

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	6
Список сокращений	13
ГЛАВА 1. Введение в фитотерапию	14
Народные, традиционные медицины и научно-европейская медицина	14
Растения и современная фармакология	20
Несколько слов о методах традиционных медицин стран Азии	60
ГЛАВА 2. Современные представления о рассеянном склерозе	66
Эпидемиология рассеянного склероза	67
Этиология рассеянного склероза	70
Патогенез рассеянного склероза	72
Морфология рассеянного склероза	79
Клиническая картина рассеянного склероза	80
Аппаратурная и прочая диагностика	86
Современные методы терапии больных рассеянным склерозом	90
ГЛАВА 3. Характеристика лекарственных растений, примененных при лечении больных рассеянным склерозом	106
ГЛАВА 4. Краткая характеристика некоторых лекарственных растений, оказывающих слабительное действие	394
Принципы фитотерапии на модели анализа использования слабительных в основном трактате тибетской медицины «Чжуд-ши» применительно к больным неврологического профиля	401
Подход к правильному применению классических слабительных растений у больных рассеянным склерозом	408

ГЛАВА 5. Принципы и нюансы составления поликомпонентных композиций лекарственных растений, тактика фитотерапии больных рассеянным склерозом	434
ГЛАВА 6. Прочие натуротерапевтические методы лечения больных рассеянным склерозом	449
Элементы физической культуры	449
Гирудотерапия	453
Сочетание фито- и мануальной терапии	457
Мумие	472
ГЛАВА 7. Примеры успешной фитотерапии больных рассеянным склерозом, рецептура	475
Специфика фитотерапии в период беременности и грудного вскармливания. Беременность как «осложнение» фитотерапии	475
Примеры положительного гонадотропного действия фитотерапии у мужчин, болеющих рассеянным склерозом	499
Прочие примеры успешной фитотерапии больных рассеянным склерозом	513
Фитотерапия в сочетании с препаратами, изменяющими течение рассеянного склероза	519
ГЛАВА 8. Результаты клинических наблюдений эффективности фитотерапии больных аутоиммунным заболеванием — неспецифическим язвенным колитом	527
Заключение	547
Список основной литературы	553
Алфавитный указатель русских названий родов лекарственных растений	560
Алфавитный указатель латинских названий родов лекарственных растений	562
Приложение	564

Глава 3

ХАРАКТЕРИСТИКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, ПРИМЕНЕННЫХ ПРИ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Своеобразным примером для нашего анализа частоты включения растений в поликомпонентные сборы послужила малоизвестная врачам, даже единичным фитотерапевтам книга М. А. Гриневич (1990), в которой она изложила результаты многолетней обработки с помощью тогда еще ЭВМ рецептуры традиционных медицинских стран Восточной Азии (Китая, Кореи, Японии) и медицинских народов Дальнего Востока. Автор сетует на то, что многие показания к применению растений весьма туманны: «при нарушении обмена веществ», «при нервных болезнях». Очевидно, что в традиционных и тем более народных медицинах мы не встретим диагноза «рассеянный склероз», который, как нозология, и был описан исторически совсем недавно (Крювелье Ж., 1835; Шарко Ж., Вульпиан Ф., 1868–1887) в сравнении с тысячелетиями становления, существования медицинских традиционных. Однако мы многократно обращали внимание на поливалентность, многонаправленность действия растений, на широкий спектр их эффективности, возможность использования при многих заболеваниях, порою даже при противоположных симптомах, синдромах, состояниях. К примеру, многие растения эффективны и при обстипациях, хронических запорах, но и при диареях (дизентерии, пищевых токсикоинфекциях), при депрессиях и при ажитациях, иммунодефицитах (часто и длительно болеющие дети, взрослые) и аллергиях. В показаниях к применению растений как с доказанной, так и с подозреваемой церебропротективной активностью, мы встретим такую матрицу, сочетание заболеваний: при параличах (без указаний этиологии), онемениях, эпилепсии («падучей», судорогах), дрожании (треморе), бешенстве, энцефалите, головных болях, бессоннице, снижении памяти, слуха, зрения. Слов о РБН, сенсорных расстройствах, нистагме, мозжечковых симптомах мы не встретим, что не означает, будто бы таких больных не лечили методами фитотерапии. Понимая, что **растения вызывают состояние неспецифически повышенной сопротивляемости (СНПС) организма, мобилизуют эндогенные механизмы защиты, ограничения объема и тяжести повреждения, быстрого восстановления, репарации**, мы логически и должны

ожидать в качестве характеристики этого состояния (а не столько свойств растений) повышения устойчивости ко многим и многим болезнетворным, повреждающим агентам и воздействиям, оптимизации репаративных процессов, в частности регенерации (Лазарев Н. В. и др., 1959; Барнаулов О. Д., 1988). Многократно доказано, что мобилизация эндогенной защиты обозначает противостояние болезням нашими собственными метаболитами, которые являются пермиссерами фитопрепаратов, фитотерапии. Новичков, дилетантов приводит в недоумение обилие и сходство показаний к применению лекарственных растений, поскольку ожидают они строгой специфики и однонаправленности, как в классической фармакологии для синтетических или природного происхождения веществ.

М. А. Гриневич выделила 30 элитных, наиболее часто применяемых растений, среди которых мы находим классические фитоадаптогены: женьшень, аралию, лимонник. Но возглавляют этот список корни Солодки уральской, Ремании клейкой (Р. китайской), и лишь на третьем месте оказался женьшень. Для экспериментального изучения автор предложила из арсенала традиционных медицинских растений, используемые при нервных болезнях: женьшень, реманию, унаби, дягиль (дудник), истод, лимонник, мандарин, солодку, Астрagal хуанчи (А. перепончатый), Пион белоцветковый. Из арсенала народных медицинских рекомендованы: женьшень, шикша (водяника), Астра татарская, багульник, кипрей (иван-чай), василистник, гравилат, дягиль, камыш, кизильник, кочедыжник. Присутствуют и типично противовоспалительные растения: малина, липа, кошачья лапка, володушка (противовоспалительные свойства присущи и ранее перечисленным растениям). В некоторой мере запрос М. А. Гриневич относительно необходимости экспериментального изучения растений нами выполнен. Изучено, как минимум в порядке скрининга, первичного сравнения лечебных свойств, более 200 видов, некоторые фрагменты сравнительной оценки их свойств (см. табл. 1–3) и далее приведены. Предлагаю в последующем сравнить приведенный М. А. Гриневич все-таки очень узкий список с арсеналом растений, используемых нами при лечении больных рассеянным склерозом. Вне зависимости от частоты применения растений (а именно по этому принципу составлен наш список) особое внимание следует обратить на классические фитоадаптогены в связи с их исключительной ролью в осуществлении противоальтеративной, антидистрофической, антидеструктивной, церебропротективной терапии. Даже понятие СНПС отсутствует в классической фармакологии, поскольку вещества его не вызывают,

