

УДК 616.8
ББК 56.1
Б25

16+

Барнаулов О. Д.

Б25 Фитотерапия больных рассеянным склерозом, эпилепсией, сосудистыми и другими заболеваниями мозга / О. Д. Барнаулов. — СПб.: Эко-Вектор, 2018. — 336 с. — (Серия «Лекции по фитотерапии»).
ISBN 978-5-906648-52-5

Приведенные лекции посвящены изложению концептуальных, теоретических положений, обосновывающих рациональность широкого использования фитотерапевтических методов в повседневной неврологической практике. Фундаментальными посылками, предопределяющими высокую эффективность фитотерапии, являются представление о единстве биогеоценоза, неразрывных связях флоры и фауны планеты, разработанная гениальным русским фармакологом Н. В. Лазаревым теория состояния неспецифически повышенной сопротивляемости организма, достигаемого с помощью лекарственных растений. Даны экспериментальные подтверждения высоких, антидеструктивных, церебропротективных, вазопротективных, антиоксидантных, стресс-лимитирующих и прочих, значимых для клиники свойств лекарственных растений. Приведены методики лечения, списки и характеристики использованных растений, рецепты поликомпонентных сборов, принципы персонализированного их составления, конкретные клинические примеры результативности фитотерапии. Для всех нозологий арсенал лекарственных растений рассмотрен подробно. Основные материалы собраны на базе Института мозга человека им. Н. П. Бехтерева РАН.

Автор успешно работал и продолжает работать над такими проблемами, как

- рассеянный склероз;
- цереброваскулярная патология;
- дисциркуляторная энцефалопатия;
- тромбоокклюзирующие поражения брахиоцефальных артерий;
- ишемические инсульты (последствия, угроза повтора);
- эпилепсия;
- невроты.

Высокая эффективность фитотерапии верифицирована клинически, а также современными аппаратными, биохимическими, психометрическими, морфологическими методами исследований. Направление исследований в связи с их результативностью одобрено президиумом Санкт-Петербургского отделения Российской академии наук.

Учитывая распространенность атеросклероза артерий мозга, актуальность проблемы предупреждения сосудистых катастроф, в частности инсультов, необходимость поиска и внедрения эффективных методов лечения больных рассеянным склерозом, эпилепсией, автор надеется, что этот цикл лекций будет востребован врачами-неврологами, терапевтами, липидологами, студентами медицинских институтов, а в ряде случаев может представить интерес для больных, страдающих этими заболеваниями.

УДК 616.8
ББК 56.1

ISBN 978-5-906648-52-5

© Эко-Вектор, 2018
© Барнаулов О. Д., 2018

СОДЕРЖАНИЕ

Список сокращений	4
Предисловие. Страничка размышлений	5
Лекция 1. Очерки экспериментальной фитотерапии	14
Лекция 2. Некоторые принципы подбора и сочетания растений для лечения больных рассеянным склерозом	63
Лекция 3. Краткая характеристика некоторых лекарственных растений, использованных в сборах при лечении больных рассеянным склерозом	120
Лекция 4. Конкретные примеры и краткое обобщение результатов фитотерапии больных рассеянным склерозом	181
Лекция 5. Фитотерапия больных с цереброваскулярной патологией. Дисциркуляторная энцефалопатия 1–2-й стадий.....	232
Лекция 6. Фитотерапия при тромбоокклюзирующих поражениях брахиоцефальных артерий. Возможности фитотерапии больных эпилепсией.....	285
Основная литература	331

ЛЕКЦИЯ 1 ОЧЕРКИ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ФИТОТЕРАПИИ

План-конспект лекции

Подавление препаратами исследовательского поведения животных, адаптации к новизне, ориентировочного рефлекса «Что такое?» служит проявлением их церебротоксических свойств. Эти препараты (нейролептики, транквилизаторы, антиконвульсанты) в первую очередь подавляют более уязвимые — творческую, мыслительную, эмоциональную, сексуальную — сферы жизнедеятельности человека. Необходима фитотерапевтическая защита от церебротоксического действия медикаментов. Препараты неядовитых лекарственных растений в отличие от многих синтетических нейротропных средств не деформируют, не угнетают, а в ряде случаев оптимизируют адаптацию к новизне.

Простые галеновые препараты из растений, проявляя церебропротективные свойства, способствуют более быстрому восстановлению адаптивного ориентировочного рефлекса, нарушенного электро травмой, электрошоком, коразолом. Представители различных групп нейротропных средств, за исключением ноотропила, усугубляли нарушения ориентировочного рефлекса. При однократном или курсовом многодневном введении фитопрепаратов можно оценить психотонический, стимулирующий или адаптогенный компоненты их действия.

О путях введения лекарств: при внутрибрюшинном (в/б) введении отваров, настоев, экстрактов болевой перитонеальный синдром имитирует угнетающее действие на ЦНС. При изучении адаптогенных, церебропротективных свойств фитопрепаратов их следует вводить курсово, много-

дневно через зонд в желудок. «Суп из мозговой косточки вводити внутрибрюшинно строго воспрещается!»

Примеры высокоэффективных растительных церебропротекторов с надежными природными ресурсами, до сих пор не используемых в практике. Церебропротективные свойства проявляют 87 из 150 изученных видов (58 %), а следовательно, они достаточно широко представлены у растений. На модели защиты галеновыми фитопрепаратами от амнезии условного рефлекса пассивного избегания (УРПИ) подтверждается широкая представленность церебропротективных свойств у лекарственных растений. Природные соединения на этой модели неэффективны.

Фитопрепараты положительно влияют на выработку и осуществление условного рефлекса активного избегания в зависимости от «интеллекта» вида животных: более — у крыс, менее — у мышей.

Стресс-лимитирующие свойства выявлены у 64 % галеновых препаратов изученных видов растений на модели иммобилизационного стресса, т. е. достаточно широко у них представлены. Природные соединения в 2 раза, т. е. достоверно реже, проявляют эти свойства. Фитопрепараты продлевают стадию резистентности и отдалают стадию истощения стресса.

Иммунологические методы обнаруживают у галеновых форм высокие иммунокорректирующие свойства и подтверждают наличие стресс-лимитирующих свойств.

Галеновые препараты подавляющего большинства растений, а не природные соединения, проявляют наиболее выраженные антиоксидантные свойства, чрезвычайно значимые в реализации цитопротективного, противовоспалительного эффекта. Неэффективность танакана — препарата из гинкго двулопастного. Широкую представленность (83 %) вазопротективных свойств следует рассматривать как частное проявление и один из механизмов противовоспалительного, антидеструктивного действия.

Экспериментальные данные позволяют утверждать, что фитотерапия больных эпилепсией в традиционных и народных медицинах базируется не на отсутствующем у них антиконвульсантном, а на церебро-, вазо-, стресс-протективном, антигипоксантном, антиоксидантном, корректирующем метаболизм (в целом адаптогенном) действии. Частным проявлением коррекции метаболизма можно считать детоксикационный эффект фитотерапии, одним из механизмов которого являются широко представленные гепатопротективные свойства растений, способность сохранять функциональную состоятельность гепатобилиарной системы, в том числе ее детоксикационную функцию.

Изучение влияния на ВНД любых претендующих на внедрение препаратов, в том числе полученных из лекарственных растений, является обязательным требованием фармакологического комите-

та Минздрава. Одним из общепринятых с различными вариациями (масса монографий, статей), доступнейших и в то же время информативнейших методов является изучение влияния препарата на исследовательское поведение животного (крысы, еще проще мыши) в новой обстановке, в «открытом поле». Это исследовательское поведение, павловский рефлекс «Что такое?» имеет адаптивную сущность. Быстрое исследование нового пространства лежит в основе выживания данной особи и вида в целом. И по сию пору отсутствие пробежек и ориентировочных вставаний животного в «открытом поле», подавление исследовательского поведения после введения препарата считается свидетельством его высокого угнетающего действия на ЦНС, этаким аминазиноподобным, нейролептическим, по меньшей мере транквилизирующим эффектом. Такие препараты интенсивно ищут и изучают. Но отрешимся от фармакологического взгляда на мир и посмотрим на него оком клинициста, да и просто нормального человека. Кто из нас захочет, чтобы его исследовательское поведение, адаптация к новизне с последующей реакцией на нее были подавлены? Следовательно, нейролептики и транквилизаторы, препараты, угнетающие ЦНС, в данном случае отбираются по нейротоксическому, побочному, вредному для нас эффекту. Спекуляции относительно малых (лечебных) и больших (токсических, вызывающих побочные явления) доз оставим на совести тех неумных горе-специалистов, которые все еще продолжают тянуть эту уже истертую и не выдерживающую критики ляжку.

