ФИТОТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Е.П. Свищенко, Л.А. Мищенко

Киев 2009

ФИТОТЕРАПИЯ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ С ПОЗИЦИЙ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ

Е.П. Свищенко, Л.А. Мищенко

Киев 2009

ББК 53.52
Ф 64

Рецензент: профессор **Т.П. Гарник**

Свищенко Е.П., Мищенко Л.А.
Фитотерапия артериальной гипертензии с позиций доказательной медицины. — К.: МОРИОН, 2009. — 112 с.

ISBN 978–966–2066–18–0

Представлена краткая история развития фитотерапии и гомеопатии, основные положения и принципы гомеопатии, классификация, характеристика биологически активных веществ.

Подробно рассмотрены вопросы лечения артериальной гипертензии лекарственными растениями, особенности терапии комплексными гомеопатическими препаратами больных с артериальной гипертензией и сопутствующей патологией, принципы комбинированного подхода в лечении.

Систематизированное изложение материала делает его удобным при пользовании в практике врачей разных специальностей: терапевтов, кардиологов, семейных врачей, эндокринологов, ревматологов, нефрологов, геронтологов, педиатров и др. Данный труд будет полезен для студентов старших курсов, интернов, курсантов циклов специализации и усовершенствования врачей, научных работников.

ISBN 978–966–2066–18–0 ББК 53.52

©Е.П. Свищенко, Л. А. Мищенко, 2009
©Homviora Arzneimittel, Dr. Hagedorn GmbH&Co., 2009

Содержание

Рецензия 4
Глава 1. Фитотерапия и гомеопатия 9
Глава 2. Лекарственные растения в лечении больных с артериальной гипертензией 21
Раувольфия змеиная 21
Боярышник колючий 25
Омела белая 29
Горицвет весенний 31
Ландыш майский 34
Лук морской 36
Золотарник обыкновенный 37
Белена черная 38
Амбра 41
Игнация амара 42
Чернила каракатицы 43
Безвременник осенний 44
Рута душистая 47
Клопогон кистевидный 48
Таволга 50
Переступень белый 52
Глава 3. Комплексные гомеопатические препараты в лечении больных с артериальной гипертензией 54
Хомвиотензин 56
Хомвиотензин в лечении больных с гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста ... 65
Хомвиотензин в лечении больных с гипертонической болезнью и метаболическим синдромом 76
Хомвиотензин и сексуальная функция у мужчин 85
Хомвиотензин в лечении артериальной гипертензии у детей и подростков 87
Глава 4. Комбинированное применение натуропатических препаратов в лечении больных с артериальной гипертензией 91
Хомвиотензин и Хомвиокорин-N 92
Хомвиотензин и Хомвио-Нервин 97
Хомвиотензин и Хомвио-Ревман 102
Литература 109

Рецензия на монографию «Фитотерапия артериальной гипертензии с позиций доказательной медицины» Е.П. Свищенко, Л.А. Мищенко

Рецензируемая монография является фундаментальным трудом и содержит вступление и 3 раздела, цветные иллюстрации растений, схемы, 20 рисунков, ссылки и список используемой литературы.

Во вступлении авторы обосновали необходимость применения лекарственных препаратов растительного, животного, минерального происхождения, в частности фитотерапевтических и гомеопатических, в медицинской практике многих стран мира и Украины. Около 50% населения большинства стран доверяют специалистам альтернативной медицины, в том числе тем, которые используют в лечении фитотерапевтические и гомеопатические лекарственные средства.

Преимущества лекарственных растений в медицинской практике общеизвестны, их можно применять без значительных побочных явлений длительное время. Нет сомнений в целесообразности применения лекарственных препаратов растительного происхождения для комплексной, превентивной и реабилитационной терапии при ряде заболеваний, в том числе артериальной гипертонии у людей разного возраста, а также гипертонии на фоне метаболического синдрома, сахарного диабета II типа и нарушений обмена мочевой кислоты.

Популярность фитотерапии, гомеопатии очевидна, особенно если рассматривать ее с позиций доказательной медицины.

Научные учреждения Украины изучают с позиций доказательной медицины лекарственные средства растительного, животного и минерального происхождения, то есть фитотерапевтические и гомеопатические, и внедряют их посредством информационных писем, нововведений в медицинскую практику здравоохранения.

В первой главе монографии представлена краткая история развития фитотерапии и гомеопатии с давних времен до настоящего времени. Ведущее место отведено древним ученым многих стран мира.

Также в разделе «Биологическое действие лекарственных растений» в сокращенном варианте представлена классификация, характеристика биологически активных веществ (БАВ), указано, что они являются продуктами первичного и вторичного биосинтеза. Начинается характеристика БАВ с алкалоидов. Это, пожалуй, обусловлено тем, что наиболее распространенная группа БАВ вторичного биосинтеза входит в состав лекарственных препаратов фирмы «Homviora Arzneimittel Dr. Hagedorn GmbH&Co», которые стали внедряться в медицинскую практику учреждений здравоохранения Украины с 1998 г.

Подраздел «Гомеопатия» содержит основные положения и принципы, сформулированные С. Ганеманом и опубликованные в 1810 г. Не оставлены без внимания такие ученые, как К. Геринг, Д.Т. Кент, которые были достойными учениками своего учителя С. Ганемана.

Во второй главе представлена характеристика некоторых лекарственных растений, которые достаточно долго применяют в современной кардиологии и являются источником для получения лекарственных препаратов, проходящих стандартизацию и сертификацию с целью дальнейшего применения в клинической практике и обеспечения эффективности, качества и безопасности — такие как раувольфия змеиная, боярышник колючий, омела белая, горицвет весенний, ландыш майский, морской лук, золотарник обыкновенный, белена черная, амбра, игнация амара, сепия, безвременник осенний, рута ароматная, цимицифуга даурская, таволга, бриония.

В разделе «Комплексные гомеопатические препараты в лечении пациентов с гипертонической болезнью» представлена статистическая справка по количеству больных с этой патоло-

гией в Украине, подходы Европейского Сообщества к общепринятым стандартам диагностики, лечения и профилактики, а также роль и место немедикаментозных методов: изменение образа жизни и его коррекция, устранение вредных привычек, контроль массы тела, увеличение физической нагрузки и т.д.

Несмотря на то, что разработана стратегия первой линии медикаментозной терапии (антагонисты кальция, ингибиторы ангиотензинпревращающего фермента (АПФ), блокаторы AT_1-рецепторов ангиотензина II, диуретики и блокаторы β-адренорецепторов), авторы рассмотрели альтернативные методы и средства, особенно при начальных проявлениях болезни, а именно натуропатические препараты: Хомвиотензин, Хомвио-Ревман, Хомвио-Нервин, Хомвиокорин-N отдельно и в сочетании.

В монографии с позиций доказательной медицины представлены эффективность, качество, безопасность этих лекарственных препаратов. Так, в частности, проведены 15 клинических испытаний Хомвиотензина, в том числе и рандомизированные двойные слепые плацебо-контролируемые, доказавшие антигипертензивную эффективность и достаточную переносимость этого лекарственного средства. Авторы представили в виде схемы механизм действия Хомвиотензина. Немаловажным является доказанность эффективности, положительного действия лекарственных препаратов в зависимости от циркадного ритма артериального давления у больных с гипертонической болезнью.

Длительное применение Хомвиотензина в течение трех месяцев не вызвало у больных негативных изменений со стороны сердечно-сосудистой системы. Также статистически достоверно доказаны эффективность, безопасность применения лекарственного средства Хомвиотензин в течение 12 мес у пациентов с гипертонической болезнью, в том числе на фоне метаболического синдрома, и у мужчин с эректильной дисфункцией, а также в лечении артериальной гипертензии у детей и подростков.

В четвертой главе авторы доказали целесообразность комбинированного применения натуропатических средств при лечении гипертонической болезни. Исследования проведены в авторитетных терапевтических и неврологических клиниках Украины, по их результатам установлены достаточная эффективность и переносимость Хомвиокорина-N, Хомвио-Ревмана и Хомвио-Нервина в лечении пациентов пожилого возраста с гипертонической болезнью, что всегда усложняет выбор врачом стандартов лечения больных с сопутствующей патологией.

Таким образом, монография «Фитотерапия артериальной гипертонии с позиций доказательной медицины» Е.П. Свищенко, Л.А. Мищенко может быть рекомендована для широкого круга врачей: терапевтов, кардиологов, семейных врачей, эндокринологов, ревматологов, педиатров, геронтологов, фитотерапевтов, гомеопатов и студентов старших курсов высших медицинских учебных заведений.

Директор ГП «Комитет по народной и нетрадиционной медицине МЗ Украины», заведующий кафедрой фитотерапии, гомеопатии, биоэнергоинформационной медицины Медицинского института Ассоциации народной медицины Украины, доктор медицинских наук, профессор ***Т.П. Гарник***

Во всем мире с каждым годом возрастает интерес к нетрадиционной (альтернативной, народной) медицине. По частоте использования фитотерапия и гомеопатия занимают лидирующее положение среди всех видов альтернативного лечения, которое за рубежом зачастую применяют в комбинации с методами научной медицины. Популярность альтернативной медицины, особенно фитотерапии, становится очевидной при ознакомлении с результатами исследований, проведенных в США и Канаде и показавших, что более 50% населения этих стран прибегают к приему различных пищевых добавок — витаминов, минеральных веществ или трав [1, 2].

Глава 1. ФИТОТЕРАПИЯ И ГОМЕОПАТИЯ

Фитотерапия и гомеопатия в Европе имеют прочные исторические корни, их широко используют в Германии, Великобритании, Франции и других странах. В государствах Европы производство фитопрепаратов имеет четкую законодательную регламентацию, предусматривающую получение качественных стандартизованных продуктов со стабильным содержанием активных ингредиентов в каждом препарате.

ФИТОТЕРАПИЯ (гербализм) — это нетрадиционная или народная медицина, которая основывается на применении в качестве лекарственных средств растений и растительных экстрактов. В Украине используется термин «фитотерапия», в других странах его синонимы — гербализм, медицинская ботаника или гербология. В настоящее время к средствам народной медицины относят также пчелиные и грибковые продукты, минералы, раковины и определенные части животных.

С доисторических времен на различных континентах в лечебных целях применяли тысячи местных растений. Первые свидетельства тому найдены в Ираке в пещере Шани-дар. При раскопках останков неандертальцев, которые жили около 60 тыс. лет назад, выявили, что при их захоронении использовались 8 видов растений, известных народной медицине во всем мире. Растения в качестве лекарственных средств в общепринятом понятии начали применять 13–25 тыс. лет до н. э., доказательством являются наскальные рисунки в пещере Ласко (Франция). Растительные лекарственные компоненты также обнаружены в останках снежного человека, чье тело было заморожено в Швейцарских Альпах более 5 тыс. лет назад, наиболее вероятно, что их применяли для лечения паразитов, найденных в его яичках.

Целебные свойства растений используют в дикой природе многие животные. Наблюдения биологов позволяют утверж-

дать, что у животных в ответ на болезнь отмечается тенденция к активному потреблению горьких частей растений. Эти поведенческие реакции объясняются тем, что горечь является индикатором вторичных метаболитов, таких как танины и алкалоиды, многие из которых обладают противовирусными, антибактериальными, противогрибковыми и антигельминтными свойствами. Так происходит процесс самолечения животных в дикой природе.

Животные используют лечебную флору и в профилактических целях. К примеру, рацион горилл, обитающих на равнинах, на 90% состоит из фруктов Aframomum melegueta (родственник имбиря) — растения с мощным антимикробным действием, которое защищает приматов от шигеллеза и других инфекций. Американские микробиологи установили, что некоторые птицы при создании гнезд используют материал, обладающий противомикробными свойствами, для защиты птенцов от болезнетворных бактерий.

История фитотерапии

Первые письменные упоминания (более 5 тыс. лет назад) о целебных свойствах растений исходят от самаритян, которые описали лечебные качества лавра, тмина и тимьяна. Первая китайская «травяная» книга, которая датируется 2700 лет до н. э., описывает применение 365 лечебных растений, включая ma-Huang — куст, который подарил современной медицине эфедрин. Известно, что за тысячу лет до нашей эры египтяне применяли в лечебных целях чеснок, мак, касторовое масло, кориандр, мяту и другие растения.

Как и их предшественники, древние греки и римляне использовали растения в качестве лекарственных средств. Принято считать, что Гиппократ и Гален заложили основы для развития западной медицины. Выдающийся древнегреческий врач и мыслитель Гиппократ (460–377 гг. до н. э.) описал 236 растений,

применявшихся в медицине того времени. Гиппократ являлся сторонником лечения простыми комбинациями трав в их природном состоянии (без каких-либо превращений) в комплексе со свежим воздухом, отдыхом и правильным питанием. Известный древнеримский врачеватель Гален (130–210 гг. до н. э.) отстаивал применение комбинированных препаратов, включающих растительные, животные и минеральные компоненты в высоких дозах в виде экстрактов и настоек.

Греческий врач Диоскорид является автором первого европейского трактата «De Materia Medica», в котором описаны свойства и назначение более 500 лекарственных растений. Этот компендиум, увидевший свет в I в. нашей эры, оставался авторитетным научным справочником по гербализму вплоть до XVII в.

Отношение к медицине несколько изменилось в период раннего средневековья. В тот момент христианская церковь препятствовала развитию «официальной» медицины, предпочитая внушать веру в исцеление. Центрами знаний, в том числе и медицинских, становятся монастыри, где переписываются греческие и римские трактаты по фитотерапии, выращиваются лекарственные травы. Однако в деревнях продолжает развиваться народная медицина, которую поддерживают многочисленные путешествующие и оседлые травники.

В XI в. начинается возрождение галеновской медицинской школы. В этот исторический период научные знания в Европе менее развиты, нежели в арабских странах, ученые которых получили доступ к описанию растительного мира Индии и Китая. Растения, медицинские тексты и переводы классических восточных медицинских знаний постепенно проникали на Запад. Наряду с появлением в XII в. университетских школ, продолжает процветать и народная медицина. Об актуальности и значимости фитотерапии (гербализма) свидетельствует большое количество публикаций, появив-

шихся в середине XV в. после изобретения книгопечатания Иоганном Гутенбергом.

Развитие мореплавания и освоение новых территорий способствовало миграции растительных культур из Европы и стран Востока в Америку, Африку, Австралию и наоборот. Параллельно происходил и обмен знаниями по применению растений в лечебных целях [3].

Вплоть до начала XX в. лекарственные растения в той или иной форме оставались единственными доступными лекарственными средствами. Научно-технический прогресс, в результате которого человечество получило доступ к синтетическим лекарственным препаратам, несколько снизил интерес к фитотерапии вплоть до середины XX в. В 1950 г. в Германии были проведены первые клинические исследования в области фитотерапии; с 1968 г. фитотерапия получает официальный статус в Великобритании. Применение природных лечебных средств на территории Европейского Союза регламентируется нормативным актом Еврокомиссии (EC Directive 2004/24/EC), требующим доказательной базы традиционного использования и безопасности для регистрации фитопрепарата [4].

Альтернативная медицина остается популярной во всем мире. Если учитывать потребление пищевых добавок, в состав которых входят лекарственные растения, а также применение гомеопатических средств, то нетрадиционная медицина возможно даже превалирует над научной. По данным J.A. Sutherland, количество визитов к специалистам альтернативной медицины в США составляет около 425 млн в год, тогда как к специалистам первичного звена «обычной» медицины — 388 млн в год.

Биологическое действие лекарственных растений

Лекарственные растения в процессе жизнедеятельности продуцируют химические соединения — первичные и вторичные метаболиты, которые, попадая в организм человека,

определяют их физиологическое (или собственно лекарственное) действие как на отдельные органы и системы, так и на организм в целом. К первичным метаболитам (веществам первичного синтеза) относят белки, жиры, углеводы, ферменты и витамины. Группа вторичных метаболитов, которые в основном и определяют биологическую активность растений, чрезвычайно многообразна:

Алкалоиды — сложные азотистые соединения со щелочной реакцией. Известно около 1000 разнообразных алкалоидов, содержащихся в растениях в виде солей различных органических, редко — неорганических кислот. Как правило, в растениях есть не один, а несколько идентичных по химической структуре алкалоидов в небольшом количестве (от 1–2% до тысячной доли процента). Исключением является кора хинного дерева, где содержание алкалоидов достигает 10–15%. Широко известные алкалоиды, применяющиеся в медицине, содержатся в таких растениях, как мак снотворный (морфин), белладонна лекарственная (атропин), табак (никотин), чай китайский и кофе (кофеин) и др.

Гликозиды — сложные соединения, широко распространенные в растительном мире. Их молекула состоит из двух частей: гликозидной, которая представляет собой циклическую форму сахаров, связанную через атом кислорода, серы или азота с агликоном (органическим соединением, не содержащим сахаров). Выделяют S-гликозиды, N-гликозиды, а также O-гликозиды, наиболее распространенные в природе. В медицине используют такие основные группы этих соединений:

- фенилгликозиды, содержащие фенильный радикал в агликоне, к которым относятся одноатомные и многоатомные фенолы;
- антрагликозиды, содержащие агликон — производное антрахинона. Выявлены в различных видах крушины, ревеня и алоэ;

- флавоновые гликозиды, агликон которых является производным флавона. Преимущественное большинство флавоновых гликозидов (рутин, катехины) обладают Р-витаминной активностью;
- стероидные или сердечные гликозиды относятся к группе О-гликозидов, агликоны которых имеют стероидную структуру и характеризуются выраженным воздействием на сердечную мышцу. Гликозиды ландыша майского, горицвета весеннего, наперстянки традиционно использовали поначалу в народной, а затем и в научной медицине;
- S-гликозиды или тиогликозиды — наименее распространенная в растительном мире группа. Эти горькие на вкус соединения выявлены в семенах горчицы черной, редьке посевной, хрене обычном, капусте. К гликозидам относят также сапонины — сложные безазотистые соединения, состоящие из моносахаридов и неуглеводных сапогенинов (агликон). Выделяют стероидные и тритерпеновые сапонины. Стероидные сапонины можно использовать в качестве исходного сырья для производства стероидных гормонов, последние содержатся главным образом в диоскорейных, бобовых и лилейных растениях. Тритерпеновые сапонины характеризуются мощным гемолитическим и бронхолитическим действием, эстрогенной активностью (солодка), стимулирующим действием (элеутерококк, женьшень).

Пектины — полимеразные сахаристые соединения, которые набухают в воде, образуя коллоидные растворы, что и лежит в основе их применения в качестве лекарственных средств. Наибольшее количество пектинов содержится в овощах и фруктах, а также в плодах шиповника, смородины, калины, корнях живокоста лекарственного.

Дубильные вещества — безазотистые органические соединения различной химической структуры, издревле используемые человеком в производственных и лечебных целях.

Значительное их количество содержится в коре дуба, корнях и корневище гравилата городского, бадана и др.

Горечи — это безазотистые соединения, очень горькие на вкус. Содержатся в золототысячнике обычном, полыни горькой, одуванчике лекарственном, цикории диком, шишках хмеля.

Флавоноиды — природные фенольные водорастворимые соединения, определяющие окраску цветов и плодов растений. В зависимости от степени окисления пиранового фрагмента флавоноиды делят на катехины, антоцианы, халконы, флаваноны, флавоны, флавонолы. Содержатся во всех растениях, оказывают противомикробное, антигистаминное, противовоспалительное, антиоксидантное действие.

Фитонциды — бактерицидные вещества, которые синтезируются многими высшими растениями. Науке известно около 1000 растений, обладающих фитонцидными свойствами, в их числе редька, лук, чеснок, хрен и др.

К продуктам вторичного синтеза, оказывающим выраженное биологическое действие, относят также растительные гормоны, слизи, кумарины, летучие масла, крахмал, клетчатку и смолы.

В основе около 40% лекарственных препаратов, применяемых в современной научной медицине (морфин, дигиталис, хинин, ацетилсалициловая кислота и многие другие), лежат компоненты растительного происхождения. Лекарственные растения являются базисными элементами народной медицины, натуропатии, аюрведической медицины, традиционной китайской медицины, народной американской медицины и, наконец, гомеопатии.

ГОМЕОПАТИЯ (от греческого homios — подобный, pathos — болезнь) — форма лекарственной терапии, в основе которой лежит принцип лечения подобного подобным. Основоположником учения и автором термина является немецкий врач Христиан Фридрих Самюэль Ганеман (1755–1843 гг.).

Принцип лечения подобного подобным впервые был упомянут в трудах Гиппократа как один из составляющих лечебной практики. Великий грек не выделял принцип подобия как единственно правильный и ратовал за его применение в совокупности с принципом противоположности. Самобытную интерпретацию принципа подобия использовали в восточной медицине. Применение компонентов лекарственных растений в древнеиндийской медицине базировалось на основе подобия анатомического строения человека и растений: для лечения костей применяли корни, стволы — для лечения мышц, кору — для лечения кожи, ветви — для сосудов, листья — для 6 полых органов, цветы — для 5 органов чувств, плоды — для 5 плотных органов.

Принцип подобия, но в несколько ином смысле, привел выдающегося врача средневековья Теофаста фон Гогенгейма, известного больше под псевдонимом Парацельс, к открытию ацетилсалициловой кислоты. Изучая ревматизм, Парацельс установил, что развитие болезни зачастую происходит на фоне переохлаждения ног в воде. Основываясь на принципе подобия, он предположил, что ива, растущая в воде, должна иметь какие-то защитные свойства против переохлаждения и «миазма» ревматизма. Его гипотеза подтвердилась на практике — отвар коры ивы существенно улучшал состояние больных ревматизмом. Впоследствии из ивовой коры получили вещества с мощным противовоспалительным действием, которые по родовой принадлежности ивы — Salix — были названы салицилатами; в виде ацетилсалициловой кислоты они дошли до нашего времени, синтезируются в искусственных условиях и широко применяются во всем мире.

Гомеопатия как наука возникла в начале XIX в. Основные ее принципы сформулированы С. Ганеманом в работе «Органон врачебного искусства», опубликованной в 1810 г:

- лечение подобного подобным;

- потенцирование веществ для получения гомеопатических препаратов;
- испытание препаратов на здоровых людях;
- учет индивидуальной картины болезни.

Сущность ***принципа подобия*** заключается в том, что симптомы, возникающие у больного, должны быть подобны болезненным проявлениям, вызываемым гомеопатическим лекарством у здорового человека с соответствующим конституциональным типом. Действие лекарств по принципу подобия основано на гипотезе вытеснения. Считается, что гомеопатическое средство, вводимое в организм, вызывает в нем лекарственную болезнь, которая вытесняет болезнь естественную. При этом сила лекарственного действия напрямую зависит от подобия симптомов болезни лекарственной и естественной.

В свою очередь выраженность (сила) лекарственной болезни, которая является важным условием вытеснения болезни естественной, зависит не только от подобия симптомов, но и от активности препарата, повышающейся в результате так называемого ***потенцирования или динамизации*** (второй принцип гомеопатии). Потенцирование представляет собой многократное разведение вещества, сопровождающееся энергичным и продолжительным встряхиванием пробирок, в которых производится. Если же препарат готовится из нерастворимого вещества, потенцирование происходит в процессе его растирания. Большинство препаратов в настоящее время представлены разведениями от 3D до 30D. Латинской буквой D обозначают разведения 1:10, которые именуются десятичными (1D=1:10, 3D=1:1000, 6D=1:1 000 000). Существуют также сотенные разведения, которые обозначаются как C (1C=1:100, 3C=1:1 000 000).

С. Ганеман, изучая на себе действие хинной коры, отметил развитие симптомов, характерных для малярии. Это послужило толчком к изучению клинической картины отравления

другими ядовитыми веществами и легло в основу третьего принципа гомеопатии — ***испытания препаратов на здоровых*** людях. Из этого принципа впоследствии возникло понятие о гомеопатическом конституциональном типе. В испытании лекарств участвовали здоровые мужчины и женщины различного возраста, склада характера и физических характеристик. На основе этих исследований описаны конституциональные типы, проявляющие максимальную чувствительность к конкретному гомеопатическому препарату.

