

ТРОМБООККЛЮЗИРУЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ БРАХИОЦЕФАЛЬНЫХ АРТЕРИЙ: МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ И ВОЗМОЖНОСТИ ФИТОТЕРАПИИ

УДК [616.133:615.322]-08

© М. Л. Поспелова

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова

Ключевые слова:

Атеросклероз брахиоцефальных артерий; методы лечения; фитотерапия.

Резюме:

Обобщены сведения о риске и частоте первичных и вторичных ишемических инсультов при тромбоокклюзирующих поражениях брахиоцефальных артерий. Проведена оценка медикаментозного и хирургических методов лечения этой группы пациентов. Приведены собственные данные 5-летнего наблюдения за частотой конечных точек при добавлении к медикаментозной терапии поликомпонентной фитотерапии по патенту РФ № 2313359. Показано достоверное уменьшение числа всех церебральных и сердечно-сосудистых событий за 5 лет при присоединении фитотерапии.

Библиографическая ссылка:

Поспелова М. Л. Тромбоокклюзирующие поражения брахиоцефальных артерий: методы лечения и возможности фитотерапии // Обзоры по клин. фармакол. и лек. терапии. — 2011. — Т. 9, № 2 — С. 16–25.

ВВЕДЕНИЕ

Ведущей причиной ишемического повреждения мозговой ткани, в структуре цереброваскулярных заболеваний, является атеросклеротическое окклюзирующее поражение брахиоцефальных артерий [20, 25, 54, 59, 61, 70, 73, 88]. В настоящее время доказана взаимосвязь индекса интима-медиа и сердечно-сосудистого риска [55, 60]. Например, в Роттердамское эпидемиологическое исследование были включены 7983 жителя этого города в возрасте старше 55 лет, которым ультразвуковым методом измерили толщину комплекса интима-медиа (ТИМ) сонной артерии [57]. Средний срок наблюдения составил 2,7 года. За это время в популяции произошло 95 инсультов. Риск развития инсульта нарастал с увеличением ТИМ. Аналогичные результаты получены и в другом исследовании, проведенном в США [82] у 5858

лиц старше 65 лет изучали связь ТИМ общей сонной артерии и частоты развития инсультов. Средний срок наблюдения в этом исследовании составил 6,2 лет, и за это время случилось 284 инсульта. Было показано, что увеличение ТИМ на 0,2 мм ассоциируется с возрастанием риска инсульта на 33–43%.

Пациенты, со стенозами и окклюзиями брахиоцефальных и интракраниальных артерий, несмотря на медикаментозное лечение (статины, антиагреганты, антикоагулянты) относятся к категории высокого риска развития инсульта [39]. В популяционных исследованиях показано, что 30–50% ишемических эпизодов, как постоянных, так и временных, являются осложнениями атеросклеротических бляшек [20, 25, 74]. По данным института неврологии [34], структура поражений сосудистой системы головного мозга, обусловивших развитие инфаркта мозга, представлена следующим образом: атеросклеротические стенозы и тромбозы — 84%, перегибы — 8%, экстравазальные компрессии и тромбозомболии по 4%. Вероятность развития инсульта у пациентов с атеросклерозом зависит от размеров атеросклеротической бляшки, ее морфологии и локализации, состояния цереброваскулярной реактивности, наличия предшествующих эпизодов церебральной ишемии и ряда других причин. При асимптомных стенозах 50–99% просвета внутренней сонной артерии (ВСА) риск развития церебральной ишемии составляет 2–5,2% в год [66, 86]. Ежегодный риск развития церебральной ишемии у пациентов с асимптомной окклюзией ВСА составляет 2–4% [66, 78]. Риск развития повторных инсультов выше. По результатам Северо-Американского кооперативного исследования (NASCET) при симптомных гемодинамически значимых стенозах он составляет 8,5% в год для первичных инсультов, а вероятность развития повторного инсульта у пациентов с симптомной окклюзией ВСА составляет 11% в год [73].

МЕДИКАМЕНТОЗНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Реологические сдвиги в сторону повышения свертываемости крови и нарастания процессов тромбо-

образования, являются одними из основных патогенетических процессов, приводящих к развитию острых нарушений мозгового кровообращения и прогрессированию хронических нарушений кровообращения в мозге.