Научная медицина отбирала из лекарственных растений преимущественно ядовитые (раувольфия змеяная, судилищные калабарские бобы, кураге из видов рода *Strichnos*, опиный мак, наперстянка, лиана строфантус, белена, дурман, скополия, эфедра, йохимбиновое дерево, спорынья, хинное дерево, пальма *Areca catechu*, кактус лофофора...). Поскольку найденные таким образом препараты никак нельзя представить себе в качестве лекарств, излечивающих от нервных и психических болезней, эра начинавшихся с раувольфии змеиной (резерпин) нейролептиков и транквилизаторов потихоньку уходит в прошлое. Как много людей, начинавших с эпизодического приема феназепамы, седуксена, элениума, тазепамы в качестве антиневротических, противотревожных (анксиолитических), успокаивающих, легких снотворных средств, в последующем не могут уйти от постоянного, возрастающего в дозировках потребления бензодиазепинов, которые, как показывает практика (мне приходилось лечить таких больных), вызывают зависимость! Во вступительном цикле «Введение в фитотерапию» я цитировал прозорливейшего русского фармаколога Н. В. Лазарева: «Аминазином не лечат душевнобольного. Аминазином только делают буйного душевнобольного тихим душевнобольным».

При опросе пациентов, к сожалению, так часто приходится слышать о последствиях приема транквилизаторов: безразличие, подавленность, очень

трудно проснуться, все стало неинтересно, проблемы в семейной жизни, неудачи... **Подавляя адаптацию к новизне, т. е. комплекс поведенческих реакций, лежащих в основе выживания особи, препарат, угнетающий ЦНС, снижающий двигательный компонент ориентировочной реакции, еще быстрее, полнее и в меньших дозах подавляет творческую, мыслительную, эмоциональную, сексуальную сферы жизнедеятельности человека.** Эти сферы еще более уязвимы. Больных, принимающих нейролептики, узнаешь сразу по отрешенности, дезадаптации. Больные, принимающие транквилизаторы, «успокаивают» себя до такой степени, что становятся не способными к умственному труду, творческой деятельности. Такое «успокоение» скорее подходит на обезразличивание, обезличивание. Эмоциональная, мотивационная, личностная сферы обедняются, потенция снижается. Кому же такая, с позволения сказать, жизнь нужна? И поэтому мы приняли совершенно иные критерии отбора галеновых фитопрепаратов: отваров, настоев (т. е. экстемпоральных водных извлечений), экстрактов, настоек (т. е. спиртовых извлечений). Последние мы в обязательном порядке перед опытами деалкоголизировали. Наличие даже 5–8 % алкоголя в фитопрепарате оказывает существенное воздействие на поведение непривычных к нему, (представьте себе непьющих животных), а потому недопустимо. К сожалению, в массе просмотренных мною экспериментальных работ никакого удаления спирта из настоек и экстрактов не осуществляли, а в контроль брали воду или в лучшем случае спирт той же концентрации. Это грубая методическая ошибка. Господа! Зачем нам наблюдать в опытах поведение пьяного животного? Достаточно окружающей нас печальной действительности. Фармакологические, нейротоксические свойства этилового спирта слишком хорошо известны человечеству. Не заслоняйте ими лекарственные свойства растений. Впрочем, наше внимание всегда привлекали многочисленные сведения о способности растений снижать степень алкогольного опьянения или выраженность похмельного синдрома, что является в средневековых источниках указанием на их детоксикационное действие (Амасиаци А., XV в., 1990).

Мы искали фитопрепараты, способные ускорить восстановление нарушенного исследовательского поведения животного в «открытом поле». Но чем нарушать это исследовательское поведение, не аминазином же и не спиртом? Вероятно, можно и аминазином, или галоперидолом, или первым в истории психиатрии нейролептиком — резерпином из корней раувольфии змеиной. В этом случае исследования дали бы столь необходимый умным клиницистам ответ на вопрос о профилактике и лечении нейролептического синдрома. Эта тема ждет своих молодых, но уже талантливых исполнителей. Собственный опыт подсказывает, что побочные эффекты нейролептиков, транквилизаторов, антиконвульсантов значительно менее выражены у больных на фоне фитотерапии настоями поликомпонентных, индивидуально подобранных сборов. На открытии фитотерапевтической секции в Санкт-Петербурге про-

фессор, фитоонколог Кассиния Валентиновна Яременко говорила о том, что за рубежом обязательна защита при проведении химиотерапии у онкологических больных от системного токсического действия цитостатиков, в частности, от выраженного гепатотоксического действия. Эту посылку следует расширить. Подавляющее большинство медикаментов оказывает токсический эффект. Фитотерапевтическая защита от токсического действия медикаментов с усилением их основного действия вполне возможна. В случае хронической заправки больного антиконвульсантами, нейролептиками, транквилизаторами, туберкулостатиками, антидепрессантами, различными медиаторными ядами такая защита обязательна, но эта очевидная истина сегодня даже не обсуждается в нашем отечестве. Детоксикационные свойства лекарственных растений как раз в том и заключаются, что нейротоксический эффект ядов, принадлежащих к перечисленным группам, снижается или полностью нивелируется в его многообразных клинических проявлениях (Барнаулов О. Д., 2007).

Нами были выбраны общепринятые методы коразолового или максимального электрического шока (МЭШ), после которого животные не исследовали новое пространство. Последний был доведен до уровня более мягкой электротравмы, не вызывавшей в отличие от МЭШ судорог и гибели мышей, но приводившей их к этакому долговременному оцепенению, когда животное тупо сидело в углу камеры, не ходило, не вставало, не обнюживало, т. е. никакой исследовательской активности не проявляло. Уровень угнетения исследовательского поведения максимальным коразоловым или электрическим шоком и мягкой электротравмой приведен на рисунке 1.

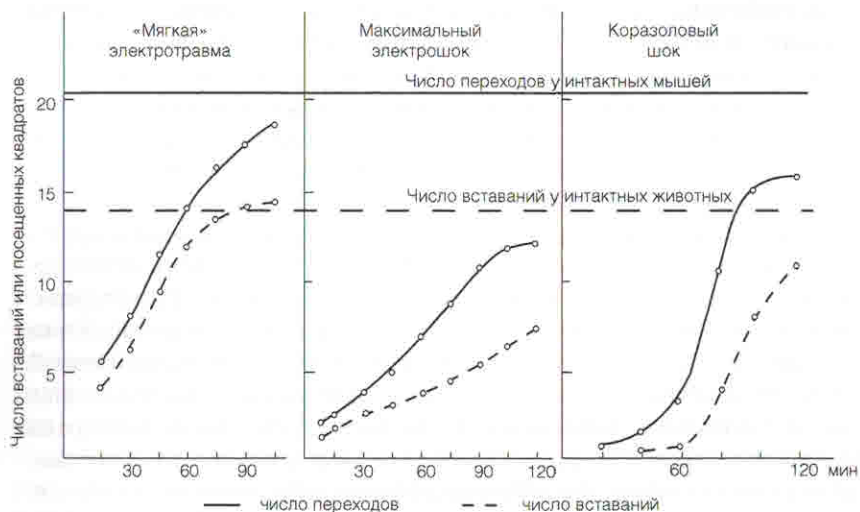


Рис. 1. Подавление двигательного компонента исследовательского поведения мышей в открытом поле коразолом, электрошоком и электротравмой и его восстановления

Подробный, показанный на рисунке №1 длительный просмотр влияния всех фитопрепаратов на протяжении всего времени восстановления двигательного компонента исследовательского поведения мышей после повреждающего воздействия был бы невозможен, поскольку потребовал бы большого количества животных. Одну и ту же мышь нельзя помещать дважды в новую среду, поскольку эта среда перестает быть для нее новой. Исключение можно сделать лишь для очень угнетенных поначалу животных, которые ничего не обследовали. Поэтому были выбраны фиксированные временные точки на приведенных кривых: после мягкой электротравмы — через 15 минут, после МЭШ — через 45–50 минут, после коразолового шока — через 60–70 минут.

