 2–8 месяцев. *Третья группа* – больные без кахексии. У большинства из них наряду с улучшением состояния, восстанавливалась работоспособность. Рассмотрим подробнее эффективность применения 2% экстракта чаги у больных раком IV стадии различных локализаций.

5.1. РАК ЖЕЛУДКА IV СТАДИИ

Под наблюдением П.К. Булатова (1959) находилось 47 человек больных раком желудка IV стадии. При лечении чагой у больных исчезали такие симптомы как, боли в животе, рвота, отрыжка, изжога, потеря аппетита, желудочные кровотечения, потеря интереса к окружающей обстановке и пр. (табл. 12).

Таблица 12

Динамика различных симптомов у больных раком желудка IV стадии до и во время лечения чагой (П.К. Булатов, 1959)

Характер симптомов	Число больных до лечения	Без перемен во время лечения	Исчезновение симптомов во время лечения на сроки			
			от 2 до 4 месяцев	от 5 до 8 месяцев	от 9 до 12 месяцев	от года и выше
Постоянные боли в животе	42	16	8	6	5	7
Рвота	28	10	8	3	3	4
Отрыжка	28	11	8	3	5	1
Изжоги	36	15	9	6	1	5
Чувство полноты в желудке	46	24	8	8	3	3
Потеря аппетита	43	20	8	8	4	3

Слабость	36	17	8	7	2	2
Желудочное кровотечение	5	2	1	1	1	-
Потеря интереса к окружающей обстановке	33	13	8	5	5	2

Однако, состояние облегчения у больных было временным и продолжалось от 2 месяцев до года, иногда более. Продолжительность его зависела от состояния больного до начала лечения. У больных контрольной группы с такой же локализацией, не принимающих чагу, никаких временных улучшений не наблюдалось. Им в 2–3 раза чаще назначали наркотики, они находились в более тяжёлом состоянии и умирали в более ранние сроки от начала заболевания.

По данным Е.Я. Мартыновой (1959) с 1953 по 1956 год под наблюдением находились 77 больных раком желудка, природа которого, как считает автор, носит нейрогенный характер (39 человек – перенесли тяжёлую психотравму, у 16 – работа была связана с большим нервным перенапряжением, у 26 больных в наследственном анамнезе – родственники с онкологическими заболеваниями). Эти предрасполагающие моменты, по мнению автора, находятся в тесной связи с ЦНС и могут быть ведущими патогенетическими звеньями в развитии онкопатологии. У всех больных оказался далеко зашедший раковый процесс. 39 больных подвергались оперативному вмешательству, из них только у 15 – проведена радикальная операция, у 24 – лишь пробная лапаротомия, остальные были неоперабельны. У основной массы больных были жалобы на постоянные боли в эпигастральной области на фоне общей слабости, быстрой утомляемости, плохого аппетита и нарастающего похудения. У некоторых – отвращение к пище, рвота, истощение. 45 тяжелобольных с явлениями выраженной раковой интоксикации. У всех больных были метастазы. Период наблюдения от 1–3 месяцев до 3 лет и более. Из 77 больных, 42 наиболее тяжёлых, умерли в первые месяцы лечения чагой, 7 – в сроки от 7 месяцев до 3,5 лет (табл. 13).

Таблица 13

**Продолжительность жизни больных раком желудка IV стадии
в зависимости от их исходного состояния и длительности лечения чагой**
(Е.А. Мартынова, 1959)

Группа больных	Длительность лечения чагой	Продолжительность жизни больных							
		6-9 месяцев	10-12 месяцев	1-1,5 года	1,5-2 года	2-2,5 года	2,5-3 года	3-3,5 года	3,5-4 года
I	1-3 месяца	18	24	3	—	—	—	—	—
II	6 месяцев – 1 год	—	6	10	1	—	—	—	—
III	от 1 года до 4 лет	—	—	2	4	2	1	2	4

У всех больных, за исключением 36 крайне тяжёлых, чага вызвала отчётливое улучшение самочувствия и общего состояния, появлялось бодрое настроение, которое сохранялось нередко до последних дней жизни больного, улучшался аппетит, позднее у некоторых – уменьшались боли. Наркотиками не пользовались.

Историю болезни больной раком желудка (после язвенной болезни), у которой после лечения чагой, наблюдалось стойкое улучшение, описала В.М. Углова, 1959.

Больная Р., 60 лет, поступила в 1-ю госпитальную хирургическую клинику ВММА в июне 1952 г. с жалобами на боли в животе, рвоту, исхудание, общую слабость. В 1942 г. она лежала в той же клинике по поводу язвенной болезни. После того до 1952 г. чувствовала себя лучше, а затем постепенно стали нарастать вышеуказанные явления. При поступлении было отмечено резко пониженное питание больной, вес 50,96 кг при росте 160 см. Тургор тканей был понижен. По клиническим и рентгенологическим данным был поставлен диагноз – рубцовый стеноз привратника. Больной была сделана лапаротомия. В брюшной полости было обнаружено довольно большое количество асцитической жидкости. В среднем отделе желудка по малой кривизне – большая бугристая опухоль диаметром примерно 9 см, плотная на ощупь. Верхний отдел опухоли распространялся на кардиальный отдел. Сместаемость желудка была ограничена. По всей малой кривизне цепочка плотных лимфатических узлов. В области двенадцатиперстной кишки был рубцовый стеноз. Ввиду большого распространения опухоли и наличия метастазов по ходу воротной вены операция свелась к наложению переднего гастроэнтероанастомоза. Послеоперационный диагноз – рак желудка с метастазами.

После операции было начато лечение чагой. Больная уехала в деревню, куда ей систематически доставлялся препарат. Через 2-3 месяца больная стала чувствовать себя лучше, появился аппетит, стала прибавлять в весе, боли прекратились, приступила к домашней работе. При осмотре через год после операции состояние больной было хорошим, опухоль не прощупывалась, свободной жидкости в брюшной полости не определялось, вес увеличился до 62 кг. Через 1 год 10 месяцев после операции состояние больной оставалось хорошим. Вес достиг 64 кг. Суточное выделение мочевины составляло 23 г. (исследования показали, что суточное выделение мочевины возрастало при улучшении состояния у больных с запущенным процессом болезни). Рентгеноскопия желудка показывала хорошую проходимость анастомоза. На основании того, что не заполнялся выходной отдел желудка, рентгенологи высказывались за наличие опухоли желудка. В дальнейшем наблюдений за больной не было.

П.К. Булатов и Е.Я. Мартынова (1961) наблюдали 124 больных раком желудка с далеко зашедшим процессом (IV стадия), которым назначали чагу в сочетании с симптоматической терапией. Из 124 пациентов – 54 были ранее опе-

рированы, у 38 – пробная лапаротомия у 16 произведена радикальная операция, после которой, опухоль вновь появилась (рецидив), остальные признаны иноперабельными. У 105 – определялась в подложечной области опухоль. У всех были метастазы в брюшной полости. У 65 больных, отнесенных к 1-ой группе с крайне тяжелым течением заболевания, длительность наблюдения не превышала 3 месяцев. У 51 из них, лечение чагой не вызывало улучшения. У остальных – 14, улучшение наступало, но было кратковременным (1–2 месяца). У больных 2-ой группы (41 человек) с тяжелым течением заболевания улучшение после приёма чаги наступило через 2–4 недели и было более выраженным и продолжительным. Угнетенное, подавленное настроение сменилось бодростью, появился аппетит, заметно уменьшились болевые ощущения, однако рост опухоли не прекратился и больные погибали через 6–8 месяцев после начала лечения чагой. У больных 3-й группы при более длительном (год и более) применении чаги через 1–2 недели появлялось хорошее настроение, более половины из них приступили к работе по специальности. Боли у них постепенно исчезли, появился аппетит, прекратилась потеря веса. Рост опухоли замедлялся, она приобретала необычную плотность и меньшую наклонность к метастазированию. В то же время у больных контрольной группы (26 человек), получающих только симптоматическую терапию заболевание прогрессировало без каких-либо периодов улучшения. Основной симптоматической терапией больных контрольной группы были наркотики (в группе с применением чаги наркотики почти не использовались). Средняя продолжительность жизни больных, длительно леченных чагой, составила 2–4 года, а в контрольной группе – 1 год (табл. 14).