а лечение галеновыми препаратами этак снисходительно допускается научно-европейской медициной как отголосок чего-то не совсем научного. Мною многократно показано, что эффективны суммарные, галеновые препараты (настои, отвары, настойки), а веществам, выделенным из тех же растений, не удастся ограничить объем и тяжесть повреждений функций мозга, вызванных в эксперименте различными агрессивными агентами и воздействиями. Неслучайность более высокой эффективности суммарных, простых галеновых препаратов в сравнении с веществами даже природного происхождения никем не исследуется, не замечается, а потому не обсуждается. В то же время идет примитивная погоня за рецептами сборов традиционных медийн, за их составами (не принципами сочетания). Вызываемое адаптогенами СНПС характеризуется не только мобилизацией защитных механизмов, но и **ускорением процессов репарации, восстановления структурного, биохимического и функционального гомеостаза**. В какой мере и многие другие растения сходны по своему действию с классическими фитоадаптогенами можно судить по их фармакологическим свойствам и клинической эффективности. Положительное влияние растений на процессы регенерации позволяет надеяться на возможность ремиелинизации, но подтверждение этой гипотезы современными методами нейровизуализации — дело будущего.

1) Возглавляет наш список по частоте применения не корень солодки, не классические фитоадаптогены, чего следовало бы ожидать в связи с данными М. А. Гриневич, а лист и ветви **Малины обыкновенной** *Rubus idaeus* (семейство Розоцветные *Rosaceae*). Они включены в 98,7 % сборов. В тибетской традиционной медицине применяют именно олиственные ветви малины («Чжуд-ши»). Безвредность малины подтверждена многовековым применением листа ее в качестве суррогата чая в разных регионах (Растительные ресурсы, СССР, 1987, с. 90–91; Барнаулов О. Д., 2016). Ее так называемые **противовоспалительные свойства** многократно подтверждены экспериментально, их в течение многих веков с успехом использовали в медицинах разных народов. Они весьма существенны при рассеянном склерозе, поскольку в зонах демиелинизации идет активный воспалительный процесс. Но настой листа малины ограничивает не только стадию экссудации и пролиферации, он проявляет **противоальтеративные, антидеструктивные свойства**. Так, он препятствует падению детоксикационной функции печени при затравке мышей четыреххлористым углеродом, которая зависит от количества неповрежденных гепатоцитов. Малина повышает

резистентность сосудов кожи к повреждающему действию ксилола. **Вазопротективное действие малины** и других многочисленных растений (оно фоновое) существенно при рассеянном склерозе, поскольку очаги демиелинизации образуются по ходу сосудов. Наиболее четко **гастропротективное, антидеструктивное действие** настоя малины при пероральном 7-дневном превентивном введении мышам прослежено нами на модели полнослойных некрозов желудка (введение 4 % раствора уксусной кислоты под серозную оболочку). Настой листа малины ограничивал площадь некроза, что коррелировало с уменьшением индекса меченных ^3H -тимидином ядер в принекротической зоне, и ускорял их заживление. Угнетающего влияния на ЦНС настоей не оказывал. Предвижу (и выслушивал) возражение: мы разбираем арсенал растений для лечения больных деструктивным аутоиммунным заболеванием мозга, причем тут печень, желудок, сосуды кожи? Ох, уж эти наивные поорганные специалисты по левой ноздре. Существующие модельки рассеянного склероза на морских свинках и других животных, может быть, в какой-то мере напоминают аутоиммунный процесс, но не рассеянный склероз у человека, хотя бы потому, что основным провокатором дебюта и эскалаций являются стрессы, разводы, потеря работы, материальная необеспеченность, болезни близких, даже экзамены, то есть социальные, так называемые средовые факторы. Антидеструктивное действие растений осуществляется не поорганно, а системно, поскольку они вызывают СНПС организма. В связи с полной демократизацией всей страны довести до логического конца изучение влияния настоя листа малины на ЦНС не удалось, но малиновый чай ни возбуждающего, ни угнетающего действия на человека не оказывает. **Детоксикационное действие малины** существенно не столько при укусах змей и скорпионов, что отражено в ряде источников, оно проявляется при инфекциях, в какой-то мере обуславливает и антипиретический эффект. Потогонное, разрешающее действие того же малинового варенья и малинового чая при ОРВИ, пневмониях и других инфекционных, воспалительных заболеваниях, сопровождающихся интоксикацией, общеизвестно.