Отмечу сразу, что среди различных медиаторных ядов (центральные и периферические М- и Н-холинолитики: метамизил, амизил, скополамин, атропин, пахикарпин, педифен, дифацил; непрямые адреномиметики: фенамин, эфедрин; нейролептики: аминазин, галоперидол; корковые и ствольные снотворные: хлоралгидрат, фенобарбитал, транквилизаторы, антиконвульсанты и ряд других фармакологических агентов) не нашлось ни одного средства, ускоряющего восстановление нарушенного электротравмой ориентировочного поведения. В весьма умеренных дозах, не нарушающих исследовательского поведения мышей, тем более в высоких дозах, эти фармакологические препараты не предупреждали повреждающего действия электротравмы, не проявляли противояльтеративных, церебропротективных свойств. Более того, все они усиливали повреждающее действие электротравмы, полностью подавляя в высоких дозах сниженный электротравмой ориентировочный рефлекс (к примеру, аминазин, галоперидол по 1 мг/кг, метамизил, амизил 5–10 мг/кг, фенамин 1 мг/кг, седуксен 5 мг/кг, пахикарпин 3 мг/кг, педифен 20 мг/кг, дифацил 10 мг/кг). Замечу, что эти дозы не считаются в экспериментальной фармакологии такими уж высокими. Стандартные фармакологические заключения в нашем случае делаются следующим образом: блокада периферических и центральных Н- и М-холинорецепторов, α -адренорецепторов, NMDA-рецепторов, подпороговые дозы угнетающих ЦНС снотворных, точнее наркотических средств, возбуждение адрено- и серотонинэргических систем ЦНС не снижает подавляющего действия электротравмы на безусловно-рефлекторное поведение животных, чего и следовало ожидать. При расширении спектра специфических анализаторов и закономерном увеличении количества отрицательных ответов относительно влияния медиаторных ядов (агонистов и антагонистов тех или иных рецепторов и ферментов) такая масштабная работа даже по теперешним тяжелым временам антиплагиата и охоты на ведьм вполне могла бы претендовать на диссертационную: «Фармакологический анализ повреждающего действия электротравмы и коразола на исследовательское поведение животных». Но, как выше было сказано, за отрицательные результаты у нас ученых степеней не присуждают, что неправильно. Впрочем, сегодня созданы такие условия, что и при положительных

результатах защита диссертаций на соискание ученой степени кандидата и доктора наук почти невозможна. Более важное для нас заключение: медиаторные яды усугубляют повреждающий эффект воздействий и агентов, нарушающих функции ЦНС. Таким образом, афоризм гениального русского фармаколога Н. В. Лазарева относительно того, что аминазином не лечат (а тогда были еще иллюзии и даже работы на эту тему), а только обезличивают больного, нашел еще одно подтверждение в наших исследованиях.

На пути изыскания средств, повышающих устойчивость организма к повреждающим агентам и воздействиям, селективная блокада тех или иных рецепторов ЦНС, химическая вивисекция является тупиковым тоннелем. Мне мои рецепторы чрезвычайно дороги, и я не хочу, чтобы их блокировали или стимулировали экзогенными, токсичными агентами. В связи с тем что одна из групп лекарственных средств вполне могла претендовать на наличие оптимизирующего влияния на поведение животных, мы включили в наши исследования циклическое производное гамма-аминомасляной кислоты ноотропил. В ряде опытов в дозе 100 мг/кг ноотропил при курсовом введении через зонд повышал число исследовательских вставаний до 300 % в сравнении с контролем (введение воды + электротравма), а число пробежек — до 215 %. Однако при очень большом разбросе данных не во всех опытах различия ноотропила с рядом будто бы и менее действенных фитопрепаратов было достоверно.

В отличие от общепринятых фармакологических анализаторов, которые фигурируют в качестве лекарств, якобы помогающих нам выжить, выздороветь, галеновые формы (настои, отвары, деалкоголизированные спиртовые извлечения из растений) проявили способность препятствовать повреждающему действию электротравмы, ускоряя восстановление ориентировочного рефлекса. Если рубрифицировать, как это принято в фармакологии, действие изучаемых субстанций, то у фитопрепаратов мы обнаружили выраженные ноотропные свойства. Наличие умеренного, но часто встречающегося антигипоксанта эффекта у фитопрепаратов на моделях гипобарической гипоксии и гипоксии с гиперкапнией описано нами ранее (Барнаулов О. Д., 1988; Барнаулов О. Д., Поспелова М. Л., 2000). Здесь правомерно сопоставить экономическую и технологическую доступность ноотропила и галеновых форм из растений для отечественной промышленности и для наших сограждан, которые вполне могут сами получить отвар или настой из той же валерианы, таволги, березы, но вот только не знают о наличии у них церебропротективных, ноотропных свойств. Пирацетам (отечественный ноотропил) не так уж дорог, но не является единственным медикаментом, назначаемым больным с цереброваскулярной патологией, болезнью Альцгеймера, синильной деменцией и т. д., а потому наши сограждане, особенно пенсионеры, инвалиды, вынуждены себе отказывать в пирацетаме и его сопровождении. Растения с ноотропной (и не только ноотропной) активностью вполне доступны и, что самое существенное, обеспечивают более надежный клинический эффект за

счет того, что проявляют еще и антиоксидантную, антигипоксантажную, высокую вазопротективную, стресс-лимитирующую, детоксикационную, противовоспалительную и ряд других активностей. Их прием, как то и полагается при тяжелых прогрессирующих болезнях (цереброваскулярная патология, РС), должен стать не эпизодическим, курсовым, а пожизненным. Пьем же мы всю жизнь чай, соки, кофе. Эта аргументация самым тщательным, убедительным и деликатным образом должна быть доведена до понимания пациентами, заболеваниями которых являются жизнеугрожающими.

Прежде чем рекомендовать нетоксичные лекарственные растения к широкому клиническому применению в качестве церебропротекторов, важно было узнать, **как действуют различные фитопрепараты на нормальное исследовательское поведение у интактных мышей.** Может быть, они действуют подобно электротравме, аминазину, т. е. повреждающим образом? Такие исследования хоть в какой-то степени позволяют представить, как они будут действовать на человека, на его адаптивность. Ведь исследовательское поведение обуславливает выживание всех представителей фауны, хотя у человека оно гораздо сложнее, многофакторнее. Десятилетиями фармакологи отбирали препараты, угнетающие двигательный компонент ориентировочного рефлекса (ДКОР) у животных, чтобы внедрять их в практику в качестве центральных депрессантов, ну, чтобы люди поспокойнее были. (С этих позиций стоило бы порассуждать о состоявшемся прецеденте широкого внедрения алкоголя, иронически называемого врачами национальным анксиолитиком — противотревожным средством, весьма успокаивающим и отупляющим «электорат».) Слава богу, не внедрили в этом качестве электротравму. О МЭШ в клинике психиатрии здесь речи не идет, хотя когда вспоминаешь книгу и фильм «Пролетая над гнездом кукушки», то об этом имевшем место в психиатрии методе иначе как о варварстве не думаешь. В эксперименте же мы обнаружили, что даже большие суточные дозы 5–10 г/кг в пересчете на сухое сырье при разовом и курсовом введении галеновых препаратов практически из всех нетоксичных растений не влияли на число пробежек и вставаний у интактных мышей в «открытом поле». **Неядовитые растения не угнетают, не деформируют исследовательское поведение, адаптацию к новизне.** Увеличение числа ориентировочных вставаний на 24–60 % вызывало курсовое введение деалкоголизированных настоек листа, корня женьшеня, корня заманихи высокой, семян лимонника китайского, отвара корней бубенчика широколистного, в некоторых опытах — корней солодки уральской. При этом наблюдали более быстрое угасание ДКОР, что с позиций биологической целесообразности понятно. Если под влиянием фитопрепарата животное более быстро обследовало пространство, то зачем же дальше бессмысленно суетиться? **Оптимизация исследовательского поведения у интактных животных является показателем положительного действия фитопрепарата на ЦНС.**

Здесь нужно разумно, не механистически подходить к оценке влияния различных средств на число пробежек и вставаний (наиболее показательный компонент исследования) в «открытом поле». Так, малые дозы алкоголя, фенобарбитала (оба относятся к наркотическим, т. е. вызывающим наркоз, средствам), фенамина увеличивают число пробежек, почти не влияя на число вставаний. Переводя на человеческий язык с фармакологического, попытаемся в соответствии со здравым смыслом объяснить этот феномен: пьяное или возбужденное фенамином (то же будет на эфедрине, эфедроне, кокаине, кофеине) животное бессмысленно, ничего не обследуя, мечется по клетке и не утихомиривается, поскольку это, с позволения сказать, поведение не носит исследовательского характера. Наркоманы потребляют фенамин, эфедрон, кокаин, экстази не для улучшения, обострения восприятия, исследования пространства (так они самообманываются), а для отрешения, отключения от него. Похмельный, едва пришедший в себя человек не помнит, что он делал в этом самом пространстве, хотя много чего он наделал («Ах, где был я вчера, не припомню сейчас. Только помню, что стены с обоями». В. Высоцкий).

Обострение восприятия, снятие сонливости небольшими дозами фенамина, алкалоида кофеина возможно в каких-то частных случаях, но принимать их постоянно нельзя, поскольку за стимуляцию придется платить дорогой ценой — стадией истощения. При постоянном приеме классических адаптогенов и многих других лекарственных растений мы достигаем общеукрепляющего, тонизирующего, энергизирующего эффектов, а не астении. Умеренный психотонический эффект при однократном энтеральном введении, по нашим данным, помимо вышеперечисленных, проявляют препараты женьшеня, левзеи, родиолы, особенно лимонника, а также химически чистые вещества из корня родиолы: салидрозид, алгинозид. При однократном введении препарата мы не можем рассчитывать на стремительное развитие СНПС организма (это нелепо), а потому выявляем именно **психотонический компонент действия**. При строгом изучении действия фитопрепаратов на исследовательское поведение животных необходимо сопоставлять эффекты одноразового и многодневного курсового энтерального введения: а вдруг изучаемый вами препарат не адаптоген, а кофеин или фенамин.