В настоящее время стандартом лечения сосудистых заболеваний головного мозга является назначение антиагрегантной терапии. В последнее десятилетие сформировалось новое направление фармакологической коррекции сосудистых заболеваний мозга, основанное на регуляции многогранных свойств тромбоцитов. При этом основной целью этого вмешательства является прекращение тромбообразования на стадии формирования тромбоцитарных агрегатов. В тоже время, несмотря на наличие широкого арсенала средств антитромбоцитарного действия, НИИ неврологии РАМН и Научный центр по изучению инсульта Минздрава России [41] констатируют, что эффективность антиагрегантов и их использование в клинической практике зачастую сталкивается с рядом проблем. Так, нерешенными и спорными остаются вопросы определения истинно лечебного, либо профилактического действия тех или иных антиагрегантов. Неоднозначны результаты, свидетельствующие об эффективности их различных доз (в частности, аспирина, дипиридамол), практически отсутствуют данные по исследованию индивидуальной чувствительности и частоте встречаемости резистентности к ним у отдельных больных.

В большом количестве исследований не получено свидетельств эффективности первичной профилактики мозгового инфаркта с помощью аспирина у лиц, не страдающих цереброваскулярными и сердечно-сосудистыми заболеваниями [41, 71]. Так, отмечено, что аспирин в дозе 325 мг не оказывает значительного долговременного протективного действия у лиц с выраженным асимптомным каротидным стенозом более 50 % [41, 71]. Частота развития повторных ишемических инсультов в разных группах составила от 16 до 42 % в течение первых 5 лет [71]. Аспирин в любой дозе предотвращает развитие лишь 13 % ишемических нарушений мозгового кровообращения. В тоже время аспирин в дозе более 75 мг в сутки приводит к значительному снижению синтеза простагландинов, который у больных с сосудистыми поражениями и без того нарушается из-за дисфункции эндотелия сосудов. Ежедневный прием высоких доз аспирина приводит к повышению артериального давления вследствие практически полного подавления синтеза депрессорных простагландинов, а также к увеличению частоты возникновения геморрагических инсультов [43] и ухудшению эндотелий-зависимой вазодилатации [68]. По данным З. А. Суслиной (2001) [42], эффективное ингибирование агрегации тромбоцитов

(на 50 % и более от исходного уровня) при помощи аспирина отмечается лишь в половине случаев, а у 20 % пациентов возможен парадоксальный проагрегантный эффект. Распространенность резистентности к аспирину составляет до 50 %, а до 75 % сосудистых событий возникают на фоне продолжающейся аспиринотерапии. Частота встречаемости пониженной чувствительности тромбоцитов к ацетилсалициловой кислоте (АСК) у больных с хронической ишемией головного мозга определяется высокой степенью внутрисосудистой интенсивности свертывания крови, низкой активностью эндогенных антикоагулянтов, высокой индуцированной агрегацией тромбоцитов (на ристоцетин, тромбин, АДФ), гипертриглицеридемией и высоким содержанием липопротеидов очень низкой плотности. Так, по данным южнокорейских авторов, наблюдается резистентность к аспирину и клопидогрелю в 17 и 63 % случаев, соответственно, у пациентов, перенесших тромбоэмболические осложнения после нейроинтервенции [76]. Несмотря на то, что АСК считается стандартом вторичной профилактики ишемических событий, значительный интерес представляет «двойная» антитромботическая терапия с комбинацией препаратов, оказывающих разное влияние на тромбоцитарное звено. Перспективы сочетанного использования АСК и клопидогреля, на которые возлагались большие надежды, несмотря на опубликованные в 2004 г. результаты исследования MATCH (Management of Atherosclerosis with Clopidogrel in High Risk Patients with Recent Transient Ischemic Attack or Ischemic Stroke, 2004 г.), не нашли подтверждения в масштабном исследовании CHARISMA (Clopidogrel for High Atherothrombotic Risk and Ischemic Stabilization, Management and Avoidance), завершившемся в 2007 г. Результаты исследования CHARISMA не показали преимуществ комбинации клопидогреля и низких доз АСК для предупреждения атеротромботических событий по сравнению с монотерапией АСК [56, 64, 83]. Другим наиболее широко распространенным антиагрегантом является дипиридамол, который, будучи вазодилататором, может провоцировать головные боли. Возможно его негативное влияние на коронарный кровоток, что считается относительным противопоказанием для назначения этого препарата лицам с нестабильной стенокардией и недавно перенесенным инфарктом миокарда [53]. Сочетание же кардио- и цереброваскулярной патологии часто встречается в практике, что логично: атеросклероз артерий — процесс системный, хотя его проявления и находятся в компетенции разных специалистов, кардиологов, ангионеврологов, ангиохирургов. Эффективность пентоксифиллина и других вазоактивных средств с позиций доказательной медицины в клинической ангионеврологии не рассмотрена. Ши-

рокое применение препаратов из группы блокаторов IIb/IIIa рецепторов тромбоцитов невозможно по экономическим соображениям.