Принцип ***учета индивидуальной карты болезни*** заключается в том, что каждая болезнь, возникшая даже у людей идентичного конституционального типа, но при этом различающаяся по модальности симптомов, требует назначения своего лекарственного средства. Отчасти этот принцип повторяет принцип подобия.

Гомеопатический метод лечения был признан достаточно эффективным и обрел популярность в ходе эпидемии холеры в Европе в 1831 г. Отсутствие на тот момент антибактериальных препаратов делало эту болезнь практически неизлечимой и спасением являлось только бегство из очага инфекции. С. Ганеман и его сподвижники довольно успешно применяли при лечении гомеопатические препараты, что и послужило укреплению авторитета гомеопатии в мире медицины.

Среди выдающихся гомеопатов, внесших значительный вклад в развитие науки, следует отметить ученика С. Ганемана Константина Геринга, а также Джеймса Тейлора Кента. К. Геринг сформулировал гомеопатические законы исцеления, предполагающие существование уровней болезни. Согласно этим законам явного и длительного излечения можно ожидать тогда, когда симптомы изменяются:

- от более глубоких, жизненно важных уровней организма к менее важным, поверхностным уровням;
- от верхних частей человеческого тела к нижним;

- исчезновение симптомов происходит в порядке, обратном их возникновению.

Излечение в гомеопатии рассматривается как выведение болезни с ее глубинных уровней на поверхностный (психический считается самым глубоким) [5].

Д.Т. Кент являлся одним из разработчиков системы репортизации. Он составил справочник симптомов «Репорториум», в который вошли тысячи симптомов с указанием степени выраженности каждого симптома в лекарственной картине отдельных препаратов. В современном мире компьютерных технологий на основе «Репорториума» Кента созданы компьютерные программы, которыми вместо громоздких книг пользуются гомеопаты классического направления.

В современной гомеопатии выделяют три основных направления, основным отличием которых является количество применяемых препаратов:

1. ***Классическая (ганемановская) гомеопатия,*** которая проповедует уницистский подход. Его сторонники считают, что любому пациенту для лечения той или иной болезни должно быть назначено единственное лекарство, подобранное по принципу максимального подобия. Лечебная тактика в таком случае сводится к правильному выбору потенции препарата в зависимости от остроты процесса, терпеливому ожиданию эффекта и поэтапной смене препаратов в ходе лечения.

2. ***Комплексная гомеопатия,*** или комплексизм, предполагает, что для лечения используют препараты, представляющие собой смесь нескольких растительных, минеральных, органических ингредиентов и других гомеопатических средств. Гомеопатические комплексные препараты применяют при конкретной широко распространенной патологии. Препараты в большинстве своем имеют названия, сходные с болезнями, либо несут смысловое значение своего действия. Однако, несмотря на простоту выбора комплексных препаратов, есть ряд

комплексов, назначение которых требует профессионального подхода.

Одним из молодых направлений комплексной гомеопатии, которое зародилось в середине XX в., является гомотоксикология. Ее основная идея заключается в реактивации клеточного метаболизма с целью излечения от болезни, а также в очищении организма от токсических веществ экзогенного и эндогенного происхождения. С этой целью используются многочисленные классические гомеопатические средства и нозоды, полученные из тканей свиньи (наиболее близкого генетического родственника человека), объединенные в комплексы.

3. ***Плюралистическая гомеопатия*** исповедует использование конституциональных средств наряду с применением симптоматических и дренажных средств в виде сложных капель или комплексных препаратов. Таким образом, плюрализм представляет собой синтез классической и комплексной гомеопатии.

Глава 2. ЛЕКАРСТВЕННЫЕ РАСТЕНИЯ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Растения являются древнейшим сырьем для изготовления медицинских препаратов. На протяжении всей истории человечества флора — это не только источник пищевых продуктов, но и лекарств. До середины 20-х годов прошлого века 70–80% всех медикаментов производились из растений, сегодня препараты на основе природного сырья составляют около 40% лекарственных средств. Фитотерапия в кардиологии традиционно востребована и по-прежнему актуальна. Многие растительные компоненты используют как самостоятельно, так и в дополнение к комплексной стандартной терапии у больных с артериальной гипертензией, ишемической болезнью сердца, сердечной недостаточностью и др. Довольно широко в современной кардиологии применяют алкалоиды раувольфии (резерпин и аймалин), сердечные гликозиды, выделенные из наперстянки шерстистой (дигитоксин), горицвета весеннего (цимарин, адонитоксин), ландыша майского (строфантин); боярышник, омелу белую и другие средства.

Раувольфия змеиная — Rauwolfia serpentina относится к семейству кутровых (Apocynaceae). Кроме раувольфии змеиной, выращиваемой с древнейших времен в Индии, Бирме, на индонезийских островах, в настоящее время используют раувольфию серую — Rauwolfia canescens L. из Индии и раувольфию рвотную — Rauwolfia vomitoria Af. из Африки. Раувольфия змеиная — вечнозеленый многолетний полукустарник высотой до 1,5 м с млечным соком. Имеет небольшое корневище и длинный стержневой изогнутый корень с крупными боковыми корнями. Листья расположены мутовчато по 3–4 штуки овальной, слегка заостренной

формы, плотные, голые. Цветки розовые, красные или белые в густых зонтиковидных соцветиях. Плоды красные, состоящие из 2 сочных костянок. Ботаническое описание раувольфии (XVI в.) принадлежит немецкому врачу Леонарду Раувольфу, чье имя и носит растение. Раувольфия обитает на опушках субтропических лесов. В качестве культуры возделывается в Индии и на Кавказе. Для переработки заготавливают корни и очень мелкие корневища. Корни выкапывают осенью и режут на куски, промывают и сушат естественным способом на сквозняке.

В Европе растение изучают с 50-х годов XX в., за этот период из раувольфии выделены более 25 алкалоидов. Корни и корневища содержат около 20 индольных алкалоидов, составляющих 1–2% общей массы. Наиболее изучены резерпин, полученный в чистом виде в Швейцарии в 1952 г., аймалин, папаверин, серпангин, йохимбин и др. Их действие на организм многогранно — резерпин и в меньшей мере ресцинамин проявляют антигипертензивный и седативный, аймалин — антиаритмический, папаверин — спазмолитический эффекты.

Антиаритмические свойства аймалина основаны на снижении возбудимости миокарда, удлинении рефрактерного периода, замедлении атриовентрикулярной и внутрижелудочковой проводимости, незначительном угнетении автоматизма синусного узла и подавлении образования импульса в эктопических очагах автоматизма. Все это позволяет классифицировать его как антиаритмический препарат I класса.

Основным фармакологическим свойством резерпина является его симпатолитическое действие, которое реализуется на уровне центральной и периферической нервной системы. Истощение запасов норадреналина в адренергических нервных окончаниях нарушает процессы его депонирования, что приводит к блокаде адренергической передачи и, как следствие, к снижению сосудистой сопротивляемости. На уровне центральной нервной системы резерпин уменьшает содержание в тканях мозга нейромедиаторов

(норадреналина, дофамина, серотонина) благодаря его способности нарушать транспорт этих веществ из цитоплазмы, где происходит их биосинтез, в гранулы, где они депонируются. В цитоплазме они подвергаются действию моноаминоксидазы и превращаются в неактивные (дезаминированные) метаболиты.

Присущие резерпину фармакологические свойства определяют его воздействие на организм. Этот алкалоид обладает выраженным антигипертензивным и легким седативным эффектом. В различных руководствах по фитотерапии упоминается чрезвычайно большое количество растений, якобы снижающих артериальное давление (АД), однако плацебо-контролируемые исследования, в которых было бы подтверждено это свойство, практически отсутствуют. Исключение составляет раувольфия: ее свойства используют для лечения артериальной гипертензии уже около 50 лет. Раувольфия и ее алкалоид резерпин в 50-х годах XX в. стали одними из первых антигипертензивных препаратов, способных эффективно снижать АД при приеме *per os* и пригодных при длительной терапии артериальной гипертензии. Благодаря почти одновременному появлению в те годы в арсенале врачей раувольфии, гидрохлоротиазида и гидралазина стало возможным эффективное снижение АД у больных с артериальной гипертензией и улучшение прогноза заболевания. Эти препараты были использованы для проведения первого крупного проспективного плацебо-контролируемого рандомизированного исследования Veteran Administration Study (1967; 1970), направленного на оценку прогноза у больных с леченой артериальной гипертензией. Его результаты впервые продемонстрировали возможность снижения смертности и частоты осложнений у больных с артериальной гипертензией, принимающих адекватную антигипертензивную терапию (рис. 1).

В рандомизированном проспективном плацебо-контролируемом исследовании W.M. Smith (1977) не выявлено существенного влияния на прогноз (конечные точки — сердечно-

сосудистые осложнения и смерть) комбинированной терапии раувольфией змеиной и гидрохлоротиазидом. В течение 7–10 лет под наблюдением находились 389 пациентов с артериальной гипертензией (диастолическое АД (ДАД) 90–115 мм рт. ст.), которые были рандомизированы в группы активного лечения и плацебо. Однако результаты продемонстрировали значительную антигипертензивную эффективность раувольфии и гидрохлоротиазида: ДАД в среднем снизилось на 10 мм рт. ст., систолическое АД (САД) — на 16 мм рт. ст. [6].

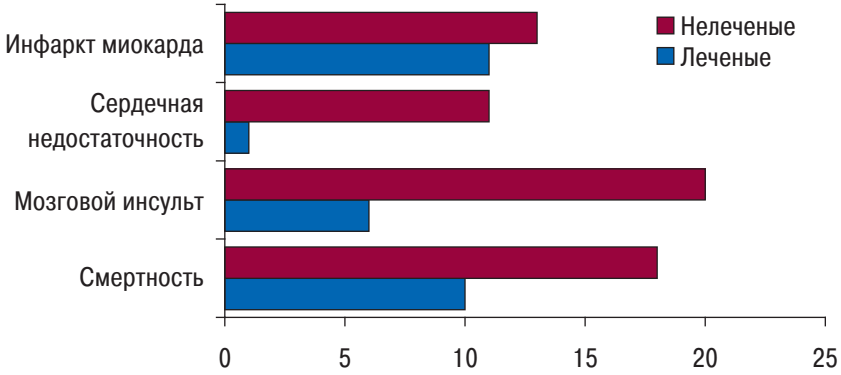

Рис. 1. Влияние терапии резерпином, гидрохлоротиазидом и гидралазином на прогноз больных с артериальной гипертензией (по данным Veteran Administration Study, 1967; 1970)

Резерпин, являющийся ветераном антигипертензивной терапии, и сейчас применяют в клинике и научных исследованиях. Так, в одном из самых крупных современных исследований ALLHAT, законченном в 2002 г., схема лечения больных с артериальной гипертензией предусматривала применение препаратов 1-го ряда (амлодипина, лизиноприла, хлорталидона, доксазозина), а также резерпина, с которым комбинировали указанные препараты в случае неэффективности монотерапии. Ценным и малоизвестным практическим врачам свойством резерпина является значительная по сравнению с любым анти-

гипертензивным средством продолжительность действия: его период полувыведения составляет 150–270 ч.

Боярышник колючий — Crataegus oxyacantha относится к семейству розовых (Rosaceae). Родовое название боярышника Crataegus произошло от греческого слова cratanos, обозначающего сильный, крепкий. Это название боярышник получил за свою выдающуюся долговечность (до 400 лет), стойкость к неблагоприятным условиям, крепкую и твердую древесину. Представляет собой куст или небольшое дерево высотой 5–6 м. Произрастает в лесах, на кручах, холмах, высоких берегах рек в Европе, Азии, Северной Америке, Северной Африке. Ветви растения имеют острые и прочные колючки около 2 см длиной, листья широкоромбовые с голыми черешками. Цветы пятилепестковые белого или розоватого цвета, плоды светло- или кроваво-красные. Период цветения май – начало июня, плоды достигают зрелости в конце августа – начале сентября.

В медицинских целях используют цветы, листья и плоды боярышника. Сушат сырье естественным способом в проветриваемом помещении. Химический состав боярышника необычайно разнообразен. Цветы, листья и плоды содержат флавоноиды и их гликозиды, амины, тритерпеновые сапонины, витамины (аскорбиновую кислоту, ретинол), летучие масла, ненасыщенные жирные кислоты (масляную и линоленовую), сахара, белки, дубильные и фитостериновые вещества (табл. 1).

Полагают, что комбинация флавоноидов, содержащихся в боярышнике, и олигомерические проантоцианидины (ОПЦ) обеспечивают выраженный кардиопротекторный эффект этого растения. Известно, что флавоноиды оказывают мощное антиоксидантное действие и способны улучшать состояние эндотели-

альной оболочки сосудов. Возможно, культура потребления красного вина, насыщенного флавоноидами, и является объяснением французского парадокса, состоящего в том, что потребление французами жирной пищи не приводит к росту сердечно-сосудистых заболеваний. Эта гипотеза нашла подтверждение в нескольких эпидемиологических исследованиях, проведенных в Европе в 90-х годах прошлого века, которые показали, что употребление в пищу флавоноидов снижает риск заболеваний сердца, инфаркта миокарда и мозгового инсульта [8, 9].

Таблица 1

Химический состав боярышника колючего (приводится в адаптированном виде по A.L. Miller [7])

Амины	**Флавоноиды и их гликозиды**
b-фенетиламин	кверцитин
тирамин	гиперозид
ацетилхолин	рутин
Тритерпеновые сапонины	витексин
олеанолиновая кислота	изовитексин
урсоловая кислота	ориентин
кратеголовая кислота	изоориентин
Катехины	апигенин
катехин	**ОПЦ**
эпикатехин	различные ОПЦ

В целом влияние боярышника на организм, как и его химический состав, многогранно. Проявляет отрицательный инотропный и хронотропный эффект, оказывает антиаритмическое, антигипертензивное, кардиотоническое и кардиопротекторное действие, усиливает кровоток в сосудах сердца и мозга, снижает возбудимость центральной нервной системы; вызывает мягкий диуретический, спазмолитический и антиаллергический эффект. Уникальные свойства боярышника много лет используются для лечения сердечно-сосудистых заболеваний, а современная наука открывает новые грани этого растения благодаря изучению тонких механизмов его действия.

Экспериментальные исследования позволили прояснить механизм кардиопротекторного, а по сути антиишемического действия боярышника. В условиях ишемии из нейтрофильных гранулоцитов в большом количестве выделяется человеческая нейтрофильная эластаза (HNE — human neutrophil elastase), которая, возможно, наряду со свободными радикалами частично ответственна за повреждение миокарда при ишемии и реперфузии. Предположительно кардиопротекторное действие боярышника базируется на улавливании свободных радикалов и ингибировании фермента HNE ОПЦ. S. Chatterjee с соавторами (1997) выявили антиоксидантную активность и других компонентов боярышника, в частности многих флавоноидов, но ОПЦ считается самым мощным из них [10].

S. Makdessi и соавторы(1997) показали также, что боярышник улучшает энергетический баланс в миокарде, особенно при ишемии: повышенная активность лактатдегидрогеназы в миокарде при ишемии и реперфузии существенно уменьшается при начальной терапии боярышником [11]. В аналогичном эксперименте на изолированном сердце крысы при ишемии и реперфузии боярышник значительно повышал механические свойства миокарда по сравнению с контролем без увеличения коронарного кровотока, что свидетельствует в пользу улучшения энергетического обмена в сердечной мышце.

Способность боярышника удлинять рефрактерный период клеток миокарда, доказанная в эксперименте, обеспечивает его антиаритмический эффект.

Данные, также полученные экспериментальным путем, позволяют говорить о возможном благоприятном влиянии боярышника на метаболизм липидов. Снижение уровня общего холестерина и триглицеридов отмечено в нескольких исследованиях у крыс с ожирением на фоне применения настойки боярышника.

Исследования на животных открыли механизм антигипертензивного действия боярышника: средство способствует

расширению периферических сосудов через механизм эндотелийзависимой вазодилатации.

Антигипертензивную эффективность боярышника изучали также в клинических исследованиях. В двойном слепом пилотном исследовании с участием 36 добровольцев с мягкой и пограничной артериальной гипертензией (уровень ДАД в пределах 85–100 мм рт. ст.) не выявлены различия влияния на уровень АД магния сульфата (в дозе 600 мг/сут), боярышника (500 мг/сут), их комбинации и плацебо. В группе монотерапии экстрактом боярышника отмечали тенденцию к снижению ДАД через 10 нед терапии [12].

Позднее эти же ученые провели исследование, включавшее 79 пациентов с мягкой артериальной гипертензией в сочетании с сахарным диабетом II типа. Пациенты, 71% которых получали базовую антигипертензивную терапию, были рандомизированы для приема 1200 мг боярышника в виде экстракта или плацебо в течение 16 нед. В группе получавших боярышник (36 человек) было достигнуто незначительное, но достоверное снижение ДАД по сравнению с плацебо (рис. 2).

В исследовании не отмечено какого-либо влияния боярышника на функцию печени и почек, количество побочных эффектов, не требовавших отмены препарата, было сравнимо с таковым плацебо; также не зарегистрировано взаимодействия между базовыми антигипертензивными препаратами и фитопрепаратом [13].

Анализ действия боярышника на метаболизм липидов подтвердил оптимистичные экспериментальные данные. Было установлено достоверное снижение уровня триглицеридов в крови, а также отмечена тенденция к оптимизации липидного спектра за счет снижения содержания общего холестерина и повышения холестерина липопротеинов высокой плотности. Благоприятный эффект боярышника на липидный спектр был также выявлен другими авторами [12]. Несколько неожиданными оказались данные по влиянию на углеводный обмен.

Боярышник не влиял на уровень глюкозы натощак, однако способствовал достоверному повышению концентрации инсулина в крови натощак, что не соответствует данным экспериментальной работы H. Jouad и соавторов (2003)[14].

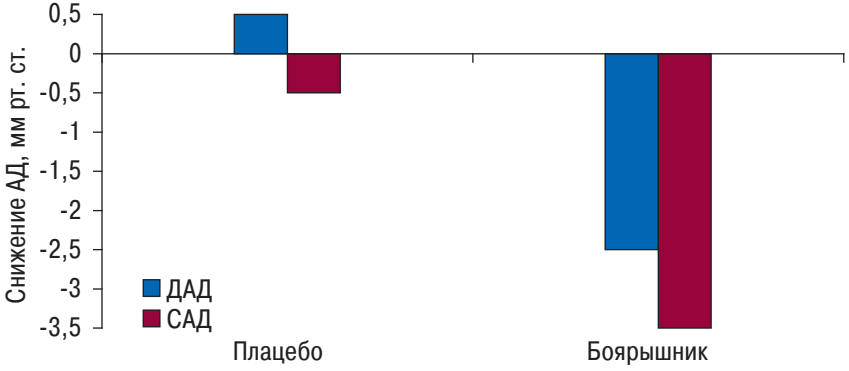

Рис. 2. Влияние боярышника на уровень АД (по данным A.F. Walker, 2006)

Омела белая — Viscum album относится к семейству омеловых (Loranthaceae). Омела белая — полупаразит, обитающий на территории Европы; в Южной Африке, Азии, Австралии и Америке произрастают другие подвиды рода Viscum. Растение паразитирует практически на всех деревьях, особенно с мягкой корой (тополь, акация, липа, ива, боярышник, яблоня, груша). Представляет собой вечнозеленый куст, как правило, шарообразной формы от 20 до 130 см в диаметре. Имеет деревянистый стебель, желто-зеленые листья и цветы, формирующие пучки; плод — клейкая белесоватая ненастоящая ягода, которая служит кормом для птиц в зимний период. Распространению омелы белой способствуют птицы, которые переносят ягоды на деревья. Ягоды ядовиты.

В лечебных целях применяют молодые ветви с листьями (собирают без ягод зимой или в конце осени) только омелы белой, обитающей в Европе. Американская омела ядовита и не пригодна для использования. После измельчения высушивается в естественных условиях в хорошо проветриваемом помещении.

Омела белая содержит алкалоид вискотоксин (0,03–1%), сахара, камедь, флавоны, каротин, холин, ацетилхолин, аскорбиновую кислоту, олеановую и урсоловую кислоты. Оказывает антигипертензивное, седативное, противоопухолевое, диуретическое, обезболивающее, кровеостанавливающее, антиаллергическое и глистогонное действие. Омела активно используется в гомеопатии.

Наиболее широко омелу применяют в качестве антигипертензивного и противоопухолевого средства. В низких дозах преимущественно проявляет свойства иммуномодулятора, в более высоких превалирует антинеопластическое действие. В исследованиях на культуре клеток омела белая проявляет способность ингибировать высвобождение гистамина из сенсибилизированных лейкоцитов, стимулировать выброс лимфокинов из лимфоцитов, активировать высвобождение супероксид-аниона из нейтрофильных гранулоцитов, стимулировать Т-хелперы и моноциты, повышать двигательную активность Т-лимфоцитов, активировать натуральные киллеры и фагоцитарную активность гранулоцитов [15]. Все вышеперечисленные эффекты приписывают действию вискотоксина на иммунные клетки. Однако в клинических работах не отмечено влияния омелы белой на звенья клеточного иммунитета у здоровых людей.

Иммуномодулирующие свойства омелы послужили основой для изучения ее в качестве антивирусного препарата. Проведено несколько исследований применения препаратов омелы в комплексном лечении больных СПИДом и гепатитом С, в которых продемонстрировано некоторое замедление прогрессирования этих заболеваний.

Результаты исследований эффективности противоопухолевого действия омелы противоречивы. Экспериментальные и клинические данные показывают некоторую способность омелы белой замедлять прогрессирование солидных опухолей молочной железы, желудка и толстого кишечника, в то время как ее применение не влияет на выживаемость больных раком (железистым) головного мозга, почки, легкого, поджелудочной железы. Очевидно, омела действительно активна по отношению к некоторым видам раковых клеток (особенно их низкодифференцированных форм, для которых характерно быстрое деление), что реализуется посредством блокирования синтеза специфических белков, необходимых для роста.

Применение омелы белой в низких дозах способствует снижению АД и замедлению частоты сердечных сокращений (ЧСС). Антигипертензивный эффект омелы обусловлен ее влиянием на сосудодвигательный центр и дополняется мягким диуретическим и седативным действием [16].

Горицвет весенний — Adonis vernalis относится к семейству лютиковых (Ranunculaceae). Название горицвет получил из-за своих ярко-желтых цветов, которые появляются ранней весной и на фоне темной земли кажется, что все вокруг горит золотистым огнем. Родовое латинское название происходит от имени прекрасного юноши из древнегреческой легенды Адониса — сына царя Кипра Кинариса и Мирры. Когда он родился, богиня любви Афродита, очарованная красотой малыша, похитила его и спрятала в ларце. Охранять младенца она доверила Персефоне — жене царя подземного царства Плутона. Персефоне ребенок понравился тоже, и она отказалась возвращать его Афродите. Спор между ними разрешил Зевс. Согласно его

решению Адонис должен был делить год между земной жизнью и подземным царством. На земле Адонис, став возлюбленным Афродиты, часто охотился в горах. Однажды во время охоты на него неожиданно напал свирепый и ревнивый бог Арес, принявший облик дикого вепря. Адонис в схватке погиб, Афродита оплакала его и похоронила в горах Кипра. В память о любимом она повелела, чтобы капли пролитой юношей крови вечно произрастали из земли прекрасными цветками [17].

Горицвет весенний — многолетнее (до 100 лет) травянистое растение семейства лютиковых с темно-бурым коротким толстым многоглавым корневищем и несколькими стеблями, достигающими 40 см в высоту. Стебли прямостоячие, густооблиственные, у основания почти голые, покрытые редкими бурыми чешуйчатыми низовыми листьями. Нижние листья узкорассеченные, остальные — перисторассеченные на узколинейные дольки, у верхушки шиловидно заостренные. Цветки одиночные, крупные, золотистые, похожие по форме на звезду со многими лучами. Ширина их достигает 6 см. Плод — серо-зеленый сборный многоорешек овальный длиной около 20 мм и шириной 12 мм. Цветет в апреле одновременно с появлением листьев, в это время стебель короткий длиной около 10 см с одним цветком. Во время плодоношения ветви достигают 40 см в длину. Плоды созревают в июне. Корни его ядовиты. Настойку из горицвета употребляют как средство, вызывающее выкидыш, поэтому он категорически противопоказан беременным. Произрастает адонис в Европе, также в Сибири, Алтайском крае, на Урале, в Средней Азии.