Таблица 14

**Продолжительность жизни больных раком желудка IV стадии
в зависимости от методов лечения** (П.К. Булатов, Е.Я. Мартынова, 1961)

Характер лечения	Число больных	Длительность жизни больных с момента заболевания							
		6-9 мес.	10-12 мес.	1-1.5 года	1.5-2 года	2-2.5 года	2.5-3 года	3-3.5 года	3.5-4 года
Симптоматическая терапия	26	8 30%	16 61%	2 9%	—	—	—	—	—
Симптоматическая терапия в сочетании с чагой в течение 1-3 мес.	65	26 40%	34 52%	5 8%	—	—	—	—	—
Симптоматическая терапия в сочетании с чагой в течение 6 мес. - 1 года	41	2 5%	13 32%	21 51%	5 12%	—	—	—	—
Лечение чагой в течение 1 года – 4 лет	18	—	—	2 11%	4 22%	3 17%	2 11%	3 17%	4 22%

5.2. РАК ПИЩЕВОДА

Под наблюдением Е.Я. Мартыновой находилось 54 иноперабельных больных раком пищевода. У всех больных, кроме наиболее тяжелых, под влиянием чаги, наступило улучшение состояния (табл. 15).

Таблица 15

Распределение больных раком пищевода IV стадии по срокам появления положительного действия чаги (Е.Я. Мартынова, 1959)

Группа больных	Появление эффекта от чаги					
	через неделю	через 2 недели	через 3 недели	через месяц	через 1,5 месяца	без эффекта
I	—	—	1	1	1	25
II	—	4	7	2	—	—
III	5	6	2	—	—	—

Эффект отмечался через 1–3 недели после начала применения чаги, а в группе тяжелобольных – через 3 недели – 1,5 месяца у 3 пациентов, у остальных без эффекта. В зависимости от длительности лечения чагой, продолжительность жизни больных, за исключением наиболее тяжелых, возрастала от 7 месяцев до 2,5–3 лет и более, тогда как продолжительность жизни больных раком пищевода (по Казанскому В.И.) не превышает 8–19 месяцев.

Больная Г., 61 года. Заболевание началось с появления застревания пищи в нижней трети пищевода. Это застревание иногда сопровождалось лёгкими болевыми ощущениями. С течением времени дисфагические явления участились, болевые ощущения стали нарастать. Больная начала худеть, несмотря на сохранившийся аппетит. Длительное время повторное рентгенологическое обследование не давало указаний на органическое поражение пищевода. Диагноз рака пищевода установлен был в Институте онкологии АМН СССР только через 9 месяцев с момента появления дисфагических явлений. В оперативном лечении больной было отказано и предложено лечение чагой, которую больная принимала в течение 1 года 11 месяцев. Больная обратилась с жалобами на стойкую выраженную дисфагию (свободно проходила только полужидкая пища), на значительной силы боли, возникавшие в момент застревания пищи, на плохой аппетит, похудание и общую слабость. К началу лечения состояние больной было средней тяжести.

Лечение чагой вскоре вызвало отчётливое улучшение состояния больной. У нее появились бодрое настроение и хороший аппетит. Через 1,5 месяца уменьшились, а затем полностью исчезли болевые ощущения. Дисфагические явления в течение 1 года 9 месяцев не прогрессировали, больная по-прежнему продолжала питаться полужидкой пищей. Вес тела сохранялся в одних и тех же пределах. Но после перенесённого вирусного гриппа ухудшилась проходи-

мость пищевода – стала проходить только жидкая пища и, несмотря на сохранившийся аппетит и отсутствие болей, больная начала быстро терять в весе. Наблюдения за больной продолжались и после 1956 г.

Больная Ж., 50 лет. Заболевание началось с периодически возникавшего застревания плотной, сухой пищи в нижней трети пищевода, которое сопровождалось болевыми ощущениями. С течением времени пропал аппетит, больная стала худеть. Диагноз рака пищевода рентгенологически был установлен через 5 месяцев после обнаружения первых симптомов заболевания. В оперативном лечении больной было отказано. Она обратилась через 6 месяцев с начала появления первых симптомов заболевания, с жалобами на частое болезненное застревание плотной, сухой пищи в нижней трети пищевода, плохой аппетит, нарастающее похудание и подавленное настроение. Состояние больной к началу лечения чагой было средней тяжести. Питание, несмотря на похудание, оставалось хорошим. Под влиянием лечения чагой в состоянии больной через 3 недели наступило улучшение. Появилось бодрое настроение, хороший аппетит. Через 2 месяца уменьшились, а в дальнейшем полностью исчезли боли. Дисфагические явления не нарастали, больная по-прежнему получала общий стол, за исключением плотной сухой пищи. Похудание прекратилось, и за 2 года 4 месяца лечения чагой у больной даже увеличился вес на 3,6 кг. Настроение больной на всём протяжении наблюдения оставалось хорошим. Работоспособность сохранилась. Рентгенологическое наблюдение указывало на отсутствие нарастающих изменений в пищеводе. Наблюдение за больной продолжалось и после 1956 г.

На примере данной больной, длительно леченной чагой, наглядно выступает двухфазное действие препарата. Рано наступившее стойкое улучшение самочувствия в дальнейшем не только видоизменило клиническое течение заболевания, но и привело к замедлению роста опухоли и удлинению жизни больной.

В качестве подтверждения высказанного предположения в табл. 16 приведены данные по продолжительности жизни больных, кратковременно лечившихся чагой и получавших её длительное время.

Таблица 16

Влияние чаги на продолжительность жизни трёх групп больных раком пищевода IV стадии (Е.Я. Мартынова, 1959)

Группа больных	Длительность лечения чагой	Продолжительность жизни больных							
		6-7 мес.	8-10 мес.	11-12 мес.	1-1,5 года	1,5-2 года	2-2,5 года	2,5-3 года	свыше 3 лет
1	1-3 месяца	11	9	8	—	—	—	—	—
2	5-6 месяцев	—	4	7	2	—	—	—	—
3	1-3 года	—	—	—	—	4	4	4	1

Продолжительность жизни больных третьей группы, принимавших чагу более года, возрастала до 2–3 лет.

П.К. Булатов и Е.Я. Мартынова (1961) наблюдали 73 больных раком пищевода, которые обратились в различные сроки с момента появления первых симптомов в период от 4 до 12 месяцев. У больных обратившихся позднее, отмечалось более тяжелое течение заболевания. 37 из 73 больных находились в крайне тяжелом состоянии с явлениями дисфагии и кахексии. Они были отнесены к 1 группе и применение чаги у них было кратковременным (1–3 месяца) и как правило, не вызывало улучшения состояния. Они погибали в течение этого периода. 21 больной с тяжелым течением заболевания отнесены к 2 группе (с выраженной степенью дисфагии и истощения, так как проходила только жидкая пища). У 15 больных (3 группа) проходила полужидкая пища. У большинства больных были постоянные болевые ощущения, а у некоторых они возникали при прохождении или задержке пищи в пищеводе. Многие жаловались на плохой аппетит, слабость, утомляемость, подавленное настроение. При длительном лечении чагой (8 месяцев и более), у больных 2-й и 3-ей группы улучшалось самочувствие. Через 3-4 недели исчезали симптомы болезни. Продолжительность жизни больных при симптоматическом лечении в сочетании с длительным применением чаги возрастала до 2,5–3,5 лет, тогда как в группе контроля (симптоматическая терапия) не превышала 1–1,5 лет (табл. 17). Причиной смерти больных, принимавших чагу были (острые) осложнения, а не истощение, как в контроле.