В Китае, Корее (Чхве Тхэсон, 1987) используют ягоды малины при импотенции, женском бесплодии. Биологически детерминированный лечебный, положительный гонадотропный эффект ягод малины (в отличие от иммуносупрессоров) понятен: животное поедает их, семена в ЖКТ повышают всхожесть, претерпевая ферментно-кислотную стратификацию, свежие ягоды умеренно послабляют, затем с фекалиями, удобрениями животное высевает семена,

расширяя ареал произрастания растения. Но вот тот факт, что и листья проявляют заботу о здоровье животных, нашему аналитически-вивисекционно воспитанному разуму непонятно. Да ведь тот же медведь и листья прихватывает. **Положительное гонадотропное действие** не следует вычленять из общего ансамбля. Это еще один маркер, звоночек относительно общеукрепляющего организменного уровня действия малины. Впрочем, как мы убедимся в последующем, эта направленность действия весьма существенна для больных рассеянным склерозом и многими другими заболеваниями. Сырье (листья, молодые олиственные ветви) абсолютно доступно в любом количестве. При хищническом, тотальном истреблении лесов, лесных пожарах, вырубке и палы зарастают малиной. Любой фитотерапевт может собрать какие угодно количества листа малины. Поскольку просто так в суррогаты чая растения не выбирают, можно легко убедиться в приятном вкусе настоя. Лист малины смягчает горечь, корректирует вкус настоя поликомпонентного сбора. В какой-то мере лист малины можно воспринять как активную основу, конституент сбора, поскольку те же пряности в нем, как и в еде, доминировать не могут, а многие фитоадаптогены далеко не всегда доступны. **Малина — обязательный компонент блоков так называемых противовоспалительных растений** (солодка, ива, ромашка, шалфей, тысячелистник, зверобой, лабазник, вахта, володушка, репешок, липа, череда и др.). В последние годы лист малины, по сообщению проф. Е. Е. Лесиовской, как будто бы стал официнален (аптечен), дозволен к применению, но широкого использования его врачами мы не наблюдаем, хотя, с нашей точки зрения, необходима пропаганда применения его не только фитотерапевтами, но и всеми врачами. Под руководством Зурабовых, Голиковых, Скворцовых и продолжателей их «дела» положительных подвижек в здравоохранении, мобилизации растительных ресурсов страны для снижения заболеваемости, достижения высокого профилактического, лечебного эффекта, повышения рождаемости ожидать не приходится. Во 2-й сбор, не подвергающийся длительной термической обработке, помещаем 20–50 г листа малины (см. рецептуру ниже).

Химический состав. Противовоспалительное действие малины принято объяснять наличием в ней салицилатов, но сведений о наличии их в листьях или плодах мы не находим в лучшем на сегодня справочнике «Растительные ресурсы СССР», (1987). Богатый флавоноидный состав (витамины группы Р), каротиноиды (провитамины А), витамины С, Е, наличие катехинов, фенолкарбоновых кислот. Из них для кофейной и галловой кислот нами установлено

умеренное не прямое адреномиметическое действие, что имеет прямое отношение к теории адаптационно-трофической функции симпатической нервной системы Л. А. Орбели. Понятно, что в листьях содержится необходимый нам хлорофилл (Fe в порфириновом кольце). Сочетание перечисленных групп природных соединений с макро- и многочисленными микроэлементами может объяснить высокий противовоспалительный, разрешающий эффект настоя листьев малины.

Позволю себе лирическое отступление. Проживающие в Ленинградской области вепсы, потомки летописной Веси, в военные, до- и послевоенные годы плотно укладывали в корзины малиновый лист, подвешивали их на проветриваемом чердаке, где лист ферментировался, чернел и одновременно сох. Заваривали его как чай, впрочем, и чагу тоже. Позднее, когда появился сначала грузинский чай с палками, потом в 1960–1970-е годы индийский чай со слониками, а в XXI в. — цейлонский, шри-ланкийский, крупнолистовой, обычай этот угас. Правда, не всегда, особенно в спившихся семьях, были деньги на чай. По данным диссертационной работы Л. Г. Заславского, вепсы в Ленинградской области **наименее часто болеют рассеянным склерозом**, что наивно было объяснено обилием рыбы в их рационе (омега-3?). Малиновым чаем это тоже не объясняется. Во-первых, болеть стало почти некому, поскольку численность их в советские и демократические времена резко сократилась с 36 до 5 тысяч. Во-вторых, исчезновение вепсов связано не только с их эмиграцией из мест многовекового обитания, но и с тем, что потомки великой Веси спиваются, как и многие монголоиды, народы Севера. С умирающими народами уходят и народные обычаи, в частности, методы лечения и профилактики болезней с помощью лекарственных растений, использование оздоравливающих суррогатов чая (Барнаулов О. Д., Барнаулов О. А., 2019). В справочнике «Растительные ресурсы СССР» мы также найдем сведения о малиновом чае, популярном у русских: листья с зелеными, несозревшими ягодами.

2) Корни **Солодки уральской** *Glycyrrhiza uralensis*, **С. голой** *G. glabra*, семейство Бобовые *Fabaceae* или *Leguminosae* использованы в 98 % сборов. В фармацевтической промышленности эти виды не различают, но традиционные медицины предпочитают первый вид, который и является наиболее часто, в 63 %, применяемым растением в странах Восточной Азии, лидером среди 30 элитных лекарственных растений (Гриневич М. А., 1990). По данным А. Ф. Гамерман, если из 156 китайских рецептов солодка встречается в 61 (39 %),

то из 150 рецептов Тибета она фигурирует в 40 (27 %), что не согласуется с более тщательно проведенной работой М. А. Гриневич. В тибетской традиционной медицине солодка является если не доминирующим, то вполне востребованным растением. Заметим, что выборка рецептов всеми авторами была случайной. Солодка чрезвычайно популярна в аюрведической традиционной индийской медицине. Естественно, что считается она по вкусу сладкой, отсюда русское название ее. Солодка корректирует горький вкус других растений. **Универсальность солодки как лекарства** определяется в аюрведической медицине тем, что она подходит ко всем трем основным конституциональным типам («дошам»), а в китайской — ко всем меридианам. «Воздействует на все ткани-элементы» (Лад В., Фроули Д., 1997). **Солодка повышает биодоступность лекарств.** Универсальность обуславливает широчайший спектр назначений и наиболее частое применение. Отработаны желательные сочетания со многими растениями, к примеру, с имбирем, кардамоном и другими, поскольку корень солодки является среди прочего еще и «уравновешивающим» компонентом сборов. В аюрведической медицине, помимо множества свойств солодки (противовоспалительные, детоксикационные, послабляющие, месячнотонные, повышающие либидо, укрепляющие нервную систему, седативные, отхаркивающие, спазмолитические...), акцентируется внимание на ее омолаживающих и тонизирующих (в смысле общеукрепляющих, а не стимулирующих, не возбуждающих) свойствах. В тибетской медицине ее определяют как средство, **продляющее жизнь**. В наших условиях, когда пациенты запоздало прибегают к фитотерапии после неэффективности еще не сформировавшихся для рассеянного склероза методов ортодоксальной медицины, мы имеем дело зачастую с тяжелыми, запущенными больными, и потому солодку приходится применять чаще, чем это констатировано вышеприведенными авторами. Дозы корня солодки — 20–60 г в составе первого сбора (см. рецептуру). К примеру, при лечении часто и длительно болеющих детей солодку использовали в 92 % сборов. Более часто использовали ее и при лечении больных тяжелыми пневмониями, туберкулезом легких, аллергическими заболеваниями.

