

21. Влияние фотохромотерапии на функцию эндотелия сосудов у больных с артериальной гипертензией / Я.Н. Машковская, Ю.С. Удлер, С.В. Новосельцев [и др.] // Традиционная медицина. – 2013. – № 1. – С.22–25.

22. Влияние селективной фототерапии на вегетативную регуляцию и функцию эндотелия у пациентов с артериальной гипертензией / В.А. Воловникова, Я.Н. Машковская, А.Н. Шишкин, В.В. Кириянова // Вестник СПбГУ. Серия 11. Медицина. – 2015. – Вып.2. – С.40–51.

23. Машковская, Я.Н. Влияние селективной фототерапии на эндотелиальную функцию у больных с артериальной гипертензией / Я.Н. Машковская, В.В. Кириянова, В.А. Воловникова // Дисфункция эндотелия: экспериментальные и клинические исследования.

Материалы IX Международной научно-практической конференции. – Витебск: ВГМУ, 2016. – С.266–269.

24. Воловникова, В.А. Влияние селективной фототерапии на функцию эндотелия у пациентов с артериальной гипертензией / В.А. Воловникова, Я.Н. Машковская, В.В. Кириянова // Science and Practice: New Discoveries. Proceedings of articles the international scientific conference. – Czech Republic, Karlovy Vary – Russia, Moscow. – 2017. – С.291–309.

Адрес автора

К.т.н. Готовский М.Ю., генеральный директор
ООО «ЦИМС «ИМЕДИС»
info@imedis.ru

ФИТОТЕРАПИЯ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА И МОЗГА

О.Д. Барнаулов, С.О. Барнаулова

Институт Мозга Человека им. Н.П. Бехтерева РАН (г. Санкт-Петербург)

Phytotherapy of ischemic diseases of heart and brain

O.D. Barnaulov, S.O. Barnaulova

N.P. Bechtereva Human Brain Institute RAS (St. Petersburg, Russia)

РЕЗЮМЕ

Приведены результаты высокой эффективности фитотерапии больных ишемической болезнью сердца и cerebrovasкулярной болезнью. На фоне приема настоев поликомпонентных, индивидуально подобранных сборов снизилось количество стенокардитических приступов, повысилась толерантность к физическим нагрузкам. Фитотерапия полностью предупреждала сосудистые катастрофы (инфаркты, инсульты), снижала повышенное артериальное давление, реактивную тревожность, нормализовала липидный спектр, оказывая выраженное стресс-лимитирующее действие. Приведены блоки растений и конкретные виды, применяемые авторами.

Ключевые слова: фитотерапия, лекарственные растения, ишемическая болезнь сердца, cerebrovasкулярная болезнь.

RESUME

Results of the highly efficient phytotherapy of patients with ischemic diseases of heart and brain are presented. Consumption of polycomponent individual herbal compositions reduced number of stenocardia attacks, increased tolerance of physical stress. Phytotherapy prevented vascular failures (infarction, stroke), reduced increased arterial blood pressure, reactive anxiety, normalized lipids, caused expressed stress-limiting action. Compositions and certain herbs used by authors are listed.

Keywords: phytotherapy, remedial plants, ischemic disease of heart, cerebrovascular diseases.

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы не нуждается в обсуждении, поскольку общеизвестно, что сердечно-сосудистые заболевания, приводящие к инсультам, инфарктам, являются доминирующими причинами смертности и инвалидизации.

В связи с этим необходим расширенный поиск эффективных методов предупреждения сосудистых катастроф.

По устоявшемуся медицинскому стандарту осуществляется исключительно медикаментозная терапия больных гипертонической бо-

лезнью, атеросклерозом артерий мозга и сердца (статины, антиагреганты, гипотензивные, коронаролитические, улучшающие перфузию мозга медикаменты). Возможности фитотерапии по сути игнорируются.

ВОЗ предписывает ассимиляцию методов и арсенала традиционных и народных медицинских как одно из приоритетных направлений развития медицины XXI века. Однако на практике у нас ассимиляции как таковой не происходит, несмотря на убедительные доказательства того, что традиционными медицинами на протяжении многих веков, даже тысячелетий разработаны эффективные методы фитотерапии больных кардиологического и неврологического профиля, как это следует из доступных источников [1, 12, 16, 18, 22, 26, 27, 28, 30, 31, 32]. Более того, убогая практика использования одного растения (настойка боярышника, экстракты валерианы, левзеи, пустырник форте, танакан – примеры многочисленны) противоречит методу применения ленты синергистов, блоков растений в традиционных медицинах, что постулируется в приведенных источниках. Фитотерапия отнюдь не случайно является базовой дисциплиной традиционных медицинских стран Восточной Азии: Китая, Кореи, Японии [12], Тибета [28, 30, 31, 32], ирано-таджикской медицины [18]. В контексте симбиотических связей представителей животного и растительного мира, нашей трофической, информационной, репродуктивной, эстетической зависимости от фауны планеты фитотерапию правильно воспринять как одно из существеннейших направлений поддержания жизни на планете, чего о медикаментозной терапии, о ксенобиотиках не скажешь.

Производство потока синтетических медикаментов с преимущественно симптоматической направленностью действия (снижение гипертермии, предупреждение судорожных припадков, иммуносупрессорная, гормональная заместительная терапия и др.) зачастую игнорирует ряд биологических законов, не учитывает некоторые базовые медико-биологические теории Г. Селье, Л.А. Орбели, Н.В. Лазарева. Результатом является последующий уход из широкой врачебной практики в связи с неэффективностью целых групп лекарственных средств с, казалось бы, выверенным механизмом действия: миотропные спазмолитики, рефлексорные и прямые аналептики, фотосенсибилизирующие средства, ряд центральных и периферических М- и Н-холиноблокаторов.

Подавляющее большинство синтетических, агрессивных медикаментов, применение которых осложняется многочисленными побочными эффектами, не может быть использовано в качестве профилактических средств, повышающих резистентность человека к болезнетворным воздействиям. В отличие от этого лечение лекарственными растениями и их сочетаниями мобилизует многие механизмы аутозащиты, ограничивающие объем и тяжесть повреждений даже в случаях заболеваний, признаваемых трудно курабельными.

Задача данной работы – информация о высокой эффективности фитотерапии при лечении больных ишемической болезнью сердца (ИБС) и цереброваскулярной болезнью (ЦВБ).

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЙ

Методы исследований едва ли заслуживают подробного описания, поскольку основой было проспективное клиническое наблюдение пациентов. При первичном и повторных приемах больных тщательно проводили сбор анамнеза, опрос о жалобах по органам и системам. В физикальное обследование входили не только общепринятые методы, но лингво-, пульсодиагностика, а также оценка психоэмоционального статуса, невротизации, выраженности энцефалопатии. Всегда рассматривали результаты аппаратных и других методов диагностики, просматривали выписные эпикризы, данные о консультациях другими специалистами. При составлении композиции растений учитывали тяжесть течения заболевания (чем тяжелее заболевание, тем более поликомпонентен сбор – правило традиционных медицинских), конституциональные особенности, возраст, пол, семейное, социальное положение, работоспособность, уровень самообслуживания, медикаментозную терапию (с коррекцией при необходимости), физическое (и не только) развитие.