Таблица 17

**Продолжительность жизни больных раком пищевода IV стадии
в зависимости от методов лечения (П.К. Булатов, Е.Я. Мартынова, 1961)**

Характер лечения	Число больных	Длительность жизни больных с момента заболевания							
		6-7 мес.	8-10 мес.	11-12 мес.	1-1,5 года	1,5-2 года	2-2,5 года	2,5-3 года	3-3,5 года
Симптоматическая терапия	26	11	8	6	1	—	—	—	—
Симптоматическая терапия в сочетании с чагой в течение 1-3 мес.	37	14	11	10	2	—	—	—	—
Симптоматическая терапия в сочетании с чагой в течение 6-8 мес.	21	—	6	11	4	—	—	—	—
Лечение чагой в течение 1-3 года	15	—	—	—	—	4	4	5	2

5.3. РАК БРОНХО-ЛЕГОЧНОЙ СИСТЕМЫ

Под наблюдением П.К. Булатова (1959) находилось 32 больных раком бронхо-лёгочной системы, из них без кахексии 16 человек. Е.Я. Мартынова (1959) наблюдала 52 больных, из них большинство (41) мужчины, средний возраст 40–50 лет. Предрасполагающие факторы: лёгочные патологии (повторные пневмонии, бронхиты, затяжной грипп), у некоторых психические травмы, перенапряжение. Наиболее тяжелые (29 человек) вошли в 1 группу. У них при кратковременном применении чаги улучшения не наступало, за исключением 5 больных. У которых, было непродолжительное улучшение.

***Больной А., 29 лет,** поступил в клинику в крайне тяжелом состоянии с жалобами на сильные боли в правой половине грудной клетки, одышку, кашель с мокротой и постоянной примесью в ней крови, повышенную температуру. Болен 6,5 месяцев. Заболевание началось остро: появились кашель с примесью крови в мокроте и одышка, в течение 2 недель держалась субфебрильная температура, которая в дальнейшем установилась на постоянно высоких цифрах, в пределах 38-39°. Через месяц появились боли в правой половине грудной клетки, которые стали нарастать.*

На всём протяжении заболевания больного беспокоил кашель с отделением слизисто-гнойной мокроты с постоянной примесью крови. Мокрота периодически выделялась в большом количестве, от 200 до 500 мл в сутки, без отчетливого запаха. Появившаяся с первых дней заболевания одышка через 5–6 месяцев стала резко выраженной. Аппетит постепенно ухудшался, нарастали слабость, похудание, истощение, появилось подавленное настроение. Диагноз – рак правого легкого с тотальным ателектазом его и метастазами в регионарные лимфатические узлы (IV стадия).

Больной принимал чагу в течение 3 месяцев. После 3 недель лечения чагой у больного улучшилось настроение, появился аппетит, уменьшились боли в правой половине грудной клетки, но одышка продолжалась и примесь крови в мокроте оставалась. Улучшение самочувствия длилось лишь один месяц на общем фоне прогрессирующего истощения и раковой интоксикации. Непосредственной причиной смерти явилась присоединившаяся левосторонняя абсцедирующая пневмония с переходом в гангрену, осложнившаяся вторичным легочным кровотечением.

При лечении чагой у больных без кахексии уменьшалось количество сухих и влажных хрипов, мокроты, кашель, одышка, слабость. Динамика исчезновения различных симптомов у больных при лечении чагой представлены в табл. 18.

**Динамика различных симптомов у больных раком бронха
и легкого IV стадии до и во время лечения чагой (П.К. Булатов, 1959)**

Характер симптомов	Число больных до лечения	Без перемен во время лечения	Исчезновение симптомов во время лечения на сроки			
			от 3 до 4 месяцев	от 5 до 8 месяцев	от 9 до 12 месяцев	от года и выше
Кашель:						
умеренно выраженный	12	6	2	2	1	1
приступообразный	20	7	3	4	5	1
Отделение мокроты:						
слизистой	2	—	1	1	—	—
слизисто-гнойной	30	15	5	6	3	1
кровохарканье	6	5	1	—	—	—
Боли в груди:						
непостоянные	14	2	4	8	—	—
постоянные	18	16	1	1	—	—
исхудание	12	6	2	4	—	—
Потеря голоса (афония)	2	2	—	—	—	—
Одышка:						
при движении	6	—	2	3	1	—
в покое	12	2	3	6	1	—
резко выраженная в покое	14	5	4	4	1	—
Слабость	32	6	12	8	3	3
Потеря аппетита	32	6	11	7	6	2
Потеря интереса к жизни и окружающей обстановке	22	5	10	6	1	—

У больных улучшался аппетит и интерес к окружающей среде. Течение ракового процесса у них как бы замедлялось на сроки от года и больше. Некоторые больные вернулись временно к работе. Длительное применение чаги улучшало качество жизни больных раком лёгкого.

Средняя продолжительность жизни больных при длительном применении чаги возрастала от 1 до 2-4 лет (по литературным данным длительность жизни больных раком легкого IV стадии с момента диагностирования колеблется в пределах от 0,5 до 1 года и редко превышает 2 года). Влияние чаги на продолжительность жизни больных раком легких представлено в табл. 19.

**Продолжительность жизни больных раком легких IV стадии
в зависимости от методов лечения (П.К. Булатов, Е.Я. Мартынова, 1961)**

Характер лечения	Число больных	Длительность жизни больных с момента заболевания									
		3-5 мес.	6-7 мес.	8-10 мес.	10-12 мес.	1-1,5 года	1,5-2 года	2-3 года	3-4 года	4-6 лет	6-8 лет
Симптоматическая терапия	21	1 5%	2 9,5%	6 28,5%	5 23%	4 19%	2 9,5%	—	—	—	—
Симптоматическая терапия в сочетании с чагой в течение 1-3 мес.	47	2 4%	4 8%	13 17%	10 21%	9 20%	9 20%	—	—	—	—
Симптоматическая терапия в сочетании с чагой в течение 6-8 мес.	28	—	4 14,5%	8 29%	10 35,5%	3 10,5%	3 10,5%	—	—	—	—
Лечение чагой в течение 2-8 лет	9	—	—	—	—	—	—	3 33%	3 33%	2 23%	1 11%

При лечении чагой более двух лет продолжительность жизни больных воз-
растала до 3–6 лет.

А.Л. Ерусалимский (1962) применил аэрозольный метод введения чаги в организм при лечении 13 больных раком лёгкого IV стадии. Экстракт чаги по 3–5 мл ежедневно вводили больным в течение 12–20 дней при помощи аэрозольного ингалятора АИ-1. У 5 больных довольно быстро улучшалось общее состояние, прекращались боли в груди, исчезла одышка, уменьшился, а у некоторых больных, прекратился кашель, восстановился аппетит, нормализовалась температура.