Для лечебных целей используют траву растения, которую собирают с начала цветения и до полного осыпания плодов. Сушат в сушилках при температуре 30–40 °С, хранят отдельно от других растений в течение года в сухом, хорошо проветриваемом помещении. Трава не должна содержать более 13% влаги.

В народной медицине горицвет используют несколько столетий. В 1859 г. опубликована статья С.Д. Носа «О народной медицине южнорусов», где впервые описана эффективность травы адониса при сердечных заболеваниях. В научную медицину растение ввели М.А. Бубнов и С.П. Боткин. Горицвет весенний относится к широко применяемым сердечным средствам благодаря содержанию сердечных гликозидов — цимарина, адонитоксина, флавонового гликозида адониверните и других малоизученных гликозидов, сахаров (рамноза и цимароза), сапонинов, фитостеринов. Препараты горицвета весеннего обладают кардиотоническими, диуретическими, обезболивающими и успокаивающими свойствами [18]. Отличительной особенностью сердечных гликозидов горицвета является отсутствие кумулятивного эффекта.

Его влияние на организм предопределено наличием в нем сердечных гликозидов, которые вызывают:

- положительный инотропный эффект за счет блокады K^+/Na^+ — АТФазы и изменения внутриклеточной концентрации ионов Ca^{++}, а также влияние на сократительные белки (актин-миозин) кардиомиоцитов;
- отрицательный хронотропный эффект обусловлен угнетением автоматизма синусного узла;
- мягкий диуретический и натрийуретический эффекты, преимущественно за счет кардиотонического действия.

Ландыш майский — Convallaria majalis относится к семейству лилейных (Liliaceae). Латинское название в дословном переводе означает лилия долин, цветущая в мае. Прекрасный весенний цветок издавна привлекал внимание людей, поэтому о его происхождении сложено множество поэтичных легенд. В Древней Греции существовал миф, повествующий, как

однажды богиня охоты Диана, сестра лучезарного Аполлона, охотилась в незнакомом лесу, населенном фавнами. Соблазненные красотой девушки, они стали преследовать ее. Стройной охотнице Диане удалось убежать, она устала, все ее тело покрылось капельками пота, который, падая на землю, превращался в душистые серебристые колокольчики ландыша.

В христианской мифологии ландыши — это горючие слезы Богородицы, которые она проливала, стоя у креста распятого сына. Слезы, падая на землю, превращались в чистые прекрасные цветы, которые, отцветая, становились красными, похожими на кровь плодами. В Германии существует поверье, что в светлые лунные ночи, когда земля объята глубоким сном, дева Мария с венцом из блестящих, как серебро, ландышей на голове появляется перед немногими избранными праведниками [17].

Ландыш издавна известен как лекарственное растение, выдержавшее испытание временем. Особой популярностью пользовался в средние века. С начала XVIII в. сохранились рецепты приготовления ландышевой воды, действие которой «возвращает речь косноязычным, исцеляет подагру, унимает сердечную боль и укрепляет память». Прекрасным средством от параличей считалась вода Гартмана. Для приготовления этого лекарства цветки ландыша нужно было собирать до восхода солнца, пока они еще покрыты росой. В Англии из цветков ландыша готовили особый эликсир под названием «золотая вода». Снадобье продавалось в золоченых либо посеребренных флаконах и предназначалось для укрепления нервов, против головной боли, а одно время даже как средство против заразных болезней. На Руси ландыш тоже был популярным лекарственным средством. О его настойке писали, что она «дороже есть злата драгого и пристоит ко всем недугам». Его употребляли против водянки, заболеваний сердца, эпилепсии, колик в животе и др.

В научной литературе ландыш был впервые описан в 1881 г. Н.П. Богоявленским и С.П. Боткиным. Ученым уда-

лось из разных частей ландыша выделить сердечные гликозиды, близкие по составу к гликозидам наперстянки.

Все части ландыша ядовиты для человека. Для птиц употребление его в пищу смертельно, но некоторые дикие животные (лиса, пятнистый олень) едят ягоды ландыша без всякого вреда для себя.

Ландыш представляет собой многолетнее травянистое растение с ползущим корневищем. Стебли его прямые до 20 см в высоту, цветы с резко выраженным приятным запахом белой окраски на дугообразных цветоножках; плод — ярко-красная ягода с тремя семечками. Период цветения — с мая по июнь. Произрастает ландыш в светлых лесах, главным образом смешанного типа (на полянах и опушках образует сплошные густые заросли) в Европе, Восточной Сибири и на Дальнем Востоке. Выращивается в виде культуры. В лечебных целях используют все части растения (цветы, листья, стебель), собранные в период цветения. Сушат в теплых и темных помещениях.

Из майского ландыша выделено 13 сердечных гликозидов, сапонины и 22 вещества карденолидного происхождения. Листья и цветки содержат гликозиды, близкие к таковым наперстянки, отличающиеся меньшей стойкостью в организме, при приеме внутрь менее активны, чем препараты наперстянки и горицвета. Не обладают кумулятивными свойствами. Основными гликозидами травы, цветков и листьев ландыша являются конваллотоксин, состоящий из остатка рамнозы и строфантина, и сапонин — конвалларин, раздражающий слизистые оболочки желудка и кишечника. Кроме того, в состав ландыша входят органические кислоты — хелидоновая, яблочная, лимонная, астрагиновая и эфирное масло (0,058% содержится главным образом в цветках) [18].

Как и все растительные сердечные гликозиды, используется как кардиотоническое и диуретическое средство, обладает седативным эффектом. Механизм действия подобен всем представителям группы сердечных гликозидов.

Лук морской — Urginea maritima относится к семейству лилейных (Liliaceae). Многолетнее травянистое луковичное растение высотой до 40–50 см. Луковица мясистая, грушевидная или неправильно шаровидная, до 15 см в диаметре и массой до 2–3 кг, покрыта сухими чешуями красного (красная форма) или белого (белая форма) цвета. Надземная часть растения представлена безлистным цветочным стеблем высотой до 100 см, оканчивающимся крупным густым кистевидным соцветием длиной 40–50 см с белыми цветками. Листья темно-зеленые с сизоватым оттенком, блестящие, гладкие, яйцевидные длиной 30–60 см и шириной 5–12 см. Плод — коробочка с 5–12 черными или черно-коричневыми семенами. Цветет до появления листьев в июле–августе, семена созревают в сентябре–октябре. С лечебной целью применяют белый морской лук, а красный используют для борьбы с грызунами. Родина растения — страны Средиземноморья. Морской лук белой формы распространен в Испании, Португалии, Албании, красной — преимущественно в Алжире, Марокко. Растет в прибрежной полосе, реже вдали от моря, иногда в горах на высоте до 1000 м над уровнем моря. Вводится в культуру в Закавказье. В России культивируется на Черноморском побережье Краснодарского края.

В луковице содержатся гликозиды: сцилларен, апросцилларидин А — (0,05%), глюкосцилларен А — (0,05%) и др. В луковицах красной и белой формы содержится до 30% слизи, в составе которой выявлен синистрин, а также ситостерин, стигмастерин, лимонная кислота, холин, сапонины, дубильные вещества и значительное количество оксалата кальция. Основным гликозидом, обеспечивающим физиологические эффекты, является сцилларен А.

Гликозиды морского лука действуют подобно препаратам наперстянки, хорошо всасываются в желудке, не обладают кумулятивными свойствами по сравнению с другими сердечными гликозидами и вызывают выраженный мочегонный эффект. Усиление диуреза связывают с непосредственным действием морского лука на почки (снижает канальцевую реабсорбцию натрия и повышает его выделение). Препараты морского лука применяют также в качестве мочегонного и отхаркивающего средства. Применяется в гомеопатии.

Золотарник обыкновенный — Solidágo virgauréa, многолетнее травянистое растение семейства сложноцветных (Asteraceae) с горизонтальным корневищем, стебель прямостоячий, вверху ветвистый, листья продолговато-эллиптические с зубчатым краем, соцветие — метелка корзинок, корзинки сравнительно небольшие с язычковыми и трубчатыми цветками желтого цвета, плод — семянка с летучкой. Распространен в Европе, Азии за исключением пустынь и полупустынь. Растет в хвойных и лиственных лесах по кустарникам, оврагам, лугам, берегам рек. Часть источников указывает на токсичность растения.

Как лекарственное сырье используют листья, соцветия и надземную часть. Трава растения содержит алкалоиды, флавоноиды, сапонины, эфирное масло, органические кислоты (кофейная, хлорогеновая), дубильные и красящие вещества, смолы.

В народной медицине золотарник издавна используют как мочегонное средство, применяют при водянке, отеках, бронхиальной астме, камнях в почках и желчном пузыре, подагре, ревматизме, туберкулезе легких. В тибетской медицине назначают при неврастении и желтухе. Соцветия используют в виде порошка в народной медицине и ветеринарии для заживления ран, при болезнях кожи.

Золотарник обыкновенный входит в состав некоторых комбинированных лекарственных средств, применяемых при заболеваниях мочевых путей.

Белена черная — Hyoscyamus niger относится к семейству паслёновых (Solanaceae). Родовое название образовано из двух греческих слов (в переводе означающих свиной боб) и упоминается у древнегреческих и латинских авторов. Название «белена» звучит одинаково на всех славянских языках и очень созвучно древнеанглийскому и древневерхненемецкому. Лингвисты считают это слово примером древнеевропейского названия. С глубокой древности белена — одно из самых ядовитых растений. Авиценна более 1000 лет назад писал: «Белена — яд, который причиняет умопомешательство, лишает памяти и вызывает удушье и бесноватость». Свойство белены вызывать галлюцинации использовалось в период средневековья в составе «мази ведьм», куда она входила вместе с экстрактом плодов красавки. Эта мазь, нанесенная на кожу, вызывала яркие галлюцинации. Женщинам казалось, что они летают по воздуху, танцуют, принимают участие в шабаше.

Все части белены ядовиты, причем свойства эти сохраняются при высушивании, а также в вареном и печеном виде. Особенно опасны мелкие семена, которые по внешнему виду практически не отличаются от семян мака и поэтому часто соблазняют детей. Всем известно вошедшее в разные языки выражение «белены объелся», употребляемое при появлении симптомов, сходных с умопомешательством.

В средние века семена белены широко применяли в Германии для усиления опьяняющего действия напитков. Названия многих немецких городов происходят от слова «белзен» —

белена, отсюда же название «Пльзеньское пиво». Но случаи отравления пивом с беленой были так многочисленны, что правительство издало специальное постановление, запрещающее добавлять к пиву семена белены.

Белена черная — двулетнее озимое растение, покрытое мягким, клейким, оттопыренным пушком, обладает неприятным запахом. Корень вертикальный, ветвистый, мягкий, иногда почти губчатый, морщинистый, с утолщенной корневой шейкой. Стебли одиночные высотой 20–115 см, ветвистые, зеленые, опушенные. Листья мягкие, тусклые, темно-зеленые, снизу светлые, сероватые, с более густым и длинным опушением вдоль жилок и по краям. Цветки немногочисленные, в начале цветения они скучены на верхушках стеблей и ветвей. Венчик грязно-желтоватый, реже — беловатый с сетью пурпурно-фиолетовых жилок. Плод — кувшинообразная, многосемянная коробочка. Семена мелкие, многочисленные, напоминающие семена мака. Цветет белена в июне–июле; семена созревают в июле–августе. Размножается только семенами.

Распространена повсеместно (в Европе, реже в Средней Азии, Сибири, на Дальнем Востоке) как сорное растение, зарослей не образует, растет рассеянно или небольшими группами на пустырях, заброшенных полях, среди развалин. Растение имеет специфический запах, отпугивающий животных. Все виды работ с беленой необходимо проводить с осторожностью. Культивируется в специализированных хозяйствах.

В медицине используют розеточные листья первого года жизни, собранные в конце лета — начале осени (в августе–сентябре) или на втором году жизни во время бутонизации или цветения растения. Сушат сырье белены в сушилках при температуре 40 °С или на чердаках с хорошей вентиляцией, разложив тонким слоем. Белена очень ядовита, поэтому при ее сборе и сушке необходимо соблюдать осторожность.

Все органы белены содержат алкалоиды атропина: гиосциамин, тропин, 1-скополамин (гиосцин), апоатропин, апогиосцин, белладоннин; гликозиды июсципикрин, чюсцерин, гиосцирезин, метилэскулин. Семена содержат до 14% жирного масла, в состав которого входят олеиновая, линоленовая и другие кислоты; листья богаты флавоноидами, прежде всего рутином.

При применении белены отмечают следующие физиологические эффекты: сухость слизистых оболочек, гиперемия кожи лица, расширение зрачков, учащение пульса и дыхания, галлюцинации. При передозировке выявляют паралич нервных структур, смерть наступает в результате остановки дыхания. Выделяются алкалоиды белены почками.

В медицине применяют при депрессиях, расстройствах сна, истерических проявлениях, послеродовых и климактерических психических состояниях, алкоголизме, некоторых симптомах эпилепсии, паркинсонизме, заикании, энурезе. Применяют как анальгезирующее средство при спастической боли. Масло белены применяют как обезболивающее средство при боли ревматического и невралгического характера. Листья белены входят в состав комплексных препаратов, используемых при лечении бронхиальной астмы.

Амбра — Ambra grisea, или китовый воск, представляет собой твердое воскоподобное вещество, которое образуется в пищеварительном тракте кашалотов. Издавна используется в парфюмерии как стабилизатор или фиксатор запахов, широко применяется в медицине и гомеопатии. Куски амбры бывают различной округлой формы, весят от 14 г до десятков килограммов, масса самого крупного «самородка» — 122 кг. В свежем виде амбра представляет собой мягкую массу черноватого или сероватого цвета с неприятным фекальным запахом. Под действием

морской воды и света амбра постепенно твердеет и приобретает светло-серую или коричневатую окраску. Одновременно происходит и изменение запаха, он становится сладковатым и мускусным. Амбру находят у берегов Атлантического океана, Африки, Бразилии, Мадагаскара, Индии, Китая, Японии.

Специфический запах амбры обусловлен наличием продуктов окисления тритерпенового спирта амбреина, который по составу близок к холестерину. Кроме того, амбра содержит хлорид натрия, фосфат кальция, алкалоиды и бензойную кислоту. Политерпеновые соединения служат фиксаторами, так как удерживают на коже летучие душистые вещества, замедляя их испарение из ароматической смеси.

Физиологическое действие амбры описано преимущественно в гомеопатии и проявляется на уровне центральной и периферической нервной системы. Средство помогает при бессоннице, возникшей на фоне умственного перенапряжения и волнения, при расстройствах памяти, в том числе и в пожилом возрасте, при головокружениях, парестезиях и судорогах. Кроме того, амбра эффективна в купировании коклюшеподобного кашля и при бронхоспастических проявлениях, гипертонусе матки и меноррагиях, при варикозном расширении вен нижних конечностей [19].

Игнация амара — Ignatia amara или Strychnos ignatia представляет собой большой вьющийся кустарник, растущий на Филиппинских островах и в Китае. Плод сферической или яйцевидной формы, около 4 дюймов в диаметре. Скорлупа его гладкая, хрупкая, в ней находится около 20–30 семян. Название этого плода приписывают монашескому ордену иезуитов, нарекших его в честь Игнатия

Лойолы, который в XII в. привез бобы в Европу. О целебных свойствах этих бобов миссионеры узнали от местных жителей, носивших их в качестве амулетов, защищающих от болезней. В дальнейшем игнацию стали использовать для лечения подагры, эпилепсии, холеры и бронхиальной астмы.

Бобы содержат немалое количество стрихнина, горького вещества, который часто используется как отрава для крыс. В высоких дозах стрихнин ядовит и для человека.

Широко применяется в гомеопатии при невротических расстройствах сна, головной боли, треморе, гипергидрозе, булимии, хорее, парестезиях и парезах конечностей, проявлениях кардионевроза, а также функциональных спазмах дыхательных путей, судорогах и боли в мышцах, спазмах желудка и кишечника, психогенной диарее, аменорее [19, 20].

Чернила каракатицы, или сепия, — Sepia. Для защиты от врагов головоногие моллюски могут выпускать «чернильную бомбу» и устраивать «дымовую завесу», под прикрытием которой уходят от погони. Темную жидкость, чернила, вырабатывает особый орган, который так и называют — чернильный мешок. Он имеет форму грушевидного выроста в прямой кишке. Внутри чернильный мешок разделен перегородкой на две части. В верхней части хранятся чернила, а в нижней расположены ткани железы, вырабатывающие их, в клетках которых содержатся зерна этой темной жидкости. Готовые чернила поступают в верхнюю часть, и когда моллюску грозит опасность, он выстреливает ими из своей воронки. Красящее вещество чернил — органическая краска группы меланинов, схожая по составу с мелатонином. Цвет чернил разный — у каракатиц он сине-черный, у осьминогов — чер-

ный, у кальмаров — коричневый. В момент выброса не все содержимое используется за один раз. Обычно его хватает на 6–7 выбросов.

Современные исследования показали, что выпущенные чернила не сразу растворяются в воде — в течение 10 и более минут висят компактной темной каплей, ее растворение происходит при столкновении. Самым поразительным является то, что форма капли похожа по очертаниям на хозяина, выпустившего ее. Хищник в погоне за моллюском хватает эту каплю вместо жертвы, и вот тогда-то этот темный сгусток жидкости «взрывается» и окутывает врага «дымовой завесой». За это свойство чернильный двойник называют чернильной бомбой. Кроме того, сами чернила достаточно едкие — они могут вызвать временную потерю ориентации хищника не только из-за плохой видимости в «дымовой завесе», но еще и из-за раздражения глаз и органов обоняния. Но и это еще не все. Головоногие моллюски перед тем как выпустить чернильную бомбу сначала меняют свой цвет — темнеют и лишь после этого выпускают темного двойника, а затем резко бледнеют и убегают, а хищник хватает фантом. Таким образом эффект двойника усиливается резкой сменой окраски.

Сепию широко используют в гомеопатии с момента основания этой науки. Ее влияние распространяется практически на все органы и системы организма человека. Средство положительно действует на нервную, пищеварительную, дыхательную и женскую половую системы. Применяют при кожных заболеваниях, выпадении волос, инфекциях мочеполовой системы. Сепия является одним из лучших гомеопатических средств, используемых в гинекологии и акушерстве.

Применение сепии нивелирует невротические расстройства, которые сопровождаются тревогой, сниженным фоном настроения, плаксивостью, повышенной раздражительностью, фобиями, истерическими симптомами [19].

Безвременник осенний — Colchicum autumnale относится к семейству безвременниковых (Colchicaceae DC.). Многолетнее клубнелуковичное травянистое растение. Клубнелуковица дает осенью 2–3 крупных лилово-розовых цветка с простым венчиковидным воронкообразным околоцветником. Нижняя часть околоцветника в виде длинной трубки скрыта в земле. Тычинок 6, пестик с 3 нитевидными столбиками. Плод — продолговато-округлая бурая трехгнездная многосемянная коробочка. Во время цветения (август–сентябрь) растение без листьев. Оплодотворенная завязь зимует под землей. Коробочка с 3–4 удлиненно-ланцетными листьями выносится весной на поверхность почвы. Высота растения 20–25 см.

Территорией, где наблюдается наибольшее видовое разнообразие рода Colchicum и сформировался сам род, является Средиземноморье. Встречается в странах Западной Европы, Украине. Произрастает на лугах. Безвременники разных видов, в том числе и осенний, успешно растут в культуре с XVI в. В современном цветоводстве задействованы как исходные формы, так и продукция селекционеров.

Для изготовления лекарственных средств используют клубни, семена и цветки безвременника осеннего. Клубни и цветки заготавливают перед началом цветения. Семена собирают во время их созревания и сушат в темном теплом месте, расстелив тонким слоем на бумаге или ткани. Срок хранения сырья 1 год, свежих луковиц — 3 мес.

Растение ядовито, поэтому его хранят отдельно.

Все части растения содержат алкалоиды, среди которых главными являются колхицин и колхамин. Основное действую-

щее вещество — очень ядовитый алкалоид колхицин. В луковицах выявлено около 0,25% колхицина, в цветках — около 0,8%, в семенах — 1,2%. В клубнях содержатся флавоноид апигенин, органические кислоты ароматического ряда, фитостерины, углеводы и другие вещества; в семенах — жир, углеводы, смолы и дубильные вещества.

Так как безвременник осенний содержит колхицин во всех своих частях (даже в цветках), растение является ядовитым. Смертельная доза колхицина для человека — около 0,02 г. Эту дозу содержат, например, 6 г семян безвременника. Отравление приводит к выраженному повышению температуры тела, брадикардии, острой боли в желудке, бредовому состоянию, потере сознания. Нарушается состав крови.

Колхикум причастен к успеху миссии легендарного предводителя аргонавтов Ясона. Как известно, для получения золотого руна у колхидского царя Ээта, отважному греку требовалось запрячь двух огнедышащих быков, созданных Гефестом, чтобы вспахать поле, посвященное Аресу, и засеять его зубами дракона, подаренными Ээту Афиной. Влюбившаяся в Ясона дочь колхидского царя Медея вручила ему волшебное зелье — сок корней некой травы. По преданию это и был безвременник осенний, выросший из крови прикованного к кавказской скале Прометея, которая капала из его истерзанной орлом печени. Своей репутацией волшебницы царевна Медея обязана прежде всего безвременнику и колдовским представлениям о нем. Омывший полученным соком тело, меч и щит Ясон успешно справился с трудной задачей [17].

У древних греков и в средние века с медицинскими целями применяли настойку из клубнелуковиц и семян растения в качестве местного средства при подагре. Спиртовую настойку семян или клубнелуковиц до настоящего времени применяют в народной медицине как наружное обезболивающее и отвлекающее средство при суставном ревматизме, подагре и невралгии.

Растение обладает сильным слабительным, мочегонным, потогонным, желчегонным, рвотным и обезболивающим эффектом. Водный настой клубнелуковиц в невысоких дозах и слабой концентрации применяют при водянке, желтухе, коклюше, одышке от сердечной слабости, ревматизме, боли при простудных заболеваниях, различных невралгических нарушениях. Применение внутрь безвременника как сильно ядовитого растения требует большой осторожности и обязательного врачебного контроля.

В научной медицине применяют алкалоиды безвременника. Колхицин употребляют при подагре, а колхамин (оманин) для лечения болезней крови, например хронических лейкозов, и начальных стадий рака кожи. Терапевтическое действие двух основных алкалоидов одинаковое, но используют в основном колхамин, который по сравнению с колхицином менее токсичен. Колхамин обладает хорошим противораковым эффектом и в виде мази используется при лечении рака кожи (экзофитных и эндофитных форм 1-й и 2-й стадии), а также неоперабельных форм рака пищевода (особенно при локализации рака в нижней трети пищевода), а также рака кардиального отдела желудка. При раке пищевода и желудка колхамин назначают внутрь в виде таблеток, лучших результатов достигают при комбинации колхамина с сарколизином. В гомеопатии Colchicum применяют при лечении подагры [21] и суставного ревматизма, воспалительных заболеваний желудка и кишечника; при невралгиях, кашле, нарушениях кровообращения. При подагре применяют исходную настойку или разведения D1–D4, при жалобах со стороны сердца рекомендуют преимущественно разведения D1–D6, которые назначают также и при воспалении желудка и кишечника.

Рута душистая — Ruta graveolens относится к семейству рутовых (Rutaceae). Многолетний ветвистый полукустарник с прямостоящим стеблем высотой до 1 м. Нижние листики длинночерешковые, двух- или трехперистораздельные: сверху темно-зеленые, снизу серовато-зеленые, основная масса листьев не утрачивает окраску зимой. Цветет растение два раза в год. В природных условиях встречается в Южной и Центральной Европе. Культивируется в качестве декоративного и лекарственного растения. Считается ядовитым, однако в небольших количествах молодые листики используют как приправу. Для лечебных целей пригодны молодые листья, которые заготавливают в начале цветения. В составе листьев руты душистой флавоноиды (около 2,2%), летучее масло (около 0,03%), алкалоиды (около 0,2%), рутин, фурокумарины. Препараты руты душистой применяют в народной медицине в качестве спазмолитических, мочегонных, желчегонных и успокоительных средств. Благодаря наличию рутина укрепляет стенки сосудов, снижая их проницаемость, что тормозит развитие воспалительных реакций [18].

