

СОДЕРЖАНИЕ

Предисловие	4
Список сокращений	11
ЛЕКЦИЯ 1. Фитотерапия в системе современных медицинских знаний. Фитотерапия и фармакология	12
ЛЕКЦИЯ 2. Фитотерапия и классическая фармакология	41
ЛЕКЦИЯ 3. Фитотерапия как базис возникновения и развития современной фармакологии	68
ЛЕКЦИЯ 4. Лекарственные растения для лечения больных инфекционными, воспалительными заболеваниями	97
ЛЕКЦИЯ 5. Продолжение рассмотрения лекарственных растений с наиболее выраженными противовоспалительными свойствами	119
ЛЕКЦИЯ 6. Результативность фитотерапии	151
Основная литература	177
Алфавитный указатель русских названий родов растений	182
Алфавитный указатель латинских названий родов растений	183

Лекция 3

ФИТОТЕРАПИЯ КАК БАЗИС ВОЗНИКНОВЕНИЯ И РАЗВИТИЯ СОВРЕМЕННОЙ ФАРМАКОЛОГИИ

План-конспект лекции

Группа аналептиков — «оживляющих средств». Различия в применении растения и выделенного из него вещества на примере чилибухи (стрихнина) и мордовника (эхинопсина). Трагические последствия неправильного применения кордиамина. Сходство кофеина, теофиллина, теобромина.

Кокаин — родоначальник группы местных анестетиков.

Фитонциды. Человек разумный — часть биоценоза Земли, в котором защита одних видов другими носит всеобщий, планетарный характер. Токсичный трихопол и протистоцидные свойства ядовитых лекарственных растений. Антигельминтные средства.

Выделение Сент-Дьерди растительных вазопротекторов — цитринов, флавоноидов, витаминов Р. Непрямые адреномиметические свойства некоторых флавоноидов и фенолкарбоновых кислот, их структурное сходство с катехоламинами. Открытие академиком Л. А. Орбели адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы. Растения как естественные стражи, регуляторы этой функции. Преимущество пищевых, лекарственных растений в сравнении с неприменяемыми ангиопротекторами рутином и кверцетином. Широкая, фоновая представленность ангиопротективных свойств у лекарственных растений.

Дикумарин из донника белого — родоначальник группы непрямого антикоагулянтов. Антикоагулянтные и другие свойства волчегодника смертельного. Фотосенсибилизирующие свойства фурукумаринов.

Нестероидные противовоспалительные средства. Салициловая кислота — это ивовая кислота. Осложнения при лечении аспирином и другими нестероидными противовоспалительными средствами. Деструктивное, повреждающее, альтеративное действие нестероидных противовоспалительных средств. Антидеструктивное, антидистрофическое, противоальтеративное действие растений. Лечебные свойства препаратов из коры и листьев видов ивы как антитеза свойствам аспирина. Фитопрепараты действуют на все три стадии воспаления: альтерацию, экссудацию, пролиферацию.

Однако вернемся к кардиотоникам. Положительное инотропное действие оказывают не только сердечные гликозиды, но и камфора, кофеин, теofilлин, стрихнин, андромедотоксин, тауремизин. Аналептики, оживляющие средства — какое обнадеживающее название группы лекарственных препаратов, оказывающих не только и не столько кардиотоническое действие по симпатомиметическому типу с увеличением потребности миокарда в кислороде, сколько возбуждающее ЦНС действие на разных ее уровнях! Не пытайтесь дублировать курс фармакологии, подвергну критике целесообразность существования этой группы. Стрихнин из чилибухи, рвотного ореха как-то больше ассоциируется с понятием «яд». Его применение при параличах, быстрой утомляемости, нарушениях зрительного аппарата (амблиопия, амавроз), в прошлом — при импотенции, отсутствии эрекции, отравлении снотворными сейчас не имеет места. Список противопоказаний чрезвычайно широк. Несмотря на то что стрихнин в последние десятилетия явно доживал свой век, на смену ему пришел алкалоид из травы Секуринегии полукустарниковой — секуренин, который менее активен, но в 8–10 раз и менее токсичен. Появился и сразу же исчез из практики алкалоид из Мордовника обыкновенного — эхинопсин, который был чуть ли не в 100 раз менее токсичен, чем стрихнин. Спрашивается, во сколько же раз он был менее эффективен, если сомнительное лечебное действие этой группы препаратов явно сопряжено с токсическим? Подвергая критике терапевтическое применение ядовитых алкалоидов этой группы, усомнюсь в невозможности использования самих растений. Так, необходимо изучать влияние мордовника на трофику мозга при его деструктивных заболеваниях (рассеянный склероз), возможность использования в сложных поликомпонентных сборах. Чилибуху, рвотный орех (*Strychnos nux-vomica*), применяют сегодня в гомеопатии в следовых количествах при повышенной раздражимости, чувствительности к внешним раздражителям, склонности к спазмам и судорогам, при сонливости после еды, нарушениях сна после приема пищи, при геморрое и запорах с ложными позывами после приема пищи, болях в эпигастрии и диспептических явлениях через 1,5–2 ч после еды, при утренних поносах. Наиболее восприимчивый к чилибухе тип: современный (!) энергичный «деловой мужчина, ведущий беспорядочный образ жизни, злоупотребляющий алкоголем, кофе, возбудимый, ипохондричный». В. И. Варшавский (1989) считает, что в наши дни восприимчивым к терапевтическому действию чилибухи может быть и тип «деловой женщины». (Сколько точности в отработке показаний к применению и иронии в описании типа!)