Приводится выписка из истории болезни:

***Больной Б., 54 лет,** поступил в стационар 13/VIII 1959 года с жалобами на недомогание, слабость, исхудание, боли в левом боку, одышку при ходьбе. Считает себя больным с весны 1958 года. С конца июня 1959 года состояние значительно ухудшилось.*

В клинике на основании указанных жалоб, данных объективного исследования, наличия субфебрильной температуры, а также данных рентгенологического исследования (в четвертом межреберьи слева неправильной формы затемнение размером приблизительно 4,5х4,5 см без четких очертаний») был подтвержден диагноз рака легкого (ст. 2; кл. гр. IIa). Поскольку вначале больной от операции отказывался, он был подвергнут лечению аэрозолем чаги. Получил 20 процедур аэрозоля. Кроме чаги применял только реопирин. Отмечал улучшение самочувствия непосредственно после каждой процедуры аэрозоля. В ближайшие дни после начала лечения боли, одышка, недомогание уменьшились, а вскоре и вовсе исчезли, температура нормализовалась. Больной прибавил в весе 0,7 кг. Проба на задержку дыхания до лечения 20 сек., после лечения – 45 сек. В крови несколько увеличилось количество гемоглобина: до лечения 66% (13,3 г%), после лечения – 75% (15,0 г%); РОЭ – до лечения 9 мм в час, после лечения – 6 мм в час. Объективные данные и рентгенологическая картина не изменились. В сентябре 1959 года больной дал согласие на операцию и был переведен в хирургическое отделение.

М.Ф. Коровин (1972) аэрозольное введение чаги использовал при злокачественных **опухолях гортани**. Лечебный эффект экстракта чаги в аэрозоле оказался настолько высоким, что в некоторых случаях (всего наблюдалось 25 больных в течение 3 лет) полностью ликвидировался воспалительный процесс в гортани. Автор считает целесообразным шире применять экстракт чаги в аэрозолях в отоларингологической практике при подозрении на опухоль гортани.

5.4. РАК ГРУДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

И.И. Овчинникова (1959) проводила наблюдение за 17 больными раком грудной железы IV стадии при лечении чагой и показала, что чага вызывает улучшение самочувствия. У больных, появлялось бодрое настроение, аппетит, улучшался сон и работа кишечника, уменьшались боли, при длительном применении наблюдалось замедление опухолевого процесса. При лечении чагой в первые месяцы у 6 больных уменьшилась отечность в области поражённой грудной железы, с некоторым уменьшением размеров опухоли. Уменьшалась склонность к метастазированию. У больных при длительном применении чаги отсутствовало похудание, показатели крови оставались хорошими. Однако, временный перерыв в приеме чаги вызывал ухудшение состояния и самочувствия больных. Приводится история болезни больной с множественными метастазами во многие органы, тем не менее под влиянием чаги у больной улучшалось самочувствие, уменьшались боли и показатели крови (лейкоцитоз снизился с 9800–11800 до 6500).

Больная Л-с, 58 лет. Диагноз – множественные метастазы рака грудной железы в кости, легкие и другие органы. Наблюдение велось в течение полугода. В марте 1950 года больной была проведена операция ампутации пра-

вой грудной железы по поводу рака. Через 2 года после операции у больной появилось недомогание, поднялась температура, начался кашель. После проведения специальных обследований был поставлен диагноз рака бронха. В клинике проф. А.В. Мельникова операция была признана нецелесообразной в связи с изменениями в миокарде и низкими показателями функциональных проб. В мае 1952 г. начато лечение чагой. Перед лечением чагой больная жаловалась на боли в правой половине грудной клетки и правом плече, усиливавшиеся при кашле, а также на слабость, плохой аппетит, прогрессирующую потерю веса. Рентгенографически был выявлен ателектаз доли правого легкого, возникший, по-видимому, на почве опухоли бронха. Исследования крови показали повышенную (до 57 мм) реакцию оседания эритроцитов, возрастание лейкоцитоза (9600-11800). В течение первых 2 недель применения чаги у больной улучшился сон, аппетит и общее настроение, несколько снизились боли в правом плече. Но на фоне этого улучшения на последующих рентгенограммах выявились множественные метастазы в оба легких, ранее не определявшиеся. Реакция оседания эритроцитов оставалась повышенной, а лейкоцитоз уменьшился до 6500. После месяца лечения чагой хорошее самочувствие больной сохранилось. Она отмечала уменьшение болей в грудной клетке. Однако слабость осталась. Появились боли в глазу и в нижней трети плеча, где их ранее не было. На рентгенограммах обнаруживались метастазы в кости правой руки, в области локтевого сустава и в черепе. В связи с угрозой патологического перелома верхней конечности была наложена гипсовая повязка. После 3 месяцев лечения чагой самочувствие больной оставалось удовлетворительным и настроение хорошим. Больная ежедневно гуляла. Движения правой рукой были болезненны. Правый глаз, имевший резко суженную глазную щель и припухлость в окружности, не видел. Со стороны легких на рентгенограммах отмечались явления правостороннего ателектаза и обсеменения метастазами обоих легких, полная деструкция нижней трети правого плеча и правой скуловой кости. После 4 месяцев лечения чагой состояние больной продолжало оставаться удовлетворительным, беспокоили лишь головные боли. Температура оставалась нормальной, отмечалось нарастание гемоглобина крови. Явлений интоксикации не наблюдалось. На 6 месяце лечения у больной наступило ухудшение: стала нарастать слабость, ухудшилось зрение, появились рвоты, повысилась температура. Ухудшение быстро нарастало и закончилось смертью больной. Анатомический анализ установил метастазы рака во внутренние органы: в бронх II порядка правой верхней доли с прорастанием в ткани легкого, множественные метастазы рака в ткань легких, в паратрахеальные нижние и верхние трахео-бронхиальные, надключичные узлы, в печень, правую почку, в серозную оболочку прямой кишки, в щитовидную железу. Кроме того, были множественные метастазы в мозг, твердую мозговую оболочку, в кости свода черепа, в правую плечевую кость. Микроскопическое исследование тканей, проведенное Ю.Н. Даркшевичем, установило, что первичным был рак грудной железы.

Отмечается также, что препараты чаги хорошо переносятся больными, не обладают токсическим и раздражающим действием на паренхиму почек, могут сочетаться с другими препаратами, в т.ч. гормональными, сердечными и пр. Биогенно-стимулирующее действие препаратов чаги проявлялось даже при запущенных случаях с многочисленными метастазами, по-видимому, за счёт частичного восстановления нормального обмена веществ, но при условии целостности печени и поджелудочной железы. Если же метастазы есть в печень и в поджелудочную железу, то чага бессильна (Т.М. Гроздов, 1959). Польский учёный J. Bielevski (1958), сообщал об успешном лечении экстрактом чаги больной раком грудной железы с метастазами в печень. Трёхмесячный курс лечения чагой улучшил общее состояние больной, у неё восстановился аппетит, уменьшились размеры печени.

Клиническое изучение чаги в Польше началось в 1956 г. в специальной онкологической больнице в Вырозембах, куда направлялись больные после операции или лучевой терапии и больные раком с метастазами. Выраженное улучшение было у 10 из 48 больных, преимущественно у женщин с локализацией опухоли в половых органах или грудной железе. У больных в области опухоли уменьшались боли, напряжение и кровотечение до полного прекращения их. Снижалась повышенная температура тела. Улучшалось самочувствие, сон, аппетит, некоторые больные стали ходить (С. Пяковский, С. Рихтер, 1961). В последующем, исследования проводились в акушерско-гинекологической клинике Краковской медицинской академии. 38 больных раком половых органов (опухоли шейки матки и яичников с прорастанием в мочевой пузырь, прямую кишку и наличием отдельных метастазов) лечили чагой, сочетая пероральное, парентеральное, ректальное применение на протяжении нескольких недель или месяцев. У 7 из 38 больных наблюдалось временное исчезновение болей, улучшение аппетита и снижение повышенной температуры, свидетельствующее о некотором противовоспалительном действии. Осложнений не наблюдалось. Но тормозящего влияния чаги на рост опухоли не обнаружено (С.Шварц, 1961).