Клопогон кистевидный — Actaea racemosa, или цимицифуга, относится к семейству лютиковых (Ranunculaceae). Произрастает в лиственных лесах Северной Америки, Канады, Европы в глубокой тени влажных косогоров. Растение с крупными трехдольчатыми листьями и наибольшей средней долей. Клопогон мало привлекает внимание до момента цветения, когда выбрасывает вверх высокие шипы эффектных

белых цветков. Лепестки почти невидимы, главная особенность цветка — хохолки заметных тычинок, окружающих пестик в центре. Цветение начинается в мае в южных регионах, продолжая цвести в сентябре в северных.

Клопогон кистевидный впервые описан ботаниками в 1705 г. К 1732 г. введен в культуру в английские сады как выносливое декоративное многолетнее растение. В медицинских целях используется корень растения. Большинство сырья собирается в дикой природе, некоторое количество выращивается в культуре в Европе.

Это растение открыли американские индейские племена и применяли различные его части для лечения проблем, связанных с женским здоровьем — эмоциональной лабильностью, приливами жара, нарушениями сна, депрессией. Ирокезы использовали крепкий отвар корня в качестве примочек и ножных ванн при боли в суставах. Они также применяли его в качестве мочегонного средства. Растение было признано официальной медициной Америки и широко назначалось врачами в XIX в. для лечения артрита и ревматизма, для нормализации менструального цикла, как обезболивающее средство при болезненных менструациях и после родов, а также как седативное средство при нервных расстройствах.

Клопогон кистевидный — наиболее известное и популярное растение, применяемое сегодня при симптомах менопаузы. После сои он является второй по популярности альтернативой гормональной заместительной терапии. Активными ингредиентами клопогона являются тритерпеноиды, цимицифугозиды, коричная кислота и ее производные. Цимицифуга также содержит изофлавоноиды, бета-каротин, аскорбиновую кислоту, кальций, цинк, тиамин, хром, селен, салициловую кислоту [22].

Уже к середине 1960-х годов был накоплен достаточный клинический и научный опыт по применению цимицифуги

при гормональных расстройствах у женщин. Результаты как минимум 14 клинических исследований, в которых приняли участие до 1500 женщин, продемонстрировали безопасность и эффективность клопогона в лечении предклиматерических и менопаузальных расстройств.

В двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании Sammartino и соавторами (2006) при участии 80 женщин получены убедительные данные о влиянии экстракта клопогона в дозе 8 мг (эквивалентно 40–140 мг сухого растения) на симптомы менопаузы [23]. Отмечено снижение частоты и силы ощущения приливов, рекомендуемые дозы хорошо переносились пациентками. Также установлено, что экстракт цимицифуги никак не влияет на уровень лютеинизирующего и фолликул-стимулирующего гормонов, несмотря на обратные утверждения, звучавшие ранее. Этот факт свидетельствует об отсутствии эстрогенового влияния компонентов экстракта на устранение приливов. Накопленные данные о клинических эффектах позволяют с определенной долей уверенности говорить о том, что клопогон кистевидный обладает способностью корректировать климактерические проявления, при этом его эффективность на 25–30% выше, нежели плацебо. Экстракт нетоксичен, не обладает канцерогенными эффектами, не вызывает мутаций и пригоден для длительного применения.

Точный механизм действия цимицифуги пока не установлен. В работе Rhyu и соавторов (2006) получены интересные данные о том, что компоненты экстракта цимицифуги обладают свойствами агонистов опиатных рецепторов, активация которых способствует улучшению настроения [24]. Учитывая наличие стрессовых факторов в патогенезе приливов, можно сделать вывод о том, что цимицифуга уменьшает выраженность проявлений депрессии, улучшает общее самочувствие, способствует нормализации настроения. Подтверждения тому имеются в работе Cheung и соавторов (2006): совместно

с экстрактом зверобоя цимицифуга уменьшала выраженность депрессивных расстройств на фоне менопаузы [25].

Таволга — Spiraea Ulmaria относится к семейству розоцветных (Rosaceae) и представляет собой многолетнее травянистое растение высотой до 2 м. Имеет прямой стебель с перерывчато-перистыми листиками и крупным трех- или пятираздельным конечным сегментом. Сверху листья голые, зеленые, изнутри с серым опушением. Ароматные цветы таволги сливочные, желто-белые содержат 5 лепестков. Цветки маленькие, сгруппированы в нерегулярно разветвленные сложные зонтики, имеют очень резкий сладкий запах. Цветут с июня по сентябрь. С лечебной целью используют траву, которую собирают в период цветения. Родиной таволги является Европа, произрастает также в Северной Америке, предпочитая влажную почву.

В 1597 г. это растение впервые упомянуто ботаником Джоном Джерардом. В 1652 г. английский врач Николас Кальперер описал терапевтический эффект таволги при желудочных симптомах. В 1682 г. таволга а упомянута в голландских травниках и названа Filipendula, тогда как в остальной части Европы растение было известно как Spiraea. В 1838 г. из него была выделена салициловая кислота, в 1853 г. профессор Карл Герхард открыл ее молекулярную структуру. Будучи эффективной в уменьшении выраженности боли, салициловая кислота вызывала раздражение и воспаление желудка. Ученый пытался модифицировать ее формулу, чтобы снизить частоту и тяжесть побочных эффектов салициловой кислоты, однако это ему не удалось, и он назвал лекарство «неперспективным». Однако салициловую кислоту продолжали применять при выражен-

ной боли. В городе Эрбергфилд в Германии некто Хофманн страдал от жестокого болевого синдрома, обусловленного артритом, и вынужден был принимать салициловую кислоту. Его сын, Феликс, работал химиком на фармацевтическом заводе «Bayer» и экспериментировал с кислотой, пытаясь облегчить участь отца. Ему это удалось, в 1895 г. он изобрел ацетилсалициловую кислоту, которую назвали аспирин — «а» от ацетил, «спир» от спирея [26].

После проведения компанией «Bayer» экспериментальных и клинических исследований с 1899 г. аспирин широко применяют как обезболивающий, противовоспалительный, жаропонижающий, а впоследствии и антиагрегантный препарат.

Таволга богата флавоноидами, содержит флавоновые гликозиды рутин, гиперин и спиреозид; гликозид спиреин, гликозиды фенола и др.

В таволге также содержатся 10–20% эфиров и танинов. Эфирное масло содержит прежде всего салицилальдегид (75%), так же, как и фенилэтиловый, бензиловый спирт, анисальдегид, метиловый эфир салициловой кислоты, салицин, спиреин, гелиотропин, фенилацетат и ванилин [27].

Эфиры салициловой кислоты включают салициловый альдегид, салицин, метиловый эфир салициловой кислоты и другие. В цветках таволги имеется гепарин, который формирует комплекс с белками растения. Гепарин, выделенный из таволги, проявляет сходство с гепарином животного происхождения. Другие компоненты таволги включают слизь, углеводы, аскорбиновую кислоту, сахар и минералы.

Спектр применения таволги в народной медицине чрезвычайно широк. При простудных заболеваниях, ревматизме и артритах это обезболивающее, жаропонижающее и противовоспалительное средство. Применяют также для улучшения пищеварения, реологических свойств крови, с антибактериальной целью (растение активно по отношению к стафило-

кокку, кишечной палочке и протею). Кроме того, танины, содержащиеся в растении, обладают вяжущими свойствами и используются при лечении диареи.

Переступень белый — Brionia Alba относится к семейству тыквенных. Однодомная лиана с толстым мясистым корнем и коротким утолщенным подземным побегом. Побеги тонкие, голые или с шипиками, гранистые, до 2–4 м длиной, лазящие с помощью неветвистых, спирально закрученных усиков. Листья черешковые, голые или опушенные мелкими шипиками-щетинками, сидящими на белых бугорках; пластинка листа до 10 см длиной, 5-лопастная или 5-раздельная, при основании глубокосердцевидная, по краю зубчатая. Цветки раздельнополые, грязно-желтые. Тычиночные цветки в кистях на длинных цветоносах в верхней части побегов, чашечка их в 2–3 раза короче венчика; венчик колесовидный, глубоко 5-раздельный, тычинок 5, с короткими мохнатыми нитями. Пестичные цветки в щитковидных или зонтиковидных соцветиях, расположенных в нижней части побегов, чашечка равна по длине венчику. Плоды — черные шаровидные ягоды 7–8 мм в диаметре. Семена бурые, яйцевидные, слегка сплюснутые, около 5 мм длиной и 3–4 мм шириной. Цветет в июне–июле, плодоносит в июле–августе.

В диком виде растет в Европе (на юге Швеции, в Средней Европе и на Балканах) и в Азии (Турции, Иране), на Кавказе и в Средней Азии. В средней полосе, на западе и юге европейской части России переступень культивируется как декоративное и лекарственное растение, легко дичает. Растет обычно на территории населенных пунктов у изгородей и жилья, густо их оплетая,

а в местах естественного произрастания — по склонам гор, среди кустарников, по речным долинам и лесным окраинам.

В корнях переступня белого найдены гликозиды (4,56%) — брионин и брионидин, брионицин, брионол, брионоловая кислота, в небольшом количестве дубильные вещества, сапонины, смолы под названием бриорезин, крахмал, органические кислоты, фитостерин, эфирное масло (0,34%) [26].

Настойка корней входит в состав препарата Акофит, спирта Лори, обладает обезболивающим эффектом и применяется при подагре, ревматизме, невралгии.

Используется в народной медицине и гомеопатии как обезболивающее, кровоостанавливающее, слабительное средство. Кумарины, извлеченные из корней, проявляют противоопухолевую активность; эфирное масло обладает бактерицидными свойствами.

Глава 3. КОМПЛЕКСНЫЕ ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Артериальная гипертензия является одним из самых распространенных заболеваний как в Украине, так и во всем мире. По данным официальной статистики, в нашей стране в 2006 г. зарегистрированы 11 млн 27 тыс. лиц с повышенным АД, что составляет около 30% взрослого населения страны. Гипертоническая болезнь (ГБ) значительно повышает риск развития сердечно-сосудистых осложнений (инфаркта миокарда, инсульта, сердечной и почечной недостаточности) и смерти от них. Вследствие распространенности и тяжести осложнений ГБ остается актуальной медицинской и социальной проблемой современного общества.

Впервые эффективность антигипертензивной терапии в снижении смертности и частоты осложнений ГБ была продемонстрирована в исследовании Veteran Administration Study (1967; 1970). Большое количество исследований, проведенных во второй половине XX в., послужили основанием для проведения у больных с ГБ постоянной антигипертензивной терапии для контроля АД и профилактики развития осложнений.

В соответствии с Рекомендациями Европейского общества гипертензии и Европейского кардиологического общества по лечению артериальной гипертензии (2007) основными методами борьбы с артериальной гипертензией являются немедикаментозное (изменение образа жизни) и медикаментозное лечение. Коррекция образа жизни направлена на устранение вредных привычек (курения, чрезмерного употребления алкоголя), контроль массы тела, повышение физической активности, ограничение потребления поваренной соли и др. Для медикаментозной терапии рекомендованы в качестве

препаратов первой линии антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы AT_1-рецепторов ангиотензина II, диуретики и блокаторы β-адренорецепторов [28].

При ГБ, как и любом другом хроническом заболевании, эффективность лечебного вмешательства зависит не только от правильного и своевременного установления диагноза и выбора оптимальной стратегии лечения. Важную роль играет и точность соблюдения больным предписанного режима терапии, так называемая приверженность пациента к лечению. Недавний метаанализ (21 клиническое рандомизированное исследование (1970–2005), 46 847 человек), включая 8 плацебо-контролируемых исследований (19 633 пациента) показал, что хорошая приверженность к лечению сопровождалась снижением смертности по сравнению с плохой приверженностью к приему медикаментов [29]. Одной из причин низкой приверженности к лечению являются побочные эффекты терапии.

В этой связи остается актуальным поиск новых эффективных и безопасных препаратов для лечения больных с ГБ. Несомненно, основой терапии у пациентов с ГБ являются 5 базисных классов антигипертензивных препаратов, которые применяют в соответствии с Рекомендациями Европейского общества гипертензии и Европейского кардиологического общества по лечению артериальной гипертензии. Однако, с одной стороны, весомым дополнением к традиционному подходу, а с другой — альтернативой (при начальных проявлениях болезни) могут стать натуропатические средства.

Целый ряд комплексных гомеопатических препаратов для лечения больных с патологией сердечно-сосудистой системы разработаны немецкой компанией «Хомвиора» («Homviora Arzneimittel, Dr.Hagedorn GmbH&Co.»). В Украине первым был представлен и используется с 1998 г. антигипертензивный препарат Хомвиотензин.

Хомвиотензин

Хомвиотензин представляет собой комплексный гомеопатический препарат, в основе которого — четыре фитокомпонента в низких гомеопатических разведениях:

Reserpin (резерпин) D3	32 мг
Rauwolfia (равольфия) D3	32 мг
Viscum album (омела белая) D2	32 мг
Crataegus (боярышник) D2	64 мг

Антигипертензивное действие Хомвиотензина характерно для всех его компонентов и обусловлено:

- симпатолитическим действием на уровне центральной и периферической нервной системы — истощение запасов норадреналина в адренергических нервных окончаниях и уменьшение содержания в тканях мозга норадреналина, дофамина, серотонина (резерпин, раувольфия);
- сосудорасширяющим действием через механизм эндотелийзависимой вазодилатации (боярышник);
- действием на сосудодвигательный центр продолговатого мозга (омела белая);
- диуретическим действием (омела белая, боярышник). Кроме того, препарат проявляет мягкий седативный (раувольфия, резерпин, боярышник, омела), антиаритмический (раувольфия за счет алкалоида аймалина, боярышник) и антиоксидантный (боярышник) эффекты (рис. 3)

Большой опыт применения Хомвиотензина в Украине имеет достаточно прочную доказательную базу. Проведены 15 клинических исследований этого препарата, в том числе рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое, в которых установлены антигипертензивная эффективность и хорошая переносимость Хомвиотензина.

Самое крупное рандомизированное двойное слепое плацебо-контролируемое исследование по определению эффективности

и переносимости Хомвиотензина проведено совместно отделом гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» и кафедрой кардиологии и функциональной диагностики Национальной медицинской академии последипломного образования (НМАПО) им. П.Л. Шупика [30]. Раскрытие кодов ослепления и статистический анализ осуществлены в Мюнхенском университете в Германии. Обследованы 77 пациентов с ГБ I и II стадии (мягкая и умеренная АГ) и уровнем ДАД 90–109 мм рт. ст., которые были рандомизированы в группу активного лечения (38 больных получали по 1 таблетке Хомвиотензина 2 раза в сутки) и группу плацебо (39 больных). Лечение начинали после 3-недельного безмедикаментозного периода, в конце которого проводили амбулаторное суточное мониторирование АД. Медикаментозный период составил 6 нед.

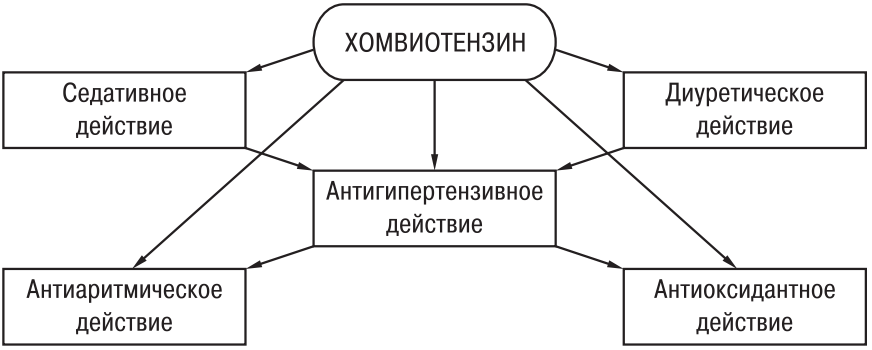

Рис. 3. Механизм действия Хомвиотензина

Терапия Хомвиотензином способствовала достоверному снижению среднеинтегральных показателей САД и ДАД в ночной и дневной периоды (рис. 4). Достоверные изменения этих показателей в группе плацебо не отмечены.

Применение Хомвиотензина не сопровождалось изменением ЧСС, что дает возможность рекомендовать его пациентам с брадикардией, синдромом слабости синусного узла и другими нарушениями проводящей системы сердца.

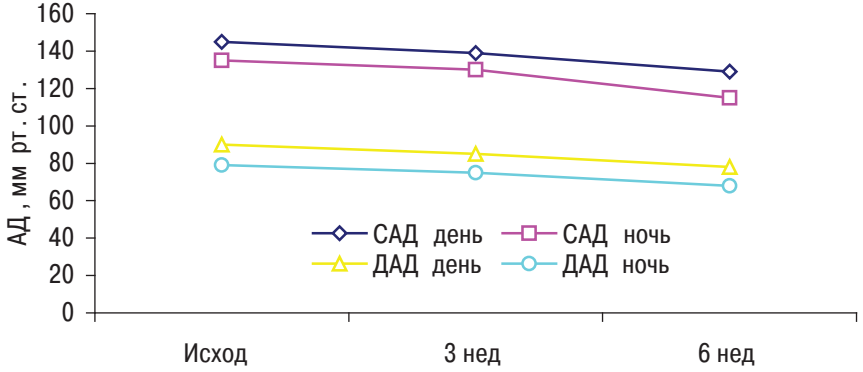

Рис. 4. Влияние Хомвиотензина на среднедневной и средненочной уровень АД по данным амбулаторного суточного мониторирования АД

Лечение Хомвиотензином не вызывало развития побочных эффектов, требующих отмены препарата [13]. Результаты этой работы согласуются с данными клинических исследований, проведенных в 5 медицинских центрах Германии, где обследованы 99 пациентов с мягкой и умеренной ГБ. Через 2 нед приема Хомвиотензина отмечено снижение АД, а к 4-й неделе — АД нормализовалось у 85% больных, этот эффект сохранялся в течение всего периода наблюдения (18 мес) [31].

В последующем было более детально изучено влияние Хомвиотензина на циркадный ритм АД у больных с ГБ. В исследовании, которое проводилось в отделах гипертонической болезни и некоронарогенных заболеваний сердца ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско», под наблюдением (4 нед отмены предшествующего лечения + 4 нед терапии) находились 40 пациентов с ГБ I (24) и II (16) стадии [30]. По данным амбулаторного суточного мониторирования АД в среднем по группе отмечали достоверное снижение САД и ДАД за сутки, день и ночь. Полная нормализация АД была достигнута у 15 больных, у 16 пациентов эффект был удовлетворительным, то есть среднесуточное ДАД снижалось на 10 и более мм рт. ст.,

но не достигло 80 мм рт. ст., у 9 больных — неудовлетворительным. Недостаточная выраженность антигипертензивного эффекта зафиксирована преимущественно у больных с ГБ II стадии (ДАД снижалось менее чем на 10 мм рт. ст. и превышало 80 мм рт. ст).

На фоне лечения Хомвиотензином параллельно со снижением АД выявлено снижение нагрузки давлением: индекс времени САД за сутки уменьшился в 1,3 раза, ДАД — в 1,7 раза. Это свидетельствует о существенном уменьшении суммарного времени, в течение которого АД у пациента остается повышенным.

Хомвиотензин оказывал нормализующее действие на нарушенный циркадный ритм АД и не влиял на его нормальный суточный профиль у обследованных пациентов. До лечения у 21% больных суточный индекс находился в пределах нормы (10–20%), у 15 больных был менее 10% (non-dipper) и у 4 — более 20% (over-dipper). После курса терапии количество больных с чрезмерным и недостаточным снижением АД в ночные часы уменьшилось на 75 и 60% соответственно (рис. 5).

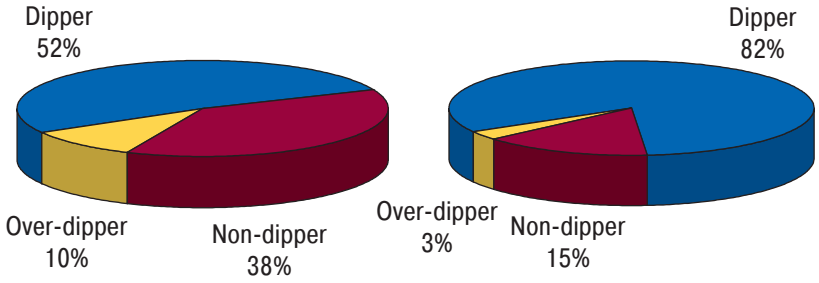

Рис. 5. Влияние терапии Хомвиотензином на циркадный ритм АД

Опираясь на результаты этой работы, был сделан вывод, что Хомвиотензин является эффективным антигипертензивным средством, оказывающим мягкое действие на АД и нормализующим циркадный ритм АД. Как монотерапия для лечения АГ

может быть рекомендован больным с ГБ I стадии, при II стадии заболевания может использоваться в качестве дополнительного средства в составе комбинированной терапии.

В работе Г.В. Дзяк и Т.В. Колесник (2004) у 20 пациентов с мягкой и умеренной ГБ были подтверждены антигипертензивная эффективность и хорошая переносимость Хомвиотензина, а также его благоприятное влияние на нарушенные показатели суточного ритма АД [30]. При применении Хомвиотензина отмечено достоверное снижение среднесуточного, среднедневного и средненочного АД и показателей нагрузки давлением (индекс времени и индекс площади) в соответствующие периоды суток. Препарат не нарушал физиологический 2-фазный циркадный профиль АД: до лечения суточный индекс САД и ДАД в среднем по группе составлял 13,2±1,6 мм рт. ст. и 18,7±1,8 мм рт. ст. соответственно, через 4 нед лечения эти показатели достоверно не изменились. Хомвиотензин не оказывал отрицательного влияния на нормальные показатели вариабельности АД. У пациентов с повышенной вариабельностью АД на фоне лечения отмечалась тенденция к его снижению (рис. 6).

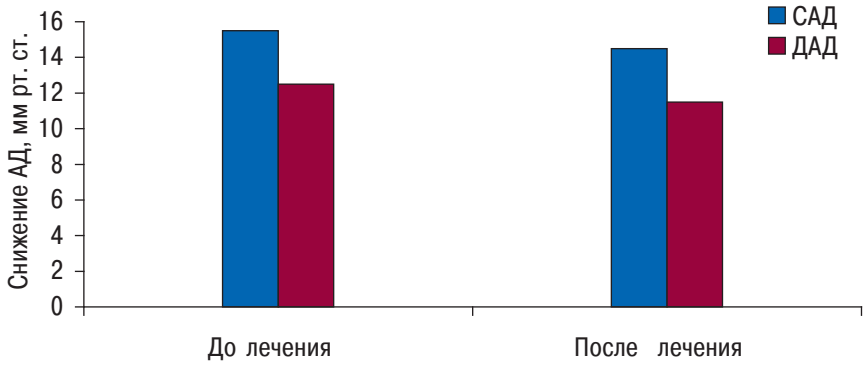

Рис. 6. Вариабельность АД под влиянием терапии Хомвиотензином

Таким образом, несомненным достоинством Хомвиотензина является его корригирующее действие на нарушения

суточного ритма у больных с ГБ. Доказано, что характер циркадного ритма АД влияет на развитие осложнений ГБ: чрезмерная нагрузка давлением и повышенная вариабельность АД способствуют развитию гипертрофии левого желудочка, нарушение физиологической фазности суточного ритма АД ассоциируется с повышенным риском поражения органов-мишеней (сердца, почек, головного мозга).

Хомвиотензин обеспечивает адекватный контроль АД в течение суток, достоверно снижает показатели нагрузки давлением, корригирует нарушенный суточный ритм АД и проявляет склонность к уменьшению вариабельности АД, что подтверждает его позитивные хронобиологические качества и возможность благоприятного влияния на течение ГБ.