Химический состав обоих видов принципиально не различается. В связи с популярностью растения изучен подробно. Корни содержат десятки тритерпеновых соединений, из которых доминирующими являются глицирризиновая (до 23 %) и глицирретиновая кислоты. Фенолкарбоновые кислоты: салициловая, ее ацетат, феруловая, синаповая. Органические кислоты: янтарная, лимонная,

Глава 5

ПРИНЦИПЫ И НЮАНСЫ СОСТАВЛЕНИЯ ПОЛИКОМПОНЕНТНЫХ КОМПОЗИЦИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ РАСТЕНИЙ, ТАКТИКА ФИТОТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

Эти принципы изложены с некоторой иллюзорной надеждой на то, что успешно примененные методы фитотерапии, арсенал растений, обязательность индивидуализации назначений (персонификации) сообразно течению заболевания, полу, возрасту, конституциональным, психоэмоциональным, интеллектуальным особенностям пациента будут переняты хотя бы некоторыми коллегами-фитотерапевтами. Беспочвенные мечтания об использовании эффективных методов фитотерапии неврологами сегодня не имеют оснований. Некоторые подвижки есть. Все чаще неврологи, коллеги из разных регионов, будучи не в силах осуществлять фитотерапию (нужны знания, арсенал, условия, разрешение начальства, а в принципе — поддержка государства, но главное — желание не изображать помощь больным рассеянным склерозом назначением ПИТРС, а действительно лечить их), все чаще направляют больных ко мне. Мотивация — наблюдение клинического эффекта лечения сложными композициями лекарственных растений. Чем с большим количеством моих коллег будет осуществляться фитотерапия больных рассеянным склерозом, тем ближе к разрешению будет эта проблема в коллективном поиске. По крайней мере будут определены не столь уж узкие границы успеха, а возможно, и направления расширения этих границ. Среди прочего необходима просветительская работа среди врачей по поводу искоренения явного проявления невежества, поддерживаемого фармбизнесом, агрессивного отношения к фитотерапии, науке, имеющей многотысячелетнюю историю, обзывания ее альтернативной, комплементарной и даже нетрадиционной медициной.

1. Здесь очевидны повторы ряда аксиом традиционных медицинских, многократно предъявленных в тексте. Понятно, что своими наблюдениями, опытом успешной фитотерапии больных рассеянным склерозом, ЦВБ, эпилепсией, неврозами (Барнаулов О. Д., 2018) хотелось бы в первую очередь поделиться с коллегами-фитотерапевтами, имеющими хотя бы относительно широкий арсенал лекарственных

растений, а стало быть, возможность творчески осуществлять предлагаемые на рассмотрение, обсуждение, дискуссию, продуктивную критику принципы. Очевидно, что больных деструктивным заболеванием мозга (да и другими заболеваниями) нельзя лечить каким-то одним растением, как это необоснованно предлагалось, к примеру, в отношении мордовника, куркумы (куркумина), чины. Обязательно **освоение опыта традиционных медий по составлению поликомпонентных сборов**, равно как нужна по возможности исчерпывающая информация о каждом растении, каждом компоненте, о своеобразных отработанных блоках-кирпичиках их сочетаний, что особенно четко сделано в индийской, индо-тибетской, ирано-таджикской медицинах, а также в Китае, Корее. Принцип **«чем тяжелее патология, тем более поликомпонентен сбор»** не освоен за незнанием его, поскольку лечение сборами лекарственных растений в нашей неврологии полностью отсутствует. Общение с представителями тибетской традиционной медицины, ее бурятской ветви позволяет учесть их мнение о том, что **ограничений в отношении количества компонентов сборов не существует**. Их недоумение вызывает весьма скудный арсенал, используемый нашими фитотерапевтами, а из него, понятно, поликомпонентные сборы составлять затруднительно. В частности, мне было замечено отсутствие в рецептуре видов перца, нечастое использование некоторых других пряностей, например, кардамона. Маркерами профессионализма фитотерапевта является частота использования, сочетания элитных лекарственных растений стран Азии, знание их (солодка, ремания, унаби, мандарин, Астрagal перепончатый, шлемник, володушка, имбирь, диоскорея, подорожник, дягиль, пион, классические фитоадаптогены и др.) (Гринеvич М. А., 1990). Понятно, что ассимиляция принципов фитотерапии по надежным источникам должна осуществляться критически, например, в отношении «лекарств из драгоценностей» («Чжудши»), создания терьяка (Авиценна), ношения амулетов (Амасиаци, Гален) и т. д. Но еще большую опасность представляют утверждения самопровозглашенных мессий, популайно иллюстрированные книжечки занимающихся саморекламой в корыстных целях, безграмотные, но не сомневающиеся в себе авторы макулатурных проспектов «о траvках». Чтобы не заблудиться, нужно уметь отделять зерна от плевел, иметь надежные источники. Некоторые из них приведены в тексте, в списке основной литературы.