На территории бывшего СССР произрастает до двух десятков видов мордовника: **Мордовник обыкновенный** *Echinops ritro*, семейство Сложноцветные, или Астровые, М. Гмелина, М. широколистный, М. шароголовый применяют в традиционных и народных медицинах по многочисленным показаниям: 1) при головных болях, нейропсихических заболеваниях, как тонизирующее при астении, при эпилепсии; 2) при бронхолегочных заболеваниях от банальных ОРВИ (чай из соцветий) до пневмоний, плевритов (в составе сборов), при ларингитах; 3) как противорвотное при гастроэнтерите, при раке пищевода, желудка; 4) в Китае — в качестве гемостатического средства, наружно — при заболеваниях кожи; 5) при заболеваниях гепатобилиарной системы: болезни Боткина, эхинококке печени, холециститах, холангитах; 6) при малярии и других лихорадках; 7) при остеомиелите, для заживления ран, а также в качестве диуретического, потогонного средства. Не правда ли, научно-европейской медицине еще следует проанализировать и ассимилировать правильное применение видов мордовника? Впрочем, на данном этапе ее недоразвития, особенно в России, делать она этого не собирается. В собственной практике применяем мордовник в составе сложных сборов для лечения больных, например, рассеянным склерозом (Турова А. Д., 1974) с холодными конечностями, гипотензией, астеничных, быстро устающих (синдром хронической, весенней усталости), с гипоэргией, депрессией, отчаявшихся в лечении. Мордовник сочетаем с солодкой, элеутерококком, аралией, заманихой, левзеей, лимонником, женьшенем, мумие, пантокрином, валерианой, татарником, лабазником, шикшей, пионом и многими другими растениями в зависимости от конкретной ситуации.

Продолжим рассмотрение группы аналептиков, которая, безусловно, начиналась с препаратов растительного происхождения. В блестящих «Очерках клинической фармакологии» Б. Е. Вотчал подверг жесточайшей критике камфору, называя ее средством, с которым врачу (не больному!) как-то легче. Камфору содержат многие лекарственные растения. Ее выделяет слизистая оболочка бронхов, отчего выдыхаемый больным воздух и палата, в которой он находится, приобретают своеобразный камфорный запах. Едва ли следует при этом рассчитывать именно на антимикробные свойства камфоры при наличии мощной антибиотической терапии. Но повышение секреции и отделения слизи бронхами, мобилизация иммунной защиты заслуживают самого пристального внимания. К этому способу мобилизации собственных защитных реакций организма при выделении компонентов эфирных масел растений бронхами мы еще вернемся. Время неумемного применения камфоры прошло. Едва ли сульфокамфокаин является лидирующим

лечебным средством при легочной и сердечной недостаточности, но пользу растений, содержащих камфору и многие другие компоненты эфирных масел (хвоя лиственницы, сосны, многие эфирномасличные растения, базилик камфорный, пряности), отрицать не приходится. Возможно, небольшие количества камфоры более адекватны как вариант не субстратной, а мобилизующей терапии в сравнении с чрезмерным инъекционным насыщением ею больных. Перечисленные и другие растения мы с успехом применяем в сложных сборах при бронхолегочных заболеваниях разной степени тяжести, при туберкулезе легких.