Прежде чем перейти к обсуждению воздействия простых галеновых форм из растений, упомяну о влиянии на ЦНС экстрактов неприродными экстрагентами и химически чистых веществ из них. Здесь мы достаточно часто сталкивались с их угнетающим влиянием на ДКОР (т. е. нейротоксическим действием). Но ведь мы выше договорились (цикл лекций «Введение в фитотерапию»), что применение природных химически чистых веществ не является прецедентом лечения лекарственными растениями, что было постулировано еще Н. Г. Ковалевой (1971), автором одной из лучших

книг по фитотерапии. То же хотелось бы сказать и о многих экстрактах. К примеру, водные извлечения (отвары) видов водяники хорошо защищали животных от повреждающего действия электротравмы, а вот спиртовые, хлороформные, этилацетатные фракции были неэффективны, угнетали ДКОР у интактных мышей, равно как ацетоновая и гексановая фракции из корней популярного в тибетской медицине молочая Фишера.

Таким образом, простенький метод подсчета числа посещенных квадратов (горизонтальная составляющая ДКОР) и ориентировочных вставаний (вертикальная составляющая) у мыши за 3 минуты в новой, информационно обедненной обстановке дает возможность сделать ряд существенных для клиники заключений. Но это лишь в случае правильной трактовки результатов, правильного использования метода. Вот вам пример тяжелой повторяющейся ошибки. Один из исследователей, как, впрочем, многие, вводил препараты из кипрея узколистного (иван-чая) животным и наблюдал подавление ориентировочного рефлекса. Не хотели животные ходить, обнюхивать, подниматься на задние лапки. Сидели угрюмо в углу. Был сделан вывод о сильном угнетающем, аминазиноподобном действии иван-чая на ЦНС. Но при в/б введении водные и прочие извлечения из растений вызывают у животных корчи, спастические сокращения брюшной мускулатуры, по которым регистрируют раздражающее действие на брюшину, болевой перитонеальный синдром. Ни одному врачу, фельдшеру, медсестре не придет в голову отвар из растений вводить в/б: будет перитонит, а до него — боль. А кто же при боли будет бегать, прыгать и обследовать пространство? Если бы иван-чай, копорский чай (экспортировали через Копорье в Англию) был аминазиноподобен, то не стали бы его пить, покупать, импортировать. Один из видных физиологов (?) вводил в/б спиртовые экстракты классических адаптогенов. Не только алкоголики, бытовые пьяницы, но и все прогрессивное человечество содрогнется от такого нецелевого использования национального, массового стресс-протектора — спирта. Спирт и продукты экстракции раздражали брюшину, чего физиолог не заметил. В результате адаптогены были объявлены мощными стрессирующими агентами. Тот факт, что в клинике, при лечении людей настойки и экстракты классических адаптогенов принимают через рот, внутрь, нисколько не повлиял на «планирование эксперимента». Влияние фитопрепарата на ЦНС, его токсичность должны быть изучены в эксперименте при пероральном, физиологичном методе введения. Не мудрено, что при в/б введении, когда изучается не столько токсичность фитопрепарата, сколько его способность вызывать болевой перитонеальный синдром и перитонит, многие безвинные растения объявляются ядовитыми, поскольку животные погибают от перитонита. При введении отваров и настоев этих же растений в желудок через зонд никакой токсичности не обнаруживается,

равно как и угнетающего влияния на ЦНС. Американский фармацевт Фарнсворт и его коллеги ухитрились через иглу вводить животным в/б тончайшие порошки растений (это трудно, это мастерство). Громадное количество растений было изучено ими таким образом. Припудривание брюшины вело к подавлению ориентировочного рефлекса. Было открыто большое количество растительных депрессантов ЦНС. Так возникают нездоровые сенсации! В лаборатории мы вывесили плакат: «Суп из мозговой косточки вводить внутрибрюшинно строго воспрещается!» Это, конечно, не повлияло на систематическое повторение грубой методической ошибки в других лабораториях. И по сию пору настои, отвары растений, растворы веществ вводят в/б, поскольку это легче, проще. Ввести через зонд в желудок затруднительней. Этой, в общем-то, примитивной техникой введения препарата через зонд в желудок животных, обязательной для фармаколога, представьте себе, владеют очень немногие экспериментаторы, в чем мне многократно приходилось убеждаться в самых, казалось бы, специализированных институтах и лабораториях. Все-таки нужен приток в экспериментальную, клиническую фармакологию и вообще в медицину молодых, разумно критичных, здравомыслящих, отвергающих рутину, ломающих стереотипы исследователей, тех, «кто дерзко хохочет, насмешливо свищет, внимая заветам седых мудрецов» (Николай Гумилев. «Капитаны»). Но сегодня этот приток резко сократился по причинам, с горечью выделенным мною в предисловии.

Я нарочно привел самые простые причины порождения артефактов, заблуждений, которые в последующем нередко канонизируются, переходя из одной незамысловатой книжечки о лекарственных растениях в другую. Так, в «Фитозергономике» иван-чай (кипрей узколистный) причислен к депрессантам.

К сожалению, медицинская наука достаточно насыщена неверными посылками. Принято, например, лечить больных эпилепсией антиконвульсантами. И никто не поднимает вопроса о том, что сглаживание симптома едва ли ведет к излечению больных эпилепсией. Много аналогий: антипиретики — при инфекционных лихорадках, аминазин — при психических заболеваниях, постоянная гормональная терапия — при любой бронхиальной астме с возникновением гормонозависимых форм, гипотензивные средства — при гипертонической болезни, препараты, якобы изменяющие течение рассеянного склероза (ПИТРС), цитостатики, иммуносупрессоры — при рассеянном склерозе. Введение экзогенных антиконвульсантов при эпилепсии ведет по механизму обратной связи к подавлению компенсаторного повышения синтеза эндогенных антиконвульсантов, равно как введение стероидов с высокой кортизоноподобной активностью подавляет синтез гормонов коры надпочечников. Этот несложный аргумент должен быть учтен при лечении больных различными заболеваниями с помощью всего лишь симптоматиче-

ски действующих средств, сиюминутная полезность которых не отрицается. В ряде ситуаций они нужны, но было бы слишком обречь всех больных эпилепсией на пожизненное или многогодичное лечение нейротоксичными антиконвульсантами, душевнобольных — галоперидолом или производными фенотиазина, а больных бронхиальной астмой — стероидами и β -адреномиметиками, что на деле и происходит. Наконец, общепринятое лечение нейротоксичными, повреждающими функции ЦНС препаратами, подобно электротравме в наших экспериментах, может быть подстраховано индивидуальным подбором разумной, в частности детоксикационной, с учетом специфики токсических свойств медикамента фитотерапии. В случаях тяжелых реактивных неврозов, депрессий, при эпилепсии, РС, цереброваскулярной болезни мы добивались убедительного клинического эффекта без всякой медикаментозной терапии, но если таковая уж применяется, считается обязательной, то базовая фитотерапия тем более показана.

Приведу еще один пример шаблона, устоявшегося предубеждения, высказываемого нередко в ультимативной, требовательной форме. Мне приходилось слышать это требование слишком уж часто. Зачем индивидуальный подбор поликомпонентных сборов, а не применение мало- или олигокомпонентных стандартных, типовых сборов? Вопрошающие, естественно, далеки от понимания даже элементов фитотерапии. Приходится пояснять, что нельзя всем наливать из одной бочки, что нужно не декларировать индивидуальную комплексную терапию, а осуществлять ее, для чего фитотерапия предоставляет широкие возможности, да еще в сочетании с медикаментозной, гирудо-, мануальной, физио-, психотерапией, лечебной и просто физической, а идеально — и духовной культурой.

Фитотерапия предоставляет возможность оказывать противоположающее (противоальтеративное), антидеструктивное действие и ускорять процессы восстановления (репарации), что иллюстрируется таблицей 1 на примере влияния галеновых форм из растений на повреждение электротравмой двигательного компонента ориентировочного рефлекса. В таблице приведены в основном те результаты, которые подтверждены повторными экспериментами. Наибольший интерес представляют классические фитоадаптогены, которые служили своеобразным эталоном положительного влияния на повышение сопротивляемости к повреждающему воздействию. Препараты корня, листа женьшеня, корня аралии, заманихи, элеутерококка, акантопанакса, полициаса (сем. Аралиевые), левзеи, родиолы при курсовом введении проявили церебропротективные свойства, а стало быть, при учете других экспериментальных данных могут быть рассмотрены как интереснейшие для клиники средства, например прямо показанные пусть не после электротравмы (не так уж часто она встречается), а после механической черепно-мозговой травмы, сотрясений, ушибов головного мозга, переломов костей черепа, операций на головном мозге, инсультов, тяжелой психотравмы, персистирующего стрес-

са и т. д. Несмотря на то что наши данные неоднократно опубликованы и что среди медикаментов, используемых неврологами, нейрохирургами, психиатрами, нет аналогов тем же классическим адаптогенам и прочим, проявившим церебропротективные свойства растениям, они так и не привлекли внимания высоких специалистов, которые и по сию пору с большим недоверием относятся «к этим самым травкам».