Для фитотерапевта не должно быть понятия «сопутствующие заболевания», требующие меньшего (или никакого) внимания. Поскольку ИБС и ЦВБ страдают в основном немолодые люди, учитывали констелляцию заболеваний, уделяя, к примеру, внимание состоянию гепатобилиарной системы (гепатопротекторы в тибетской медицине обязательны для нормализации функций «царицы органов» – печени), используя слабительные при обстипациях или умеренно послабляющие растения, поскольку общеизвестно, что затруд-

нения дефекации провоцируют сосудистые катастрофы. Использование «эвакуаторов и очистителей» четко разработано и не случайно предписано «Чжуд-ши» как лучшее из лечебных назначений [30, 31]. Правилom является индивидуальный подбор компонентов сбора, персонификация его. Практикуемое многими фитотерапевтами назначение типовых сборов уводит нас в шаблонизацию, приближает к медикаментозным «золотым стандартам», но лучше такая фитотерапия, чем никакой. Ядовитые растения в сборах не использовали.

Пластичность при подборе компонентов сбора должна распространяться и на методы приготовления настоев, которые в течение месяцев пациент принимает амбулаторно. Так, усложнение их, использование водяной бани чаще всего приводят к отказу от фитотерапии. Необходимость удобства ежедневного приготовления, подсказки пациентов привели к тому, что в большинстве случаев рекомендуем (вкладыш, в котором приведен и состав сбора), чтобы они ежевечерне вымачивали в эмалированной без сколов кастрюле 2–3 столовых ложки измельченного сырья (возможно перемешивание) в 1 л воды, быстро кипятили, затем 5–7 мин томили настой на медленном огне, сливали все с сырьем в термос, настаивали в течение ночи. Только настаивание в термосе не обеспечивает достаточной экстракции, судя по цвету, вкусу настоя, но и оно порою возможно при отсутствии условий для термической обработки: командировки, условия отеля (лучше такой настой, чем никакого). Количество воды, столовых ложек сбора рассматривается индивидуально в соответствии с массой больного, его возможностями выпивать дробно 1 л настоя, но в большинстве случаев предлагаемый способ всех устраивает.

Частота приема должна быть особо оговорена. С учетом временных зон открытия каналов некоторые авторы подбирают минисборы для каждого из них, что практически невозможно для выполнения пациентом. Рекомендую частые приемы настоя до приема пищи, в межпищеварительные промежутки, основываясь на доверии к селекции организмом необходимого. Важен прецедент предъявленности, т.е. поликомпонентности сбора. Работающим пациентам рекомендуем брать термос с настоем (чаем) на работу.

Нюансы:

1. Некоторые пациенты особо чувствительны к весьма умеренному диуретическому дей-

ствию сборов, а потому не рекомендуем принимать настой на ночь, уменьшаем количество диуретиков-дегидратантов в последующих сборах.

2. Весьма редко сборы провоцируют дискомфорт в эпигастрии, умеренную изжогу, а потому рекомендуем принимать их после еды.

Регистрация эффективности фитотерапии осуществлялась прежде всего клинически, с учетом оценки ее не только врачом, но и пациентом, а также общепринятыми методами ЭКГ, велоэргометрии, анализа липидного спектра, контроля артериального давления, дуплексного сканирования и другими – по возможности и необходимости. Приведены наблюдения модельных ограниченных групп, однако 50- и 20-летний опыт авторов фитотерапии больных гипертонической болезнью, ИБС, ЦВБ дает основания для выделения основных направлений, мишеней, обобщающих заключений о ее эффективности, рекомендуемых методах, арсенале растений их сочетаниях. К сожалению, прогресс аппаратной, биохимической диагностики приводит к недооценке именно клинического подхода к тактике терапии больных. Наблюдения врача не являются прецедентом «доказательной» медицины, а как результат – лечат анализы.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЙ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Ишемическую болезнь сердца, цереброваскулярную болезнь вполне оправданно относят к типичным психосоматическим заболеваниям, инициированным и поддерживаемым преимущественно средовыми, социальными факторами. В их патогенезе существенно снижение стресс-устойчивости пациента, связанные с этим функциональные и морфологические нарушения артериального кровоснабжения сердца (стадия истощения стресса) чаще всего на фоне гипертонической болезни в сочетании с атеросклерозом коронарных, церебральных артерий.

В последнее время гипертрофированное внимание уделяется именно липидному обмену, причем при обнаружении даже незначительных нарушений его по новым заниженным нормам без каких-либо клинических проявлений кардиологи, неврологи по предписанному стандарту назначают противоатерогенную (статины), антиагрегантную терапию (аспирин, плавикс). Оставив в стороне вопрос об ограниченной (порядка 30 %) неконтроли-

руемой в отношении конкретного пациента эффективности антиагрегантов, уделим внимание порочной практике «лечения анализов холестерина».

Именно эту жалобу зачастую относительно сохранные пациенты предъявляют в качестве основной: «У меня повышен холестерин. Врач сказал, что это грозит мне инфарктом». Это типичный пример ятрогении. У пациента определяли всего лишь общий холестерин (ОХС), который был нормален (6,2 мМ/л) по еще недавно действовавшим нормам, но теперь превышает недавно введенные (5,2 мМ/л). В этом жонглировании нормами вполне подозревается коммерческая составляющая: учащение назначения статинов на длительный срок, предписываемое как обязательное. При выполнении полной липидограммы с определением липопротеидов низкой (ЛПНП) и очень низкой плотности (ЛПОНП), их взаимоотношений с противоатерогенной фракцией липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) по коэффициенту атерогенности (КА) выясняется, что никакой дислипидемии у пациента нет, а есть умеренный невротизм, вызванный угрозой врача. Более того, выясняется, что при ограничении времени первичного и повторного контакта с пациентом и необходимости создания электронного варианта его приема, подробного сбора анамнеза, жалоб вообще не было. Поневоле вспомнишь наизусть XII века в основном трактате тибетской традиционной медицины «Чжуд-ши»: «Прежде чем щупать больного, поговори с ним».

Понимая системность патологического процесса нарушения функций и морфологии сосудов, мы часто выявляем проявления атеросклероза не только коронарных, но и церебральных, и бедренных артерий, аорты. В этих типичных случаях правильно воспринимать это как системные 2-х- и 3-х-бассейнные проявления недостаточности кровоснабжения, но каждое из них должно находиться в ведомстве различных врачей: кардиолога, невролога, хирурга, что не приводит к согласованному лечению больного. Ишемическую болезнь мозга неврологи называли церебро-васкулярной болезнью (ЦВБ) с подразделениями на дисциркуляторную энцефалопатию и тромбоокклюзирующие поражения брахиоцефальных артерий.

Для доказательства системности процесса приводим результаты 5-летнего медикаментозного лечения в ангионеврологическом

центре (руководитель – профессор В.А. Сорокоумов) больных ЦВБ, перенесших неинвалидизирующий ишемический инсульт, в сравнении с массовой фитотерапией той же длительности (табл. 1). Фитотерапию поликомпонентными индивидуально подобранными сборами осуществляли по ранее неоднократно опубликованным правилам [4, 5, 6]. Частота ее составляла не менее 3 курсов (9–10 месяцев в году), но чаще была постоянной. Исключены эпизодически лечившиеся больные даже при положительных результатах фитотерапии. У больных ЦВБ на фоне медикаментозной терапии в 27 % наблюдали инфаркты миокарда, что подтверждает системность патологического процесса и возможность опять-таки системного позитивного действия фитотерапии на коронарное и церебральное кровообращение.