5.5. ЛИМФОЛЕЙКОЗ

Я. Шнайд (1961) наблюдал 15 больных, из них 10 – хроническим лимфолейкозом. 3 – хроническим мизололейкозом и 2 – затяжным агранулоцитозом. Больным вводили по 15–30 внутривенных инъекций чаги с последующим ректальным введением суппозиторий чаги (10–30) в прямую кишку. Улучшение наступало у больных с хроническим лимфолейкозом (общее состояние, самочувствие, аппетит). Повышалась работоспособность. Уменьшалась величина лимфатических узлов и несколько уменьшались размеры печени и селезёнки. Консистенция этих органов, отмечает автор, стала мягкой и эластичной. У больных с хроническим миелолейкозом и затяжным агранулоцитозом видимого эффекта не получено.

5.6. ВЛИЯНИЕ ЧАГИ НА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ IV СТАДИИ

Из литературы известно, что у онкологических больных, независимо от локализации опухоли, происходят глубокие нарушения нервно-гуморальных реакций. Наиболее реактивным органом является кора головного мозга, которая первая отвечает на все изменения внешней и внутренней среды и играет ведущую роль в активации защитных механизмов организма. При проведении электроэнцефалографических исследований М.П. Березина и П.К. Булатов (1959) выявили у больных раком IV стадии ряд патологических отклонений в характере биоэлектрической активности корковых нейронов. Во время лечения чагой у больных с улучшением общего состояния наблюдались сдвиги в сторону нормализации биоэлектрической активности корковых нейронов (повышение вольтажа спонтанных биотоков альфа-ритма и реактивности их на раздражение, в т.ч. световое). В ходе лечения чагой менялся характер реакций на ритмические раздражения глаз светом: корковые нейроны становились более отзывчивыми на частые (а не редкие) ритмы, реакции альфа-ритма были направлены в сторону ускорения биоэлектрической активности. Происходили существенные сдвиги в обмене веществ и повышении функциональной лабильности корковых нейронов, что выражалось, как показано в экспериментах на животных, в изменении температуры мозга, улучшении реакции на световые ритмические раздражения зрительного анализатора (М.В. Еременко, 1973). Всё это указывает на сдвиги в сторону повышения функций коры головного мозга. При лечении чагой больных раком IV стадии независимо от локализации опухоли, наряду с улучшением состояния, наблюдалась постепенная нормализация, извращенных патологий, ортоклиностатических реакций – артериального давления и пульса при изменении положения тела, из горизонтального в вертикальное и обратно, что свидетельствует о нормализации регуляторных функций центральной нервной системы. У больных также происходило выравнивание кожной температуры по дерматомам, и восстановление нормального кожно-сосудистого тонуса. Наблюдалась нормализация сердечно-сосудистых реакций на введение адреналина и эфедрина. В дальнейшем повышались реакции на введение пилокарпина и аспирина, т.е. наблюдалась нормализация на введение веществ, которые избирательно действуют на подкорковые центры головного мозга и вегетативные реакции (М.В. Еременко, 1959, 1966). Показано, что в процессе лечения чагой более, чем у 50% больных III и IV стадии рака со сроком наблюдения от 6 месяцев до 3,5 лет, улучшались обменные процессы и показатели периферической крови. У больных с улучшением состояния увеличивалось количество гемоглобина и эритроцитов, снижалась реакция оседания эритроцитов, нормализовалось количество лейкоцитов и улучшалась лейкоцитарная формула крови (В.В. Яцкевич, 1959). Восстанавливалась белковая формула крови, активность каталазы и протеазы (З.В. Иванова, 1959; Н.Л. Маттисон, П.Д. Якимов, 1959).

Есть сведения, о временном нестойком повышении гормональной овариальной активности (пониженной при раке молочной железы) на фоне улучшения общего состояния, повышения работоспособности, восстановления менструального цикла у некоторых больных (Р.П. Угрюмова, 1959). В результате выявляется тенденция к восстановлению нормальных функций организма, что свидетельствует о благоприятном действии чаги. При длительном непрерывном лечении чагой у некоторых больных авторы наблюдали появление повышенной вегетативной возбудимости, особенно по отношению к реакциям, протекающим по системе блуждающего нерва. При временном прекращении приёма чаги или снижении дозы это явление исчезало.

5.7. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ПРЕПАРАТОВ ЧАГИ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Наблюдения онкологических больных показывают, что вначале чага действует, независимо от локализации опухоли, как тонизирующее и антитоксическое средство, вызывая у пациентов, за исключением крайне-тяжёлых, отчётливое улучшение самочувствия, снятия болевых ощущений. В дальнейшем замедляется рост опухоли и уменьшается склонность её к метастазированию. Отмечено, что при продолжительном применении чаги снижается степень истощения больного и раковой интоксикации.

Механизм действия чаги пока не ясен. По-видимому, как считают многие исследователи, чага не обладает специфическим противоопухолевым действием, но оказывает тонизирующее и регулирующее влияние на центральную нервную систему. В дальнейшем, при длительном применении она нормализует, нарушенные патологией, обменные процессы в организме, в первую очередь, в центральной нервной системе, тормозя развитие опухоли. По данным морфологических и гистологических исследований обращает на себя внимание атипичное строение опухоли, необычно сильно выраженное «ороговение» опухолевой ткани с отложением солей кальция (Ю.Н. Даркшевич, 1959). Дистрофические процессы и некротические изменения паренхимы и стромы опухоли сочетались с обилием многоядерных гигантских клеток, что рассматривается авторами как дегенеративный процесс повреждения опухолевой ткани. Наблюдались метастазы «нафаршированные» опухолевыми узлами с известковыми отложениями в центре. Очевидно, что чага, повышает защитные силы организма и способствует изоляции опухолевой ткани, как инородного тела. Даже в лимфатических узлах обнаруживались инкапсулированные массы сплошного сухого некроза опухолевой ткани. Только кое-где удавалось видеть группы раковых клеток, часто разрозненных и мелких (атрофированных) в состоянии дистрофии. Об этом же свидетельствуют и экспериментальные исследования. По данным М.А. Кроткиной (1959) и М.П. Березиной (1959) под влиянием