Не считая своей задачей приведение механизмов действия аналептиков и разбор синтетических представителей этой группы (бегрида, коразола), должен остановиться на иллюстрации не только бесполезности, но и вреда кордиамин, который малограмотные врачи и фармацевты до сих пор назначают в качестве кардиотонического средства, а не прямого аналептика. Фармацевты в аптеке, превышая свои полномочия, поскольку они не врачи, многим больным, жалующимся на боли в области сердца или вообще на сердце, рекомендуют и дают флакон кордиамин для приема в каплях. Кто так назвал это лекарство, равно как и кардиомагнил? Сердце — это сердце, кардио — это сердечный, но ни сомнительный антиагрегант кардиомагнил, ни кордиамин сердечными лекарствами не являются. Типична ситуация, в которой врач неотложной помощи больному с гипертоническим кризом по кардиальному варианту, с сердечной астмой вводит кордиамин. Поскольку боли не утихают или одышка и удушье возрастают, вызов повторяется. Повторяется и кордиамин, возбуждающий сосудодвигательный и дыхательный центры, повышающий артериальное давление, возбуждающий больного, обостряющий боль. Результаты такой «помощи» нередко бывают трагичны: инфаркт миокарда, отек легких, острое нарушение мозгового кровообращения. С такой типичной ситуацией мне многократно приходилось сталкиваться на скорой помощи. Радикальной мерой было бы изъятие бесполезного кордиамин, поскольку никаких показаний к его применению в ургентной терапии нет. Тот, кто укомплектовывал сумку врача неотложной помощи (начальство!), скорее всего, плохо изучал фармакологию. Сегодня аналептики не применяют даже при отравлении больного снотворным с суицидальной целью. Таким больным показаны интубация, управляемое дыхание, гемодиализ.

Особо следует остановиться на кофеине, а также на теofilлине, алкалоидах чая и кофе. Принято достаточно резко разъединять эти алкалоиды, пуриновые производные, по их свойствам. Кофеин — это

аналептик, а теofilлин и его производные — спазмолитические средства. Теобромин (алкалоид из зерен какао) ранее относили к диуретическим препаратам. Сегодняшние классификации в большей мере отражают наличие сходных свойств у всех приведенных алкалоидов, в частности, способности вызывать психомоторное возбуждение при блокаде аденозиновых рецепторов ЦНС, расширять бронхи, стимулировать желудочную секрецию за счет внутриклеточного накопления циклического аденозинмонофосфата в результате ингибирования фосфодиэстеразы, повышать диурез. Впрочем, перечисление этих общих свойств интересует нас только с точки зрения правильности назначения алкалоидов. Еще Б. Е. Вотчал писал об эффективности эуфиллина лишь при внутривенном его введении. Таблетки эуфиллина, что нам часто приходилось наблюдать, вызывают диспептические расстройства, свойственные гиперацидному состоянию, эрозивные гастриты, обострение язвенной болезни. Тем не менее их выпуск и применение при бронхиальной астме продолжают. Мне приходилось видеть и такую самостоятельность: эуфиллин со спиртом (для более быстрого растворения и всасывания) назначали даже детям с атопической формой бронхиальной астмы. Изжога, тошнота, рвота, боли в эпигастрии наступали быстро. Фитотерапевты, гомеопаты настаивают на учете реакции пациента на терапию, на медикаменты. Если это хоть в какой-то мере декларируется для кофеина (учет типа высшей нервной деятельности), то о сходстве теofilлина (эуфиллина) с кофеином врачи забывают (рис. 1). Мы хорошо знаем, как важно снять и предупредить страх, панику у больного с приступом удушья. Зачастую это ведет к предупреждению и снятию приступа, а эуфиллин может усугубить страх.

Б. Е. Вотчал писал, что еще в давние времена Американская медицинская ассоциация запретила применение эуфиллина при коронарной недостаточности вплоть до предъявления доказательств преимуществ его в сравнении с другими коронаролитиками. До сего дня этих доказательств нет. Повышение потребления кислорода миокардом, тахикардия, возбуждение больного характерны для действия эуфиллина.



Рис. 1. Структурное сходство алкалоидов кофе, чая, какао и аденина

Общезвестно, что чай, кофе временно повышают умственную работоспособность и физическую выносливость. Сегодня кофеин называют психомоторным стимулятором, но об улучшении кратковременной памяти принято говорить почему-то только по отношению к этимизолу. Группа классических адаптогенов имеет несомненные преимущества в сравнении с кофеином, поскольку за стимуляцию им приходится платить. Это находит отражение в теории увеличения числа аденозиновых рецепторов в ЦНС при постоянной стимуляции кофеином, в возрастании тормозного действия аденозина при резкой отмене кофеина.

Применение эуфиллина при динамических нарушениях мозгового кровообращения сегодня не поощряется из-за синдрома «обкрадывания». Мне приходилось с высоким эффектом, быстрой редукцией параличей и нарушения речи оказывать помощь таким больным внутривенным введением эуфиллина. Дважды такого же эффекта удалось добиться при внутривенном введении кофеина, поскольку эуфиллина не было. Здесь наблюдается некоторая аналогия с разумным применением новокаина при отсутствии новокаинамида. Появление инстенона, возможно, разрешит проблему применения всяческих «филинов» при инсультах и энцефалопатиях. Но, конечно же, у фитотерапевта такая «трехходовая комбинация» вызывает улыбку. Опирируя сотнями видов лекарственных растений, мы при строгом клиническом, доплерографическом, электроэнцефалографическом контроле добивались у больных с хронической недостаточностью мозгового кровообращения, даже перенесших инсульт, высокого лечебного эффекта.