На фоне медикаментозной терапии более половины наблюдаемых неврологами больных ЦВБ пострадали от повторного инсульта, а более четверти – от инфаркта миокарда. Очевидно, что параллельно они должны были получать кардиопротективную терапию. Такое совмещение вполне возможно при осуществлении фитотерапии одним специалистом, учитывающим все нюансы заболеваний у конкретного пациента, но в рамках сложившейся системы здравоохранения таких больных ведут (но чаще не ведут) порознь невролог и кардиолог. Далее по пословице: «У семи нянек...». Результаты, приведенные в табл. 1, демонстрируют несомненное преимущество фитотерапии в предупреждении сосудистых катастроф, в частности инсультов и инфарктов миокарда у больных не только ЦВБ, но и ишемической болезнью сердца. В недавнем прошлом транзиторные ишемические атаки (ТИА) называли динамическими нарушениями мозгового кровообращения, острая неврологическая симптоматика которых проходила даже без оказания ургентной помощи. Очевидно, что ТИА следует расценивать как прединсультные стигмы. Высоко достоверное снижение их на фоне фитотерапии в сравнении с терапией медикаментозной свидетельствует о преимуществе первой и необходимости систематического, длительного проведения ее, поскольку экономически она доступна всем слоям населения, а простота ее осуществления несомненна: питье чая из ряда персонифицированно подобранных растений.

Несколько слов (без подробных характеристик) о конкретных основных лекарственных

Сравнительная оценка эффективности медикаментозного лечения и фитотерапии больных с гемодинамически значимыми тромбоокклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий

Патология	Медикаментозная терапия		Фитотерапия	
	n	%	n	%
Всего больных	107	100	41	100
Повторные инсульты	56	52,3	0*	
Инфаркты миокарда	29	27,1	0*	
Транзиторные ишемические атаки	19	17,8	4*	9,7
Всего нарушений мозгового и коронарного кровообращения	104	97,2	4*	9,7

Примечания: * – различия с контролем статистически достоверны при $p < 0,05-0,001$.

растениях, применяемых для предупреждения инсультов и инфарктов миокарда. В подавляющем большинстве случаев в дебюте ИБС и ЦВБ, а также в провокаторах инфарктов миокарда, острых нарушений мозгового кровообращения мы имеем персистирующие и внезапные стрессы. Именно российскими фитотерапевтами отработана стресс-лимитирующая фитотерапия, включающая применение классических фитоадаптогенов [13, 14], оказывающих плюс к тому антидеструктивное, кардио-, церебропротективное, сосудоукрепляющее, корригирующее метаболизм действие, в целом же мобилизующее механизмы ограничения объема и тяжести деструкций, предупреждения их [2, 4, 20, 21, 34]. М. Плоц (1963) на больших контингентах выявил наиболее уязвимые социальные группы, поражаемые «коронарной болезнью» [23], что вполне приложимо и к ЦВБ. Это, прежде всего, бизнесмены, политики, руководители крупных и прочих предприятий, кампаний. Устоялся термин «болезнь директоров» относительно ИБС, ЦВБ и гипертонической болезни.

При тяжелом социально-экономическом прессинге мы наблюдаем резкое повышение заболеваемости ими более широких слоев населения. Никакая терапия не может устранить этот прессинг, но фитотерапия может несколько ослабить его последствия. По этой причине растения стресс-лимитирующей направленности обязательно должны присутствовать в сборе. Такая направленность свойственна многим растениям, в том числе классическим фитоадаптогенам. Существует предубеждение противопоказанности классических фитоадаптогенов при гипертонической болезни, ИБС, ЦВБ. Однако анализ рецептуры китайской традиционной медицины [12, 32] и ряда других источников позволяет отметить, что при лечении больных этими заболеваниями применяют не только женьшень, но даже

растение с наиболее выраженными стимулирующими свойствами – Лимонник китайский, *Shizandra chinensis*. По этой причине в собственной практике в составе некоторых поликомпонентных сборов (600–700 г) применяем 20 г корня Элеутерококка колючего, *Eleuterococcus senticosus*, реже еще и по 10 г корня Родиолы розовой, *Rhodiola rosea*, корня или/и листьев Левзеи сафлоровидной, *Rhaponticum carthaimoides*, корня Аралии высокой, *Aralia elata* – в зависимости от конкретной ситуации. Классические фитоадаптогены, как и многие другие растения, действуют в зависимости от фона, оказывая прежде всего противоастеническое, тонизирующее, общеукрепляющее, стресс-лимитирующее действие. Валериана лекарственная, *Valeriana officinalis* – «корень здоровья» (того же корня название науки о здоровье – Валеология) не является угнетающим ЦНС средством, повышает умственную работоспособность и физическую выносливость, оказывает противоастеническое действие и дополняет ленту классических фитоадаптогенов. Эффективность фитоадаптогенов опровергает навязываемое нам правило применять в качестве стресс-протекторов в основном угнетающие ЦНС транквилизаторы.

Из группы так называемых умеренно успокаивающих, седативных растений в первую очередь применяем Кипрей узколистный, иван-чай, *Chamerion angustifolium*, который по наблюдениям великого армянского врача-энциклопедиста Амирдовлата Амасиаци (XV в., 190) «позволяет дикого зверя сделать ручным». Иван-чай не токсичен, применять его можно в любых количествах, ресурсы его неисчерпаемы, поскольку он агрессивно заполняет заброшенные сельскохозяйственные земли. В сочетании с другими растениями иван-чай действительно позволяет достичь социализирующего эффекта у гневливых, доминирующих, негативных, агрессивных лю-

дей. С урежением вспышек агрессии резко снижается число ТИА, приступов стенокардии. По нашим экспериментальным данным, настой неферментированных листьев кипрея проявляет отчетливое стресс-лимитирующее действие, уменьшая количество эрозий слизистой желудка (элемент триады Селье в стадии истощения стресса) и «таяние» селезенки у мышей при иммобилизационном стрессе. Зеленые листья активнее ферментированных. Бездействие Минздрава, не предпринимающего мер по внедрению хорошо изученного, нетоксичного, широко используемого в народной медицине кипрея, порицается рядом авторов [11, 12, 24, 29], изучавших его фармакологические и прочие свойства и считающих необходимым его практическое использование.

В блок растений, действующих седативно (противотревожно), включаем цветки Купыря лесного, *Anthriscus sylvestris*, подробная характеристика которого дана в монографии «Лекарственные свойства пряностей» [5]. Виды Пустырника, *Leonurus* не нуждаются в подробных комментариях. Для усиления седативного эффекта (при ажитации, инсомнии, тревожности, климаксе) включаем побеги Багульника болотного, *Ledum palustre*; шишки Хмеля вьющегося, *Humulus lupulus*; лист Ореха грецкого, *Juglans regia*; надз. часть Синюхи голубой, *Polemonium caeruleum*; Кориандра посевного, *Coriandrum sativum*; Душицы обыкновенной, *Origanum vulgare*. Существенно включение эфирносов (мелиссы, мяты, тимьяна, зизифоры, эльшольции, аниса, бадьяна, монарды и др.), поскольку они не только улучшают вкус и запах настоя (отдушки), но позитивно корректируют настроение.