В исследовании В.А. Боброва и соавторов, в котором под наблюдением был 31 больной с ГБ II стадии, изучалось влияние Хомвиотензина на структурно-функциональные показатели работы сердца [30]. После 3-недельного безмедикаментозного периода назначали Хомвиотензин в дозе 1 таблетка 2 раза в сутки в течение 9 нед, при недостаточной эффективности дозу повышали до достижения индивидуального эффекта (максимальная суточная доза составляла 6 таблеток). Период медикаментозной терапии — 12 мес.

Длительное лечение способствовало развитию существенного антигипертензивного эффекта, который оценивали по данным суточного мониторирования АД. Также было отмечено уменьшение патологической вариабельности САД и ДАД как в дневное, так и в ночное время и не выявлено влияния на нормальную вариабельность АД.

Применение Хомвиотензина не сопровождалось статистически достоверным изменением ЧСС: до лечения в среднем за день 75,3±6,2 уд./мин, за ночь — 60,2±6,4 уд./мин; через 12 мес терапии — 73,7±7,8 и 63,9±6,2 уд./мин соответственно.

Терапия Хомвиотензином в течение 3 мес не оказывала достоверного влияния на толщину задней стенки и межжелудочковой перегородки, сократительную функцию и массу миокарда левого желудочка. Через 6 мес лечения отмечена тенденция к уменьшению диастолического размера левого желудочка без значительного изменения массы миокарда и толщины его стенок. Прием Хомвиотензина в течение 12 мес не привел к достоверным изменениям толщины стенок левого желудочка, однако произошло достоверное уменьшение конечно-диастолического размера (КДР) и соответственно конечно-диастолического объема (рис. 7). Как результат, отмечено достоверное уменьшение массы миокарда левого желудочка с 235,4±7,1 до 215,1±3,2 г, что составило 12% исходного показателя.

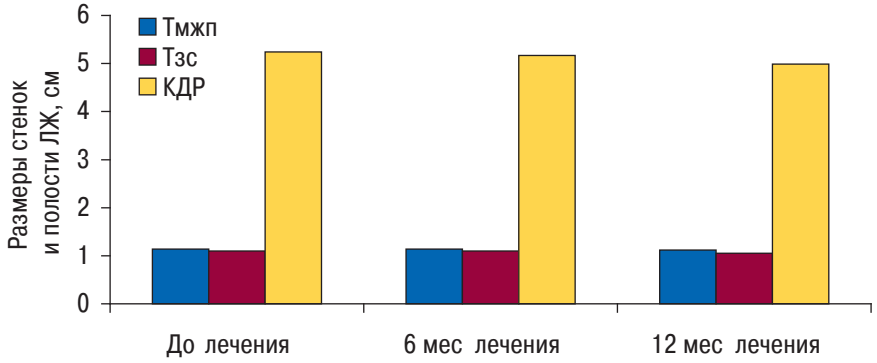

Рис. 7. Динамика толщины стенок и КДР левого желудочка (ЛЖ) при лечении Хомвиотензином

Лечение Хомвиотензином не оказывало существенного влияния на объемзависимые индексы сократительной и насосной функции левого желудочка — скорость циркулярного укорочения волокон миокарда — Vcf (Vcf до лечения — 1,19±0,08 $с^{-1}$, после — 1,20±0,07 $с^{-1}$) и фракцию изгнания (до лечения — 62,5±3,1%, после — 63,1±2,7%).

По мнению авторов работы, уменьшение массы миокарда левого желудочка на фоне приема Хомвиотензина произошло за счет нормализации объема левого желудочка в диастолу как результат гемодинамической разгрузки сердца вследствие уменьшения объема циркулирующей крови и вазодилатации.

Сердце является одним из органов-мишеней у пациентов с ГБ. Длительное повышение АД способствует развитию гипертрофии левого желудочка, наличие которой существенно ухудшает прогноз заболевания. Гипертрофия миокарда левого желудочка связана с большим риском развития ИБС, в том числе инфаркта миокарда, сердечной недостаточности, нарушений ритма и внезапной смерти. О развитии гипертрофии миокарда судят по косвенному показателю — массе миокарда левого желудочка. В современной концепции лечения артериальной гипертензии важным условием является не только снижение АД, но и предотвращение поражения органов-мишеней. В этой связи положительные гемодинамические аспекты действия Хомвиотензина, сопровождающиеся нормализацией показателей внутрисердечной гемодинамики и уменьшением массы миокарда левого желудочка, могут расцениваться как органопротекторные свойства этого препарата.

Положительное влияние Хомвиотензина на показатели центральной и внутрисердечной гемодинамики зарегистрировано также в исследовании, проведенном в Институте терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины. В исследование включили 42 больных с мягкой и умеренной ГБ II стадии. На фоне достоверного снижения АД после 8 нед терапии установлено статистически достоверное снижение общего периферического сосудистого сопротивления (ОПСС). Указанные изменения гемодинамики у больных с мягкой ГБ сопровождались достоверным увеличением фракции выброса (ФВ) и Vcf. При умеренной ГБ выявлена тенденция к повышению данных показателей. Отмечена также

тенденция к увеличению ударного объема (УО) и минутного объема крови (МОК) (табл. 2) [32].

Таблица 2

Влияние Хомвиотензина на показатели системной и внутрисердечной гемодинамики у больных с мягкой и умеренной ГБ

Показатель	При мягкой ГБ		При умеренной ГБ	
	Исход	После лечения	Исход	После лечения
САД, мм рт. ст.	156±5	122±5*	176±6	134±5*
ДАД, мм рт. ст.	97±4	83±3*	106±5	89±4*
ЧСС, уд./мин	78±2	74±1	72±3	67±2
УО, мл	63,1±4,6	66,1±3,9	51,2±4,1	66,2±4,2
МОК, мл/мин	5,0±0,4	5,3±0,5	3,9±0,2	4,2±0,3
ФВ,%	58,5±4,8	62,2±3,9*	56,4±3,6	60,0±2,7
Vcf, $с^{-1}$	1,03±0,09	1,15±0,06*	1,02±0,04	1,11±0,08
ОПСС, н $с^{-1}дм^{-1}$	1236±159	1022±131*	2212±188	1720±135

Следует также отметить, что в рамках всех вышеописанных исследований на фоне лечения Хомвиотензином отмечалась положительная динамика клинических симптомов, основанная на субъективной оценке больным самочувствия. Выраженность таких симптомов, как слабость, повышенная утомляемость, головная боль, головокружение, боль в области сердца, значительно уменьшалась после курса терапии. Часть пациентов также отмечали снижение интенсивности или полное исчезновение раздражительности и тревоги, улучшение засыпания и увеличение продолжительности сна.

Побочные эффекты в целом были выражены незначительно и не требовали отмены лечения.

Таким образом, опираясь на данные ряда исследований, которые были проведены в ведущих кардиологических клиниках Украины, комплексный гомеопатический препарат Хомвиотензин является эффективным антигипертензивным средством, проявляющим дозозависимый эффект. Препарат оказывает корригирующее действие на нарушенный циркадный ритм

АД у пациентов с ГБ. Длительное применение Хомвиотензина сопровождается уменьшением массы миокарда, повышением сократительной и насосной функции левого желудочка. Результаты исследований свидетельствуют в пользу безопасности и хорошей переносимости этого препарата. Все это позволяет рекомендовать Хомвиотензин для длительной терапии у пациентов с мягкой и умеренной ГБ I и II стадии как в качестве монотерапии, так и в составе комплексного лечения.

Хомвиотензин в лечении больных с гипертонической болезнью пожилого и старческого возраста

Около 50% всех больных артериальной гипертензией составляют люди старших возрастных групп. Практически до конца XX в. вопрос о целесообразности снижения АД у лиц пожилого и старческого возраста оставался спорным. Однако накопленные данные крупных рандомизированных исследований (SHEP, SYST-EUR, SYST-China EWPHE, STOP-Hypertension, STONE, Coope and Warrender, MRC, SCOPE, HYVET) доказали пользу антигипертензивной терапии для предотвращения сердечно-сосудистых осложнений и смерти у больных старше 60 лет с систолодиастолической или изолированной систолической гипертензией. Для пациентов в возрасте старше 80 лет показано благоприятное влияние лечения на количество фатальных и нефатальных сердечно-сосудистых осложнений, в том числе инсульта, но не на уровень общей смертности.

Артериальная гипертензия в пожилом и старческом возрасте имеет патофизиологические и клинические особенности. Важными факторами становления и прогрессирования артериальной гипертензии у пожилых пациентов являются нарушения нейрогуморальной регуляции сосудистого тонуса с повышением активности симпатоадреналовой системы, водно-электролитного баланса, а также снижение эластичности стенки сосудов.

Одной из клинических особенностей пожилых пациентов является ортостатическая гипотензия. По данным американских исследователей (Honolulu Heart Study), распространенность ортостатической гипотензии зависит от возраста и регистрируется приблизительно у 7% людей в возрасте старше 70 лет. У лиц с ортостатической гипотензией смертность на 64% выше, чем в контрольной популяции.

Причинами ортостатической гипотензии, как указывалось выше, является снижение объема циркулирующей крови (ОЦК), дисфункция барорецепторов, нарушение деятельности вегетативной нервной системы, а также применение антигипертензивных препаратов с выраженным вазодилатирующим эффектом (блокаторов α-адренорецепторов и средств с сочетанной α- и β-адреноблокирующей активностью). Диуретики, нитраты, трициклические антидепрессанты, седативные средства и леводопа также способны усугублять ортостатическую гипотензию.

Поэтому при лечении пожилых пациентов с артериальной гипертензией необходимо обращать внимание на симптомы ортостатической гипотензии: постуральную неустойчивость, головокружение и слабость. В случае когда ортостатическая гипотензия подтверждена объективными методами исследования, последняя является препятствием для проведения жесткой антигипертензивной терапии.

Кроме того, у пожилых больных с ГБ часто отмечают нарушения суточного ритма АД, которые требуют выявления и коррекции, поскольку могут вызвать сердечно-сосудистые осложнения. По данным отдела гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско», нарушение суточного ритма АД по типу «non-dipper» (недостаточное снижение АД в ночные часы) выявляют у 57% больных с эссенциальной гипертензией (ЭГ) в возрасте старше 60 лет, у 40% пациентов среднего и у 13% больных молодого возраста. Нарушение суточного ритма АД по типу «over-dipper» (чрезмерное

снижение АД в ночные часы) отмечают у 16% пожилых, у 11% больных среднего возраста, оно не характерно для молодых пациентов с ЭГ. Проведение амбулаторного суточного мониторирования АД помогает выявить указанные нарушения и осуществить контроль эффективности лечения.

Высокая вариабельность АД является одним из признаков повышения ригидности крупных артерий. Нарушение функции барорецепторов у больных пожилого возраста наряду со снижением ОЦК и дисфункцией β-адренорецепторов способствуют повышению вариабельности АД. По данным исследования с использованием амбулаторного суточного мониторирования АД, проведенного в отделе гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско», у пожилых пациентов с ЭГ II стадии среднесуточная вариабельность САД на 33% и ДАД на 19% выше, чем у больных молодого возраста, и соответственно на 29 и 13% выше, чем у больных среднего возраста [33].

Подходы к терапии данной когорты больных имеют свои особенности. Оптимальная антигипертензивная терапия у пациентов пожилого и старческого возраста должна удовлетворять следующим требованиям:

- быть гемодинамически состоятельной, то есть сохранять или улучшать системный кровоток на фоне снижения ОПСС;
- уменьшать жесткость артерий и улучшать эндотелиальную функцию;
- сохранять или улучшать кровоток в органах-мишенях и предупреждать или уменьшать их поражение;
- снижать симпатический тонус и быть метаболически нейтральной;
- обеспечивать 24-часовой контроль АД, обладая постепенным началом действия;

- хорошо переноситься пациентами — сохранять или улучшать качество их жизни;
- не взаимодействовать с другими часто применяемыми у пожилых пациентов лекарственными средствами;
- быть доступной для пациента.

В соответствии с Рекомендациями Европейского общества гипертензии и Европейского кардиологического общества по лечению артериальной гипертензии (2007) для лечения больных пожилого возраста в качестве препаратов первого ряда применяют те же средства, что и в общей популяции: антагонисты кальция, ингибиторы АПФ, блокаторы AT_1-рецепторов ангиотензина II, диуретики и блокаторы β-адренорецепторов.

Зачастую в практической деятельности подбор антигипертензивной терапии для пациента пожилого возраста является трудной задачей. С одной стороны, с возрастом увеличивается количество сопутствующих заболеваний, которые ограничивают применение антигипертензивных средств. С другой — возрастные сдвиги регуляции обменных процессов в организме изменяют фармакодинамику и фармакокинетику лекарственных средств, что приводит к частому развитию нежелательных побочных реакций.

Принимая во внимание все вышеизложенное, в гериатрической практике для лечения артериальной гипертензии зачастую приходится прибегать к применению препаратов второго ряда. В этой связи особый интерес представляет Хомвиотензин, который практически удовлетворяет всем требованиям, предъявляемым к антигипертензивным препаратам, используемым для лечения у пожилых пациентов с ГБ. Благодаря входящим в его состав раувольфии, резерпину и омеле снижается активность сосудодвигательного центра и тонус симпатоадреналовой системы; боярышник вызывает эндотелийзависимую вазодилатацию и возможно улучшает эн-

дотелиальную функцию, а также обладает кардиотоническим (что важно для пожилых больных), антиоксидантным и седативным эффектом; омела также проявляет мягкое седативное и диуретическое действие, что потенцирует антигипертензивный эффект других компонентов Хомвиотензина.

На кафедре геронтологии и гериатрии НМАПО им. П.Л. Шупика проведено исследование, включавшее 50 больных с ГБ II стадии в возрасте 60–85 лет, направленное на изучение антигипертензивной эффективности (по данным офисного измерения АД), переносимости и влияния Хомвиотензина на некоторые показатели углеводного и липидного обмена [30]. Пациенты были разделены на 2 группы по уровню АД: 1-ю составили 35 больных с ГБ и САД 176±9 мм рт. ст., ДАД 95±5 мм рт. ст.; 2-ю 15 больных со средним САД 196±12 мм рт. ст. и ДАД 98±9 мм рт. ст. Больные 1-й группы получали Хомвиотензин в дозе 3 таблетки в сутки (2 утром и 1 вечером), 2-й — 6 таблеток в сутки (по 2 таблетки 3 раза в сутки). Пациенты находились под наблюдением на протяжении 24 дней.

Хомвиотензин оказывал выраженное антигипертензивное действие у больных с ГБ обеих групп. Тенденция к снижению АД в 1-й группе была отмечена уже к 5-му дню лечения, а достоверное его снижение отмечено на 15-й день терапии. Во 2-й группе статистически значимое снижение АД зарегистрировано на 5-й день лечения с незначительным нарастанием эффекта к концу периода наблюдения (рис. 8). На фоне лечения не отмечено изменения ЧСС у пожилых пациентов, наблюдалась лишь тенденция к ее замедлению. Наряду с этим на фоне приема Хомвиотензина уменьшалась величина двойного произведения — показателя, который является гемодинамической детерминантой потребности миокарда в кислороде.

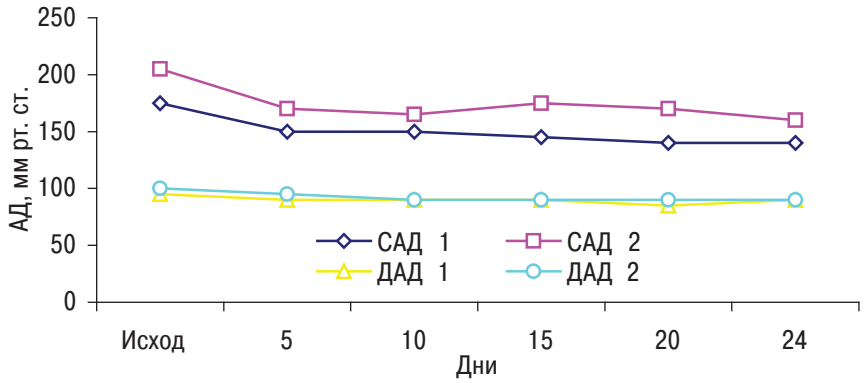

Рис. 8. Динамика АД на фоне терапии Хомвиотензином

Снижение АД в обеих группах сопровождалось субъективным улучшением состояния пациентов: уменьшилась интенсивность головной боли и головокружения, улучшились сон и настроение.

Побочные эффекты, в том числе эффект первой дозы (значительное снижение АД при первом приеме, потенциально опасное угрозой гипоперфузионных осложнений со стороны сердца и головного мозга), не зарегистрированы. Зафиксирована хорошая переносимость препарата у пациентов обеих групп, побочные эффекты в виде сонливости (один пациент) и сухости во рту (один пациент) были отмечены во 2-й группе.

Применение Хомвиотензина не повлекло за собой каких-либо метаболических сдвигов: содержание общего холестерина и глюкозы в венозной крови не претерпело изменений.

Также важным представляется тот факт, что в процессе лечения не выявлено взаимодействия Хомвиотензина с лекарственными препаратами различных фармакотерапевтических групп, применяемых для лечения сопутствующей патологии, что с учетом полиморбидности и обусловленной ею полипрагмазии у пациентов старших возрастных групп расширяет спектр использования Хомвиотензина в гериатрической прак-

тике. Еще одним его преимуществом для пациентов пожилого возраста является плавное и постепенное снижение АД, что не влечет за собой риска гипоперфузионных осложнений на фоне нарушенных адаптационных механизмов ауторегуляции у данной категории больных.

Согласно современным представлениям одним из существенных звеньев в патогенезе артериальной гипертензии является эндотелиальная дисфункция. Нарушение гормональной активности сосудистого эндотелия проявляется диспропорцией в синтезе вазоконстрикторных (эндотелин) и вазодилататорных (простациклин, оксид азота) субстанций. Считается, что эндотелиальному дисбалансу, наряду с другими факторами, способствует также нарушение окисления холестерина в стенке сосудов, преимущественно в составе липопротеинов низкой плотности. Именно этот механизм является инициирующим в развитии атеросклеротического поражения сосудов.

Как уже отмечалось, современные антигипертензивные препараты должны проявлять не только высокую гипотензивную эффективность и хорошую переносимость, но также оказывать протекторное действие по отношению к органам-мишеням и обладать благоприятным метаболическим профилем. Особо актуально это в гериатрии в связи со снижением адаптационно-приспособительных механизмов у больных с ГБ пожилого и старческого возраста. Это послужило теоретической предпосылкой для проведения исследования по изучению клинической эффективности Хомвиотензина и его влияния на липидный обмен и функциональное состояние эндотелия сосудов у больных с ГБ пожилого возраста. Работа проведена в отделе клинической и эпидемиологической кардиологии Института геронтологии АМН Украины [34]. Обследованы 20 пациентов с мягкой (12) и умеренной (8) ГБ II стадии, длительность наблюдения составила 3 нед.

Данные офисного измерения и амбулаторного мониторирования АД подтвердили хорошую антигипертензивную эффективность Хомвиотензина у больных пожилого возраста: отчетливый эффект наступал на 3–5-й день терапии и сохранялся до конца курса лечения. Отмечено также достоверное снижение ОПСС на фоне терапии (рис. 9).

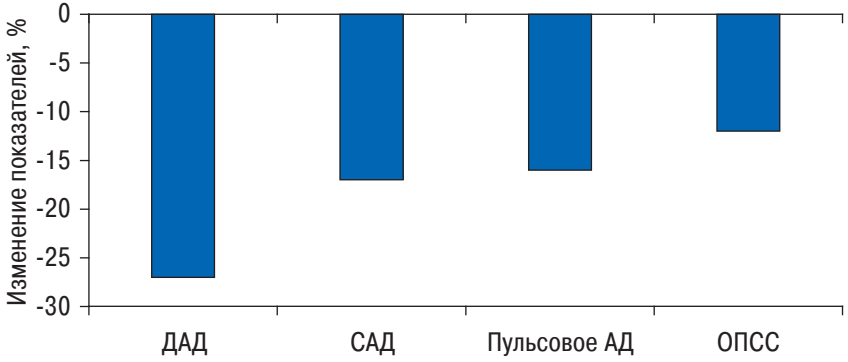

Рис. 9. Влияние Хомвиотензина на показатели системной гемодинамики у больных с ГБ пожилого возраста

По данным суточного мониторирования АД, наряду со снижением средних показателей АД за сутки, день и ночь, зарегистрировано уменьшение вариабельности таких переменных АД, как среднединамическое АД — на 21% ($p<0,01$) и пульсовое АД — на 18% ($p<0,02$). Также существенно снизились показатели нагрузки давлением — среднесуточный индекс площади среднединамического АД уменьшился на 41% ($p<0,05$), суточный индекс времени — на 39% ($p=0,05$).

ЧСС и МОК под влиянием лечения существенно не изменились.

Для раскрытия особенностей регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы всем больным проводили ортостатическую пробу (измерение АД в горизонтальном положении и через 5 мин после перехода в вертикальное положение).

Исходно в основном преобладал гипотонический (11 больных) и гипертонический (6 больных) типы реакции, и только у 3 пациентов — нормотонический. После лечения Хомвиотензином у 17 пациентов в ответ на ортостаз отмечали нормотонический тип реакции, у 2 — гипертонический и у 1 — гипотонический. Преобладание реакции нормотонического типа на фоне терапии Хомвиотензином вероятно связано со снижением ОПСС и улучшением функции нервно-рефлекторных механизмов регуляции деятельности сердечно-сосудистой системы.

Показатели внутрисердечной гемодинамики под влиянием терапии существенно не изменились, отмечали лишь тенденцию к уменьшению толщины межжелудочковой перегородки. Однако трактовка этих результатов ограничена временем проведения исследования, для окончательного суждения необходим значительно больший срок лечения (не менее 3–4 мес).

Всем пациентам также проводилась ЭКГ высокого разрешения. Поздние потенциалы желудочков (ППЖ) были выявлены у 20% обследованных, в то время как у здоровых лиц они регистрируются в 4–7% случаев. На фоне терапии количество больных, у которых были выявлены ППЖ, осталось прежним, однако изменился их характер в сторону уменьшения продолжительности фильтрованного комплекса *QRS* и среднеквадратической амплитуды последних 40 мс в комплексе *QRS*, что можно рассматривать как положительный фактор уменьшения вероятности желудочковых нарушений ритма. Поздние потенциалы предсердий (ППП) выявляли у 40% больных до лечения и у 20% — после курса терапии Хомвиотензином. Уменьшение ППП свидетельствует об улучшении процесса проведения в атриовентрикулярной зоне и снижении риска возникновения суправентрикулярных нарушений ритма.

Таким образом, Хомвиотензин способствует нормализации биоэлектрической активности сердца, что проявляется в снижении частоты поздних потенциалов действия, а также в умень-

шении продолжительности фильтрованного комплекса *QRS* и среднеквадратической амплитуды последних 40 мс в нем.

Влияние Хомвиотензина на эндотелийзависимую вазодилатацию определяли по результатам пробы с реактивной гиперемией. На фоне лечения Хомвиотензином отмечали увеличение прироста диаметра плечевой артерии у больных как в покое, так и в условиях реактивной гиперемии, причем в последнем случае прирост составил 13%. Наряду с этим выявлена тенденция к увеличению линейной скорости кровотока в плечевой артерии. Все это свидетельствует о благоприятном влиянии Хомвиотензина на состояние эндотелия у больных с ГБ пожилого возраста. Этот эффект с наибольшей вероятностью обеспечивается боярышником, который в экспериментальных исследованиях проявляет свойства эндотелийзависимого вазодилататора.

Принимая во внимание роль повышенного окисления липидов в возникновении эндотелиальной дисфункции, было изучено влияние Хомвиотензина на липидный спектр крови. В среднем по группе обследованных пациентов уровни общего холестерина и холестерина липопротеинов низкой плотности не превышали норму, уровень холестерина липопротеинов высокой плотности был ниже нормы. На фоне лечения Хомвиотензином содержание общего холестерина в крови существенно не изменилось, была отмечена тенденция к перераспределению отдельных его фракций — некоторое увеличение холестерина липопротеинов высокой плотности и снижение липопротеинов низкой плотности, однако эти сдвиги не достигли уровня статистической достоверности.