Закljučая краткий обзор аналептиков и психомоторных стимуляторов, отмечу, что эти группы также начинались с веществ, выделенных из растений. Сродство пуриновых алкалоидов с аденозиновыми рецепторами обнаружено, но не находит вразумительного объяснения. Полезность содержащих их растений при некоторых видах мигрени, головных болей зачастую инстинктивно нащупывается самими больными. Этот анамнестический момент должен быть доведен врачом до каждого пациента. Если пациент никогда не догадывался прибегнуть к простым бытовым способам купирования атаки головных болей, то ему следует порекомендовать в первую очередь не кофеин и содержащие его таблетки (их применение целесообразно вне дома), а крепкий, сладкий, горячий чай, хуже — кофе (более агрессивный напиток). Об эффективности растворимого кофе мне слышать не приходилось от больных с цефалгиями. Из области лирических отступлений: рабочий, сгребавший лопатой просыпавшийся порошок кофеина, попал в больницу с инфарктом миокарда. Токсичность кофеина общеизвестна.

Кардиотоксическое, гипертензивное действие кофе, агрессивное поведение людей, им спровоцированное, вполне понятны. Токсичность крепкого турецкого кофе как будто бы снижает кардамон. Чтобы не спать, работать и в то же время не иметь тахикардии и болей в области сердца врачи скорой помощи при суточном дежурстве пьют между выездами чай, а не кофе. Мы как-то ввели мышам через зонд по 1 мл крепчайшего чая 1 : 5, предполагая его токсическое действие. Ни одна из 20 мышей не погибла! Все-таки есть разница между нами и мышами, а потому экспериментальные данные, да еще полученные неадекватными методами, не могут быть экстраполированы в клиническую практику. Это лишь намеки.

Великий русский ученый В. К. Анреп обнаружил у кокаина, алкалоида, выделенного из листьев южноамериканского растения *Erythroxylon coca*, местноанестезирующие свойства. Цитирую справочник М. Д. Машковского (1993): «Кокаин — первое природное соединение, у которого обнаружена местноанестезирующая активность, то есть способность понижать или полностью подавлять возбудимость чувствительных нервных окончаний и тормозить проведение возбуждения по нервным волокнам. В дальнейшем было получено большое количество синтетических веществ, обладающих аналогичной активностью».

Толчком для полета творческой мысли химиков-синтетиков и фармакологов было открытие местноанестезирующих свойств опять-таки у природного соединения. Мне приходилось изучать местноанестезирующую активность у производных изотиуриона. Кандидатская диссертация В. М. Виноградова, впоследствии зав. кафедрой фармакологии Военно-медицинской академии, посвящена местным анестетикам. Фармаколог П. Д. Мотовилов был одним из разработчиков лидокаина. Люди не знают их имен, они с нездоровым любопытством запоминают имена и клички главарей тамбовских и рязанских криминальных группировок. Сопоставимы ли честь одних и бесчестье других?

Но вернемся к анестетикам. Все тот же вопрос: зачем нужны растениям метаболиты, оказывающие такое влияние на чувствительность наших нервных окончаний? Отвечать на этот вопрос придется вам. Конечно же, королем местных анестетиков сегодня является новокаин. В ампулу единственного врача Ляменгской больницы мне пришлось сделать десятки сложных и сотни простых операций под местной инфильтративной и проводниковой анестезией, паранефральных, эпидуральных, паравертбральных блокад, блокад по Вишневскому, по Свежениновой и т. д. Как тут не вспомнить «Очерки гнойной хирургии» (Войно-Ясенецкий В. Ф. (Архиепископ Лука), 2017)! Только тот, кто держал в руках растворы новокаина различных концентраций

и знает их эффект, способен поклониться тем людям, которые сделали это и отработали методы местного обезболивания. Мне не приходилось применять лидокаин, равно как и противоаритмический препарат нексилетин, сходный с лидокаином по химическому строению. Все ли растительные анестетики хорошо изучены? В Китае и ближе, в Средней Азии, на юге России выращивают растение *Ziziphus sativa*, плоды которого обладают рядом лечебных и в меньшей мере пищевых достоинств. «Листья растения обладают стойким анестезирующим действием. Если разжевать 1–2 листа, то после этого ни сладкий вкус сахара, ни горький вкус хинина не ощущаются. Анестезирующее действие продолжается 5–10 минут» (Ибрагимов И. Ф., Ибрагимова В. С., 1960). Полагаю, что этот пример не единичен. В целом же добиваться именно анестезирующего эффекта в процессе фитотерапии мне не приходилось.