Из данных, приведенных в таблице 1, следует, что классические фитоадаптогены на всех моделях (мягких — электротравма, жестких — коразоловый шок) проявляют стабильные, высокие церебропротективные свойства, причем наиболее активным является женьшень, корень которого в виде деалкоголизированной настойки и отвара спалал животных от повреждения исследовательского поведения, от послешоковой обездвиженности в дозах меньших, чем другие растения (1,5–2,5 г/кг в пересчете на сухое сырье).

Поскольку речь идет об экспериментальной фитотерапии, ускооряющей темп скрининга, обнаружения перспективных лекарств, нас должен интересовать видовой состав растений, проявивших церебропротективные свойства. Существенно проявление этих свойств препаратами **из надземных частей** женьшеня и особенно левзеи сафлоровидной. Использование их в практике могло бы значительно расширить арсенал классических адаптогенов. Надземная часть левзеи (большоголовника — русское название) имеет мощную фитомассу. Именно ее, а не корни, поедают изюбри во время гона, о чем весьма убедительно пишет представитель монгольской ветви тибетской традиционной медицины Ц. Хайдав [и др.] (1985). Если в наших фармацевтических комитетах есть разумные, болеющие за здоровье сограждан люди, понимающие, что широкое использование простых галеновых препаратов из надземной части левзеи будет способствовать оздоровлению населения и повышению рождаемости, то по их настоянию, по их инициативе эти препараты должны достаточно быстро и широко войти в практику. Ресурсы надземной части левзеи более чем достаточны. Растение легко интродуцируется, что давно с успехом продемонстрировано Ботаническим институтом на примере плантаций под Киришами в Ленинградской области. Природоохранное значение использования надземной части, а не корней, выращивания растения не требует пояснений. Реанимация популярности «таволожного чая» из цветков лабазника вязолистного (ресурсы неисчерпаемы) также имела бы высокую валеологическую значимость. «Таволожный чай» ценен не только весьма умеренными седативными свойствами, а именно адаптогенной направленностью действия, защитой функций мозга. Впрочем, и восстановление физической работоспособности после питья «таволожного чая» без труда прослеживается из традиций его применения. Так, его пили косцы, чтобы не ломило мышцы, чтобы и на следующий день после тяжелого труда быть работоспособными. Организация выращивания женьшеня в России всегда ставила под сомнение рентабельность его. Если у Кореи это

Таблица 1

Сравнительная оценка влияния фитопрепаратов при курсовом превентивном введении на нарушение исследовательского поведения мышей после максимального электрошока, умеренной электротравмы или введения коразола

Группа животных, вид и часть растения, препарат, разовая доза	Всего животных	Без вставаний	Без переходов	Среднее число	
				вставаний	переходов
Интактные мыши	19	0*	0*	8,9±2,7*	15,6±3,1*
Контроль, МЭШ	23	15	11	1,1±1,1	3,5±1,7
Настойки женьшеня:					
• корня, 0,75 г/кг	10	0*	0*	8,0±2,0*	12,0±2,2*
• 1,5 г/кг	10	0*	0*	9,1±1,7*	16,9±3,7*
• листьев, 1,5 г/кг	23	9*	0*	5,0±1,9*	11,1±2,6*
• 2,5 г/кг	20	0*	0*	7,7±2,5*	16,0±4,9*
Настойки корней, 2,5 г/кг:					
• аралии высокой	10	0*	0*	6,5±3,3*	12,9±3,9*
• заманихи высокой	10	2*	1*	5,6±3,1*	9,7±4,0*
• акантопанакса сидячецветкового	10	0*	0*	8,3±3,9*	13,7±4,*
Экстракты корней, 2,5 г/кг:					
• родиолы розовой	12	2*	2*	4,1±2,5*	8,9±3,1*
• левзеи сафлоровидной	10	1*	0*	7,5±4,1*	14,3±3,8*
• элеутерококка колючего	25	6*	4*	5,2±3,1*	10,2±2,9*
Настойка семян, 1,5 г/кг лимонника китайского	15	7	3*	3,8±1,9	8,8±3,7*
Настой 5 г/кг цветков лабазника вязолистного	21	4*	4*	8,6±4,3*	14,8±4,5*
Интактные мыши	20	0*	0*	9,4±1,7	15,4±1,9
Контроль, умеренная электротравма	20	12	6	2,7±0,8	5,3±1,5
Настой корневища, 5 г/кг валерианы лекарственной	21	1*	0*	8,6±1,7*	11,9±2,2*
Отвары корней, 5 г/кг:					
• солодки голой	14	0*	3	5,3±1,9*	6,8±2,9
• солодки уральской	15	0*	0*	9,2±2,8*	12,2±4,1*
• пиона уклоняющегося	20	4*	4	6,0±2,0*	10,0±2,3*
• пиона белоцветкового	10	1*	0*	7,2±2,9*	13,9±3,7*
• аира болотного	12	3*	2*	5,8±2,2*	12,0±3,4*
• девясила высокого	11	5	3	4,1±2,8	8,2±2,8
• женьшеня 1,5 г/кг	10	0*	0*	11,8±1,9*	17,1±3,1*

Окончание табл. 1

Группа животных, вид и часть растения, препарат, разовая доза	Всего животных	Без вставаний	Без переходов	Среднее число	
				вставаний	переходов
Отвары надз. части, 5 г/кг: • водяники черной • водяники обоеполой	20	6	3	8,4 ± 1,4*	12,7 ± 2,5*
	20	4*	1*	9,1 ± 2,1*	14,3 ± 1,9*
Интактные мыши	20	0*	0*	15,3 ± 3,1*	16,9 ± 2,8*
Контроль, коразол 75 мг/кг подкожно	20	12	9	4,5 ± 2,2	5,9 ± 1,8
Настойки корней, 2,5 г/кг: • аралии высокой • заманихи высокой • женьшеня • левзеи сафлоровидной	10	0*	0*	10,5 ± 4,2*	13,0 ± 5,2*
	10	2*	2	8,5 ± 3,4*	10,7 ± 4,8*
	10	0*	0*	15,8 ± 3,1*	17,7 ± 3,6*
	12	2*	1*	8,6 ± 3,4*	11,5 ± 4,9*
Настойки листьев, 2,5 мг/кг • женьшеня • левзеи сафлоровидной	20	2*	1*	12,4 ± 4,5*	13,1 ± 3,7*
	20	3*	2*	9,3 ± 4,1*	12,8 ± 2,6*
Настойка семян, 1,5 г/кг лимонника китайского	15	8	7	1,9 ± 1,2*↓	3,8 ± 2,0
Экстракт корней, 2,5 г/кг элеутерококка колючего	20	4*	4	8,8 ± 2,9*	10,5 ± 2,5*
Настои цветков, 5 г/кг • лабазника вязолистного • ромашки аптечной	20	4*	3	8,7 ± 2,3*	9,5 ± 3,4*
	15	7	5	6,4 ± 2,5	8,9 ± 3,4
Настой корневищ, 5 г/кг валерианы лекарственной	15	5	4	7,8 ± 1,0*	8,9 ± 1,1*
Отвары надз. части, 5 г/кг • водяники черной • водяники обоеполой	15	6	4	7,1 ± 2,7*	10,3 ± 4,1*
	15	2*	3	9,2 ± 3,4*	12,5 ± 4,9*

Примечания: 1) * различия с контролем статистически достоверны при $p \leq 0,05$, приведены значения средних \pm доверительный интервал; 2) все препараты вводили 14 раз превентивно в желудок через зонд в течение 7 дней, одинаково в каждой серии опытов; 3) все спиртовые извлечения (настойки и экстракты) полностью деалкоголизировали; 4) МЭШ — максимальный электрошок.

существенный компонент в экспорте, в национальном доходе, то у нас что-то не получается. Использование листьев более чем в 2 раза повысило бы целесообразность плантационного выращивания женьшеня, что мы с И. В. Грушвицким (1983, 1984) неоднократно обосновывали экспериментально. Но воз и ныне там. Лишь 2 растения (они приведены в таблице 1 для примера) были неэффективны: корень девясила высокого и цветки ромашки аптечной.