Введение в практику фитотерапии понятия «модуляторы настроения», широкое их использование существенно расширяет возможности лечения растениями в отличие от применения синтетических транквилизаторов, анксиолитиков, антидепрессантов, стимуляторов. Вариации стресс-лимитирующих растений применительно к конкретным ситуациям бесчисленны. К примеру, приступы стенокардии начались и были спровоцированы тяжело протекающим, но своевременным по возрасту климаксом, что обязывает фитотерапевта способствовать угасанию функций яичников, сокращению периода приливов, невроза (почки Тополя черного, *Populus nigra*; надз. часть и корень Окопника лекарственного, *Symphytum officinale*; Медунца неясная,

Pulmonaria obscura; корневище Аира болотного, *Acorus calamus* и др.). Творческий подход к применению лекарственных растений в этот сложный для пациенток период с угрозой сосудистых катастроф обязывает рассмотреть необходимость применения персонально для каждого ранее перечисленных и прочих видов (пустырник, душица и другие эфирносы, багульник, девясил, дягиль и др.).

Несколько слов о гипотензивно действующих растениях. В большинстве случаев ИБС сочетается и является следствием гипертонической болезни (ГБ), которую не случайно называют «killer number one». Задача: снизить частоту и высоту гипертонических кризов, а при постоянно высоком АД проассистировать гипотензивным медикаментам, проанализировать правильность их назначения, снизить токсичность, повысить эффективность.

Не загружая статью перечислением десятков и даже сотен лекарственных растений, назначаемых в традиционных и народных медицинах при ГБ, приведем лишь те, которые при ограниченности наших возможностей мы применяем в собственной практике. Это, прежде всего, Сушеница болотная, *Gnaphalium uliginosum*; С. лесная, *G. sylvaticum*. Для первой доказана не только способность корректировать уровень АД, но и оптимизировать процессы регенерации, например, при язвенной болезни (препарат ульцерин). Побеги черники, *Vaccinium myrtillis*; голубики, *Vaccinium uliginosum* известны не только влиянием на мобилизацию антигипертензивных метаболитов, но и инсулина, умеренным диуретическим действием, существенным при Na-зависимых гипертензиях, нормализацией липидного обмена. Их ягоды рекомендуется включать в диету для достижения нормализации АД, что в сезон и делается больными, имеющими такую возможность.

Задача диетологов, терапевтов, кардиологов подсказывать пациентам эффективные методы фитодиетотерапии. Лекарственные свойства многих ягод обусловлены биологическим законом сбережения, оздоровления распространителей, положительного влияния на их репродуктивные функции. В желудочно-кишечном тракте животных семена ягод повышают всхожесть (ферментно-кислотная стратификация), а мякоть свежих ягод послабляет, оказывая плюс к тому ряд оздоравливающих воздействий. Таким образом животные расширяют ареал растений, а те, в свою очередь,

оказывают профилактическое и лечебное действие в отношении распространителей, из числа которых растения еще не исключили человека. Реже мы используем такие нетоксичные растения, как лист Шелковицы белой, *Morus alba*; Березы белой, *Betula alba*. Растительные диуретики менее токсичны, чем лазикс, гипотиазид, и не вызывают дефицита калия, поскольку сами его поставляют вместе чуть ли ни со всей таблицей Менделеева. На фоне минерального состава растений аспаркам выглядит жалко, но он хотя бы безвреден.

Особое внимание хотелось бы обратить на относительно экзотическое растение, не произрастающее в средней полосе и на Северо-Западе России, плоды и листья которого на протяжении десятилетий мы с успехом включаем в блок гипотензивных растений. Это *Zizyphus jujuba*, Унаби, «китайский финик», «грудная ягода» – элитное растение традиционных медийн стран Азии, применяемое еще и как антиневротическое средство. Так, в китайской традиционной медицине рекомендовано включать плоды унаби в сборы при невращении, истерии [16, 27], т.е. при неврозах, которые зачастую протекают с транзиторными повышениями АД и справедливо расцениваются как ГБ 1 стадии. Плоды съедобны, листья – суррогат чая. При клинических испытаниях в СССР растение было признано лучшим в лечении больных ГБ, что можем подтвердить и собственным опытом. Чхве Тхэсоп, базируясь на многовековом опыте применения унаби в корейской традиционной медицине, рекомендует при гипертонической болезни осенние листья растения [32]. В собственной практике включаем в блок гипотензивных растений по 10–20 г листьев и плодов унаби. Энтузиасты, вырастившие несколько тысяч деревьев унаби, систематически снабжают нас листьями и плодами (С.Н. Бамбаков). Именно по их инициативе был составлен широкий обзор публикаций, посвященных унаби [7].

Амирдовлат Амасиаци называл Барвинок малый, *Vinca minor* «большим посохом стариков» (как будто бы перевод с тюркского), сегодня источник получения винпациетина, кавинтона, якобы избирательно улучшающих перфузию мозга. Кавинтон, миотропный спазмолитик, как и папаверин, блокирует фосфодиэстеразу и по наблюдаемой нами неэффективности ничем от папаверина не отличается. Столь нарицательное название барвинка существенно по той причине, что хотя и счита-

ется будто бы сердечно-сосудистые заболевания «помолодели», ими все-таки в основном страдают пожилые и старые люди. Другие алкалоидоносные растения – виды Василистника, *Thalictrum*. Алкалоидоносы включаем в блок гипотензивных растений в особо упорных случаях.

Знаменитый ученый, врач А.С. Залманов, лечивший В.И. Ленина и членов семьи Ульяновых, подобно великому патанатому Рудольфу Вирхову, акцентировал внимание на роли сосудистого компонента в патогенезе любого заболевания и считал образование атероматозной бляшки своеобразным защитным, адаптивным процессом при намечающейся несостоятельности артерии [15]. Этот весьма аргументированный подход к терапии больных ИБС и ГБ подсказывает фитотерапевту необходимость сосредоточить основное внимание на растениях-вазопротекторах. В начале XX века фитохимик Сент-Дьерди выделил из лимона желтые вещества (затем чистый рутин), названные им цитринами, а сегодня – флавоноидами. В последующем для усиления вазопротективного действия к рутину добавили аскорбиновую кислоту – аскорутин (стоило ли их рассоединять?). Пример Сент-Дьерди должен был бы чему-то научить наших препаратотворцев, стремящихся выделить из растения «действующее вещество», отбросив как балласт все остальные. Сент-Дьерди установил, что сок лимона превосходит по эффективности рутин, аскорутин.