Тот факт, что мы живем под надежной защитой флоры (там, где она еще осталась), неоспорим. Формы жизни на Земле чрезвычайно многообразны: вирусы, микробы, дрожжи, плесневые грибки, простейшие, одноклеточные водоросли, неодноклеточные, невероятное количество семейств, родов наземных растений, насекомые, рыбы, позвоночные, населяющие сушу, и среди них — *Homo sapiens*, считающий себя венцом творения. Выделяя себя из биогеоциноза, человек забывает о нерасторжимости всего живого на Земле. Сложнейшие синерго-антагонистические взаимоотношения представителей всего живого не перестали быть обязательными и для человека. Способность летучих и нелетучих веществ, содержащихся в растениях, сочетаний этих веществ убивать патогенную флору — это явление более значимое, чем выделение из растений мускарина, ареколина, никотина, стрихнина, камфоры при всей важности познания механизмов действия растительных ядов. Если антибиотики (нелетучие вещества) изучают и преподают в институте достаточно интенсивно, то лекций о фармакологии фитонцидов не припоминается. Б. П. Токин в книге «Целебные яды растений» (1974) подвергает критике термин «антибиотики», означающий в буквальном переводе — против жизни. «Противожизненными веществами являются, например, серная кислота, цианистый калий, значит, и они антибиотики?»

Сложилось так, что лекарства, получаемые преимущественно из грибов и бактерий, называют антибиотиками, а когда речь заходит о высших растениях, то содержащиеся в них, в том числе и летучие вещества, действующие губительно на микроорганизмы, на простейших, на грибы, называют фитонцидами. Наличие в высших растениях антибиотиков не исключается. Фитонцидными свойствами обладают все растения, но, защищая себя, они защищают одновременно и нас. Количества

Лекция 6

РЕЗУЛЬТАТИВНОСТЬ ФИТОТЕРАПИИ

План-конспект лекции

Примеры переувлечения различными методами лечения. Доминирующая роль средовых факторов в росте заболеваемости. Смягчение социального прессинга, положительное влияние фитотерапии на психомоциональный статус пациента — одна из существенных задач. Синдром выгорания. Критика кардиАСК, кардиомагния.

Неожиданно высокая способность фитотерапии предупреждать сосудистые катастрофы при атеросклерозе брахицефальных артерий. Мобилизация собственной антиоксидантной защиты у больных цереброваскулярной болезнью. Примеры опосредованности действия лекарственных растений нашими собственными метаболитами. Еще А. С. Залманов считал, что нужно не «лечить холестерин», а сделать акцент на вазопротективной терапии.

Высокая эффективность фитотерапии в лечении больных не только цереброваскулярной, но и ишемической болезнью сердца: повышение физической выносливости, достоверное уменьшение количества приступов стенокардии, позитивные изменения липидограммы.

Ни один из методов лечения больных рассеянным склерозом не выдерживает сравнения с фитотерапией по эффективности. Критика иммунологических подходов к проблеме: интерфероны, иммуносупрессоры, моноклональные антитела. Результаты фитотерапии, конкретные клинические примеры. Рецептура, принципы составления сборов. Типичное «осложнение» фитотерапии больных рассеянным склерозом и другими заболеваниями — беременность, что успешно использовано при лечении женщин, страдающих бесплодием. Как пример эффективности фитотерапии при аутоиммунных заболеваниях — полное излечение больных неспецифическим язвенным колитом.

Подробный разбор демонстративного эффекта фитотерапии больных инфильтративным легочным туберкулезом с гепатотоксическими реакциями на туберкулостатические медикаменты. Растения-гепатопротекторы. Иммунокорректирующий, детоксикационный и прочие эффекты. Положительное влияние фитотерапии на купирование проявлений туберкулезного процесса.

Введение в фитотерапию едва ли осмысленно, если не обозначить мотивацию, причину, цель. Сколько приходилось встречать ярких фанатиков (тиффози) лечения растениями, не способных представить ни единого вразумительного доказательства ее полезности. Впрочем, это касается не только фитотерапии. Выше были представлены примеры переувлечения препаратами группы атропина, периферическими м-холинолитиками, затем ганглиоблокаторами, рефлекторными и прямыми аналептиками. Некоторое время нас убеждали в том, что с помощью энтеросорбентов можно вылечить больных чуть ли ни любыми заболеваниями. На полном серьезе лечили ими в клинике 1-го ЛМИ больных рассеянным склерозом, но, понятно, что не вылечили. Психиатры и до сих пор считают нейролептики аминазин, галоперидол лечебными средствами, а не теми, что, по определению талантливейшего фармаколога Николая Васильевича Лазарева, «делают буйного душевнобольного тихим душевнобольным». Вслед за алкалоидным бумом у фитохимиков наступил флавоноидный, с переоценкой не всегда выраженных у флавоноидов фармакологических свойств, не говоря уже о лечебных. Какими препаратами только ни лечили больных гипертонической болезнью: папаверином и другими миотропными спазмолитиками, дибазолом, папазолом, ганглиоблокаторами, диуретиками, препаратами резерпина, блокаторами ангиотензинпревращающего фермента, кальциевых каналов, рецепторами к ангиотензину II, транквилизаторами, антиагрегантами (аспирин, клопедогрел), диуретиками. Путь этот не закончен по той простой причине, что развитие гипертонической болезни обусловлено многочисленными средовыми факторами. Люди плохо, бедно живут, не могут прокормиться и прокормить, воспитать детей, они унижены, бесправны. Даже в мечтах не может быть и речи о справедливости, поскольку представители правоохранительных органов законов не соблюдают, совести лишены, доминирует «отпихнизм», взяточничество. Неслучайно определение: «хороший адвокат тот, у которого судьи берут». По телевидению при всем том, до чего оно сегодня докатилось (массовое растление), не прекращаются дискуссии о пользе и недостатках теперешнего образования, ЕГЭ, дистанционного обучения, а также образования высшего. Однако все мы понимаем, что это не недостатки, это крах.