Ранее, в цикле лекций «Женьшень и другие адаптогены» были представлены результаты подробного изучения высоких церебропротективных свойств корней родиолы розовой на всех трех моделях повреждения исследовательского поведения мышей. К настоящему времени нами изучена эффективность 150 видов лекарственных растений. Галеновые препараты из 87 видов (54 %) проявили церебропротективные свойства на модели восстановления рефлекса «что такое?» после того или иного повреждения его. Таким образом, не только классические фитоадаптогены, но и другие растения предохраняют исследовательское поведение животных от сбоя. **Способность защищать функции мозга, базовые для выживания вида и особи компоненты исследовательского поведения достаточно широко распространена у представителей флоры.** Некоторые растения достойны упоминания. *Багульник болотный*. Водный, но более выражено масляный настой («багульниковое масло») достоверно увеличивали даже число животных, выживших после МЭШ, т. е. предупреждали смертельное действие тяжелой электротравмы. Спиртовые, деалкоголизированные экстракты наземной части *язвенника ранозаживляющего, я. кавказского, я. песчаного, я. морского* (семейство Бобовые) в убывающей по активности последовательности были эффективны при МЭШ. Растения этого рода используют только единичные знатоки, хорошо знающие лекарственную флору. Между тем виды язвенника абсолютно нетоксичны. К малоизвестным растениям принадлежат и представители рода карагана из семейства Бобовые. Отсутствие церебропротективных свойств зарегистрировано только у 3 из 18 представителей рода, эффективны 15 видов (83 %). Среди них наиболее активны *карагана карликовая, к. киргизов, к. бурятская, к. алтайская, к. гривастая*. Виды караганы занимают прочное место среди лекарственных растений традиционной тибетской медицины, но не у нас. Учитывая их разносторонние значимые для клиники и выявленные нами экспериментально лекарственные свойства (противодиабетические, церебро-, гепато-, гастро-, стресс-протективные), они достойны использования в научно-европейской медицине. Отвары корней *дудника (дягиля) лекарственного, д. низбегающего, д. лесного* были эффективны в защите реакции адаптации к новизне.

Другим, общепринятым, демонстративным методом, позволившим зарегистрировать высокие церебропротективные («ноотропные») свойства, был общепринятый метод утраты УРПИ после МЭШ и препятствия этому изучаемым средством. Кратко о нехитрой сути этого простого, но информа-

тинный (альпиния), дягель лекарственный и д. низбегающий, вероника лекарственная, цикорий обыкновенный, корень и надз. часть сельдерея пахучего, любистока лекарственного, петрушка огородная, мускатный орех, кумин тминовый, корица, цветки бузины черной, лист бузины кистистой, надз. часть эльсшольции реснитчатой, видов зизифоры, почки тополя черного, плоды расторопши пятнистой, надз. часть котовника сибирского, лист ореха грецкого, побеги голубики, побеги черники, лист манжетки обыкновенной, надз. часть полыни лечебной, п. веничной, п. горькой, надз. часть плауна булавовидного, надз. часть вьюнка полевого, лист какалии копьевидной, надз. часть сосюреи (голубушки) лопуховидной, омела белая, спаржа лекарственная...

Таким образом, позитивный опыт лечения более 700 больных РС под-сказывает необходимость применения большого количества растений для составления поликомпонентных, сделанных применительно к каждому конкретному случаю сборов. Сложные композиции требуют широкого арсенала лекарственных растений. Нельзя ограничиваться куцыми стандартными, типовыми, шаблонными сборами. Работа типовыми сборами приводит к снижению эффективности фитотерапии, а порою к отрицанию ее эффективности. Применение малокомпонентных, не продуманных по составу сборов дискредитирует фитотерапию в случаях лечения больных с тяжелыми деструктивными заболеваниями мозга.

ЛЕКЦИЯ 4 КОНКРЕТНЫЕ ПРИМЕРЫ И КРАТКОЕ ОБОБЩЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ ФИТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

План-конспект лекции

Специфика фитотерапии больных РС при беременности, подготовке к ней и в послеродовом периоде. Разбор случаев. Рецептура. Логика подбора терапии. Результат: при тщательной фитотерапевтической опеке 12 женщины родили здоровых детей с обострением РС лишь в одном случае. Возможно ли «лечение» больных деструктивными заболеваниями мозга с помощью цитостатиков и иммуносупрессоров? Необходимость детоксикационной фитотерапии при лечении агрессивными медикаментами. Комментарии к «Запискам фитотерапевта» К. А. Трескунова.

Примеры успешной фитотерапии больных РС с прогредиентным течением заболевания. Даже у больных, резистентных к стероидной терапии, возможно демонстративное повышение ее эффективности на фоне настоев индивидуально подобранных поликомпонентных сборов.

Посиндромный разбор эффективности фитотерапии больных РС: высокий энергизирующий эффект фитотерапии, купирование быстрой утомляемости у 89 % больных, нормализация артериального давления (77 %), устранение ортостатических явлений (83 %), повышение резистентности к ОРВИ (81 %).

Высокая эффективность фитотерапии в оптимизации психоэмоционального статуса: снижение реактивной тревожности, стресснеустойчивости, депрессивной и субдепрессивной симптоматики. Фи-

тотерапия может снизить выраженность атаксии, двигательных расстройств.

Фитотерапия предупреждает обострения, снижает частоту экзacerbаций, ограничивает их только преходящими сенсорными расстройствами. Возрастает количество больных с полным восстановлением после обострений.

Частота купирования или смягчения головных болей, головокружений, симптомов нарушений функций тазовых органов и гепатобилиарной системы, анорексии, диспептических расстройств.

У 61% больных РС фитотерапия позволяет нормализовать или повысить функции половых желез. Эффективность фитотерапии при альго-, дисменореях, тяжелом предменструальном синдроме. Возможность усиления эффекта фито- и мануальной терапии. Преимущества сочетания фито- и гирудотерапии. Пример эффективности такого сочетания.

Таблица сравнительной оценки результативности фитотерапии при различном течении РС у 182 пациентов.

Признаться, к так называемому «разбору больных» в лекционном и преподавательском вариантах я всегда относился скептически. Организаторы всяческих коммерческих лекций, курсов прибегают к приему «разбора» тогда, когда им нечего сказать почтеннейшей публике, прикрывая тем самым полную свою незамутненность знаниями даже основ фитотерапии. Вспоминаются и студенческие годы, когда плохие преподаватели явно тянули время в процессе не выдерживающих критики «разборов». Вместе с тем опубликование случаев из практики (а у кого из хорошо работающих врачей не было самых невероятных случаев) абсолютно оправдано. Концентрация таких случаев у фитотерапевта достигает критической массы и заставляет задуматься, случайное ли это, только ли персональное везенье или же неотъемлемая характеристика направления, дисциплины — фитотерапии. За 54 года практики, эксперимента, лабораторного и клинического, у меня возникла уверенность в том, что практически в любом направлении (туберкулез, гепатобилиарная патология, инфекционные заболевания, в частности ОРВИ, гипертоническая болезнь, ИБС, эпилепсия, невроты, деструктивные заболевания мозга...) эффективность фитотерапии настолько высока, что конкуренция с лечением веществом (монотерапия), несколькими веществами (олиготерапия) или даже множеством веществ (полипрагмазия от бессилия) не интересна.

В «Записках фитотерапевта» К. А. Трескунова (2002, 2003) сделан акцент на сплошном приведении примеров успешности фитотерапии при различных, но в том числе тяжелых, например онкологических, заболеваниях. Такое сплошное перечисление случаев читается, конечно, с трудом, но тем не менее для тяжелой патологии такая казуистика с приведением составов сбо-

ров оправдана. Сборы, приведенные К. А. Трескуновым, олиго- и поликомпонентны, состоят из вполне достижимых неядовитых растений. Поэтому они могут быть составлены и другими врачами, теми же онкологами, буде они в своем величии снизойдут до фитотерапии, хотя бы используя ее в качестве надежной защиты от цитостатической болезни. Защита от цитостатиков, их многочисленных побочных эффектов становится актуальной задачей и для неврологов, поскольку в процессе заигрывания со стволовыми клетками больных деструктивными заболеваниями мозга «лечат» цитостатиками. Печальные последствия в виде тяжелых обострений, безвозвратной инвалидизации приходится наблюдать неоднократно. Испытания эффективности импортных цитостатиков, иммуносупрессоров в программах двойных слепых плацебо-контролируемых исследований на коммерческой основе стали достаточно частыми. Логичность такой терапии не выдерживает критики. Эти группы медикаментов без натяжек следует отнести к высокоагрессивным. В плохо составленных многолистных инструкциях для больных РС запрещается даже простенькая фитотерапия зверобоем, хотя необходимость детоксикационной фитотерапии, защиты от «побочных эффектов», например, по сути кастрации больного, в данных случаях абсолютно очевидна.