чаги происходит постепенное рассасывание опухолей с предварительным появлением микронекрозов в опухолях и инкапсулированием опухолевых клеток. По данным эстонских исследователей, опухоль у животных, леченных чагой состояла из мелких сморщенных клеток, которые были замурованы в коллагеновые волокна. Митоза не наблюдалось. По всей вероятности, чага, улучшает обмен веществ и, в первую очередь, энергетический обмен центральной нервной системы, что способствует нормализации, нарушенных опухолью, процессов программированной гибели патологически измененных клеток. Программированная гибель (в т.ч. апоптоз) – это активная форма гибели клетки, требующая затрат энергии и синтеза макромолекул *de novo*. У онкологических больных, особенно в состоянии кахексии, эти процессы нарушены из-за дефицита энергетического обеспечения их, связанного, в свою очередь со снижением окислительно-восстановительных процессов в организме (Е.Ф. Лушников, 2001). По-видимому БАД чаги, и главным образом, полифенольные соединения в комплексе, обладая антиоксидантными и парамагнитными свойствами, участвуют в нормализации обмена веществ и улучшении функциональной активности центральной нервной системы. О влиянии полифенолов на апоптоз опухолевых клеток недавно появилось сообщение из Калифорнии (США). Полифенолы пищи (кверцетин, транс-ресвератрол, генистеин и др.) ингибировали рост опухолей на модели рака поджелудочной железы мышей *nude* и предотвращали метастазирование опухолей. В системе *in vitro* они усиливали апоптоз опухолевых клеток путем деполяризации митохондрий, высвобождения цитохрома С с последующей активацией каспазы – 3. Особенно эффективны были комбинации полифенолов. Показано, что комбинации полифенолов ингибируют рост опухолей и предотвращают метастазирование за счет нарушения функций митохондрий опухолевых клеток, высвобождения цитохрома С, активации каспаз и апоптоза (Mouria Michelle, 2002). Как упоминалось выше (см. гл. 1.4), водные экстракты чаги оказывают также антимитотическое действие на опухолевые клетки рака шейки матки человека (*Hela S₃*) в фазах М, G₁, G₂ и в то же время увеличивают каталазную активность, что не наблюдается в отношении клеток прокариотов *Nocardia* (A. Jarosz, 1990). Чага ингибировала в системе *in vitro* рост опухолевых клеток, уменьшала количество клеточного протеина и митотический индекс. Кроме того обнаружено, что экстракт чаги нарушал метаболизм в опухолевых клетках, вследствие снижения активности ферментов (LDH, HBDH, MDH, GGT) и повышения активности каталазы (J. Rzymowska, 1998). Экстракты чаги нарушали митозы посредством увеличения числа митотических клеток в мета-фазе. Они влияли не только на митозы, но и на 8/G фазу клеточного цикла (J. Burczyk et al., 1996).

Все это свидетельствует о многостороннем полифункциональном механизме действия чаги на организм и на опухолевый процесс.

К сожалению, как подчёркивают многие исследователи, препараты чаги применяют только в конечной стадии заболевания, когда реактивность организма значительно снижена и эффективность чаги, не может проявиться в полной мере. Применяв чагу в ранний период развития патологии, можно ожидать большего эффекта. Важен также систематический, длительный приём препаратов чаги. Преждевременные перерывы в приёме чаги снижают эффективность лечения.

5.8. ПЕРСПЕКТИВЫ ПРИМЕНЕНИЯ ЧАГОВИТА И ЧАГАЛЮКСА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Проф. В.Ф. Корсун с соавт. успешно применял *Чаговит* для комплексного лечения и реабилитации больных раком желудочно-кишечного тракта.

По данным опроса пациентов амбулаторно, принимающих *Чаговит* с 2003 г., он зарекомендовал себя как надежное «средство сопровождения» при лечении онкологических больных. *Чаговит* способствует нормализации показателей крови в короткие сроки после радио-, химиотерапии и обеспечивает проведение курсов лечения в запланированное время. Препарат регулирует физиологические функции центральной и периферической нервной системы, желудочно-кишечного тракта, сердечной мышцы, кроветворения. Обладает противовоспалительным и болеутоляющим действием, иммуномодулирующими, антитоксическими и антиоксидантными свойствами. Улучшает самочувствие и снимает боли, повышает работоспособность качество жизни неоперабельных больных раком IV стадии, увеличивает продолжительность их жизни.

Есть все основания предполагать, что новый препарат чаги *Чагалюкс* займет достойное место в комплексной терапии рака как эффективное средство регуляции физиологических функций организма пациентов.

Необходимы дополнительные экспериментально-клинические испытания для включения препаратов чаги в схемы комбинированного лечения больных с целью повышения эффективности терапии, разработки и оптимизации доз, режимов и длительности применения препаратов чаги с учетом индивидуальных особенностей пациента.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Краткий анализ данных литературы показывает, что чага является одним из наиболее интересных отечественных источников БАВ. По характеру физиологического действия чагу относят к биогенным стимуляторам. Специфическое действие чаги на ферментные и кроветворные системы выражается в снятии токсикозов, восстановлении реактивности организма, нормализации каталазного и протеазного обмена веществ. Экспериментальные и клинические исследования показывают перспективность и актуальность применения препаратов чаги при гастритах, язвенной болезни желудка и 12-ти перстной кишки, полипах желудка и кишечника, а также при онкологических заболеваниях. Препараты чаги у больных IV стадией рака оказывают главным образом симптоматическое действие, устраняют или ослабляют болевой синдром, повышают защитные силы организма, работоспособность, увеличивает продолжительность жизни и улучшает ее качество. Она не обладает специфическим противоопухолевым и цитотоксическим действием, но в то же время при длительном применении, даже у больных раком IV стадии, независимо от локализации опухоли, улучшала общее состояние, повышала качество жизни, способствовала нормализации физиологических функций организма, нарушенных патологическим процессом, за исключением крайне истощённых больных. Фармакологическое действие чаги осуществляется, предположительно, через центральную и периферическую нервную систему за счёт суммарного комплекса БАВ, и в первую очередь, присутствия в ней полифенольного хромогенного комплекса – меланина, флавоноидов, фитолектинов.

Очевидно, обладая полупроводниковыми свойствами, способностью легко окисляться и восстанавливаться, сигнальной активностью узнавания мишеней, БАВ чаги модулируют клеточный метаболизм на уровне центральной и периферической нервной системы, а через них вызывают коррекцию процессов биорегуляции защитных систем и резервов организма. Чага и препараты на ее основе (*Чаговит*, *Чагалюкс*) разрешены для применения в качестве общеукрепляющих средств лечебного и профилактического назначения широкого профиля. Они не могут быть альтернативой специфических лекарственных средств (противоопухолевых, сердечно-сосудистых, противо-язвенных, антидиабетических и прочих). Препараты чаги можно рассматривать как важные составляющие компоненты профилактики и лечения с целью регуляции скорейшего восстановления защитных сил и оздоровления организма до, в процессе, или после тяжёлых заболеваний.

Подтверждением тому является характеристика чаги по данным Большой Медицинской Энциклопедии лекарственных средств (2002): «**ЧАГА** – средство растительного происхождения, содержит водорастворимые хромогенные производные фенольных альдегидов, полифенолов, оксифенолкарбоновые кислоты

и их хиноны, гуминоподобную чаговую кислоту (до 60%), стероиды, птериновые соединения, тритерпеновые кислоты, полисахариды (68%), органические кислоты (в т.ч. щавелевая до 4,5%), лигнин, клетчатку, смолы, соли кремния, железа, алюминия, кальция, магния, натрия, цинка, меди, калия, марганца

Фармакологическое действие: оказывает противовоспалительное действие, улучшает состояние больных, устраняет расстройства глотания, уменьшает осиплость голоса, снижает потоотделение. Повышает защитные реакции организма. Активирует обмен веществ в мозговой ткани и повышает биоэлектрическую активность коры головного мозга. Купирует болевой синдром и диспептические явления, нормализует функции кишечника, оказывает общетонизирующее действие, регулирует метаболические процессы, способствует повышению резистентности организма. Отвар из внутренней части гриба оказывает некоторое гипогликемическое действие (в разведении 1:5 максимальное снижение уровня гликемии составляет 15,8–29,9%). Отвар из коры гриба этим свойством не обладает.

Показания: пародонтоз, хронический гастрит, язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, дискинезия по гипокинетическому типу желчевыводящих путей и кишечника, колит (симптоматическая терапия), злокачественные новообразования различной локализации (симптоматическая терапия).

Противопоказания: гиперчувствительность.

Побочное действие: аллергические реакции, диспептические явления (при длительном применении).