Когда по голым душам свищет хлыст
обмана, унижений и растления,
то жизнь сама в себе имеет смысл:
бессмысленного, но сопротивления.

И. Губерман

Эту жизнь, это сопротивление мы должны поддерживать. Меня могут обвинить в эмоциональности. Сухари, сторонники безэмоционального осуществления лечения, технари от медицины не понимают, что пациенты ощущают, ценят сочувствие, пусть не демонстрируемое, но искреннее соучастие, соболезнование. Безэмоциональный (бездушный) врач — сегодня это называют синдромом выгорания. На уровне высокой науки обсуждают представленность синдрома выгорания у полицейских, прочих работников правоохранительных органов, чиновников, педагогов, врачей. Обсуждения обсуждениями, но вопрос: излечивается ли этот цинизм, этот синдром? Соучастие врача — это плюс ко всему элемент инстинктивной психотерапии, которая причесна и «братьям нашим меньшим». Это, конечно, мобилизация себя на достижение лечебного эффекта. Фитотерапевт должен понимать конкретные для каждого пациента сегодняшние реалии, и если он не в силах устранить их, то может хотя бы смягчить социальный прессинг мобилизацией волевых потенциалов пациента, с помощью растений «модуляторов настроения». Уже детальнейший сбор анамнеза положительно влияет на пациентов, поскольку с большинством из них никто не разговаривал, тем более подробно. Тибетская традиционная медицина: «прежде чем щупать больного, поговори с ним». Принято с иронией относиться к этим архаизмам, доминирует не анамнез, а анализы, но мои пациенты с горечью отмечают, что с ними не разговаривают. Личностные особенности пациента как бы и не нужны, поскольку на первый план выступают анализы, диагноз, электронный вариант приема больного, стандарт медикаментозного лечения.

Гипертоническая болезнь, ее сочетание с атеросклерозом артерий не случайно названы «убийцей № 1», приводящим к транзиторным ишемическим атакам (предынсультам), приступам стенокардии, болей (предынфаркты), гипертоническим кризам с разной симптоматикой, инвалидизации, сосудистой смертям. Не буду останавливаться на том, что присоединение фитотерапии приводит к повышению чувствительности к медикаментам (преодоление ареактивности), зачастую к снижению их дозировок, частоты приема, а порою и к их отмене. Так, в связи с высокой, вне конкуренции антиагрегантной активностью, особенно в сочетании с гирудотерапией (Барнаулов О. Д., 2018), отпадает необходимость в малоэффективных КардиАСК, ТромбоАСС, кардиомагниле, клопидогреле и их сочетанию. Зашоренность в отнесении их действия только к сердцу (см. названия), атероматозу коронарных, сердечных артерий поражает. Ведь и при ЦВБ назначают эти якобы сердечные лекарства. Корректирующее влияние фитотерапии на метаболизм, в частности липидный, упраздняет статины с их дороговизной

и побочными эффектами. Предельно значима неожиданная даже для нас способность фитотерапии предупреждать сосудистые катастрофы. В табл. 5 показана высокая результативность фитотерапии у больных тромбоокклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий в сравнении с терапией медикаментозной.