Нами экспериментально установлено, что галеновые препараты (настои, отвары, экстракты) более 80 % нетоксичных лекарственных растений оказывают достоверное вазопротективное действие, нивелируют стрессиндуцированные нарушения проницаемости сосудов [2, 8]. К сожалению, никто не задается вопросом, почему это так? Вазопротективное действие оказывают не только флавоноиды, но в еще большей мере дубильные вещества, а также антоцианы, фенолкарбоновые кислоты, некоторые кумарины. Такая подстраховка защиты наших сосудов растениями использованием многих метаболитов тоже должна бы быть пусть не объяснена, но учтена фитотерапевтами. Она интуитивно освоена традиционными медицинами, оперирующими поликомпонентными сборами, включающими различные блоки растений. Учитывая фоновость вазопротективных (а также антиоксидантных, противовоспалительных, гепатопротектив-

ных, положительных гонадотропных и прочих) свойств растений, не следует как будто бы беспокоиться о наличии их в сборе. Тем не менее выделим доминирующие в наших сборах вазопротекторы, которые, конечно же, проявляют и еще более широкий ряд лекарственных свойств: кожура Мандарина благородного, *Cytrus nobilis*; Арония черноплодная, *Aronia melanocarpa*; Лабазник (таволга) вязолистный, *Filipendula ulmaria*; Зверобой продырявленный, *Hypericum perforatum*; Горец змеиный, *Polygonum bistorta* (и многие другие виды Горца); виды Вербейника, *Lysimachia*; Герани, *Geranium*; Рябина обыкновенная, *Sorbus aucuparia*; цветки и плоды Боярышника кроваво-красного, *Crataegus sanguinea* и др. На высокой эффективности последнего при ИБС, недостаточности кровоснабжения акцентировали внимание болгарские авторы [17]. Вазопротективное действие проявляется не только в обережении артерий от атеросклеротических бляшек, но и в улучшении перфузии сердца, мозга [4, 6]. Боярышник кроваво-красный рекомендовано сочетать с растениями, содержащими сердечные гликозиды, с наперстянкой, но в нашем случае желательно с содержащими некумулирующие короткого действия карденолиды (адонис, ландыш, желтушник, сирень). Каждое из этих растений проявляет не только кардиотонические свойства. Так, *Adonis vernalis* оказывает выраженное диуретическое действие даже при асците, «при серозных скоплениях в брюхе», с чего и начиналась история его изучения Н.А. Бубновым [10] по рекомендации С.П. Боткина. Академик В.Н. Бехтерев использовал его при эпилепсии [10] (микстура адонис-бром), и хотя антиконвульсантного действия он не оказывает, но несомненно эффективен при неврозах и эпилепсии.

Подавляющее большинство перечисленных нами растений являются корректорами метаболизма, мобилизующими собственно наши метаболиты. Направление это вяло разрабатывается, поскольку более принято искать механизмы субстратного действия веществ, содержащихся в растениях, на рецепторы, ферменты, клетки-мишени, точки приложения. Теория состояния неспецифически повышенной сопротивляемости организма (СНПС) Н.В. Лазарева, одна из основных медико-биологических теорий [20, 21], зачастую игнорируется. Не делается акцента на существенной роли информационного воздействия потоком

природных соединений [12], что вполне освоено гомеопатией, а еще ранее традиционными медицинами.

Подтверждениями наиболее существенных механизмов действия лекарственных растений, заключающихся в мобилизации аутозащиты, являются данные о повышении Родиолой розовой продукции тестостерона [25] и эндорфинов, способности классических фитоадаптогенов модулировать продукцию и длительность действия лимфоцит-активирующего фактора, интерферона-1- β [33], мобилизации (в эксперименте и клинике) настоями поликомпонентных сборов активности антиоксиданта, фермента быстрого реагирования – супероксиддисмутазы, продукции ЛПВП – противоатерогенной защиты и в связи с этим достижение снижения ЛПНП, ЛПОНП, КА [6,8]. Последний результат, зарегистрированный конкретно у больных ИБС, приведен в табл. 2.

Полученные результаты подтверждают правильность рассмотрения лекарственных растений как природных корректоров нашей противоатерогенной защиты, мобилизующих продукцию ЛПВП и в связи с этим снижающих на 25 % КА, суммирующий показатель дислипидемий. Он не достигает верхней границы нормальной величины (4,0), но приближается к таковой. При этом мы должны учесть в приводимом случае кратковременность корригирующего влияния фитотерапии на липидный обмен, понимая, что в столь короткие сроки трудно было ожидать полной его нормализации. На фоне медикаментозной коронаролитической, противоагрегантной и вазопротективной терапии КА даже повысился. Снижение концентрации ОХС, ЛПНП, ЛПОНП и КА не является доминирующей целью, как это, к сожалению, предписывается врачам поликлиник, кардиологам, обязанным назначать гепатотоксичные статины, следуя некоему, чуть ли ни «золотому» медицинскому стандарту. Существенно, что фитотерапия в отличие от них не вызывает никаких побочных эффектов, в частности медикаментозных гепатозов.

Гепатопротективные свойства так же, как и вазопротективные, фоновы для нетоксичных, пищевых, съедобных, пряноароматических растений, суррогатов чая и защищают гепатоциты, детоксикационную функцию печени от действия CCL4 более чем в 80 % [2, 3]. Этот феномен также требует осознания с позиций биологических законов, что принципиально

Сравнительная оценка динамики липидного спектра крови на фоне фитотерапии и медикаментозной терапии у больных ИБС

Группа и количество больных	Показатели	Исходный уровень	Через 2 месяца терапии	Разница в процентах	Значение Р
Фитотерапия настоями поликомпонентных сборов, n = 45	ОХС мм/л	6,59 ± 0,52	5,98 ± 0,41	-9,2 %	< 0,05
	ТГ мм/л	2,38 ± 0,42	1,79 ± 0,36	-24,8 %	< 0,001
	хс ЛПВП мм/л	0,97 ± 0,12	1,12 ± 0,14	+15,5 %	< 0,001
	хс ЛПНП мм/л	4,53 ± 0,31	4,04 ± 0,29	-10,8 %	< 0,05
	хс ЛПОНП мм/л	1,09 ± 0,18	0,82 ± 0,12	-25 %	< 0,05
	КА	5,79 ± 0,91	4,34 ± 0,60	-25 %	< 0,001
Контрольная группа. Медикаментозная вазоактивная терапия, n = 30	ОХС мм/л	6,46 ± 0,59	6,65 ± 0,49	-2,9 %	> 0,05
	ТГ мм/л	2,56 ± 0,55	2,45 ± 0,49	-4,3 %	> 0,05
	хс ЛПВП мм/л	1,05 ± 0,12	1,01 ± 0,11	-3,8 %	> 0,05
	хс ЛПНП мм/л	4,23 ± 0,5	4,51 ± 0,37	+6,6 %	> 0,05
	хс ЛПОНП мм/л	1,18 ± 0,25	1,13 ± 0,24	-4,2 %	> 0,05
	КА	5,15 ± 0,73	5,58 ± 0,79	+8,3 %	> 0,05

Примечание: различия во всех показателях липидограммы через 1,5–2 месяца после фитотерапии и медикаментозной терапии статистически достоверны при $p < 0,05–0,001$.

сделано, к примеру, традиционной тибетской медициной, считающей печень «царицей органов» и предписывающей включение растений, ее оберегающих, в поликомпонентные сборы.