2. **Взаимозаменяемость видов** за отсутствием эндемичных, доступных растений вполне принята в Тибете, Индии. Так, В. Лад и Д. Фроули приводят списки синергистов, сходно действующих видов, в коем

можно найти и доступное нам сырье. **Сочетание ленты синергично действующих растений**, своеобразная подстраховка позволяют традиционным медицинам демонстрировать высокий терапевтический эффект. Сведения о том, что чем можно заменить, находим у Амирдовлата Амасиаци, в источниках ирано-таджикской, индийской традиционных медийн. Собственные выводы о взаимозаменяемости видов можно сделать при анализе, к сожалению, кратких, но все же имеющихся данных о медицинском применении растений в многотомном справочнике «Растительные ресурсы СССР» (последующая попытка его переиздания относительно растительных ресурсов России не выдерживает критики). Некоторые из этих сведений имеют экспериментальные подтверждения, как, например, относительно плодов видов боярышника, которые в настоящее время принято рассматривать в качестве одних из средств, улучшающих перфузию жизненно важных органов. Поскольку даже при начальных симптомах рассеянного склероза — только сенсорные расстройства, быстрая утомляемость, РБН — мы должны отнести заболевание к разряду тяжелых с угрозой инвалидизации и с непрогнозируемым течением, как это и постулировано в неврологии, уже в дебюте фитотерапии сборы должны быть поликомпонентными с продуманным составом растений.

3. Меня часто спрашивают на лекциях, конференциях, что нужно знать, чтобы составить поликомпонентный сбор. Знать, конечно, нужно много, эти знания накапливали многие и многие поколения, но из одних знаний сбор не составишь. Тяжелейшей задачей фитотерапевта является продуманное создание, содержание, по возможности расширение **арсенала лекарственных растений**, с помощью которых можно было бы предельно нацеленно составлять персонализированный, предназначенный для конкретного пациента сбор. Учитывая полное игнорирование фитотерапии государством, медицинскими чиновниками, многое приходится заготавливать самим. Ранее приведены примеры **возможных масштабных самозаготовок** кипрея, лабазника, зверобоя, купыря, Полыни обыкновенной, вербейника, герани, вероники, сныти, багульника, вереска, чины, голубики, черники, василька, видов горца, листа ивы, малины, черемухи, вахты, купальницы, десятков дикорастущих лекарственных растений. Игнорирование этих возможностей приводит к закупкам не всегда качественного (свое — надежнее), но всегда недешевого сырья, а это в свою очередь — к удорожанию услуг фитотерапевта, весьма ограничивает оказание бесплатной помощи малоимущим, инвалидам, снижает экономическую доступность фитотерапии, которая в сочетании с высокой эффективностью существенно

отличается от воцарившейся дорогостоящей коммерческой медицины. К сбору растений во время отпуска и неоплачиваемых командировок приходится привлекать коллег-энтузиастов, своих, уже взрослых, детей (врачи), друзей, родственников, приятелей. Это не «плач Ярославны», а суровейшие реалии, при которых создаешь себе возможность следовать этим самым принципам фитотерапии больных рассеянным склерозом и другими заболеваниями. На протяжении многих лет я сталкивался, за исключением академика Н. П. Бехтеревой и некоторых ее коллег, только с сопротивлением крупной, средней и мелкой (замы по АХЧ, по тряпкам) администрации Института мозга человека созданию арсенала лекарственных растений, изучению их эффективности, вплоть до угрозы сжечь 355 видов их. У фитоонколога профессора К. В. Яременко в ЛОР НИИ растения сожгли — вандализм. Эти нюансы начинающим, порою наивным фитотерапевтам нужно знать: путь не будет устлан розами, сплошные тернии, барьеры, вымогательства, запреты. Что же касается все-таки неизбежных закупок, то со временем очерчиваются надежные поставщики, к примеру, «Фитоцентр Гордеева М. В.» в Санкт-Петербурге, основатель которого ботаник кандидат биологических наук Михаил Викторович Гордеев прекрасно знает лекарственную флору Башкирии, но и в целом России.

В основном трактате тибетской медицины «Чжуд-ши» приведены устойчивые типовые блоки-кирпичики, из которых составляют поликомпонентные сборы. За недоступностью большинства этих кирпичиков мы вынуждены составлять из нашего сырья свои, тем или иным образом подтвердившие в недавнем прошлом эффективность клинически, экспериментально, а также по сведениям о результатах многотысячелетнего применения их в народных и традиционных медицинах. Примеры с успехом применяемых мною блоков при явном дефиците тех или иных видов сырья, а следовательно, ограничении их количества в сборе можно увидеть в приводимой рецептуре и ниже в тексте.

4. Растения-церебропротекторы с установленной или обоснованно подозреваемой активностью привлекают внимание в первую очередь. Самостоятельная критическая выборка из своих результатов, публикаций коллег, других источников как раз и является элементом постоянной работы профессионала. Увы, но систематических экспериментальных поисков, широкого скрининга растений-церебропротекторов общепринятыми (например, для ноотропов) методами на основе выборки из первоисточников не проводится. Такими методами в нашей практике при весьма ограниченных

возможностях были: 1) обнаружение антигипоксантных свойств при гипобарической гипоксии, гипоксии с гиперкапнией, менее при гемической гипоксии; 2) положительное влияние на выработку и осуществление условных рефлексов активного избегания; 3) сохранение условного рефлекса пассивного избегания после максимального электрошока (МЭШ); 4) быстрое восстановление исследовательского поведения мышей в открытом поле после МЭШ, коразолового шока, умеренной электротравмы, оптимизация исследовательского поведения у интактных мышей; 5) повышение толерантности к церебротоксическим ядам и воздействиям (коразол, тиосемикарбазид, стрихнин, МЭШ) **после курсового перорального введения фитопрепаратов**, то есть по достижении СНПС. Это не аналогично противосудорожному действию синтетических антиконвульсантов, так как растения его не оказывают. Однократное введение фитопрепаратов, тем более парентеральное, а таковое является грубой методической ошибкой (Барнаулов О. Д., 1988), не позволяет достичь СНПС, что подтверждено неэффективностью в экспериментах.