Для более детального анализа была выделена группа пациентов (12 человек) с исходно повышенным уровнем общего холестерина. У этих больных лечение Хомвиотензином привело к достоверному снижению холестерина липопротеинов низкой плотности (рис. 10), что свидетельствует о благоприят-

ном влиянии препарата на показатели липидного обмена у больных пожилого возраста с ГБ и дислипопротеинемией.

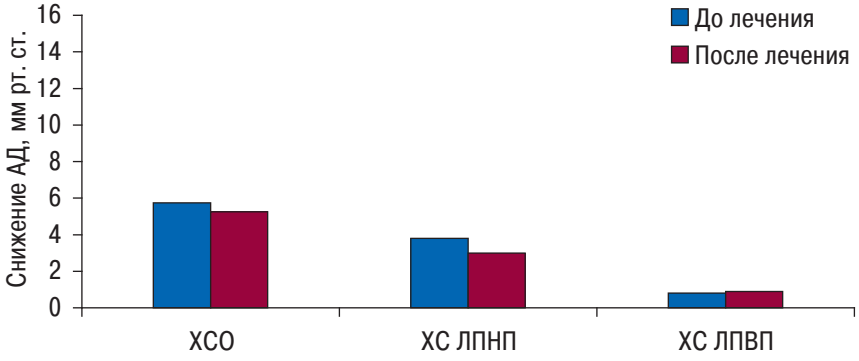

Рис. 10. Показатели липидного обмена у больных с ГБ и дислипопротеинемией на фоне лечения Хомвиотензином. ХСО — общий холестерин, ХС ЛПНП — холестерин липопротеинов низкой плотности, ХС ЛПВП — высокой

Проведенные клинические исследования Хомвиотензина у больных пожилого и старческого возраста показали хорошую антигипертензивную эффективность препарата, которая характеризовалась мягким и плавным началом действия со стабильным эффектом в последующем. Препарат способствует уменьшению вариабельности АД, повышение которой характерно для больных с ГБ пожилого возраста. Действие препарата не провоцирует ортостатическую гипотензию и нормализует реакцию АД в условиях ортостатической пробы у пожилых пациентов. Хомвиотензин не оказывает отрицательного воздействия на метаболизм липидов, а у пациентов пожилого возраста с ГБ и дислипопротеинемией способствует улучшению структуры липидного спектра. Лечение Хомвиотензином уменьшает выраженность проявлений эндотелиальной дисфункции у больных с ГБ пожилого возраста по данным пробы с реактивной гиперемией. Препарат хорошо переносится пожилыми пациентами, не оказывает

влияния на показатели общего анализа крови и мочи, основные биохимические константы организма. Все это позволяет рекомендовать Хомвиотензин в качестве препарата выбора для длительного лечения у больных пожилого и старческого возраста с мягкой и умеренной ГБ.

Хомвиотензин в лечении больных с гипертонической болезнью и метаболическим синдромом

В последнее десятилетие все большее внимание клиницистов привлекает проблема метаболического синдрома, который все чаще диагностируется и рассматривается как достаточно четко очерченное патологическое состояние. Метаболический синдром — понятие, объединяющее ряд факторов сердечно-сосудистого риска, а именно артериальную гипертензию, абдоминальное ожирение, дислипидемию и инсулинорезистентность. К использованию в клинической практике Международной федерацией по изучению сахарного диабета (2007) рекомендованы следующие критерии диагностики метаболического синдрома:

Абдоминальный (центральный) тип ожирения, определяемый по окружности талии с учетом этнических особенностей:

- для европейцев ⩾94 см у мужчин и ⩾80 см у женщин; в США, вероятно, в клинической практике будут по-прежнему использовать критерии АТР III (более 102 см у мужчин и более 88 см у женщин);

Плюс наличие любых двух факторов из четырех нижеперечисленных:

- повышенный уровень триглицеридов ⩾1,7ммоль/л (⩾150 г/дл) или проведение специфической гиполипидемической терапии;
- пониженный уровень холестерина липопротеинов высокой плотности: <1,04 ммоль/л (<40 мг/дл) у мужчин,

<1,29 ммоль/л (<50 мг/дл) у женщин или проведение специфической гиполипидемической терапии;

- артериальная гипертензия: АД ⩾130/⩾85 мм рт. ст. или необходимость в проведении антигипертензивной терапии;
- повышенный уровень глюкозы в плазме крови натощак ⩾5,6 ммоль/л (100 мг/дл) или ранее диагностированный сахарный диабет II типа.

Актуальность и важность проблемы метаболического синдрома обусловлены, с одной стороны, его широкой распространенностью, с другой — высоким риском развития сердечно-сосудистых осложнений и смертности, которые характерны для данной категории больных. Распространенность метаболического синдрома по данным разных авторов в Северной Америке и Европе составляет 15–25%. По результатам Third National Health and Nutrition Examination Survey [6], метаболический синдром в США диагностируют у 23,7% населения, а это значит, что 47 млн американцев относятся к группе повышенного риска развития сердечно-сосудистых осложнений. У мужчин с метаболическим синдромом в 4 раза увеличивается риск фатальной ИБС, в 2 раза — цереброваскулярных заболеваний и смерти от всех причин. Метаболический синдром у женщин сопровождается повышением риска ишемической болезни сердца (ИБС). У пациентов с метаболическим синдромом в 5–9 раз чаще развивается сахарный диабет, отмечается более высокий риск артериальной гипертензии. Кроме того, метаболический синдром, даже при отсутствии АГ как его компонента, сопровождается субклиническим поражением органов-мишеней: микроальбуминурией и снижением скорости клубочковой фильтрации; гипертрофией и диастолической дисфункцией левого желудочка; увеличением толщины стенки сонной артерии.

В исследовании PAMELA риск развития сахарного диабета в течение 10 лет был в 5,6 раз выше у больных с метаболиче-

ским синдромом. Кроме того, у этих пациентов чаще развивалась артериальная гипертензия по данным как офисного и домашнего, так и амбулаторного измерений АД. У них также зарегистрировано большее количество случаев гипертрофии левого желудочка по данным эхокардиографии (рис. 11) И в конечном итоге у лиц с метаболическим синдромом был отмечен в 2 раза больший риск сердечно-сосудистой смерти и в 3 раза больший риск смерти от всех причин.

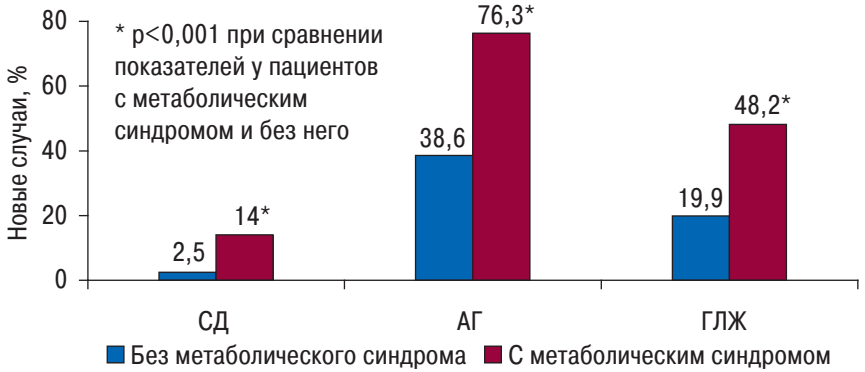

Рис. 11. Развитие сахарного диабета (СД), артериальной гипертензии (АГ) и гипертрофии левого желудочка (ГЛЖ) у лиц с метаболическим синдромом и без него (по данным исследования PAMELA, Mancia G. et al., 2007)

Характерный для метаболического синдрома (особенно ассоциированного с ГБ) неблагоприятный прогноз диктует необходимость своевременной и адекватной коррекции всех его компонентов. Важнейшее значение при этом следует уделять нормализации АД. Однако выбор антигипертензивной терапии у больных с ГБ и метаболическим синдромом является достаточно сложной и до конца нерешенной задачей.

Из существующего в настоящее время большого арсенала антигипертензивных средств препаратами первого выбора у больных с ГБ и метаболическим синдромом могут быть препараты с нейтральным или положительным влиянием на метаболические компоненты синдрома. К ним относятся

ингибиторы АПФ, блокаторы рецепторов ангиотензина II и антагонисты кальция. Однако и эти антигипертензивные средства имеют побочные эффекты, ограничивающие их применение, а в ряде случаев их комбинация не позволяет достичь целевого уровня АД. В этой связи актуальным может быть применение Хомвиотензина как в качестве монотерапии (при мягкой артериальной гипертензии), так и в составе комбинированной терапии.

В Институте терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины проведено исследование, посвященное изучению влияния Хомвиотензина на клинические проявления, гемодинамические и метаболические показатели у больных с ГБ (36 пациентов) и метаболическим синдромом [30]. Тяжесть ГБ соответствовала I–II стадиям (15 и 21 пациент соответственно), при этом у 20 больных диагностирована мягкая ГБ, у 16 — умеренная. Под влиянием терапии Хомвиотензином отмечали существенное улучшение клинического состояния больных: уменьшилась выраженность головной боли, головокружения, кардиалгии, пациенты отмечали улучшение самочувствия в целом. Побочные эффекты наблюдались крайне редко, имели минимальную выраженность и не требовали отмены препарата (2 случая заложенности носа и 2 — легкой сонливости). После 8 нед лечения отмечено достоверное снижение уровня САД и ДАД. В среднем в группе изменения ЧСС не зафиксированы, в подгруппе больных с изначально высокой ЧСС (87±3 уд./мин) она достоверно снизилась до 63±2 уд./мин.

Результаты изучения внутрисердечной гемодинамики были аналогичны таковым в вышеописанных исследованиях. Отмечали четкую тенденцию к уменьшению массы миокарда левого желудочка, увеличению степени укорочения переднезаднего размера в систолу, Vcf и ФВ.

Применение Хомвиотензина у пациентов с ГБ и метаболическим синдромом не сопровождалось ухудшением

показателей липидного обмена. Более того, у больных с исходно повышенным уровнем триглицеридов прием препарата в течение 8 нед приводил к достоверному снижению уровня триглицеридов и общего холестерина в сыворотке крови. Отмечали также тенденцию к увеличению содержания в крови холестерина липопротеинов высокой плотности.

Анализ влияния Хомвиотензина на чувствительность тканей к инсулину выявил зависимость данного показателя углеводного обмена от выраженности антигипертензивного эффекта препарата. Статистически достоверное снижение индекса инсулинорезистентности HOMA на 27,6% отмечено в группе пациентов, достигших целевого уровня АД. При этом выявлена положительная корреляция между снижением индекса HOMA и содержания триглицеридов в сыворотке крови ($r=+0,34$; $p<0,05$). Также отмечена обратная корреляционная связь между степенью снижения индекса HOMA и суточной дозой Хомвиотензина, необходимой для достижения целевого уровня АД ($r=-0,39$; $p<0,05$), этот факт указывает на то, что снижение индекса HOMA увеличивалось с повышением дозы Хомвиотензина.

На базе отделения гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» проведено пилотное исследование по изучению влияния Хомвиотензина на липидный и углеводный обмен у больных с ГБ [35]. Обследованы 30 пациентов с мягкой и умеренной ГБ I–II стадии, которые в течение 8 нед получали Хомвиотензин в дозе 4–6 таблеток в сутки. До лечения и после проведения курса терапии у всех больных проводили суточное мониторирование АД, ЭКГ, клиническое лабораторное исследование, включая определение липидного спектра, проведение теста толерантности к глюкозе с определением уровня глюкозы и инсулина в крови натощак и через 60 и 120 мин нагрузки глюкозой.

Как и во всех предшествующих исследованиях, Хомвиотензин эффективно снижал АД по данным офисного и суточного мониторирования АД. Через 8 нед терапии офисное САД и ДАД достоверно снизилось на 11 и 8 мм рт. ст. соответственно. Целевого уровня АД удалось достичь у 42,9% больных, еще у 18% уровень ДАД уменьшился на 10% и более. Препарат оказывал корригирующее действие на нарушенный циркадный ритм АД: под влиянием терапии у 4 из 5 пациентов с недостаточным снижением АД в ночные часы «non-dipper» отмечено восстановление физиологического суточного ритма. Циркадный ритм одного пациента характеризовался более высоким уровнем АД ночью по сравнению с дневным периодом («night-peaker»), под влиянием лечения отмечено повышение суточного индекса САД с 3,8 до 4,4% и ДАД с 2,5 до 5,4%.

Терапия Хомвиотензином в среднем по группе не влияла на вариабельность АД, однако у пациентов с изначально большим размахом колебаний АД (5 человек) отмечено позитивное влияние Хомвиотензина на этот показатель: вариабельность САД в дневные часы снизилась с 17,4±1,5 мм рт. ст. до 11±1,5 мм рт. ст. (<0,05).

Метаболические нарушения, особенно гиперхолестеринемию и гипертриглицеридемию, выявляют у большинства пациентов с ГБ. Данные крупных рандомизированных исследований подтверждают, что дислипидемия у пациентов с ГБ ассоциируется с повышением риска сердечно-сосудистой смерти. В исследовании MRFIT показано, что между уровнем холестерина в крови и смертностью отмечается линейная зависимость. Гипертриглицеридемия также способствует развитию атеросклероза, хотя и в меньшей степени, чем гиперхолестеринемия.

Гиперхолестеринемия выявлена у 70% обследованных пациентов (содержание общего холестерина в крови 5,78±1,04 ммоль/л). Повышенный уровень триглицеридов в крови отмечен у 20% больных, среднее содержание триглицеридов

в крови составило 2,18±1,59 ммоль/л, что превышает нормальное значение на 28,2%. На фоне лечения Хомвиотензином в среднем по группе уровень общего холестерина, холестерина липопротеинов низкой и высокой плотности и триглицеридов достоверно не изменился. Статистический анализ, отдельно проведенный в группе больных с дислипидемией (20 человек), выявил тенденцию к снижению уровня холестерина липопротеинов низкой плотности под влиянием Хомвиотензина (табл. 3).

Таблица 3

Показатели липидного обмена у больных с ГБ и дислипидемией на фоне лечения Хомвиотензином

Показатели, ммоль/л	До лечения	Через 8 нед	p
Общий холестерин	6,46±0,85	6,27±1,07	>0,05
Холестерин ЛПНП	4,61±0,95	3,82±1,16	>0,05
Холестерин ЛПВП	1,35±0,26	1,33±0,26	>0,05
Триглицериды	2,68±2,12	2,45±1,00	>0,05

Для значительной части больных с ГБ (30–50% по данным различных исследований) характерно снижение чувствительности тканей к инсулину, следствием чего является компенсаторная гиперинсулинемия. Повышенный уровень инсулина в крови способствует повышению АД посредством стимуляции симпатоадреналовой системы, повышения содержания внутриклеточного кальция, а также усиления реабсорбции натрия и клеточной пролиферации. С другой стороны, инсулинорезистентность является фактором развития сахарного диабета II типа, возникновение которого существенно ухудшает прогноз больных с ГБ. Установлено также, что инсулинорезистентность и гиперинсулинемия являются самостоятельными факторами риска сердечно-сосудистых осложнений. В ряде проспективных эпидемиологичских исследований, охвативших в целом 11 983 больных, с продолжительностью наблюдения от 5 до 12 лет продемонстрировано, что гиперинсулинемия (как базальная, так и по-

сле нагрузки глюкозой) у лиц без сахарного диабета связана с более высокой заболеваемостью ИБС. Эта связь не зависит от таких известных факторов риска ИБС, как ожирение, гиперхолестеринемия, гипертриглицеридемия, АГ, курение, и появляется задолго до манифестации ИБС. При учете роли гиперинсулинемии и инсулинорезистентности в течении ГБ современные антигипертензивные средства должны быть по крайней мере метаболически нейтральными, а в идеале — улучшающими обмен глюкозы. В этой связи изучено влияние Хомвиотензина на показатели углеводного обмена (инсулин, глюкоза) в условиях теста толерантности к глюкозе (ТТГ). У обследованных больных с ГБ выявлена гиперинсулинемия как натощак, так и при глюкозной нагрузке (в сопоставлении с данными у практически здоровых людей) (рис. 12).

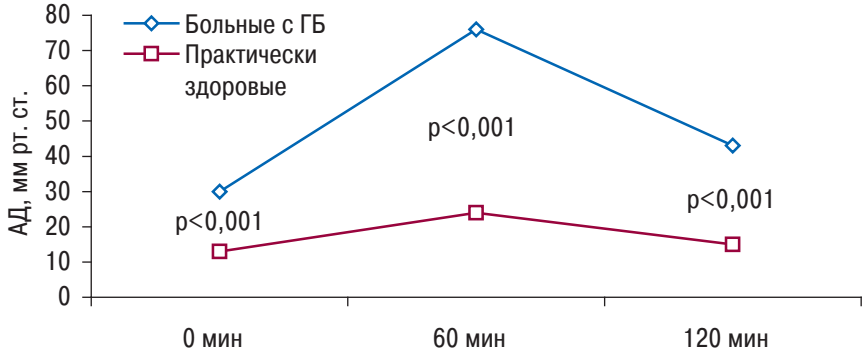

Рис. 12. Концентрация иммунореактивного инсулина на фоне глюкозной нагрузки у больных с ГБ

На фоне выявленной гиперинсулинемии у всех обследованных больных с ГБ уровень гликемии натощак и при проведении ТТГ оставался в пределах нормы (табл. 4). Терапия Хомвиотензином не оказала влияния на выраженность инсулинорезистентности и уровень глюкозы в крови больных с ГБ, что можно расценивать как еще одну положительную черту этого комплексного антигипертензивного препарата.

Таблица 4

Содержание глюкозы и инсулина в условиях ТТГ в крови больных с ГБ на фоне лечения Хомвиотензином

Глюкоза, ммоль/л	До лечения	Через 8 нед	p
Натощак	4,31±0,83	4,14±0,38	>0,05
На 60-й минуте ТТГ	7,69±2,13	7,8±1,84	>0,05
На 120-й минуте ТТГ	4,41±1,13	4,32±1,04	>0,05
Инсулин, мкЕД/мл			
Натощак	30,01±3,21	30,29±4,78	>0,05
На 60-й минуте ТТГ	76,21±3,72	81,49±6,47	>0,05
На 120-й минуте ТТГ	42,01±3,53	45,96±7,89	>0,05

Данные исследований последних лет позволили рассматривать мочевую кислоту как еще один метаболический фактор риска. Установлено, что у больных с ГБ, ИБС, хронической сердечной недостаточностью уровень мочевой кислоты в крови выше, чем у здоровых лиц. Концентрация мочевой кислоты в крови коррелирует со степенью выраженности абдоминального ожирения и триглицеридемией, у пациентов с ГБ и гиперурекемией чаще развивается гипертрофия левого желудочка.

Выявлено также, что сердечно-сосудистые осложнения чаще развиваются у больных с ГБ на фоне диуретической терапии, которая способствует повышению концентрации мочевой кислоты в крови. Это стало побуждающим мотивом для изучения влияния Хомвиотензина (принимая во внимание его диуретические свойства) на уровень мочевой кислоты в крови обследуемых больных. Терапия Хомвиотензином в течение 1 мес привела к достоверному ($p<0,05$) снижению содержания мочевой кислоты в крови больных с ГБ: с 327,9±14,9 до 292,5±16,1 мкмоль/л.

Выявленные в исследованиях благоприятные эффекты Хомвиотензина у больных с ГБ и метаболическими нарушениями свидетельствуют о благоприятном метаболическом

профиле этого комплексного гомеопатического средства, что позволяет применять его у пациентов с метаболическим синдромом, не опасаясь усугубления имеющихся у данной категории пациентов нарушений углеводного и липидного обмена.

Хомвиотензин и сексуальная функция у мужчин

Распространенность артериальной гипертензии среди лиц молодого и среднего возраста неуклонно растет, при этом в данной возрастной группе повышенный уровень АД чаще регистрируется у мужчин. Длительность терапии предъявляет к антигипертензивным препаратам дополнительные требования в отношении хорошей переносимости, а у мужчин, в частности, к отсутствию негативного влияния на половую функцию. В Массачусетском исследовании по изучению процессов старения мужчины (MMAS, 1994) установлено, что частота эректильной дисфункции среди пациентов с ГБ, получающих антигипертензивную терапию, составляет около 15%. Среди антигипертензивных препаратов чаще других ее развитию способствуют тиазидные диуретики и блокаторы β-адренорецепторов. Кроме того, нарушения эндотелиальной функции и сосудистого тонуса при ГБ также создают условия для развития эректильной дисфункции. Именно поэтому поиск антигипертензивных препаратов, которые не влияют на качество половой жизни у мужчин, а возможно даже улучшают ее, является одной из актуальных задач современной фармакологии, так как во многих случаях это может повысить приверженность больных с ГБ к лечению.

На базе отделения реабилитации и кардиологии Института неотложной и восстановительной хирургии АМН Украины проведено исследование эффективности и безопасности применения Хомвиотензина с оценкой его влияния на сексуальную функцию пациентов (использовали стандартный

протокол международного индекса эректильной дисфункции). В исследовании приняли участие 20 больных мужского пола в возрасте 41–52 лет с ГБ I и II стадии. Доза препарата составила 2–4 таблетки в сутки, срок наблюдения — 4 нед.

Терапия Хомвиотензином в среднем по группе привела к нормализации АД (у 15 пациентов достигнут целевой его уровень). Снижение АД не сопровождалось отрицательным влиянием на показатели половой жизни больных. На фоне лечения эректильная функция соответствовала показателям нормы, нарушения I, II и III степени не выявлены (рис. 13). При приеме Хомвиотензина отмечена тенденция к смещению качества половой жизни в сторону позитивных показателей.

Таким образом, применение Хомвиотензина не сопровождается нарушением эректильной функции у мужчин, что дает возможность применять его в качестве монотерапии при мягкой артериальной гипертензии или включать в комбинированную терапию при ограничении применения тиазидных диуретиков или блокаторов β-адренорецепторов ввиду непереносимости этих средств из-за развития эректильной дисфункции [36].

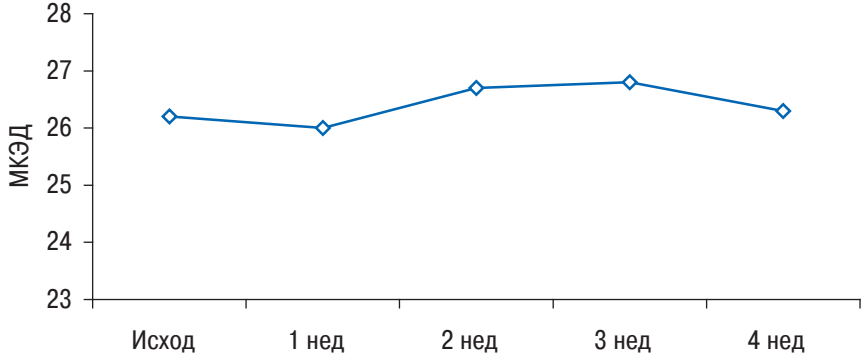

Рис. 13. Влияние Хомвиотензина на состояние половой функции у больных с ГБ (по данным международного коэффициента эректильной дисфункции — МКЭД)

Хомвиотензин в лечении артериальной гипертензии у детей и подростков

Распространенность артериальной гипертензии среди детей значительно ниже, чем среди взрослых: по данным эпидемиологических исследований составляет 1–5%. ЭГ у детей отмечают намного реже, чем у взрослых; ее распространенность несколько увеличивается с возрастом. По данным J. Hanna (1991), у детей с АГ в возрасте до 10 лет на долю первичной ЭГ приходится 10%, вторичной (симптоматической) — 90%; в исследовании M. Arar (1994) показано, что среди подростков распространенность первичной гипертензии составляет 35%, вторичной — 65%.