Поскольку фитотерапевту чаще всего приходится оказывать помощь больным ЦВБ, ИБС, принимающим большое количество синтетических, токсичных, агрессивных медикаментов (β-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ и кальциевых каналов, миотропные спазмолитики, статины, транквилизаторы, нитриты, диуретики и т.п.), которые не всегда можно отменить, тем более резко, необходимо включить в сбор растения, повышающие детоксикационную функцию печени, оказывающие детоксикационное действие «при составленных ядах» [30, 31]. Приведем некоторые из них, систематически применяемые в собственно практике. Более подробное рассмотрение противоядных лекарственных растений дано в специальной монографии [3].

Репутацией мощного детоксикационного средства пользуется Куркума зедоария, *Curcuma zedoaria*, о которой Амирдовлат Амасиаци, приводя конкретный пример, писал, что эффективна она даже при остром смертельном отравлении аконитом. В тибетской традиционной медицине в этом же качестве популярна К. долгая, *C. longa*. К сожалению, корневище куркумы почти не ассимилировано научно-европейской медициной, разве что в качестве

желчегонного средства. При этом, опять-таки, прослеживается тенденция разрушения немоделируемого природного комплекса и выделения из корневища куркумина. Сочетание в куркуме мощных противоядных, гепатопротективных, желчегонных (cholegoga et choleretica), антиоксидантных и ряда других свойств как нельзя более кстати при хронической, порою пожизненной затравке пациента многочисленными токсичными ксенобиотиками.

Куркума относится к семейству Имбирные. Собственно, Имбирь лекарственный, *Zingiber officinalis* является элитным растением традиционных медицинских стран Азии [12], универсальным, в том числе противоядным лекарством. Его, как правило, сочетают с корнем Солодки уральской, *Glycyrrhiza uralensis* [16], которая лидирует среди элитных растений в традиционных медицинах стран Восточной Азии, является наиболее мощным детоксикантом, иммуномодулирующим, противовоспалительным, противоядным растением, регулятором функций эндокринных желез. В плане ассимиляции методов и арсенала традиционных и народных медицинских частое использование сочетания солодки с имбирем в поликомпонентных сборах достойно усвоения.

К семейству Имбирные принадлежит также часто применяемый в традиционных медицинах Кардамон настоящий, *Elettaria cardamomum*, плоды которого, как имбирь и куркума, явля-

ются пряностью. Кардамоном, например, снижают токсичность очень крепкого турецкого кофе. Диетологи могли бы идти по пути расширения диеты пациента за счет включения в нее ягод, пищевых, малых доз лекарственных пряно-ароматических растений, суррогатов чая вместо тотальных запретов, осуществления диетического насилия (диета №5, палата №6). Приведенные растения, конечно же являются корректорами метаболизма. Так, солодка мобилизует все механизмы противоатерогенной защиты. Логично, что настои поликомпонентных сборов достаточно быстро инициируют подвижки к нормализации липидного обмена у больных ИБС, что следует из показателей липидограммы (табл. 2).

Сходное, но менее выраженное антидислипидемическое действие фитотерапии наблюдали у больных ЦВБ с тромбоокклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий. Достоверно снизилось содержание в крови ТГ с 1,53 до 1,37 мМ/л, ЛПНП – с 3,74 до 3,79 мМ/л, но повысился показатель противоатерогенной защиты ЛПВП с 1,46 до 1,76 мМ/л. Не изменились показатели ОХС и КА, причем исходный уровень последнего был нормален – 2,76 мМ/л (фитотерапия не меняет нормальных показателей липидного обмена). У таких же больных медикаментозная вазоактивная терапия не влияла на показатели липидного спектра.

Сегодняшнее переувлечение лечением анализов, «лечением холестерина» не должно заслонять основную задачу врача – достижение клинического эффекта, оказание помощи больным в отношении редукции основных жалоб, предупреждения сосудистых катастроф. При длительной фитотерапии удастся привести пациента к ограничению и даже полной отмене коронаролитиков, в частности метгемоглобин-образователей нитратов, но следует понимать, что биологически недостижимых результатов не может обеспечить никакая, в том числе и фитотерапия, особенно при отмечаемом всеми

позднем обращением уже инвалидизированных пациентов. На фоне всего лишь первого курса удается снизить количество болевых приступов у больных ИБС, что они и отмечают в качестве явной эффективности фитотерапии (табл. 3).

Достаточно сложно объективно оценить не только частоту, но длительность и тяжесть приступов стенокардии (в рамках так называемой «доказательной медицины»), а потому приходится полагаться на оценку этих показателей пациентами. Они же утверждают редукцию ночных приступов, в связи с этим повышение продуктивности, длительности сна, выносливости, работоспособности, расширение возможностей по самообслуживанию. Все это принято оценивать как повышение качества жизни. Однако следует отметить, что существенных позитивных подвижек удастся добиться лишь при длительных, многократных курсах фитотерапии. Достоверное уменьшение приступов стенокардии у больных ИБС вполне согласуется с высокой эффективностью фитотерапии у больных ЦВБ, демонстративным уменьшением количества транзиторных ишемических атак (табл. 3).

У некоторых пациентов, перенесших инсульты, инфаркты, негативное отношение вызывает необходимость пожизненной фитотерапии. Но почему статины, антиагреганты, мало осмысленные сочетания калия и магния, магния и аспирина можно назначать пожизненно, а пожизненное питье чая из растений, еще и снижающих токсичность «ядов цивилизации» нельзя? Введение в диету чаев из лекарственных, душистых, эфирноносных растений нередко происходит без рекомендаций врачей, по инициативе самого больного. Подобраный специалистом-фитотерапевтом состав такого чая (поликомпонентного сбора) для конкретного человека с учетом жалоб, конституции, пола, возраста, социального, семейного положения, подверженности ОРВИ и многого

Таблица 3

Частота стенокардитических приступов в неделю у пациентов с I, II, III функциональным классом стенокардии до и после 3-месячного курса фитотерапии

Функциональный класс стенокардии	Количество больных	Количество приступов в неделю до фитотерапии	Количество приступов в неделю после фитотерапии	Значения p
I класс	12	5,4 ± 2,1	2,2 ± 1,0	< 0,05
II класс	56	18,6 ± 4,0	6,7 ± 1,6	< 0,001
III класс	22	34,5 ± 5,6	22,5 ± 6,3	< 0,05

Примечание: приведены значения средних величин ± доверительный интервал.

другого, безусловно, должен быть расценен как элемент здорового образа жизни. Конечно, такие чаи показаны прежде всего больным людям, но почему бы и не применять их условно здоровым?

Профилактическая значимость фитотерапии неоспорима. В табл. 3 приведены данные, подтверждающие клинический эффект фитотерапии в отношении урежения приступов стенокардии в 2,5–2,8–1,5 раза соответственно ее функциональным классам. В ряде случаев удается снизить класс стенокардии.

Пациенты отмечают не только ослабление интенсивности болей, но и более высокую активность нитроглицерина и даже валидола, валокардина, корвалола в купировании приступов. Этот феномен устранения ареактивности к медикаментозной терапии на фоне фитотерапии наблюдается не только в отношении коронаролитиков, но также в отношении гипотензивных, диуретических медикаментов, сердечных гликозидов. Так, боярышник восстанавливает и повышает чувствительность к последним.