К сожалению, не только экспериментального скрининга, но и целенаправленной выборки по данным литературы хотя бы единичных растений, обоснованно подозреваемых в церебропротективной активности, не осуществляется. Понятно, что в «Чжуд-ши» и в других того и более позднего времени источниках мы не встретим диагноза «рассеянный склероз», термина «церебропротектор», поэтому следует базироваться на «косвенных уликах». Выше акцентировано внимание на матрице показаний к применению, позволяющих заподозрить у растения церебропротективные свойства: инсульты, параличи, шаткость походки (атаксия), тремор, бессонница, головные боли, головокружения, нарушения кожной чувствительности, синильные изменения, симптомы неврозов, нейросенсорная тугоухость, снижение памяти, мотивации, эпилепсия (падучая), бешенство (водобоязнь), прочие нейроинфекции. Перечислю родовые названия основных желательных для использования растений: солодка, ремания, классические адаптогены: женьшень, аралия, заманиха, элеутерококк, левзея, родиола, лимонник, а также плющ, валериана, шикша, пион, лабазник, аир, девясил, зверобой, очиток, кипрей. Выбор пряностей, «делающих ясным ум», правильнее всего делать по А. Амасиаци. В нашей практике это мускатный орех, бадьян, гвоздика, корица, анис, дягиль, куркума, имбирь, наиболее часто сочетаемый с солодкой в Китае, Корее. Этим пряностям, как практически всем растениям, присущи не только

церебропротективные, но и прочие многочисленные лечебные свойства, которые также нужно учитывать.

5. Применение растений, которые можно трактовать в качестве **иммунокорректоров**, позволяет вкупе с церебропротекторами и прочими блоками добиться предупреждения эксацербаций, редукции некоторых симптомов: солодка (!), ремания, шлемник, череда, ромашка, тысячелистник, паслен, фиалка, черноголовка, ряска, лопух, короставник, дасифора (курильский чай), аир, девясил, багульник, пряность корица, лабазник, калина, копеечник — классические адаптогены. Этот раздел требует большой работы по выборке растений, применяемых при проявлениях atopических дерматозов, крапивницы, сенной лихорадки, бронхиальной астмы, отека Квинке. Речь идет о **растениях-десенсибилизантах**, мобилизующих иммунные механизмы противодействия взбесившемуся иммунитету (интерфероны, интерлейкины, моноклональные антитела, снижение чувствительности клеток-мишеней к аутоиммуноагрессии). То, что такие растения есть, подсказывает опыт многотысячелетнего развития фитотерапии, да и свой опыт, подтверждающий их эффективность при перечисленных заболеваниях. Собственная практика применения блоков растений при аллергиях и рассеянном склерозе позволяет утверждать необходимость поиска, широких клинических испытаний растений-десенсибилизантов, а также пересмотра целесообразности применения интерферонов, действующих одноканально в противовес иммунокорректирующей фитотерапии. Сегодня лишь по прецеденту эффективности можно сделать хотя бы некоторую выборку растений-десенсибилизантов. Выяснение механизмов их иммунокорректирующего действия — широчайшее поле деятельности для тех, кого еще не заставили расхотеть заниматься наукой и кто имеет для того возможности. Доказано, что это влияние на цитокиновый статус (Шанин С. Н., 1996), возможно, на продукцию собственных β -интерферонов, инициируемую растительными, дрожжевыми полисахаридами. Мы знаем, что растения осуществляют противоаллергическую защиту, умеренно повышая, в частности, уровень в крови наших собственных кортикостероидов, оказывая в разной степени адреномиметическое действие. Рассмотрение всего спектра мобилизуемой растениями иммунной, нейроэндокринной, ферментной, антиоксидантной, гуморальной аутозащиты, а не какого-то одного эклектически выхваченного из перечисленных звеньев — затруднительнейшая, да и едва ли выполнимая сегодня задача. Разрешение ее, да даже постановка задачи в наше смутное коммерческое время, в эпоху перемен сомнительно.

Глава 8

РЕЗУЛЬТАТЫ КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ ФИТОТЕРАПИИ В МОДЕЛЬНОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ АУТОИММУННЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ — НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ

Рассеянный склероз — далеко не единственное аутоиммунное заболевание, а потому при выборе другой клинической модели для проверки правильности фитотерапевтического подхода к болезням такой этиологии мною выбран НЯК, который также не имеет положительного медикаментозного решения и подлежит в период дебюта и обострений гормональной пульс-терапии. В последующем больным назначают гормональную терапию амбулаторно со всеми вытекающими осложнениями. Понятно, что в группу фитотерапии ИМЧ обращались единичные пациенты, но даже в этой небольшой модельной группе наблюдали высокоположительный, демонстративный эффект. У трех больных были обострения, причем у одного требующие госпитализации, но в последующем они прекратились. Симптоматично, что обострения возникали в связи с самопроизвольным перерывом в фитотерапии, поскольку пациенты сочли себя выздоровевшими. «Осложнением» фитотерапии в 1 случае, как и у больных рассеянным склерозом, была беременность: доношенный, здоровый ребенок. Привожу основное содержание статьи, опубликованной в журнале «Традиционная медицина», с той оговоркой, что к настоящему времени наблюдали 22 пациента, и лишь у 1 результат следует считать неубедительным в связи с обострениями до 2–3 раз в год, протекающими, впрочем, не столь тяжело, как ранее.

Казалось бы, где толстая кишка и где головной мозг? Такой вопрос в уничижительно критическом жанре задал мне не кто-нибудь, а сам бывший директор Института мозга человека С. В. Медведев, категорически утверждая, что у нас тут не институт толстого кишечника и не проктологией мы должны заниматься. Тем не менее этот модельный клинический эксперимент определения эффективности фитотерапии при НЯК был проведен сознательно, поскольку интересен был как суммарный эффект, так и выяснение рациональности