С удлинением сроков наблюдения показатели, приведенные в таблице, практически не изменились. Так, через 8 лет у 1 больного зарегистрирован повторный ишемический инсульт. Картина меняется по прекращении фитотерапии у 35 больных (наблюдение 0,5–4 года): 2 инсульта, 1 инфаркт миокарда, 5 случаев сердечно-сосудистой смерти, у 2 пациентов возобновились транзиторные ишемические атаки. Всего сердечно-сосудистые события наблюдали у 10 пациентов. На фоне медикаментозной терапии вскоре после ее отмены (0,5 г) сердечно-сосудистые события наблюдали у 20 из 35 больных, что достоверно больше, чем в группе отмененной фитотерапии, причем срок регистрации был коротким. Из этого следует простой вывод: больным с поражениями брахиоцефальных артерий следует практически постоянно осуществлять необременительную фитотерапию, то есть, как они сами это определяют, «пить травяной чай». Желательны периодические курсы гирудотерапии, дающей в сочетании с фитотерапией еще более выраженный антиагрегантный эффект. Такой образ жизни и лечение особенно настоятельно нужно рекомендовать больным, уже пережившим инсульт, инфаркт.

Таблица 5

Сравнительная оценка эффективности медикаментозного лечения и фитотерапии больных с тромбоокклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий по данным 5-летнего наблюдения ангионеврологического центра

Сосудистые катастрофы	Медикаментозная терапия		Фитотерапия	
	количество больных	%	количество больных	%
Инсульты	56	52,3	0*	–
Инфаркты миокарда	29	27,1	0*	–
Транзиторные ишемические атаки	19	11,8	4*	9,7
Нарушения мозгового и коронарного кровообращения в сумме	104	97,2	4*	9,7
Всего больных	107	100	41	100

* Различия с группой медикаментозной терапии достоверны при $p < 0,05-0,01$.

Существенно, что фитотерапия **мобилизует собственную антиоксидантную защиту** с повышением активности в крови супероксиддисмутазы, фермента быстрого реагирования. В эксперименте же зарегистрировано повышение активности супероксиддисмутазы в мозгу у крыс с перевязанными сонными артериями (модель инсульта). Мы не имели возможности просмотреть мобилизацию прочих метаболитов, оказывающих антиоксидантное действие. Мобилизация собственной антиоксидантной защиты гораздо важнее, чем введение в пациента высокоактивных антиоксидантов. В этом отношении у неврологов, ставящих на лечебный эффект синтетиков, отсутствует память об осложнениях терапии глюкокортикоидами. По механизму обратной связи введение антиоксиданта может снижать собственную антиоксидантную защиту, что вообще-то следовало бы проверить. Поэтому применение, например, мексидола должно ограничиваться лишь острым периодом с последующей заменой его фитотерапией. Впрочем, лечебное действие синтетических антиоксидантов незначительно, чтобы существенно влиять на течение, например, рассеянного склероза. Понятно, что мобилизация собственной антиоксидантной защиты, снижение перекисного окисления липидов клеточной мембраны более значимы и являются одним из механизмов цитопротективного, антидеструктивного действия лекарственных растений. В стремлении снизить уровень «окислительного стресса», перекисного окисления липидов клеточных мембран кардиологи, неврологи, отвергая фитотерапию с ее многонаправленными эффектами, переувлеклись синтетическими антиоксидантами. Надеюсь, со временем мы переживем этот антиоксидантный бум. Снижение уровня в крови продуктов перекисного окисления липидов (диеновых конъюгатов, малонового альдегида) на фоне фитотерапии наблюдали как при ЦВБ, так и при легочном туберкулезе (см. ниже). Это свидетельствует об **универсальности защитного действия фитотерапии** вне зависимости от патологии.

Примеры опосредования лечебного эффекта фитотерапии нашими собственными метаболитами имеются, но не учитываются в стратегии поиска эффективных методов лечения. Так, положительное гонотропное действие корня Родиолы розовой (Золотого корня) реализуется **мобилизацией продукции тестостерона** (Саратиков А. С., 1974). В эксперименте противодиабетическое действие лекарственных растений опосредовано **повышением продукции инсулина** у крыс с аллоксан-индуцированным диабетом, что предполагает восстановление островкового аппарата поджелудочной железы (Барнаулов О. Д., 1988). Рассчитывать на это у больных сахарным диабетом 1-го типа едва ли приходится, разве что в начале заболевания. Однако при сахарном

диабете 2-го типа фитотерапия мобилизует инсулинпродуцирующую функцию поджелудочной железы. Попытка продолжить инсулинотерапию больных сахарным диабетом 2-го типа на фоне фитотерапии порой приводила к гипогликемии, требовалось снизить дозы инсулина. Меня всегда поражало игнорирование диабетологами того факта, что сахарный диабет 2-го типа — это в основном рецепторный диабет, не связанный с падением продукции инсулина, хотя и бывают нечастые варианты. Общеизвестно, что ЛФК, усиленные физические нагрузки способствуют увеличению количества инсулинорецепторов, повышению чувствительности к инсулину. Это работает даже при сахарном диабете 1-го типа, приводя к уменьшению доз инсулина. Логично ожидать такого же эффекта от фитотерапии, что, впрочем, нуждается в подтверждениях. Несомненно, **фитотерапия предупреждает проявления диабетических ангио-, нейропатий.**