В основе ГБ в детском и подростковом возрасте лежат те же патогенетические механизмы, что и у взрослых, особая роль отводится активации симпатоадреналовой системы. Для лечения гипертензии у детей и подростков применяют те же лекарственные средства, что и у взрослых. Однако как препараты, так и дозы для лечения детей и подростков выбирают эмпирически, в силу того, что в настоящее время отсутствуют результаты крупных многоцентровых исследований по лечению больных этой категории. Подход к назначению антигипертензивных препаратов является индивидуальным и зависит от возраста ребенка, причины развития артериальной гипертензии, степени повышения АД и сопутствующих заболеваний.

Учитывая тот факт, что в патогенезе первичной артериальной гипертензии у детей и подростков существенную роль играет гиперсимпатикотония, а также невысокую степень повышения АД, в этой возрастной категории с успехом можно применять комплексный гомеопатический препарат Хомвиотензин. Это предположение нашло свое отражение в клинической работе С.В. Ивановского и соавторов, выполненной на кафедре госпитальной педиатрии Крымского

государственного медицинского университета им.С.И. Георгиевского [37]. Под наблюдением находились 63 ребенка в возрасте 12–15 лет с синдромом артериальной гипертензии давностью до 1,5 лет на фоне вегетососудистой дистонии. Терапию Хомвиотензином (½ таблетки утром и вечером) получали 35 пациентов, контрольную группу составили 28 больных, получавших стандартное лечение. На фоне 24-дневного курса лечения пациенты отмечали уменьшение выраженности субъективных симптомов и клинических проявлений в сопоставлении с данными контрольной группы (табл. 5). Улучшение клинического состояния отмечено на фоне снижения АД со 141±3,5 до 118±2,9 мм рт. ст. ($p<0,05$).

Таблица 5

Снижение частоты возникновения клинических проявлений и жалоб больных после курса лечения

Симптом	Группа принимавших Хомвиотензин	Контрольная группа
Кардиалгия	45,2%	68,7%
Тахикардия	48,1%	40,2%
Вегетативные кризы	20,1%	24,3%
Психоэмоциональные расстройства	38,0%	46,2%

На базе Института эндокринологии и обмена веществ им. В.П. Комиссаренко проведено исследование эффективности Хомвиотензина в лечении гипоталамического синдрома пубертатного периода [38]. Гипоталамический синдром пубертатного периода — полиэтиологическое заболевание. Фоновым состоянием для его развития являются наличие очагов инфекции, травмы головы, нервно-эмоциональное перенапряжение, а также соматические заболевания матери во время беременности и родов. Действие патогенных факторов проявляется в основном в период полового созревания, так как напряжение нейроэндокринной системы в этот период повышает ее уязви-

мость. Изменение ритма секреции тропных гормонов гипофиза оказывает неблагоприятное воздействие на функционирование периферических эндокринных желез и способствует сдвигам в метаболизме белков, жиров и углеводов. Эти изменения приводят к быстрой прибавке массы тела, колебаниям АД, дислипопротеинемии. Выявленные у подростков с гипоталамическим синдромом нарушения ассоциируются с сердечно-сосудистыми заболеваниями в старшем возрасте и поэтому требуют своевременной и эффективной медикаментозной коррекции и профилактики в дальнейшем. Антигипертензивный, легкий седативный и диуретический эффекты Хомвиотензина послужили основанием для его применения у подростков с артериальной гипертензией при гипоталамическом синдроме.

Группу лечения составили 27 подростков (17 девочек и 10 мальчиков) в возрасте 15–17 лет с продолжительностью заболевания не менее 1 года. Группу контроля составили 20 подростков с аналогичной патологией. Пациенты обеих групп получали курс стандартной терапии, используемой при диэнцефальных нарушениях (диета, хлористый кальций, ферменты, витамины группы В, ноотропил, физиотерапевтические процедуры), который у подростков исследуемой группы был дополнен приемом Хомвиотензина по ½ таблетке утром и вечером.

При анализе результатов 3-недельного курса терапии выявлено исчезновение или уменьшение субъективных ощущений (головная боль, кардиалгия и др.) у пациентов обеих групп. У подростков отмечено побледнение стрий, более выраженное в группе приема Хомвиотензина.

Уменьшение массы тела было сопоставимым в разных группах. Оценивая динамику АД, установили более быстрое его снижение в группе терапии Хомвиотензином: АД нормализовалось на 10–14-й день лечения, в то время как в контрольной группе — к концу 3-й недели лечения (рис. 14).

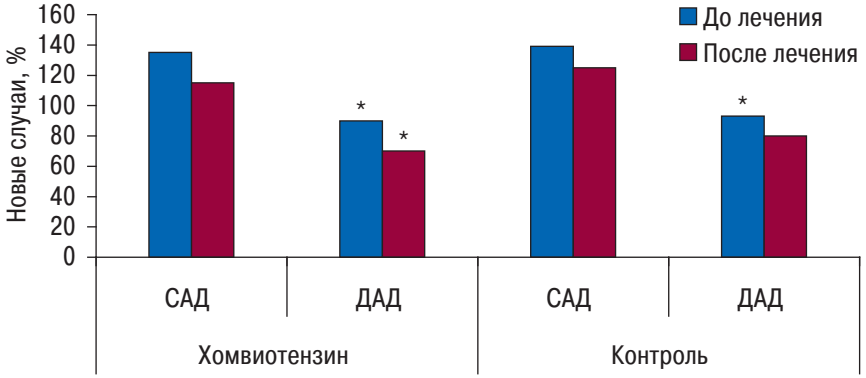

Рис. 14. Влияние Хомвиотензина на уровень АД у подростков с гипоталамическим синдромом

В обоих исследованиях дети и подростки отмечали хорошую переносимость Хомвиотензина, побочные эффекты, требовавшие отмены лечения, не зарегистрированы.

Глава 4. КОМБИНИРОВАННОЕ ПРИМЕНЕНИЕ НАТУРОПАТИЧЕСКИХ ПРЕПАРАТОВ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Очень часто, особенно это касается больных пожилого возраста, ГБ не является единственным заболеванием у конкретного пациента, что существенно усложняет задачу врача при подборе препаратов для лечения сочетанной патологии. В арсенале компании «Хомвиора» имеется ряд комплексных гомеопатических препаратов, созданных преимущественно на основе растительного сырья, которые применяются для лечения сердечной недостаточности, заболеваний суставов и функциональных нервно-психических расстройств. Ряд клинических исследований, проведенных в ведущих терапевтических и неврологических клиниках нашей страны, продемонстрировали хорошую эффективность и переносимость Хомвиокорина-N, Хомвио-Ревмана и Хомвио-Нервина в лечении указанных расстройств.

С целью изучения эффективности и безопасности комбинированной терапии комплексными гомеопатическими средствами компании «Хомвиора» у больных с ГБ в сочетании с сердечной недостаточностью, гиперурикемией или тревожно-депрессивными расстройствами на базе ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» проведены 2 клинических исследования и 1 подисследование в рамках открытого пилотного проекта по изучению влияния Хомвиотензина на углеводный, липидный профиль и урикемию у больных с ГБ. В Институте терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины проведено клиническое исследование по изучению влияния комбинированной терапии Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом на течение ГБ, ассоциированной с метаболическим синдромом и гиперурикемией.

Работа Е.П. Свищенко и Л.В. Безродной была посвящена оценке клинической эффективности и переносимости

комплексного применения ***Хомвиотензина и Хомвиокорина-N у больных с мягкой артериальной гипертензией и начальными проявлениями сердечной недостаточности*** [39].

ХОМВИОКОРИН-N представляет собой комплексный гомеопатический препарат, в состав которого входит 5 фитокомпонентов в виде спиртового раствора, в 10 мл которого содержится:

Adonis vernalis (горицвет весенний)	0,2 мл
Scilla (лук морской)	0,3 мл
Solidago virgaurea (золотарник обыкновенный)	2 мл
Convallaria majalis (ландыш майский)	6,25 мл
Crataegus oxyacantha (боярышник колючий)	1,25 мл

Основу Хомвиокорина-N составляют сердечные гликозиды растительного происхождения, что предопределяет сферу его применения в кардиологии — лечение хронической сердечной недостаточности. Хомвиокорин-N оказывает на на организм следующее действие:

- инотропный (кардиотонический) эффект за счет блокады K^+/Na^+-АТФазы и изменения внутриклеточной концентрации ионов Ca^{++}, а также прямого действия на сократительные белки (актин-миозин) кардиомиоцитов;
- отрицательный хронотропный эффект на фоне угнетения автоматизма синусного узла;
- положительный батмотропный эффект минимально выражен благодаря наличию сердечных гликозидов (просцилларен-А, сцилларен-А) морского лука;
- диуретический и натрийуретический эффекты за счет уменьшения канальцевой реабсорбции натрия и улучшения почечного кровотока (гликозиды и золотарник обыкновенный);
- мембраностабилизирующий и антиоксидантный эффекты, присущие боярышнику.

Теоретическим обоснованием данного исследования послужило предположение о том, что одновременное применение Хомвиотензина и Хомвиокорина-N, учитывая синергизм и аддитивность действия, может дать дополнительный терапевтический эффект у больных с ГБ и начальными проявлениями сердечной недостаточности по сравнению с монотерапией Хомвиотензином. Под наблюдением в течение месяца находились 40 пациентов: 27 — с ГБ I и 13 — II стадии, продолжительностью заболевания 2–15 лет. У всех больных диагностирована сердечная недостаточность I степени по Н.Д. Стражеско и В.Х. Василенко или I–II функционального класса по критериям Нью-Йоркской кардиологической ассоциации — жалобы на одышку, утомляемость, сердцебиение, возникающие только при выполнении физической нагрузки (обычной и повышенной интенсивности) и отсутствующие в состоянии покоя. После 7-дневного безмедикаментозного периода и в конце курса терапии у всех больных проводили измерение офисного АД, суточное амбулаторное мониторирование АД, эхокардиографическое исследование, тест с 6-минутной ходьбой, а также определяли биохимические показатели крови, проводили общий анализ крови и мочи. Пациенты открытым способом были распределены на 2 группы (по 20 человек), сопоставимые по полу, возрасту, уровню АД и выраженности сердечной недостаточности. Больным 1-й группы назначали Хомвиотензин по 1–2 таблетки утром и вечером, пациентам 2-й группы к Хомвиотензину в указанном дозировании добавляли Хомвиокорин-N по 15 капель 3 раза в сутки.

На фоне проводимой терапии в обеих группах отмечали положительный клинический эффект, который проявлялся в уменьшении или исчезновении одышки при физической нагрузке, кардиалгии, головной боли, головокружении, эпизодах сердцебиения, повышенной утомляемости и нарушениях сна.

Данные табл. 6 свидетельствуют, что частота субъективных проявлений заболевания значительно уменьшилась в обеих группах пациентов, однако более выраженный клинический эффект отмечен в группе комбинированной терапии.

Таблица 6

Динамика субъективных ощущений на фоне терапии Хомвиотензином (1-я группа) и Хомвиотензином в сочетании с Хомвиокорином-N (2-я группа)

Клинические проявления	Количество больных			
	До лечения		После лечения	
	1-я группа	2-я группа	1-я группа	2-я группа
Одышка	20	20	13	8
Сердцебиение	19	17	Исчезло	5
Утомляемость	20	20	Исчезла	5
Головная боль	12	10	6	5
Головокружения	9	13	5	4
Нарушения сна	8	6	4	3
Кардиалгия	15	14	7	7
Пастозность голени	8	7	6	4

Под влиянием лечения отмечено достоверное снижение как систолического, так и диастолического офисного АД у пациентов обеих групп, однако выраженность антигипертензивного эффекта была несколько выше у больных, получавших комбинированную терапию Хомвиотензином и Хомвиокорином-N, что обусловлено дополнительным диуретическим действием последнего и, возможно, более высокой дозой боярышника, содержащегося в обеих препаратах (рис. 15).

На фоне применения Хомвиотензина и Хомвиокорина-N отмечена выраженная тенденция к замедлению ЧСС с 74,8±1,4 до 69,1±1,6 уд./мин, что, очевидно, в большей степени обусловлено инотропными свойствами Хомвиокорина-N, а также действием алкалоида раувольфии аймалина, который удлиняет рефрактерный период, снижает возбудимость миокарда и замедляет атриовентрикулярную проводимость.

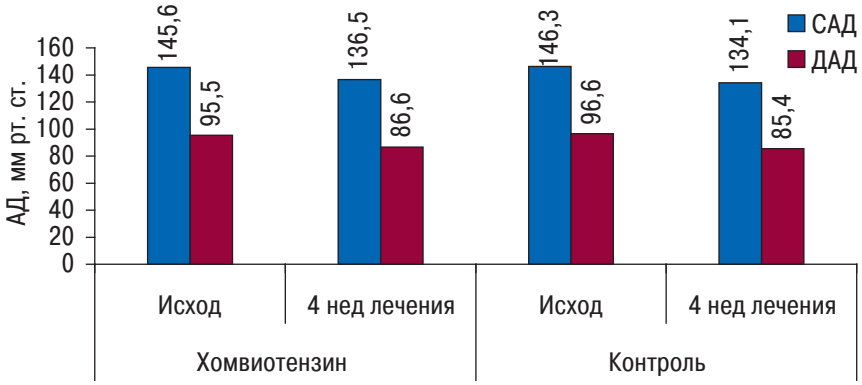

Рис. 15. Динамика офисного АД под влиянием лечения Хомвиотензином и Хомвиотензином в сочетании с Хомвиокорином-N

Лечение исследуемыми препаратами привело к нормализации среднеинтегральных показателей АД по данным суточного мониторирования АД, которое сопровождалось и снижением показателей нагрузки давлением: индекс времени снизился в 1-й группе для САД в 1,4 раза, для ДАД — в 1,5 раза, во 2-й — в 1,5 и 1,7 раза соответственно. Как и во всех других исследованиях, уменьшение вариабельности АД зафиксировано только у пациентов с исходно повышенным ее уровнем, в среднем по группе этот показатель не изменился.

Как монотерапия, так и сочетанное лечение не влияли на нормальный суточный профиль АД, но способствовали восстановлению его нормального двухфазного характера у больных с ГБ и изначальными его нарушениями. При этом следует отметить, что комбинация Хомвиотензина и Хомвиокорина-N была несколько эффективней, чем монотерапия Хомвиотензином.

По данным офисного измерения АД и суточного его мониторирования терапия Хомвиотензином и комбинацией Хомвиотензина и Хомвиокорина-N оказывала достаточно значимый антигипертензивный эффект. Целевое АД

(<140/90 мм рт. ст.) при офисном измерении было достигнуто у 10 больных (50%) в группе монотерапии и у 11 пациентов (55%), получавших комбинированное лечение. Еще у 5 больных 1-й группы и 7 пациентов 2-й достигнут удовлетворительный эффект — снижение ДАД на 10 и более мм рт. ст. Целевой уровень среднесуточного АД (125/80 мм рт. ст.) в конце периода лечения отмечен у 12 больных (66%), получавших Хомвиотензин, и у 14 пациентов (70%), принимавших Хомвиотензин в сочетании с Хомвиокорином-N.

Анализ показателей внутрисердечной гемодинамики не выявил существенных изменений ни в одной из групп вмешательства, что, возможно, обусловлено непродолжительным периодом наблюдения.

Объективным показателем, отражающим улучшение функциональных возможностей организма, служит тест с 6-минутной ходьбой. В группе больных, которые принимали Хомвиотензин, дистанция, пройденная за 6 мин, увеличилась достоверно ($p<0,05$) на 51,5±8,3 м, в группе терапии Хомвиотензином и Хомвиокорином-N прирост этого показателя к концу лечения составил 78,7±9,1 м ($p<0,05$) (рис. 16).

Исследователи указывают на очень хорошую переносимость проводимой терапии — за все время приема Хомвиотензина и его комбинации с Хомвиокорином-N не зарегистрировано каких-либо нежелательных побочных эффектов. Выраженная эффективность терапии и отличная ее переносимость способствовали высокой приверженности больных к лечению.

Все вышеизложенные факты позволили сделать вывод, что сочетание Хомвиотензина с Хомвиокорином-N имеет преимущество перед монотерапией Хомвиотензином у больных с мягкой ГБ и начальными проявлениями сердечной недостаточности.

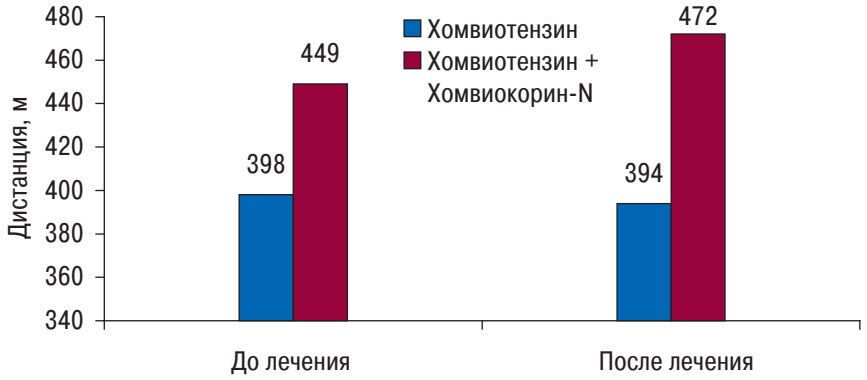

Рис. 16. Влияние лечения на переносимость физической нагрузки по данным теста с 6-минутной ходьбой

На базе отдела гипертонической болезни ННЦ «Институт кардиологии им. Н.Д. Стражеско» проведено исследование по изучению препарата Хомвио-Нервин в лечении больных с артериальной гипертензией [40].

ХОМВИО-НЕРВИН представляет собой комплексный гомеопатический препарат, который содержит:

Sepia (чернила каракатицы) D4	64 мг
Ambra grisea (китовый воск) D2	64 мг
Hyoscyamus niger (белена черная) D3	32 мг
Ignatia amara (игнация горькая) D3	32 мг

Препарат применяют для лечения нервных и психических расстройств функционального характера, он обладает транквилизирующими, антидепрессивными, снотворными и антиксиолитическими свойствами на уровне центральной и периферической нервной системы.

Физиологические эффекты Хомвио-Нервина реализуются за счет биологически активных веществ растительного и животного происхождения, используемых в классической гомеопатии:

- Sepia (чернила каракатицы) устраняет симптомы вегетососудистых расстройств (приливы жара, повышенная

потливость и т.п.) и психоэмоциональной неустойчивости (беспокойство, раздражительность, плаксивость и др.);

- Ambra grisea (китовый воск) нивелирует неврологическую симптоматику (головокружение, ощущение онемения конечностей, подергивание мышц, бессонница) и симптомы дисменореи в гинекологии;
- Hyoscyamus niger (белена черная) является психотропным средством и воздействует на психоэмоциональные симптомы, функциональные спазмы желудочно-кишечного тракта, легкие формы паркинсонизма и эпилепсии, бессонницу на фоне перевозбуждения, климактерические расстройства (психоэмоциональные, нейровегетативные), предменструальный синдром, функциональные расстройства мочеиспускания и импотенцию;
- Ignatia amara (игнация горькая) также устраняет неврологическую симптоматику в виде головной боли, головокружения, парестезий и вегетативных расстройств (ощущение комка в горле, кардиалгия), а также функциональные нарушения менструального цикла, возникшие в результате стресса.

ГБ является заболеванием, в патогенезе которого немаловажную роль играет вегетативная дисфункция. С другой стороны, на фоне ГБ достаточно часто формируются психовегетативные синдромы, которые требуют проведения медикаментозной коррекции помимо антигипертензивной терапии. В последние годы все большее распространение в терапии психовегетативных расстройств приобретают психотропные препараты, которые не всегда хорошо переносятся пациентами с кардиальной патологией. В этих условиях надежды врача и пациента возлагаются на фитотерапевтическую и гомеопатическую коррекцию. Таким образом, цель исследования, проведенного Е.П. Свищенко и О.В. Гулкевич, — оценить влияние комбинации Хомвио-Нервина с Хомвиотензином на АД, со-

стояние вегетативной нервной системы, психической сферы, качество сна у пациентов с артериальной гипертензией.

Обследованы 40 больных с мягкой артериальной гипертензией в сочетании с вегетативной дисфункцией и депрессивными расстройствами, которые были рандомизированы в 2 группы по 20 человек — основную и контрольную. Группы были сопоставимы по возрасту, полу и основным клиническим характеристикам. После 7-дневного безмедикаментозного периода пациенты основной группы получали комбинированную терапию Хомвиотензином (1 таблетка 2–3 раза в сутки) и Хомвио-Нервином (1 таблетка 3 раза в сутки), больные контрольной группы принимали Хомвиотензин в дозе 1 таблетка 2–3 раза в сутки. До лечения и после курса терапии проводилась оценка соматического и неврологического статуса больного, СМАД, анкетирование и психологическое тестирование для оценки состояния вегетативной нервной системы (опросник А. М. Вейна), психической сферы (шкала депрессии Бека, опросник САН) и качества сна (сомнологическая анкета И.М. Воронина).

Антигипертензивная эффективность по данным офисного измерения АД была сопоставима в обеих группах: при комбинированной терапии САД/ДАД снизилось на 12/10 мм рт. ст., при монотерапии — на 11/9 мм рт. ст. Динамика средних показателей АД за сутки, день и ночь также была эквивалентной в обеих группах. Более выраженным оказалось влияние комбинации Хомвиотензина и Хомвио-Нервина на вариабельность АД. Отмечено достоверное уменьшение амплитуды колебаний САД и ДАД в дневные и ночные часы. Изменений вариабельности АД на фоне лечения Хомвиотензином не выявлено (рис. 17).

Комбинированная терапия Хомвиотензином и Хомвио-Нервином способствовала восстановлению физиологического двухфазного суточного ритма АД. Это проявилось

нормализацией суточного индекса в группе вмешательства: показатель увеличился с 6,5±0,3% до 12,4±0,3% (p<0,05). В группе контроля достоверных изменений этого показателя не отмечено (6,9±0,3% в исходе и 8,9±0,3% в конце исследования, p<0,05).

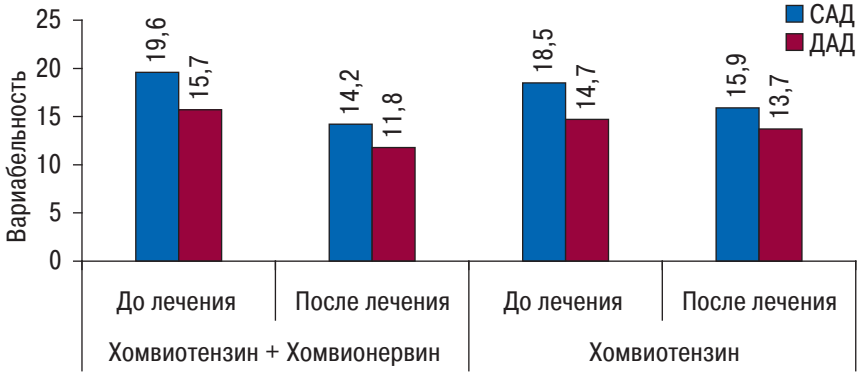

Рис. 17. Влияние лечения на вариабельность АД в дневные часы

Данные, полученные на основании анкетирования по А.М. Вейну, продемонстрировали, что у пациентов обеих групп в равной мере отмечали вегетативные расстройства: в основной — 47,3±2,3 балла, в контрольной — 46,5±2,1 балла. Результаты анкетирования показали, что комбинированное лечение Хомвиотензином и Хомвио-Нервином более значимо уменьшает выраженность вегетативных нарушений (суммарный бал снизился до 29,1±2,1 балла, p<0,01), чем монотерапия Хомвиотензином (суммарный бал снизился до 35,6±2,2 балла, p<0,05).

Все пациенты отмечали субъективное улучшение сна, что подтверждалось данными сомнологического анкетирования. При комбинированной терапии Хомвиотензином и Хомвио-Нервином изменение структуры и продолжительности сна было более выраженным, нежели на фоне монотерапии Хомвиотензином (табл. 7).