включения блока растений-десенсибилизантов, иммунокорректоров в поликомпонентные сборы. Методы традиционных и народных медицины (закрепляющая, гемостатическая, противовоспалительная терапия) позволяют в несколько иной плоскости подойти к ортодоксальному медикаментозному лечению больных НЯК. Однако и интересующее нас однонаправленное, только десенсибилизирующее лечение, особенно при обострении НЯК, также было бы ошибкой, поскольку необходимо применять закрепляющие, кровоостанавливающие, вазопротективные, противовоспалительные, спазмолитические, ветрогонные, ускоряющие регенерацию и прочей направленности действия растения, что предполагает поликомпонентность сборов, типичную для традиционных медицины, но не освоенную отечественной фитотерапией. Второй особенностью НЯК является справедливое причисление его к типичным психосоматическим заболеваниям, причиной дебюта и обострения которых, как и у больных рассеянным склерозом, зачастую являются стрессы у эмоционально лабильных, невротизированных, астеничных людей (Абдулхаков С. Р., Абдулхаков Р. А., 2009). Третьим моментом при фитотерапии больных НЯК, как и любым другим заболеванием, включая рассеянный склероз, является необходимость учета так называемых сопутствующих заболеваний, пола, возраста, конституции, длительности, тяжести НЯК, сугубо индивидуальный подход к составлению поликомпонентных сборов. Возможность эффективной фитотерапии не только при диареях, но и при «язвах кишечника» была определена в различных традиционных медицинах, в частности в ирано-таджикской великим Абу Али ибн Сино (Авиценной) в XI в. и другими ее представителями, а в армянской и тюркской — Амирдовлатом Амасиаци в XV в. Соответственно, задачей нашего исследования была ассимиляция методов традиционных медицины и клиническая апробация эффективности фитотерапии при лечении больных НЯК.

Методы исследования. Проводили проспективное наблюдение эффективности фитотерапии группы больных НЯК. Диагноз каждого пациента был ранее подтвержден колоноскопией и клинически при неоднократных госпитализациях. Сомнительные случаи, непостоянно или однократно лечившиеся больные (только в период обострения), пациенты только с болезнью Крона исключены. Наблюдали пациентов в течение 2,5–12 лет. Основной задачей считали слежение за эффективностью настоев поликомпонентных сборов с включением тех растений, противоаллергическая, иммуномодулирующая активность которых доказана или же с достаточными основаниями

подозревается по применению их в народных или традиционных медицинах. Лидером их, как и вообще элитных лекарственных растений стран Восточной Азии (Китай, Корея, Япония), считается корень Солодки уральской, С. голой (Гриневич М. А., 1990). Остальные противоаллергические растения выделены в каждом из приведенных рецептов. Для краткости в данном разделе состав сборов приведен построчно, как и в опубликованной статье.

Данные клинических наблюдений

Наблюдение 1. Больной Г. Б. Я. родился 29.11.1947 (52 года). Инженер-электронщик, директор крупной частной компании. Обратился 12.10.1999 по поводу обострения НЯК, коим страдает 10 лет. Диагноз верифицирован колоноскопиями (язвенные поражения прямой, сигмовидной, начала поперечно-ободочной кишки), неоднократно лечился стационарно с последующей периодической амбулаторной гормонотерапией, от которой 4 года тому назад постепенно (был предупрежден о симптоме рикошета) отказался в связи с высокими побочными явлениями. Салофальк неэффективен. Эпизодические обострения за эти 4 года быстро проходили, но в конце августа, в сентябре по нарастающей участились болезненные дефекации (к настоящему времени до 20 в сутки), присоединились непродуктивные тенезмы, боли по ходу сигмовидной и поперечно-ободочной кишки. Стул жидкий, неоформленный, постоянно с кровью и слизью, профузная диарея, мучительные перистальтика, метеоризм. Иногда умеренные ознобы, субфебрильная температура, потеря массы 6 кг за 8–9 дней. Отрыжка пустая, сочувственная тенезмам, тошнота, умеренные, не частые боли в правом подреберье (ранее на УЗИ — «косвенные признаки дискинезии желчевыводящих путей по гипокинетическому типу»). Заграничные и даже внутригородские поездки невозможны. Маршрут дом — работа на машине. Перестать работать по сложным производственно-финансовым обстоятельствам не может (синдром незаменимости, что затрудняет общение), кабинет напротив личного туалета. Больному мною рекомендовано лечиться стационарно, но обращаться в поликлинику с последующей госпитализацией не хочет, поскольку разуверился в эффективности ранее проводимой терапии. Эпизодически последние 4 года относительно успешно лечился у какого-то знахаря сборами из лекарственных растений, состав которых не был раскрыт, контакт с ним потерян. Считает, что провокатором обострения был банан, но при тщательном опросе выяснено, что последнее время

работает на износ на фоне постоянного производственного стресса. Нормотоник, иногда АД повышается, тахикардии, «перебои», реже — поколы в области сердца на фоне персистирующего стресса. Пациент соглашается с чрезвычайной эмоциональной лабильностью, просит помочь успокоиться, снизить реакцию на стрессы (явный астеноневроз, отягощающий рецидив НЯК). Несмотря на спортивные нагрузки вне обострений (беговые лыжи, теннис, зарядка), обливания, нередко, до 4 раз в год болеет ОРВИ. Прикорневой пневмофиброз — следствие незамеченной, перенесенной на ногах пневмонии. Не курит, алкоголь (виски, коньяк) потребляет изредка, умеренно. Угнетен тем, что не может есть ничего из любимой пищи (сельдь, красная рыба, маринады, ветчина, мясо, зелень, томаты, фруктовые соки), а вынужден питаться нелюбимыми им кашами (овсянка, рис). Направлен ко мне в ИМЧ РАН кем-то из пациентов.

Приведу состав первого сбора, приведшего уже в первые 3 дня к уменьшению количества дефекаций, купированию болей, а затем в течение 2–3 недель к полному прекращению диареи.

Рецепт: корень Солодки уральской* — 40,0, корневище Аира болотного* — 20,0, корень Девясила высокого* — 20,0, лист и цветки Девясила высокого* — 20,0, побеги Багульника болотного* — 20,0, надз. часть Чистотела большого — 20,0, лист Кипрея узколистного — 30,0, надз. часть Череды трехраздельной*, надз. часть Ромашки лекарственной* — 20,0, цветки — 40,0 и лист Лабазника вязолистного* — 30,0 (блок десенсибилизантов, растений, снижающих болевой синдром оказывающих противовоспалительное, седативное действие), надз. часть Зверобоя продырявленного — 30,0, лист Малины обыкновенной 20,0, лист Ивы белой — 20,0, лист Шалфея лекарственного — 20,0 (противовоспалительный блок), надз. часть Герани луговой 20,0, надз. часть Вероники лекарственной — 10,0, корень Кровохлебки лекарственной — 20,0, корень Ревеня пальчатого — 10,0, надз. часть Щавеля конского — 20,0, надз. часть Горца почечуйного — 10,0, надз. часть Горца змеиного — 20,0, плоды Аронии черноплодной — 10,0, плоды Шиповника майского — 40,0 (гемостатики, дубильные, закрепляющие), надз. часть Мята полевой, Душицы обыкновенной — по 10,0, плоды Укропа душистого, Кориандра посевного, Фенхеля обыкновенного, Аниса обыкновенного — по 10,0 (спазмолитики, ветрогонные), корни Элеутерококка колючего*, Аралии высокой* — по 20,0 (полифункциональные адаптогены), надз. часть Сушеницы топяной, лист Подорожника большого (оптимизируют регенерацию) — по 30,0.