Относительно ментол содержащих медикаментов: врачи напрямую внушают пациентам, что они не эффективны. В случаях же отмечаемых пациентами купирования ими приступа стенокардии кардиологи, терапевты говорят о кардионеврозе, самовнушении. В то же время ни один из тысяч наших пациентов не был правильно проинструктирован, как принимать валидол, корвалол, валокардин. Отсутствует понимание того, что действуют они с холодовых рецепторов рта, т.е. рефлекторно, а не резорбтивно, а следовательно, ополоснув рот раствором валокардина, корвалола, положив под язык валидол, следует дышать ртом, ощущать прохладу. При правильном объяснении пациентам приема этих лекарств более 50 % из них отмечает купирование приступа стенокардии, что исключает плацебо-эффект, суггестию. Наконец, даже если эти элементы в какой-то мере задействованы в реализации эффективности ментол содержащих препара-

тов, то с позиций пациента все равно, что и как задействовано, был бы эффект. Понятно, что при резком ограничении времени контакта с больным ни о каком разъяснении правил приема препарата, механизма его действия (особенно, если его не знаешь) не идет и речи. Включение в палитру коронаролитиков ментол содержащих препаратов, которые великий С.П. Боткин успешно применял даже при желчных коликах, снижает необходимость назначения токсичных нитратов. В собственной практике, включая в сбор мяту, Melissa, лаванду, тимьян, рекомендуем ополаскивать его настоем рот перед приемом внутрь, дышать ртом, что существенно не только для рефлекторного коронаролитического эффекта, но и для санации полости рта.

При регистрации эффективности лечения больных ИБС обычно уточняется, насколько увеличилась дистанция, преодолеваемая без передышки, подъем на какой этаж без нее. Одним из объективизирующих методов повышения выносливости, толерантности к физическим нагрузкам больного ИБС является общепринятый метод велоэргометрии. Велоэргометрия с применением электрокардиографической регистрации позволила установить достоверную эффективность фитотерапии (табл. 4). Таким образом, аппаратные, биохимические, а главное клинические методы позволяют утверждать необходимость включения массажной фитотерапии (прием чаев, настоев поликомпонентных, индивидуально подобранных сборов) в комплексную терапию больных ИБС.

Положительные результаты получены при сравнении АД у пациентов, страдающих гипертонической болезнью. Тенденция к нормализации АД проявлялась в достоверном снижении его по сравнению с исходными уровнями, урежении и исчезновении гипертонических тяжелых кризов, которые у многих сочетались с приступами стенокардии, эффективным купированием цефалгий. При 2-хмесячном наблюдении больных ИБС на фоне ФТ зарегистрировано достоверное снижение АД со

Таблица 4

Данные нагрузочных проб при велоэргометрии до и после фитотерапии

Параметр	Число больных	До фитотерапии	После фитотерапии	Значения p
Нагрузка (Вт)	33	91 ± 3,3	102 ± 2,7*	< 0,05
Продолжительность (мин.)	33	7,3 ± 0,22	8,5 ± 0,38*	< 0,05
Величина смещения ST(мм)	31	1,58 ± 0,21	0,76 ± 0,42*	< 0,05

Примечание: приведены значения средних величин ± доверительный интервал.

$150 \pm 5/95 \pm 5$ в среднем до $134 \pm 4/84 \pm 5$ при отсутствии такового на фоне медикаментозной терапии: исходное $150 \pm 6/94 \pm 5$, через 2 месяца $147 \pm 6/89 \pm 6$ мм ртутного столба. Отчетливый антигипертензивный эффект, более выраженный при длительной и постоянной ФТ, соответствует данным литературы об эффективности поликомпонентных сборов при ГБ [4, 8, 12, 16, 18, 19, 26, 27, 28, 32].

При изучении влияния фитотерапии на показатели психоэмоционального статуса у больных ИБС отмечено достоверное снижение реактивной тревожности, улучшение данных анкеты САН [8], что подтверждает словесные утверждения пациентов об успокаивающем, стабилизирующем действии настоев поликомпонентных сборов, их существенную стресс-лимитирующую активность. Если личностная тревожность достоверно не менялась на фоне медикаментозной терапии (45,8–45,6 баллов) и фитотерапии (46–44,8), то реактивная тревожность значительно снизилась на фоне последней (44,4–40,6), не претерпев изменений в контрольной группе (43,6–44,2 балла). Опыт лечения больных гипертонической болезнью со стенозами и окклюзиями брахиоцефальных [6], коронарных артерий, сочетанной 2-х бассейновой патологией позволяет отметить закономерность гипотензивного, стресс-лимитирующего действия настоев поликомпонентных сборов у подавляющего большинства (не у всех) больных при массивной и длительной фитотерапии, существенные позитивные изменения психоэмоционального статуса, когнитивно-мнестических функций.

Антиагрегантное действие длительной фитотерапии больных со стенозами брахиоцефальных артерий проявлялось в достоверном снижении числа тромбоцитов, вовлеченных в агрегаты (с 9,13 до 6,54 %), а также числа малых (3,7–3,0), средних + больших агрегатов (0,3–0,07). Метод определения внутрисосудистой агрегации тромбоцитов освоен немногими лабораториями, поэтому приведенные данные получены на небольшой группе пациентов (15), но фитотерапия была эффективна у всех из них, впрочем, значительно уступая гирудотерапии. Результаты дуплексного сканирования артерий мозга сводятся к тому, что атероматозные бляшки на фоне фитотерапии перестают быть эмбологенными, концентрируются, уменьшаются в размерах (организуются), а стенозы переходят в ряде случаев из гемодинамически значимых в незначимые.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Приведенные результаты позволяют зарегистрировать достоверную, высокую клиническую эффективность фитотерапии больных сердечно-сосудистыми заболеваниями в отношении предупреждения сосудистых катастроф, превосходящую таковую медикаментозной терапии. Клинические результаты подкрепляются изучением некоторых механизмов действия массивной фитотерапии: снижение реактивной тревожности (стресс-лимитирующее действие), снижение гипертензии, нормализация липидного спектра, антиагрегантное действие, адаптивное повышение толерантности к физическим нагрузкам, редукция эмбологенности и размеров атероматозных бляшек.

Ассимиляция методов арсенала традиционных и народных медицинских резюмированиями ВОЗ признана одним из приоритетных направлений развития медицины XXI века. Если, к сожалению, в России, фитотерапия – базовая дисциплина традиционных медицинских в угоду фармацевтическим фирмам отнесена даже к немедицинской деятельности, то в Китае, Корее, Японии, Вьетнаме, Индии, Тибете, Иране, Таджикистане, арабских странах, в которых проживает подавляющее большинство человечества, фитотерапия, возникшая задолго до письменности, продолжает развиваться. Она позволяет достичь высоких результатов в лечении больных многими, в том числе сердечно-сосудистыми заболеваниями, что подтверждается приведенными нами данными. Генетически, эволюционно обусловлен тот факт, что человек разумный в процессе своего формирования, как и другие представители фауны, стал тропен, высоко чувствителен к лечению растениями. Это следует и из того биологического закона, что многие растения заинтересованы в здоровье своих распространителей.