Таблица 7

Влияние лечения на характеристики сна у обследованных больных с ГБ

Показатель	Основная группа		Контрольная группа	
	Исход	После лечения	Исход	После лечения
Продолжительность сна, ч	6,5±0,4	7,4±0,2*	6,84±0,3	7,0±0,3
Время засыпания, мин	36,4±6,5	17,3±2,2**	34,4±5,5	27,1 ±2,2
Пробуждения, %	92,3±5,5	56,2±2,1***	90,3±6,0	76,1±4,0*
Сонливость, %	76,9±2,9	25,6±0,9***	74,4±2,4	38,8±1,0***
• утром	17,9±0,5	8,2±0,2***	18,3±0,5	13,2±0,4***
• в первой половине дня	10,2±0,3	2,9±0,2***	9,6±0,5	5,1±0,5***
• в течение дня	48,8±1,8	14,5±0,4***	47,1±1,8	20,5±1,0***

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001 по сравнению с данными до лечения.

Более выраженное влияние оказала комбинированная терапия и на дневную активность. До лечения половина больных как основной, так и контрольной группы отмечали вялость, треть — рассеянность, невнимательность и трудности в концентрации внимания; бодрость в утреннее время ощущали только 7,7% больных основной группы и 8,1% контрольной. На фоне комбинированного лечения Хомвиотензином и Хомвио-Нервином количество пациентов, отмечавших вышеописанные жалобы, значительно уменьшилось, бодрыми по утрам чувствовали себя 46,2% больных (в группе монотерапии — 24,5%), увеличилась доля больных, которых не беспокоила сонливость.

Аналогичные тенденции выявлены и в отношении депрессивных расстройств. В исходе средний показатель по шкале депрессии Бека составлял в основной группе 23,9±3,4 и в контрольной 21,2±2,4 балла, что соответствует средней степени депрессии. При лечении Хомвиотензином и Хомвио-Нервином суммарный балл уменьшился до 12,6±1,4 (p<0,05), что определяется как легкая депрессия, в группе монотерапии Хомвиотензином — до 16,8±1,9 (p<0,05) — уме-

ренная депрессия. Следовательно, комбинированная терапия Хомвиотензином и Хомвио-Нервином у больных с мягкой артериальной гипертензией значительно уменьшает выраженность депрессии — от средней к легкой степени.

Таким образом, добавление Хомвио-Нервина к терапии Хомвиотензином приводит к дополнительному эффекту в отношении снижения АД, его вариабельности и коррекции суточного индекса. Кроме того, такая комбинация способствует улучшению качества жизни больных с артериальной гипертензией, что проявляется в улучшении самочувствия, настроения, повышении активности и уменьшении выраженности депрессивных расстройств. Комбинированная терапия Хомвио-Нервином и Хомвиотензином устраняет явления диссомнии: увеличивает продолжительность сна, укорачивает период засыпания и уменьшает количество ночных пробуждений.

Две научные работы были посвящены изучению влияния комбинированного лечения ***Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом на выраженность урикемии у больных с ГБ.***

ХОМВИО-РЕВМАН представляет собой комплексный гомеопатический препарат в виде спиртового раствора, 10 мл которого содержат:

Colchicum D3 (безвременник осенний)	1 мл
Actaea racimosa D3 (клопогон кистевидный)	3 мл
Spirea ulmaria (таволга)	1 мл
Bryonia alba D3 (переступень белый)	3 мл
Ruta graveolens D1 (рута душистая)	2 мл

Хомвио-Ревман обладает противовоспалительным и обезболивающим эффектом, снижает уровень мочевой кислоты в крови, что и предопределяет сферу его применения: подагра и подагрический артрит, артриты другой этиологии, остеоартроз и остеохондроз, травмы опорно-двигательного аппарата, а также невралгия, миалгия, миозит.

Физиологические эффекты Хомвио-Ревмана реализуются за счет биологически активных веществ растительного происхождения:

- безвременник осенний, содержащий алкалоиды колхицин, колхамин и колхицеин, проявляет противовоспалительное, антигистаминное, антикининовое и гипоурикемическое действие;
- таволга и клопогон кистевидный оказывают противовоспалительное действие;
- переступень белый проявляет противовоспалительные и обезболивающие свойства, обладает тропностью к синовиальным оболочкам;
- рута душистая, в состав которой входит рутин, снижает проницаемость сосудистой стенки, что тормозит развитие воспалительной реакции.

В рамках пилотного проекта по изучению метаболических эффектов Хомвиотензина Е.П. Свищенко и Е.А. Матова (2008) исследовали влияние комбинированного лечения Хомвио-Ревманом и Хомвиотензином на ***уровень мочевой кислоты в крови больных с ГБ*** (дизайн исследования и его результаты по влиянию Хомвиотензина на метаболизм липидов и углеводов описаны выше) [35].

Мочевая кислота является конечным продуктом пуринового обмена. Образуется главным образом в селезенке, затем поступает в общий кровоток, где только небольшой ее процент (менее 4%) связывается с белком; экскретируется почками. Значительное влияние на уровень мочевой кислоты оказывают раса, пол и возраст. Чаще она встречается у представителей негроидной расы и у мужчин. Низкий уровень урикемии у женщин репродуктивного возраста объясняется влиянием эстрогенов на канальцевую экскрецию уратов, повышение их почечного клиренса. С началом менопаузы уровень мочевой кислоты приближается или равен таковому у мужчин соот-

ветствующего возраста. Эти физиологические изменения сопровождаются повышением частоты выявляемости подагры. У мужчин уровень мочевой кислоты остается постоянным в течение всей жизни.

В последние годы накапливается все больше данных о роли мочевой кислоты в развитии сердечно-сосудистых заболеваний, сопоставимой с другими метаболическими факторами риска. Установлено, что у пациентов с артериальной гипертензией, ИБС, хронической сердечной недостаточностью отмечают более высокий уровень мочевой кислоты, чем у здоровых лиц.

Первые проспективные исследования (The Chicago Industry Heart Study, National Health and Nutrition Epidemiologic Study), в которых изучали роль мочевой кислоты как метаболического фактора риска на популяционном уровне, выявили связь между ее уровнем в крови и риском развития сердечно-сосудистых заболеваний и смерти от них только в женской популяции. В дальнейших работах аналогичная корреляционная зависимость выявлена и у мужчин.

В нескольких продолжительных эпидемиологических исследованиях у пациентов с артериальной гипертензией выявили прямую связь урикемии с сердечно-сосудистой заболеваемостью и смертностью. Концентрация мочевой кислоты в крови достоверно коррелирует со степенью выраженности абдоминального ожирения и триглицеридемией, у пациентов с артериальной гипертензией и гиперурикемией чаще выявляют гипертрофию левого желудочка. Развитие сердечно-сосудистых событий отмечают с большей частотой у больных с артериальной гипертензией, получающих диуретическую терапию, вследствие которой повышается концентрация мочевой кислоты в крови.

Под влиянием лечения Хомвиотензином, несмотря на то что препарат оказывает мягкий диуретический эффект, отмечено достоверное снижение содержания мочевой кислоты в крови с 327,9±14,9 до 292,5±16,1 мкмоль/л ($p<0,05$).

Для оценки влияния препарата Хомвио-Ревман на уровень мочевой кислоты в исследовании выделили группу больных с гиперурикемией. Дополнительно к антигипертензивной терапии Хомвиотензином этим пациентам через 4 нед лечения добавляли Хомвио-Ревман. Комбинированная терапия в течение 1 мес привела к существенному и достоверному снижению уровня мочевой кислоты в среднем по группе с 470,1±14,2 до 324,6±12,4 мкмоль/л (рис. 18).

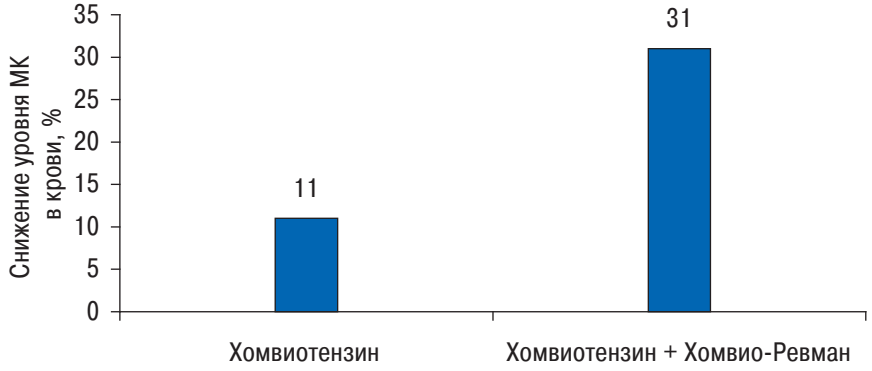

Рис. 18. Динамика уровня мочевой кислоты (МК) в крови больных с ГБ под влиянием лечения

Анализ индивидуальных значений данного показателя под влиянием комбинированной терапии Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом показал его полную нормализацию у всех обследованных больных.

Более масштабное исследование по изучению влияния ***комбинированной терапии Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом на течение ГБ, ассоциированной с метаболическим синдромом и гиперурикемией,*** проведено С.Н. Коваль и О.В. Мысниченко в Институте терапии им. Л.Т. Малой АМН Украины [41].

Установлено, что гиперурикемия повышает и без того высокий риск развития сердечно-сосудистых и почечных осложнений у больных с ГБ и метаболическим синдромом. Повы-

шенный уровень мочевой кислоты способствует увеличению выраженности воспалительных процессов, в том числе в эндотелии сосудов, активации ряда провоспалительных цитокинов, ускорению прогрессирования атеросклероза. Неблагоприятным осложнением подагры является развитие интерстициального нефрита, мочекаменной болезни, приводящих к развитию хронической почечной недостаточности. Установлено, что более 60% больных подагрой умирают от сердечно-сосудистых осложнений и около трети — от хронической почечной недостаточности.

В рамках этой работы обследованы 32 больных с ГБ и метаболическим синдромом и гиперурикемией (уровень мочевой кислоты в крови натощак у мужчин >400 мкмоль/л, у женщин 360 мкмоль/л). У 8 из 32 пациентов диагностирована подагра (в соответствии с критериями ВОЗ, 2000), у 12 выявлены жалобы на периодические болевые ощущения в одном или нескольких суставах или преходящую миалгию. Терапию начинали с назначения Хомвиотензина по 1 таблетке 3 раза в сутки с повышением дозы, при необходимости через 2 нед до 2 таблеток 3 раза в сутки. Через 4 нед приема Хомвиотензина всем пациентам добавляли Хомвио-Ревман в дозе 10 капель 3 раза в сутки на протяжении 4 нед.

Через 4 нед применения Хомвиотензина установлены хорошая переносимость и эффективность, сопоставимые с данными результатов всех вышеописанных исследований. Однако монотерапия Хомвиотензином у данной категории пациентов не привела к достоверному изменению показателей углеводного, липидного и пуринового обмена. Комбинированное лечение Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом привело к улучшению клинического состояния пациентов: достоверно большее количество больных отмечали улучшение самочувствия (78% по сравнению с 62% после 4 нед монотерапии Хом-

виотензином). У 10 из 12 больных отмечено регрессирование и полное исчезновение артралгии и миалгии.

Комбинированное лечение позволило также повысить частоту достижения целевого уровня АД — у пациентов с ГБ I степени с 67 до 85% ($p<0,05$), у больных с ГБ II степени с 61 до 82% ($p<0,05$).

Лечение Хомвиотензином в комбинации с Хомвио-Ревманом привело к достоверному снижению в среднем по группе уровня мочевой кислоты в крови у больных с ГБ (рис. 19), при этом более выраженный эффект отмечен у мужчин в возрасте до 49 лет (снижение на 34,4±6,5%) по сравнению с мужчинами старше 50 лет (снижение на 14,6±5,9%).

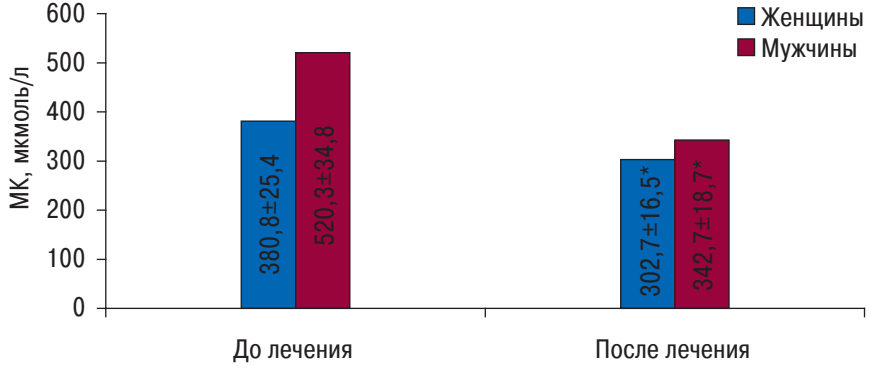

Рис. 19. Влияние комбинированной терапии Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом на уровень мочевой кислоты (МК) в крови больных с ГБ

Под влиянием комбинированного лечения отмечено также достоверное снижение инсулинорезистентности в подгруппе больных с выраженным более чем на 30% снижением уровня мочевой кислоты в крови под влиянием лечения, что косвенно указывает на взаимосвязь этих метаболических показателей. Индекс HOMA снизился с 6,7±2,3 до 2,5±1,6 ($p<0,05$).

Показатели липидного обмена на фоне терапии Хомвиотензином в комбинации с Хомвио-Ревманом достоверно не изменились.

Таким образом, комбинированная терапия Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом способствует усилению антигипертензивной эффективности Хомвиотензина на фоне благоприятного метаболического действия, которое проявляется снижением выраженности гиперурикемии и сопряженным снижением инсулинорезистентности, что позволяет рекомендовать эту комбинацию к применению у больных с ГБ и метаболическим синдромом и гиперурикемией.

Существующая на сегодня доказательная база объективизирует эффективность, целесообразность и безопасность сочетанного применения Хомвиотензина с Хомвиокорином-N, Хомвио-Нервином и Хомвио-Ревманом. Комбинированное применение этих комплексных гомеопатических препаратов у больных с артериальной гипертензией и начальными проявлениями сердечной недостаточности, вегетативными расстройствами и суставным синдромом с гиперурикемией приводит к потенцированию антигипертензивного эффекта Хомвиотензина на фоне коррекции сопутствующей патологии.

Накопленный научно-практический опыт применения Хомвиотензина у пациентов с артериальной гипертензией позволяет рекомендовать этот комплексный гомеопатический препарат для лечения данной категории пациентов в различных клинических ситуациях как в качестве монотерапии (в случае мягкой артериальной гипертензии), так и в составе комбинированной антигипертензивной терапии. Дополнительными преимуществами Хомвиотензина являются его хорошая переносимость (частота побочных эффектов сравнима с плацебо) и благоприятные метаболические характеристики (отсутствие отрицательного действия на липидный и углеводный обмен, позитивное влияние на уровень мочевой кислоты). Это позволяет использовать Хомвиотензин в качестве альтернативного средства в случае ограничений при применении препаратов первого ряда для лечения артериальной гипертензии.

ЛИТЕРАТУРА

1. **Durante K.M., Whitmoore B. et al.** (2001) Use of vitamins, minerals and herbs: A survey of patients attending family practice clinics. Clinical and Investigative Medicine; 244: 2442–2446.
2. **Kaufman D.W., Kelly J.P. et al.** (2002) Resent patterns medication use in the ambulatory about population of the United States: The Slone Survey. JAMA; 287: 337–344.
3. **Grigs B.** (1997) New Green Pharmacy: Story of Western Herbal Medicine. London: Vermilion.
4. European Commission Directive 2004/24/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004, amending, as regards traditional herbal medicine products, Directive 2001/83/EC on the Community coderelating to medical products for human use. Official Journal of the European Union; L136: 85–90.
5. **Келер Г.** (2000) Гомеопатия. Пер. с нем. Изд. 2-е, перераб. и дополн. М.: Медицина, 608 с.
6. **Smith W.M.** (1977) Treatment of mild hypertension: results of ten-year interventional study. Circulation results; 40 (5 Suppl. 1): 198–205.
7. **Miller A.L.** (1998) Botanical influences on cardiovascular disease.Alternative Medicine Review; 3: 422–431.
8. **Hertog M.G., Feskens E.J. et al.** (1993) Dietary antioxutphen Elderly Study. Lancet; 342: 1007–1011.
9. **Hertog M.G., Kromhout D. et al.** (1995) Flavonoid intake and long-term risk of coronary heart disease and cancer in the Seven Countries Study. Archive Internal Medicine; 155: 381–386.
10. **Chatterjee S.S., Koch E. et al.** (1997) In vitro and in vivo studies on the cardioprotective action of oligomeric pocyanidins in a Crataegus extract of leaves and blooms. Arzeimittelforschung; 47: 821–825.
11. **Al Makdessi S., Sweidan H. et al.** (1996) Myocardial protection by pretreatment wiyth Crataegus oxycantha: an assessment by means of release of lactate dehydrogenase by the ischemic and reperfused Langendorff heart. Arzeimittelforschung; 46: 25–27.
12. **Walker N.F., Marakis G. et al.** (2002) Promising hypotensive effect of hawthorn extract: a randomized, double-blind pilot study of mild essential hypertension. Phytotherapy Research; 16: 48–54.
13. **Walker N.F., Marakis G. et al.** (2006) Hypotensive effects of hawthorn for patients with diabetes taking prescription drugs: a randomized controlled trial. British Journal of General Practice; 56: 437–443.

14. **Jouad H., Lemhadri A. et al.** (2003) Hatworn evokes a potent anti-hyperglycemic capacity in streptozotocin–induced diabetic rats. J. Herb. Pharmacother; 3(2): 19–29.
15. **Al-Achi A.** (2005) Mistletoe (Viscum album L.) in cancer therapy. US Pharmacology; 1: HS12–18.
16. **Bowman I.A.** (1990) The everlasting misletoe and the cardio vascular system. Texas Heart Inst Journal; 17: 310–314.
17. **Кузнецова М.А., Резникова А.С.** (1992) Сказания о лекарственных растениях. М.: Высш. школа, 272 с.
18. **Товстуха Е.С.** (1991) Фитотерапия. К., Здоровье, 191 с.
19. **Cummings S., Ulman D.** (1997) Everybody's Guide to Gomeopathic Medicines. New York, NY: Jeremy P. Tarcher: Putnam.
20. **Kent J.T.** (1996) Lectures on Materia Medica. Delhi, India: B. Jain Publishers.
21. **Schlesinger N., Schumacher R. et al.** (2008) Colchicine for acute gout. Cochrane Database of Systematic Reviews: Issue 2.
22. **Blumenthal M., Goldberg A. et al.** (2000) Herbal Medicine: Expanded Commission E Monographs. Newton, MA: Lippincott Williams&Wilkins: 22–26.
23. **Sammartino A, Tommaselli G.A, et al.** (2006) Short-term effects of a combination of isoflavones, lignans and Cimicifuga racemosa on climacteric-related symptoms in postmenopausal women: a double-blind, randomized, placebo-controlled trial. Gynecol Endocrinol.; 22(11): 646–650.
24. **Rhyu M.R., lu J. Webster D.E. et al.** (2006) Black cohosh (Actaea racemosa, Cimifuga racemosa) behaves as a mixed competitive ligand and partial agonist at the human mu opiate receptor. J. Agric Food Chem; 54 (26): 9852–9857.
25. **Cheung A.M.** (2006) Black cohosh and St John's wort reduced climacteric and depressive symptoms. Evid Based Med.;11(5): 148.
26. **Chevallier A.** (1996) Enciclopedia of medical plants. New York, NY: DK Publishing.
27. **Blumenthal M, Goldberg A. et al.** (2000) Herbal Medicine: Expanded Commission E Monographs. Newton, MA: Lippincott Williams&Wilkins: 253–256.
28. 2007 Guidelines for Management of Artewrial Hypertension (2007) Journal of Hypertension; 25: 1105–1187.
29. **Simpson S.H., Eurich D.T. et al.** (2006) A meta-analysis of the association between adherence to drug therapy and mortality. BMJ; 333: 15.

30. Результаты клинических исследований препарата Хомвиотензин (2008) Homvoira Arzneimittel, С. 9–126.
31. **Schmidramsl H.** (1997) Antihypertensive Therapie mit Homviotensin Ergebnisse einer Multizentischen Offenen Studie. Der Freie Arzt. 38: 3.
32. **Малая Л.Т.,** Коваль С.Н., Снегурская И.А. (2004) Клиническая и гемодинамическая эффективность Хомвиотензина у больных мягкой и умеренной артериальной гипертензией. Фітотерапія; 2: 23–28.
33. **Коваленко В.Н.,** Свищенко Е.П. и др. (2005) Лечение артериальной гипертензии в особых клинических ситуациях. Каменец-Подольский: ПП Мошак М.И., 504: 64.
34. **Ена Л.М., Купраш Л.П. и др.** (2003) Хомвиотензин в лечении больных пожилого возраста с артериальной гипертензией. Фітотерапія; 1–2: 3–10.
35. **Свищенко Е.П., Матова Е.А.** (2008) Результаты пилотного исследования.
36. **Бабюк И.А., Ватутин Н.Т. и др.** (2007) Клинический опыт использования гипотензивного препарата «Хомвиотензин» у мужчин и его влияние на эректильную функцию. Дерматовенерология, косметология, сексопатология; 10 (1–4): 374–378.
37. **Ивановский С.В., Имнадзе И.Н. и др.** (2001) Применение препарата «Хомвиотензин» при синдроме артериальной гипертензии у детей. Таврический медико-биологический вестник; 4 (3): 87–90.
38. **Музь В.А., Зубкова С.Т. и др.** (2004) Хомвиотензин в лечении гипоталамического синдрома пубертатного периода. Фітотерапія; 2: 28–31.
39. **Свищенко Е.П., Безродная Л.В.** (2007) Оценка клинической эффективности и переносимости комплексного применения Хомвиотензина и Хомвиокорина-N у больных с мягкой артериальной гипертензией и начальными проявлениями сердечной недостаточности. Фітотерапія; 3: 36–43.
40. **Свищенко Е.П., Гулкевич О.В.** (2006) Хомвиотензин и Хомвио-Нервин в лечении больных с артериальной гипертензией. Фітотерапія; 4: 39–45.
41. **Коваль С.Н., Мысниченко О.В.** (2008) Влияние комбинированной терапии Хомвиотензином и Хомвио-Ревманом на течение гипертонической болезни, ассоциированной с метаболическим синдромом и гиперурикемией. Ліки України; 118 (2): 70–74.

Виробниче видання
Свіщенко Євгенія Петрівна, Міщенко Лариса Анатоліївна
Фітотерапія артеріальної гіпертензії
з позицій доказової медицини
(російською мовою)
Редактор О.Г. Бондарчук
Коректор В.Б. Іллічевська
Комп'ютерна верстка М.Ю. Левченко
Дизайн О.І. Цоколенко

Свіщенко Є.П., Міщенко Л.А.
Фітотерапія артеріальної гіпертензії з позицій доказової медицини. — К.: МОРІОН, 2009. — 112 с.

ISBN 978–966–2066–18–0

Представлена коротка історія розвитку фітотерапії та гомеопатії, основні положення та принципи гомеопатії, класифікація, характеристика біологічно активних речовин.

Детально розглянуто питання лікування артеріальної гіпертензії лікарськими рослинами, особливості терапії комплексними гомеопатичними препаратами хворих з артеріальною гіпертензією та супутньою патологією, принципи комбінованого підходу в лікуванні.

Систематизоване викладення матеріалу робить його зручним при використанні в практиці лікарів різних спеціальностей: терапевтів, кардіологів, сімейних лікарів, ендокринологів, ревматологів, нефрологів, геронтологів, педиатрів та ін. Ця праця буде корисною для студентів старших курсів, інтернів, курсантів циклів спеціалізації й удосконалення лікарів, наукових працівників.

ББК 53.52

Підписано до друку 2009 р. Формат 60x84 1/16.
Ум. друк. арк. 6,51. Обл.-вид. арк. 7,29.
Зам. № 9-190. Наклад прим.

Видавець ТОВ «МОРІОН»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи
ДК № 642 від 22.10.2001 р.
02140, Київ, просп. М. Бажана, 10А
Тел./факс: (044) 585-97-10 (багатоканальний)
E-mail: public@morion.ua