Если с полной ответственностью подходить к задаче использования широчайших возможностей фитотерапии, то тем же самым онкологам, неврологам, фтизиатрам, да и врачам многих специальностей, пора задуматься об организации мощных фитотерапевтических подразделений, фитотерапевтической (в идеале полномасштабной натуротерапевтической) службы. Ее праобразом может быть скромное, весьма малочисленное натуротерапевтическое подразделение Института мозга человека РАН, существовавшее при академике Наталье Петровне Бехтеревой долго, но сегодня сошедшее практически на нет. Привлекательным моментом в «Записках фитотерапевта» является призыв К. А. Трескунова к внедрению, распространению методов фитотерапии, пусть даже и не очень-то сложной и хитрой на первых порах. Обратных примеров, когда не столь уж образованные коммерсанты от фитотерапии тщательно скрывают свои, с позволения сказать, секреты, мы имеем множество. Стремление же кандидата медицинских наук К. А. Трескунова (увы, покойного), при полном отсутствии амбициозности, переоценки собственной значимости (этим грешат как раз его рецензенты), пусть в несколько наивной, чересчур популярной, автобиографической форме, все-таки указать пути повышения эффективности лечения больных воспринимается в альтруистическом, гуманистическом свете и потому завоевывает симпатии. Нередко он приводит случаи очень высокого, вплоть до полного излечения, эффекта фитотерапии, по поводу которых апологеты бесполой, безвозрастной, шаблонной (единый медицинский стандарт) медикаментозной терапии обычно делают стандартное одно и то же резюме: «Этого не может быть,

потому что не может быть никогда». Учитывая, что РС остается неразрешенной задачей, что отслеживание катамнеза по каким-то причинам не часто встречается в доступной литературе, а попыток сколько-либо грамотно, обоснованно оценить возможности фитотерапии в этом направлении вообще не предпринималось, считаю допустимым приведение примеров, подтверждающих ее высокую эффективность.

Поскольку РС болеют преимущественно женщины (в нашей практике 224 из 300 больных, т. е. 75 %), перед фитотерапевтом встает масса специфически женских проблем. Актуальнейшая из них — возможность родов у бездетных женщин. Роды, точнее период вскармливания, являются одним из типичных провокаторов эскалации у больных РС. Общеизвестно, что сама беременность оказывает протективное действие на больных РС. По нашим наблюдениям, у 32 женщин дебют или эскалация РС наступили после родов. Поэтому врачу-неврологу трудно ответить на вопрос молодых, бездетных больных, можно ли им родить ребенка. Многие из них, несмотря на жесткие запреты, реже предупреждения врачей о большой опасности инвалидизации, хотят иметь ребенка любой ценой. Мы не считаем возможным принимать решение за пациентку. В случаях стойкой, длительной ремиссии при хорошей фитотерапевтической подготовке обстоятельства складываются в пользу желанья пациентки иметь ребенка. Правда, перед этим встает проблема регуляции функций яичников, поскольку после стероидной терапии и даже без таковой нередко аменорея и дисменорея. Несмотря на стремление любой ценой иметь ребенка, зачатия не происходит или же по каким-то причинам плод не выносить. Некоторые уже забеременевшие женщины в панике прибегают выяснять постфактум вопрос, а не сделать ли аборт, не будет ли уродств и не передается ли РС по наследству (в нашей практике лишь в 2 из 700 случаев РС болели мать и дочь). Врач должен вразумительно ответить на эти вопросы и составить сбор, позитивно влияющий на соматическое и психоэмоциональное состояние беременной женщины с учетом пренатальной безопасности плода. Предвижу возражения: у нас ни на здоровых, ни на больных беременных в женских консультациях, в больницах должного, существенного внимания не обращают, а потому даже об элементах фитотерапии для беременных не идет и речи. Даже нечастое внимание заформализовано, стандартно для всех. К сожалению, все так, но это не вина фитотерапевтов.

Нами впервые обработана тема «особенности фитотерапии больных РС при беременности и в послеродовом периоде». Фитотерапевтическая помощь была оказана 14 благополучно родившим женщинам в возрасте 21–31 год. Несколько больных ускользнули от нашего внимания. Лишь у одной из них наступило обострение, приведшее к инвалидизации. Привожу примеры.

Большая Н. Г. П. Родилась 22.08.1976. Проживает в Сосновом Бору. Замужем 2 года, детей нет. Направлена зав. отделением неврологии областной больницы, канд. мед. наук Л. Г. Заславским в ноябре 1997 г. после стационарного лечения (пульс-терапия преднизолоном, плазмаферез, вазоактивные препараты, витаминотерапия, массаж). При поступлении в стационар практически не передвигалась. Припоминает, что год тому назад двоились, были нечеткими предметы (диплопия как симптом ретробульбарного неврита), «морозилась» левая рука, были запоры до 4 дней. К врачу не обращалась. В короткий срок, порядка 2 недель, эти явления прошли самостоятельно. Данное обострение спровоцировано тяжелейшим стрессом: нападение, групповое изнасилование. Диагноз стационара: РС. Цереброспинальная форма. Первично-прогредиентное течение.

На серии МРТ головного мозга «получены изображения суб- и супратенториальных структур. Срединные образования смещены. Желудочки и субарахноидальные пространства в конвексиальных отделах расширены. Перивентрикулярно, в субкортикальных отделах, мозолистом теле, правой ножке мозжечка определяются множественные очаги гиперинтенсивного сигнала на Pd- и T2-взвешенных изображениях. Ряд из них имеет нечеткие контуры за счет перифокального отека. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры без особенностей. Заключение: «демиелинизирующий процесс (SD), активная фаза». (После нескольких курсов фитотерапии течение заболевания признано ремиттирующим.) Выписана с продолжением лечения преднизолоном. На сегодня длительная амбулаторная фитотерапия таблетками преднизолона признана неэффективной и отрицается неврологами.

При осмотре: нормостенична, но тонкокостна, походка нарушена, дискоординация, не всегда может передвигаться без посторонней помощи, неустойчива в позе Ромберга (падает), подтаскивает правую ногу, снижена сила пожатия правой кистью. Жалуются на парестезии, обстипации 2–3 дня. Последствия преднизолонотерапии: аменорея, анорексия, изжога, кислая отрыжка, дискомфорт и боли в эпигастрии, правом подреберье (болезненна пузырная точка). Глубочайшая депрессия, полное неверие в выздоровление. Интеллект снижен, общение, сбор анамнеза затруднены. Гипотензия 90–110/60–70 мм рт. ст. Частые ортостатические головокружения в анамнезе. Не любит жару.

Логика подбора фитотерапии:

1. Иммунокорригирующая, десенсибилизирующая фитотерапия: солодка, классические фитоадаптогены, имбирь, куркума, альпиния (калган), кардамон, череда, ромашка, черноголовка, ряска, кирказон, копытень, эфедра, аир, девясил, мумиё... Этот тип терапии в научно-европейской медицине считается наиболее важным, почему-то даже единственным, в связи с чем и возникают такие одномеханизменно действу-

ющие препараты, как β -интерферон, копаксон, экономически без квоты недоступные больным. Существенно, что ведущие американские неврологи, которым мы почему-то доверяем больше, чем своим отечественным, признают неэффективность этих препаратов, возможность того, что лечение ими «может показаться почти примитивным уже в ближайшем будущем» (Рассеянный склероз. 2001. С. 182). Для фитотерапевтов это ближайшее будущее уже наступило.

2. Антидеструктивная, противоальтеративная фитотерапия с преимущественным использованием растений, обладающих церебропротективными свойствами: классические фитоадаптогены (женьшень, элеутерококк, аралия, заманиха, акантопанакс, полисиас, калопанакс, родиола, очиток пурпурный, очиток большой, левзея, лимонник), валериана, шикша, пион, аир, лабазник, солодка, растения семейства Имбирные, багульник, кипрей, виды колокольчика...

3. Мумиё и растения, оптимизирующие процессы регенерации: классические адаптогены, ослинник двулетний, лабазник вязолистный, зверобой, кипрей, какалия, манжетка, шиповник, сушеница, череда, гравилат речной, язвенник ранозаживляющий и другие виды, вербейник, дасифора...

4. Так называемые противовоспалительные растения, оказывающие не только противозксудативное, разрешающее, но и противоальтеративное действие: солодка, малина, лабазник, череда, зверобой, вахта, липа, шалфей, ива, ромашка, тысячелистник, береза, виды полыни. На вазопротективной активности не останавливаюсь, поскольку она присуща 83 % лекарственных растений.

5. Дегидратирующая (противоотечная, противозксудативная) фитотерапия может быть осуществлена многими из перечисленных растений (шикша, лабазник, череда, кипрей, ромашка, ослинник, малина, черноголовка), но также видами василька, хвоща, надз. частью морошки, брусники, можжевельником, сосной, пыреем, листом унаби, душицей, мятой и многими эфирно-масличными растениями.

6. Детоксикационная фитотерапия, снижающая токсическое действие преднизолона, так называемых вазоактивных препаратов спазмолитического типа действия (обстипации как осложнение лечения ими): солодка, адаптогены, валериана, льянка, ива, малина, шиповник, растения семейства Имбирные, мята, зверобой, лабазник, растения-диуретики, слабительные.

7. В данном случае чрезвычайно важно было преодолеть выраженную депрессию с опасностью суицида, негативизм с помощью модуляторов настроения. Этого эффекта всегда следует добиваться быстро, используя лаванду, мелиссу, мускатный орех, бадьян, душицу, тимьян, мяту, зизифору, монарду, эльсольцию, котовник, зверобой, валериану, корицу, гвоздику, кипрей, купырь, дягиль, ромашку, лабазник.