В основе высокой эффективности фитотерапии лежит биологический закон единства флоры и фауны планеты, их симбиотические связи. Фитотерапия не является прерогативой человечества и правильно считается составной частью программы поддержания жизни на земле. Очевидно, что высокая эффективность фитотерапии в предупреждении сосудистых катастроф в лечении больных ишемической болезнью сердца и мозга с одновременным пролечиванием так называемых сопутствующих заболеваний диктуют необходимость

введения ее в комплексную терапию этого контингента. Приведенные результаты фитотерапии больных ИБС и ЦВБ подтверждают клинически, а также методами аппаратурной, биохимической, морфологической диагностики высокую эффективность фитотерапии, которая экономически доступна всем слоям населения и при внедрении ее методов может способствовать оздоровлению широких слоев населения, продлению сроков работоспособности и жизни.

ЛИТЕРАТУРА

1. Амасиаци, А. Ненужное для неучей (XV в.) / А. Амасиаци. – М., 1990. – 879 с.
2. Барнаулов О.Д. Поиск и фармакологическое изучение фитопрепаратов, повышающих резистентность организма к повреждающим воздействиям, оптимизирующих процессы репарации и регенерации. Дисс. ... докт. мед. наук. – Л., 1988. – 476 с.
3. Барнаулов, О.Д. Детоксикационная фитотерапия или противоядные свойства лекарственных растений / О.Д. Барнаулов. – СПб., 2007. – 410 с.
4. Барнаулов, О.Д. Фитотерапия больных сердечно-сосудистыми заболеваниями / О.Д. Барнаулов. – СПб., 2010. – 249 с.
5. Барнаулов, О.Д. Лекарственные свойства пряностей / О.Д. Барнаулов. – СПб., 2015. – 288 с.
6. Барнаулов, О.Д. Фитотерапия больных рассеянным склерозом, эпилепсией, сосудистыми и другими заболеваниями мозга / О.Д. Барнаулов. – СПб., 2018. – 336 с.
7. Барнаулов, О.Д. Краткий обзор лекарственных свойств унаби *Ziziphus jujuba* / О.Д. Барнаулов // Традиционная медицина. – 2016. – №2 (45). – С.47–50
8. Барнаулова С.О. Фитотерапия в комплексном лечении больных ишемической болезнью сердца. Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 2004. – 24 с.
9. Бехтерев, В.Н. О значении совместного употребления бромидов и *Adonis vernalis* при падучей / В.Н. Бехтерев // Неврологический вестник, 1924, Т.2, вып.3. – С.101–108.
10. Бубнов Н.А. О физиологическом и терапевтическом действии растения *Adonis vernalis* на кровообращение. Дисс.... докт. медицины. – СПб., 1880. – 208 с.
11. Валов Р.И. Фармакогностическое исследование надземной части *Chamerion angustifolium* (L.) Scop. Автореф. дисс. ... канд. фармац. наук. – Улан-Удэ, 2012. – 22 с.
12. Гриневич, М.А. Информационный поиск перспективных лекарственных растений / М.А. Гриневич. – Л., 1990. – 141 с.
13. Дардымов И.В. Женьшень, элеутерококк / И.В. Дардымов. – М., 1976. – 183 с.
14. Дардымов И.В. Механизмы действия женьшеня и элеутерококка. Дисс. ... докт. мед. наук. – Л., 1987. – 163 с.
15. Залманов, А.С. Тайная мудрость человеческого организма. Глубинная медицина / А.С. Залманов. – СПб., 1991. – 339 с.
16. Ибрагимов, Ф.И. Основные лекарственные средства китайской медицины / Ф.И. Ибрагимов, В.С. Ибрагимова. – М., 1960. – 412 с.
17. Йорданов, Д. Фитотерапия. Лечение лекарственными растениями / Д. Йорданов, П. Николов, Асп. Бойчинов. – София, 1975. – 349 с.
18. Кароматов, И.Д. Простые лекарственные средства (Опыт применения лекарственных средств натурального происхождения в древней, современной, народной и научной медицине) / И.Д. Кароматов. – Бухара, 2012. – 887 с.
19. Ковалева, Н.Г. Лечение растениями. Очерки по фитотерапии / Н.Г. Ковалева. – М., 1971. – 351 с.
20. Лазарев, Н.В. Стимуляция лекарственными средствами сопротивляемости организма к инфекциям / Н.В. Лазарев // Казанский мед. журн. – 1961. – №5. – С.12–17.
21. Лазарев, Н.В. Состояние неспецифически повышенной сопротивляемости / Н.В. Лазарев, Е.И. Люблина, М.А. Розин // Патол. физиол. и эксперим. терапия. – 1959. – №4. – С.16–21.
22. Миконенко, А.Б. Фитотерапия в традиционной китайской медицине / А.Б. Миконенко. – М., 2010. – 304 с.
23. Плоц, М. Коронарная болезнь / М. Плоц. – М., 1963. – 415 с.
24. Изучение экстрактивных веществ *Chamerion angustifolium* (L.) Holub / И.В. Полежаева, Н.И. Полежаева, Л.Н. Меняйло [и др.] // Химия растительного сырья. – 2005. – №1. – С.25–29.
25. Саратиков, А.С. Золотой корень (родиола розовая) / А.С. Саратиков. – Томск, 1974. – 155 с.
26. Упур, Х. Частная рецептура китайской медицины. Спутник здоровья / Х. Упур, Д.А. Дубровин. – СПб., 1992. – 227 с.
27. Упур, Х. Секреты китайской медицины. Лечение травами и минералами / Х. Упур, В.Г. Начатой. – СПб., 1992. – 204 с.
28. Хайдав, Ц. Лекарственные орастения в монгольской медицине / Ц. Хайдав, Б. Алтанчимэг, Т.Г. Варламова. – Улан-Удэ, 1985. – 192 с.
29. Царев, В.Н. Кипрей узколистный (*Chamerion angustifolium* L.). Химический состав, биологическая активность (Обзор) / В.Н. Царев, Н.Г. Базарнова, М.М. Дубенский // Химия растительного сырья. – 2016. – №1. – С.15–26.
30. «Чжуд-ши» – памятник средневековой тибетской культуры. – Новосибирск, 1988. – 348 с.
31. Чжуд-ши. Канон тибетской медицины / Перевод с тибетского, предисловие, примечания, указатели Д.Б. Дашиева. – М., 2001. – 766 с.
32. Чхве Тхэсоп. Лекарственные растения / Чхве Тхэсоп. – М., 1987. – 606 с.
33. Шанин С. Н. Изменения резистентности организма при стрессе и их коррекция фитопрепаратами. Автореферат дисс. ... канд. мед. наук. – СПб., 1996. – 22 с.
34. Яременко, К.В. Роль фитоадаптогенов как антистрессоров в повышении уровня защиты организма / К.В. Яременко // Альманах секции фитотерапии. XVI Санкт-Петербургские фитотерапевтические чтения: «Фитотерапия в кардиологии». – СПб., 2019. – С.11–14.

Адрес автора

Д.м.н. Барнаулов О.Д., в.н.с., член-корр. РАЕ
barnaulovod@rambler.ru