Здесь и далее звездочками отмечены растения с доказанной, используемой в народных и традиционных медицинах противоал-

лергической, десенсибилизирующей активностью. В скобках приведена лишь основная направленность действия блоков растений, что характерно для классической фармакологии, но узкая, как бы основная трактовка лекарственного действия каждого растения была бы ошибочна. Так, зверобой (трава Святого Джона) легендарна как джербай — целитель ран (казах.), оптимизирует процессы регенерации, оказывает вазопротективное, гепатопротективное и другое действие и имеет широчайший спектр показаний к применению (см. выше). Для лабазника (таволги) также характерно высоко позитивное влияние на процессы регенерации, закрепляющее дубильное, гемостатическое, противоальтеративное, гепатопротективное, противоаллергическое действие. Чистотел, багульник, кипрей, кориандр не только оказывают умеренное анальгетическое, но и стресс-лимитирующее, антиневротическое, седативное, спазмолитическое, но и ряд других действий.

Через 3 недели параллельно фитотерапии назначены 2 таблетки мумие (0,4 г), которое помимо оптимизации процессов регенерации предположительно оказывает и противоаллергическое действие.

Приготовление: в эмалированной без сколов посуде 2–3 столовые ложки измельченного сбора залить 1 л воды, вымочить, перемешивая, довести до кипения, томить на малом огне 5–7 мин, слить все с сырьем в термос, принимать настой теплым. Такое приготовление имеет преимущества по цветности (показатель экстрагируемости), по эффективности в сравнении с фармакопейным настаиванием на водяной бане, что аттестировано на тысячах больных с различными заболеваниями. Ударная доза утром — 1 стакан. Затем принимать по 100–150 мл по принципу «чем чаще, тем лучше» до еды, в межпищеварительные промежутки, но возможно и после еды. Термос рекомендовано брать на работу.

Пациент в течение 3 лет эпизодически, чаще осенью (характерны именно сезонные обострения) проводил противорецидивные курсы. В сборы вводили холеретики, гепатопротекторы (календула, бессмертник, кукурузные рыльца, пижма, крапива, расторопша). Затем контакт был утрачен. 17.02.2015 (через 13 лет после последнего обращения) попросил помощи по поводу изжоги, отрыжек, болей в эпигастрии. Фиброгастроскопия: эрозивный гастрит. Умеренные гипертензии до 130–140/80–90 вместо нормы 110–120/70–80 мм рт. ст. Повышена активность АЛТ и АСТ, уровень общего холестерина в крови. Состав сбора не привожу, поскольку успешная фитотерапия по данным показаниям вне темы. Что же касается НЯК, то пациент считает себя полностью излеченным, рецидивов

за все прошедшие годы не было. Диету менее чем через год фитотерапии расширил, при редких диареях прибегает к воздержанию от агрессивных диетических продуктов, даже голоданию, рисовому отвару, крепкому чаю, настою шиповника, мумие. Работает, ездит в командировки за рубеж.

Наблюдение 2. Пациент Р. И. А. родился 24.02.1964. Обратился в 37 лет. Болеет НЯК в течение 16 лет с многократными обострениями, госпитализациями. Диагноз неоднократно подтвержден клинически и колоноскопией, которую пациент перестал переносить, а в связи с этим боится госпитализации. В течение этого года серия обострений, не помогают преднизолон и прочая медикаментозная терапия. Кто-то из псевдознатоков пытался помочь пациенту уринотерапией — без эффекта. Ленточный кашицеобразный стул с кровью, гноем и слизью, тенезмы, боли и болезненность в области сигмовидной и прямой кишки, непродуктивные дефекации 5–7 раз в сутки, мучительный метеоризм, перистальтика с болями. Изжоги, отрыжки, умеренные боли и дискомфорт в эпигастрии связывает со стероидной терапией. Тянущие боли в правом подреберье. Психосоматический характер НЯК подтверждается тем, что пусковым моментом обострений чаще всего у всех пациентов являются стрессы. Больной в панике, чрезвычайно взбудоражен, предельно пессимистически настроен в отношении возможности не только что излечения, но улучшения. Очевидно астенодепрессивное состояние. Прочие наиболее значимые моменты: на преднизолоне набрал массу тела до 83–85 кг при росте 175 см. В течение 12 лет частые головные боли, разлитые (лоб, темя, виски), купируемые цитрамоном. Неврологи объясняют их вертеброгенной компрессией правой позвоночной артерии. Изредка по утрам головокружения (связывает с приемом 1–2 кружек пива вечером). 4 года тому назад перенес бронхопневмонию, 10 лет тому назад — сухой плеврит, в 1999 г. впервые *herpes labialis*. Простудными заболеваниями в настоящее время болеет редко (0–2 раза в год). В течение 5 лет болеет хроническим простатитом с типичной картиной: никтурия и поллакиурии, неприятные ощущения в промежности, снижение и отсутствие либидо, эрекции, на чем пациент делает особый акцент. Остаточная моча — 50 мл. Относительно аллергии определенно высказаться не может. Поэтому назначен небольшой сбор-пробник ограниченного состава (не привожу) на несколько дней для купирования диареи, кровотечения, определения переносимости его пациентом.

Последующий сбор составлен по принципу включения растений-десенсибилизантов, иммунокорректоров, акцента на противовос-