Рекомендуется применять внутрь по 200 мл настоя 1–3 раза в день за 30 минут до еды. Курс 3–5 месяцев с перерывом 7–10 дней.»

Препараты чаги нового поколения *Чаговит* и *Чагалюкс* разработаны в ГУ РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН перспективны для профилактики и лечения онкологических, предопухолевых и хронических заболеваний, в том числе сахарного диабета II типа. Включение в *Чагалюкс* плодов шиповника (содержащего природные витамины, каротиноиды, флавоноиды, микроэлементы), усиливает терапевтическую и профилактическую эффективность препарата.

Чаговит и *Чагалюкс* могут использоваться различными категориями и возрастными группами населения. Здоровыми — для снижения риска заболеваний, больными лицами — в качестве вспомогательного средства для повышения эффективности и снижения токсичности специфического лечения, компенсации и оптимизации нарушенных физиологических функций, улучшения качества жизни.

Способ применения: *Чаговит* и *Чагалюкс* применяют внутрь по 1-2 капсуле 2-3 раза в день. Курс приема 1-2 месяца.

Рекомендуются повторные курсы 3-4 раза в год.

В лечебных целях на фоне традиционной фармакотерапии суточную дозу БАД можно увеличивать по согласованию с лечащим врачом.

Противопоказания: индивидуальная непереносимость отдельных компонентов.

Рекомендации: во время приема *Чагалюкса* и *Чаговита* желательно соблюдать молочно-растительную диету, ограничить мясо, исключить копчености, консервы, пряности.

Хранить в сухом, защищенном от света месте при комнатной температуре.

КРАТКИЙ СЛОВАРЬ ТЕРМИНОВ

Анамнез (от греч. *Anamnesis* – припоминание) – сведения, полученные от больного, история развития болезни.

Анастомоз (от греч. *anastomosis* – отверстие, выход) – соединение сосудов, нервов, разветвлений и искусственное соединение между трубчатыми костями, мышцами, кровеносными сосудами или лимфатическими.

Абстиненция (от лат. *Abstinentia* – воздержание) – полное воздержание от употребления наркотиков, курения; особое физическое и психическое состояние, возникающее у наркоманов, алкоголиков при внезапном и полном воздержании.

Асфиксия (от греч. «*a*» – не, без + *sphyxis* – пульс) – состояние удушья.

Ателектаз (от греч. *ateles* – неполный, и *ektasis* растяжение) – спадение легочной ткани, сопровождающееся её безвоздушностью. Неполное расширение легочных альвеол.

Ахилия (от греч. «*a*» – отрицание + *chylos* – сок) – отсутствие соляной кислоты и фермента пепсина в желудочном соке.

Гастрит (от греч. *gaster, gastris* – желудок) – воспалительное заболевание слизистой оболочки желудка.

Гастродуоденит (от греч. *gaster* – желудок + лат. *duodenale*) – воспаление двенадцатиперстной кишки и желудка.

Гастроэнтерит (от греч. *gaster* – желудок + греч. *enteron* – кишка) – воспалительное заболевание желудка и тонкого кишечника.

Гастроэнтероколит (от греч. *colon* – толстая кишка) – одновременное воспалительное заболевание всего желудочно-кишечного тракта.

Гидроторакс (от греч. *thorax* – грудь) – скопление выпота (транссудата) в плевральной полости при различных заболеваниях. Проявляется одышкой, ослаблением дыхания. Грудная водянка.

Дискинезия (от греч. *dys*, лат. *dis* – не, нарушение, расстройство, *kynesis* – движение) – нарушение двигательной активности (желчных протоков и пр.).

Дисфагия (от лат. *dis* – не + греч. *phagen* – есть, глотать) – расстройство акта глотания, продвижения пищи.

Конвергенция (от лат. *convergere* сходитьсь, приближаться) – схождение признаков в процессе эволюции.

Лапаротомия (от греч. *laparo* – брюшная полость + греч. *tome* – разрез, рассечение) – хирургическое вскрытие живота, брюшной полости.

- Лентикюлярные железы** (от лат. *lenticula* – маленькая чечевица) – чечевицеобразный.
- Мастодиния** (от лат. *mastodynia*) – невралгия грудной железы.
- Мезентеральные железы** (от лат. *mesentericum, mesenterialis* – брыжеечный) – брыжеечные железы.
- Парабиоз** (от греч. *para* – возле, у; *biotik* – жизненный) – временная утрата способности нерва создавать и проводить импульсы возбуждения.
- Парез** (от греч. *paresis* – ослабление) – неполный паралич, ослабление функций какого-либо органа, слабость мышц.
- Перитонит** (от греч. *peritonoin* – брюшной) – воспаление брюшины.
- Перипортальные железы** (от греч. *peri* – вокруг, около + *portal* – воротная вена) – железы околоротные.
- Петехия** (от итал. *petecchia* – пятна, сыпь) – мельчайшие кровоизлияния на коже, слизистых оболочках, вследствие повреждения стенки капилляров или тромбоцитопении.
- Провизорная** (от лат. *provisorius*) – предварительный, временный.
- Псориаз** (от греч. *psoriasis* – зуд, чесотка) – чешуйчатый лишай.
- Стеноз** (от греч. *stenosis* – сужение) – сужение трубчатого органа, наружного отверстия, аорты.
- Тактильная** (от лат. *tactilis* – осязательный) – ощущение прикосновения, осязания.
- Тенезм** (от греч. *teinesmos*, лат. *tenesmus* – напрягаю, позыв на стул) – болезненные ложные позывы к дефекации или мочеиспусканию, обусловленные тоническим сокращением мышц.
- Тургор** (от лат. *turgor, turgeo* – быть наполненным, набухшим) – напряженность и эластичность ткани (в частности, кожи), изменяющаяся в зависимости от её физиологического состояния.
- Фиброзный** (лат. *fibra* – волокно) – разрастание волокнистой соединительной ткани, соединительно-тканная оболочка, капсула.
- Экссудат** (от лат. *exsudo* – выделять жидкость) – выпотевание жидкости при воспалении из кровеносных сосудов в ткани и в плевральную полость.
- Эпигастральные** (от греч. *epi* – на, над *gastris* – желудок) – над желудком, надчревьё.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. *Айнабекова Б.А.* Клиническая геронтология. 2001, т. 7, № 3–4, с. 59-60.
2. *Бабицкая В.Г., Щерба В.В.* Прикладная биохимия и микробиология. 2002, т. 38, № 3, с. 286-291.
3. *Бабицкая В.Г., Щерба В.В.* Прикладная биохимия и микробиология, 2000, 36(4), с. 439-444.
4. *Березина М.П., Булатов П.К.* Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. АН СССР. М.-Л., 1961, с. 160-165.
5. *Березина М.П., Булатов П.К.* Чага и её лечебное применение. Медгиз, 1959, с. 160-187.
6. *Березина М.П., Булатов П.К., Вандышева Ф.Я.* Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 119-126.
7. *Березина М.П., Васильева В.К., Грязнова Е.И.* Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 105-113.
8. *Березина М.П., Ерёменко М.В., Гусева Е.А. и др.* Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. АН СССР. М.-Л., 1961, с. 166-189.
9. *Березина М.П., Еременко М.В., Мартынова Е.Я.* Продукты биосинтеза высших грибов и их использование. М.-Л.: Наука, 1966, с. 78-88.
10. *Бриттон Г.* Биохимия природных пигментов. М.: Мир, 1986.
11. *Булатов П.К.* Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 261-270.
12. *Булатов П.К., Березина М.П., Еременко М.В., Бутц А.Н.* Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. АН СССР. М.-Л., 1961, с. 236-246.
13. *Булатов П.К., Мартынова Е.Я.* Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. АН СССР. М.-Л., 1961, с. 247-257.
14. *Гаврилов А.С., Щёголев А.А., Гусельникова Е.В.* Хим. фарм. журнал. 2003, 37(2), с. 43-46.
15. *Гапаненко Е.В.* Медико-биологическая оценка нового продукта питания на основе березового гриба чаги. Диссертация к.м.н. Пермь, 1995.
16. *Грибель Н.В.* В сб. Актуальные проблемы фармакологии и поиска новых лекарственных препаратов. Томск, 1990, т. 4, с. 166-167.
17. *Гроздов Т.М.* Сборник научно-практических работ врачей Тамбовской области. Тамбов: Тамбов. кн. изд., 1959, вып. 2, с. 132-138.