Повышение на фоне фитотерапии содержания в крови липопротеинов высокой плотности с их противоатерогенным действием также является примером **опосредованного нашими метаболитами лечебного эффекта.** У пациентов с ЦВБ зарегистрировано достоверное повышение уровня липопротеинов высокой плотности с 1,46 до 1,75 ммоль/л. У больных ИБС наблюдали тот же эффект фитотерапии (см. ниже). Для того чтобы пациенты применяли не очень-то дешевые статины, которые врачам велено систематически назначать («золотой медицинский стандарт»), занизили нормы показателей холестерина: общего холестерина с 6,2 до 5,2 ммоль/л, коэффициента атерогенности (обещающий показатель) с 4,0 до 3,0 ед. Однако талантливый врач А. С. Залманов давно предупредил нас, что не следует «лечить холестерин», что **атероматозная бляшка выполняет защитную, адаптивную функцию** в отношении нарушения морфологической целостности артерии, а следовательно, это нарушение и является мишенью. Вазопротективные свойства присущи более чем 80 % нетоксичных лекарственных растений (Барнаулов О. Д., 1988, 2010, 2018; Барнаулова С. О., 2004). Не в этом ли кроется, среди прочего, беспрецедентно высокая эффективность фитотерапии? Я неоднократно публикую эти результаты, принципы составления поликомпонентных сборов, рецептуру, конкретные примеры, репрезентативные выборки. Реакция отсутствует. Остается уповать, что хотя бы в обозримом будущем эти наработки будут восприняты коллегами-фитотерапевтами, а возможно, и пациентами. Прецеденты успешного применения изложенных мною методов, сборов разумными людьми известны.

Но, может быть, эффективность фитотерапии проявляется только при нарушениях мозгового кровообращения, хотя в табл. 5 учтены

и инфаркты миокарда. Представляю результаты фитотерапии 90 больных ИБС (Барнаулова С. О., 2004). Частота приступов стенокардии в неделю после курса фитотерапии достоверно снижалась у больных с 1-м классом ИБС с 5,4 до 2,3, со 2-м — с 18,4 до 6,7, с 3-м — с 23,5 до 15,8. Особо отмечено, что у 4 тяжелых больных с 3-м классом ИБС частота приступов снизилась с $82,3 \pm 4,5$ до $50,8 \pm 8,2$ ($p < 0,05$). Понятно, что это еще далеко не полное излечение (если оно возможно), но все-таки некоторое облегчение, диктующее необходимость продолжения фитотерапии. При этом уровень реактивной тревожности у больных ИБС достоверно снижался с 44,4 до 40,6 балла (стресс-лимитирующая фитотерапия) (табл. 6).

Повышение физической выносливости без ишемических изменений ЭКГ наиболее демонстративно у больных ИБС 3-го и 2-го функционального класса, однако показатели не достигают уровня более выносливых больных 1-го функционального класса, что в какой-то мере можно объяснить недостаточной продолжительностью курсов фитотерапии. То же можно отметить относительно частоты приступов стенокардии. При медикаментозном лечении сроки также можно считать недостаточными для регистрации эффекта, но в те же сроки фитотерапия дает очевидные инициальные результаты. Отмечено достоверное улучшение по показателям самочувствия, активности, настроения. Но это все

Таблица 6

Мощность нагрузки и степень ишемических изменений на электрокардиограмме у пациентов при фитотерапии и медикаментозном лечении по данным велоэргометрии

Функциональные классы стенокардии	Мощность нагрузки, Вт		Смещение сегмента ST, мм	
	до лечения	после лечения	до лечения	после лечения
Группа фитотерапии				
1-й ф. к. (10)	142,2 ± 5,3	144,1 ± 3,1	1,7 ± 0,36	1,3 ± 0,32
2-й ф. к. (20)	86,8 ± 4,0	103,9 ± 3,4*	2,6 ± 0,33	1,4 ± 0,39*
3-й ф. к. (12)	75,0 ± 2,7	91,7 ± 4,0*	2,0 ± 0,25	1,1 ± 0,15*
Группа медикаментозного лечения				
1-й ф. к. (7)	142,1 ± 4,7	143,2 ± 3,7	1,4 ± 0,46	1,4 ± 0,45
2-й ф. к. (15)	87,2 ± 3,7	91,9 ± 3,9	2,0 ± 0,32	1,9 ± 0,37
3-й ф. к. (8)	75,0 ± 2,3	75,0 ± 2,3	2,5 ± 0,25	2,4 ± 0,23

* Различия с показателями до лечения достоверны при $p < 0,05$.

Примечания: в скобках приведено количество больных. Фитотерапию и медикаментозное лечение осуществляли 2 мес.; ф. к. — функциональный класс.