8. Менее быстро можно добиться появления и нормализации менструального цикла, инициации функций яичников, повышения либидо. Такая фитотерапия позволяет нормализовать внутрисемейные отношения, устранить причину персистирующего стресса с помощью так называемых *emenogoga*: кирказон (*Aristolochia*), полынь обыкновенная, п. лечебная, п. эстрагон, п. горькая, виды дягиля, солодка, адаптогены (в особенности женьшень, левзея, родиола), крапива, пастушья сумка, сурепка, кресс-салат, классические пряности, калина, тимьян, зизифора, манжетка, ромашка.

9. Следовало добиться нормального опорожнения кишечника. Снижение уровня эндотоксикоза, сам факт преодоления обстипаций создают благоприятный фон для действия модуляторов настроения, *emenogoga*, а с позиций тибетской медицины — для основной терапии любой направленности. В приведенном здесь сборе (рецепт № 7) послабляют ремень, лопух, плаун, кассия (сенна), жостер, крушина, ромашка, мята, анис, фенхель, чина, пырей, солодка.

Рецепт № 7

Сбор 1		Сбор 2	
Корень солодки уральской	40,0	Корневище валерианы лекарственной	40,0
Корень элеутерококка колючего	30,0	Цветки лабазника вязолистного	30,0
Корень аралии высокой	20,0	Цветки ромашки аптечной	20,0
Корень заманихи высокой	20,0	Цветки календулы лекарственной	10,0
Плоды лимонника китайского	20,0	Надз. часть череды трехраздельной	20,0
Корень левзеи сафлоровидной	20,0	Лист шалфея лекарственного	20,0
Корень родиолы розовой	20,0	Лист малины обыкновенной	20,0
Корень пиона уклоняющегося	20,0	Надз. часть зверобоя продырявленного	30,0
Надз. часть шикши черной	30,0	Надз. часть полыни эстрагон	20,0
Надз. часть вереска обыкновенного	20,0	Надз. часть полыни обыкновенной	20,0
Корневище имбиря лекарственного	10,0	Надз. часть пижмы обыкновенной	20,0
Корневище куркумы ароматной	10,0	Надз. часть тимьяна ползучего	20,0
Корень ревеня пальчатого	20,0	Надз. часть душицы обыкновенной	10,0
Корень лопуха большого	20,0	Надз. часть мяты луговой	10,0
Побеги плауна булавовидного	10,0	Надз. часть аниса обыкновенного	20,0
Лист кассии остролистной	20,0	Надз. часть фенхеля обыкновенного	20,0
Плоды жостера слабительного	20,0	Надз. часть шиповника собачьего	40,0
Кора крушины ломкой	10,0	Плоды боярышника кроваво-красного	20,0
Надз. часть хвоща полевого	20,0	Цветки боярышника кроваво-красного	20,0
Надз. часть василька лугового	20,0	Надз. часть чины луговой	20,0
Лист вахты трехлистной	20,0	Плоды бадьяна	10,0
Лист и семя крапивы двудомной	20,0	Бутоны гвоздичного дерева	10,0
Корневище пырея ползучего	10,0	Надз. часть ослинника двулетнего	20,0

Способ приготовления приведен выше. Принимать теплым из термоса по принципу «чем чаще — тем лучше». Параллельно назначен прием 2 таблеток бишкекского мумиё утром и 1–2 чайных ложек настойки корня женьшеня в связи с отсутствием его в арсенале. Подобные сборы рассчитаны на 2,5–3 месяца. Повторно больная обратилась через 4 месяца. Жалоб не предъявляет. Считает себя абсолютно здоровой. Полное купирование всех симптомов. Церебеллярная симптоматика отсутствует. В позе Ромберга устойчива. Любит танцевать. Парестезий нет. Менструальный цикл без особенностей: 28 дней (4–5 дней). Оптимистична, подтянута, собирается устроиться на работу. В дальнейшем в течение 4 лет обращалась не реже 3 раз в год по настоянию разумного, понимающего опасность обострений мужа. Супруги спрашивали у невролога областной больницы и у меня о возможности иметь ребенка и получали ответ в стиле: при стабильном благополучии, отсутствии обострений в течение 2–3 лет и данных МРТ за образование новых очагов демиелинизации роды возможны, но гарантий за полное предупреждение эксацербации в послеродовом периоде дать нельзя. Повторных МРТ больная не делала: материально не обеспечена. Скрыла беременность от нас и неврологов, запрещавших роды в связи с тяжелейшим дебютом РС. По телефону дважды отчитывалась о полном благополучии и просила выдать ее сбор мужу, не понимая специфики фитотерапии при беременности: отсутствие утеростимулирующих растений, усиление антигипоксантажной и антиоксидантной терапии, назначение сосудокрепляющих растений для улучшения плацентарного кровоснабжения, назначение средств, обеспечивающих пренатальную безопасность плода.

Факт самостоятельных благополучных родов доношенной девочки (3,09 кг, 52 см, 7,5 балла по шкале Апгар) стал нам известен случайно от сотрудников НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта. В период грудного вскармливания (1 г. 3 мес.) пациентка и муж обращались с отчетами о полном благополучии, отсутствии перегрузок, положительном эффекте систематической, интенсифицированной фитотерапии. Ребенок развивался нормально. Затем на год пациентка пропала. Самостоятельное прекращение фитотерапии на длительный срок привело к жесточайшему обострению. По свидетельству врачей Л. Г. Заславского и В. С. Мурашовой, самостоятельно не передвигалась. На МРТ зарегистрированы очаги с перифокальным отеком. После стационарного лечения (пульс-терапия дексаметазоном, плазмаферез) неврологическая симптоматика полностью купирована. В 2004 г. трижды получала трехмесячные курсы фитотерапии, обострений не было. Практически здорова. Сочтя себя здоровой, перестала обращаться за фитотерапевтической помощью.

Больная П. И. Б. Родилась 27.11.1971. Приведена матерью, врачом областной больницы, специалистом по МРТ, многократно наблюдавшим эффективность проводимой нами фитотерапии у больных РС, сразу после

стационарного лечения по поводу дебюта заболевания (03.09.2002) с доминирующей картиной ретроульбарного неврита. «На серии МРТ головного мозга перивентрикулярно, в субкортикальных отделах, в правом полушарии мозжечка, в левой половине моста определяются разнокалиберные очаги гиперинтенсивного МР-сигнала на Pd- и T2-взвешенных изображениях. Некоторые очаги имеют нечеткие контуры за счет перифокального отека. Заключение: демиелинизирующий процесс головного мозга (SD), активная фаза». При исследовании вызванных зрительных потенциалов сделано заключение о двухсторонней дисфункции проведения зрительного импульса в ЦНС.

Обращали внимание: нетипичная для больных РС избыточная масса (94 кг при 173 см роста), пастозность, заторможенность, обстипации, диспептические явления, дисменорея (усугубившаяся после пульс-терапии), бесплодие (5 лет в браке), умеренный птоз в течение многих лет. Подвержена ОРВИ (4–5 раз в год), провоцирующим обострения хронического гайморита. Занимается каким-то семейным бизнесом, провокатором дебюта РС был стресс при проверке налоговой полиции. Пищевые пристрастия (их мы выясняем у каждого пациента), коими бравит, имеет несколько прихотливые: персики, авокадо, устрицы и другие морепродукты, красная рыба, черная икра, мартини, коньяк. Интеллект несколько снижен: не все вопросы понимает, негативна, критично относится «к этим самым травкам», предельно высокомерна, снисходит до врача в начале общения.

После двух курсов фитотерапии при полном купировании симптомов заболевания и побочных действий стероидной терапии отмечает энергизирующий, тонизирующий эффект, повышение настроения, работоспособности, нормализацию менструального цикла (28 дней) на протяжении трех месяцев фитотерапии. Более общительна. Категорически заявляет о желании иметь ребенка любой ценой, просит помочь, поскольку 4-летний опыт гормональной терапии у гинекологов отрицателен. Органических основ бесплодия нет. Муж здоров. Снижение либидо, фригидность, редкие оргазмы, а ранее дисменорея соответствуют картине ожирения, пастозности (микседема?) на фоне снижения функций яичников и, вероятно, щитовидной железы, не подтверждаемой единичными анализами соответствующих гормонов. Здесь уместно отметить, что клинические наблюдения, а не данные анализов должны доминировать в определении стратегии и тактики фитотерапии. С аналогичным диссонансом мы сталкиваемся при неоспоримой клинической картине обострения РС у больных при отсутствии отрицательных данных МРТ.

С апреля 2003 г. в поликомпонентные сборы более интенсивно включали растения, нормализующие функции эндокринных желез (Кит С. М., Турчин И. С., 1986) и способствующие зачатию. Спектр их достаточно широк: солодка, классические адаптогены (особенно родиола, левзея), очиток