18. *Давыдов М.И., Аксель Е.М.* Вестник РОНЦ им. Н.Н. Блохина РАМН. 2007, № 2 (прил. 1), т. 18, с. 52.
19. *Даркшевич Ю.Н.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 318-325.
20. *Досычев Е.А., Быстрова В.Н.* Вестник дерматологии и венерологии. 1973, № 5, с. 79-83.
21. *Еременко М.В.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 195-236
22. *Еременко М.В.* Продукты биосинтеза высших грибов и их использование. М.-Л.: Наука, 1966, с. 62-66.
23. *Еременко М.В.* Высшие грибы и их физиологически активные соединения. Л.: Наука, 1973, с. 54-59.
24. *Ерусалимский А.Л.* Врачебное дело. 1962, № 6, с. 144-145.
25. *Журавлева Т.Б., Спалва Е.А.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 132-140.
26. *Иванова З.В.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 239-245.
27. *Кабацкая Г.И.* с соавт. (в печати). 2008.
28. *Ковалева Н.Т.* Высшие грибы и их физиологически активные соединения. Л.: Наука, 1973, с. 60-70.
29. *Комяков И.П.* Вопросы онкологии. 1967, 13(2), с. 112.
30. *Коровин М.Ф.* Вопросы научно-практической оториноларингологии. Матер. 3 Карагандинской областной конф. отоларингологов. Караганда, 1972, с. 143-144.
31. *Корсун В.Ф.* с соавт. Фитолектины. Руководство по клинической фитотерапии. М.: Практ.мед., 2007, с. 172-175, 200-204.
32. *Кроткина Н.А.* Чага и ее применение при лечении рака IV стадии. Медгиз, 1959, с. 114-118.
33. *Кукулянская Т.А., Курченко Н.В., Курченко В.П., Бабицкая В.Г.* Прикладная биохимия и микробиология. 2002, 38(1), с. 68-72.
34. *Лазовская А.В.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 96-104.
35. *Лахтин В.М., Корсун В.Ф., Лахтин М.В., Корсун Е.В.* Практическая фитотерапия. 2004, № 3, с. 9-16
36. *Левшин В.Ф.* с соавторами. Российский биотерапевтический журнал. 2005, № 1, т. 4, с. 13.
37. *Лушников Е.Ф., Абросимов А.Ю.* Гибель клетки (Апоптоз). М.: Медицина, 2001.
38. *Мартынова Е.Я.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 271-305.

39. *Мартынова Е.Я.* Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений АН СССР. М.-Л., 1961, с. 225-235.
40. *Мартынова Е.Я.* Продукты биосинтеза высших грибов и их использование. М.-Л.: Наука, 1966, с. 89-99.
41. *Мартынова Е.Я.* Высшие грибы и их физиологически активные соединения. Л.: Наука, 1973, с. 83-94, 108-115.
42. *Маттисон Н.Л., Якимов П.А.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 246-260.
43. *Мельников А.В.* Клиника предопухолевых заболеваний желудка. Л., 1954.
44. *Овчинникова И.И.* Чага и ее лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 306-309.
45. *Пашинский В.Г., Грибель Н.В., Поветьева Т.Н. и др.* Сибирский журнал Гастроэнтерологии и гепатологии, 1996, т. 1 № 32, с. 80-81.
46. *Петропавловская И.М.* Продукты биосинтеза высших грибов и их использование. М.-Л.: Наука, 1966, с. 100-108.
47. *Петряевская Н.В., Спалва Е.А.* Продукты биосинтеза высших грибов и их использование. М.-Л.: Наука, 1966, с. 69-71.
48. *Попов А.И., Шпанько Д.Н.* Фармация на современном этапе. Проблемы и достижения. Научные труды. М., 2000, 39(2), с. 251-253.
49. *Попов Л.В.* Лекарственные сырьевые ресурсы Иркутской области. Научные труды. Иркутск, 1971, вып. 6, с. 31-40.
50. *Пясковский С., Рихтер С.* Комплексное изучение биологически активных веществ низших растений. АН СССР, М.-Л., 1961, с. 258-263.
51. *Расина Л.Н.* Радиационная биологическая радиоэкология. 2002, 42(4), с. 399-403.
52. *Романова Г.* Целительная чага. Лечение рака, язвы и других заболеваний. С.-Пб., 2001.
53. *Романова Л.Н.* Высшие грибы и их физиологически активные соединения. Л.: Наука, 1973, с. 70-76, 104-108.
54. *Рудаков В.Ф.* Высшие грибы и их физиологически активные соединения. Л.: Наука, 1973, с. 49-54.
55. *Рыжова Г.Л., Кравцова С.С., Матасова С.А. и др.* Хим. фарм. журнал, 1997, 31(10), с. 44-47
56. *Рычагов Г.П., Федотов А.А.* Сов. медицина. 1973, 12, с. 81-84.
57. *Суханов В.И.* Сборник трудов врачей ЮУЖД. Южн. урал. книга изд., 1970, вып. 3, с. 188-189.
58. *Сушинская Н.В., Кукулянская Т.А., Гавриленко Н.В. и др.* Успехи мед. микологии. Матер. 2 всерос. конгр. по мед. микологии. 2004, 3(5), с. 192-194.

59. Углова В.М. Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 310-312.
60. Угрюмова Р.П. Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 237-238.
61. Фомина А.С., Романова Л.Н. Продукты биосинтеза грибов и их использование. М.-Л.: Наука, 1966, с. 108-120.
62. Хубулова А.Е., Джиоев Ф.К., Сергеев А.В., Шашкина М.Я. Российский биотерапевтический журнал. 2008, № 1, с. 10.
63. Шварц С., Гельбих А., Ольшевский З. Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. АН СССР. М.-Л., 1961, с. 266-267.
64. Шиврина А.Н., Ловягина Е.В., Платонова Е.Г. Биохимия. 1959, 24(1), с. 67-72.
65. Шнайд Я. Комплексное изучение физиологически активных веществ низших растений. АН СССР. М.-Л., 1961, с. 264-265.
66. Якимов П.А., Низковская О.П., Милова Н.М. Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 90-95.
67. Яцкевич В.В. Чага и её лечебное применение при раке IV стадии. Медгиз, 1959, с. 313-317
68. Burczyk J., Gawron A., Slotwinska M. et al. Boll chim. Farm, 1996, 135(5), pp. 306-309.
69. Jarosz A., Skorska M., Rzymowska J. et al. Acta Biochim Pol. 1990, 31(1), pp.149-151.
70. Mouria Michelle, Gukovskaya A.S., Jung Yoon et al. Int. J. Cancer 2002, vol. 98, № 5, pp. 761-769.
71. Rzymowska J. Boll Chim Farm, 1998, 137(1), pp. 13-15.
72. Zjawiony J.K., Nat J. Prod., 2004, 62(2), pp. 300-310.