Эффективность Агренокса, сочетающего АСК (25 мг) и дипиридамола модифицированного высвобождения (200 мг) по сравнению с клопидогрелем оценивалась в крупнейшем клиническом испытании, посвященном вторичной профилактике инсультов — ProFESS (Prevention Regimen for Effectively Avoiding Second Strokes) и завершившемся в 2008 г. В исследовании, осуществлявшемся на протяжении 5 лет (средняя длительность терапии составила 2,5 года), приняли участие 20 332 больных в 695 центрах 35 стран мира, включая Россию. Частота первичной конечной точки (развитие повторного инсульта), безопасность терапии не отличалась достоверно в группах комбинированного лечения и монотерапии [37, 38]. В другом исследовании показана 8–18% резистентность к клопидогрелю, уже через 7 дней приема у пациентов, перенесших ишемический инсульт [67]. Исходя из вышеперечисленного и по мнению НИИ неврологии РАМН и Научного центра по изучению инсульта Минздрава России в настоящее время идеального препарата, влияющего на гемореологические показатели крови у пациентов с ишемическими цереброваскулярными заболеваниями нет.

Многочисленными эпидемиологическими исследованиями доказано, что повышенный риск развития ИБС и других проявлений атеросклеротического поражения сосудов связан с увеличением содержания холестерина в крови и наиболее атерогенного холестерина липопротеидов низкой плотности [89]. Известно, что корреляция между частотой развития инсультов и уровнем холестерина отсутствует. В последние годы проблема, связанная с изучением роли гиперхолестеринемии и дислипидемии как этиологического фактора развития деменции и мозгового инсульта, вызывает значительный интерес у исследователей [40]. Во многих зарубежных странах наиболее интенсивно изучаются проблемы первичной профилактики инсультов с применением статинов [23]. В 2008 г. были опубликованы результаты многоцентрового рандомизированного двойного слепого плацебоконтролируемого исследования SPARCL (Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels), в котором оценивалась эффективность агрессивного снижения уровня липидов статинами (аторвастатин в дозе 80 мг/сут) для профилактики повторных сосудистых событий у больных без коронарной патологии, перенесших транзиторную ишемическую атаку (ТИА) или инсульт. В исследовании приняли участие около 5 тыс. больных в 205 клиниках из 27

стран мира, средняя продолжительность наблюдения составила 4,9 года. Результаты исследования SPARCL показали, что лечение аторвастатином в дозе 80 мг/сут на фоне применения комплексной профилактической терапии (антиагреганты, варфарин, антигипертензивные препараты) эффективно снижает относительный риск развития повторных ишемических событий вне зависимости от наличия ишемической болезни сердца в результате снижения уровня общего холестерина и липопротеинов низкой плотности в плазме крови. Это позволило рекомендовать интенсивную терапию статинами для вторичной профилактики инсультов у больных, перенесших ТИА или некардиоэмболический инсульт, в том числе и без сопутствующей ишемической болезни сердца [77].

В целом можно сказать, что разнообразие механизмов, приводящих к повреждению нейронов при ишемии головного мозга предполагает, помимо липоснижающих и антиагрегантных, наличие многочисленных препаратов из разных фармакологических групп для лечения цереброваскулярных заболеваний. К препаратам, используемым для защиты нервной ткани и непосредственно влияющим на церебральный метаболизм, относятся: модуляторы кальциевых и натриевых каналов, ноотропные препараты различной химической структуры, алкалоиды барвинка, спорыньи, алкилксантины и др. Эти препараты также влияют на тонус сосудов и на реологические свойства крови и за счет этого могут оказывать, дополнительное опосредованное влияние на церебральный метаболизм [13, 17, 19, 21, 24, 26, 27, 40, 48]. Тактика лечения включает воздействия, направленные на основное заболевание, на фоне которого развивается цереброваскулярное заболевание (атеросклероз, артериальная гипертензия, васкулиты и др.), устранение неврологических и психопатологических синдромов, улучшение церебральной циркуляции и метаболических процессов. Учитывая, что большая часть больных — это пациенты пожилого и старческого возраста, необходимо проводить адекватную терапию сопутствующих соматических заболеваний, течение которых оказывает существенное влияние на нервно-психический статус больных [22, 44, 50, 51].

В большинстве случаев длительная терапия пациента с цереброваскулярной патологией включает от 2 до 78 лекарственных препаратов, разных фармакологических групп. Подобная полипрагмазия не всегда является успешной в плане профилактики острых нарушений мозгового кровообращения и служит причиной ятрогенных осложнений. Поэтому там, где требуется длительное многокомпонентное лечение, вполне резонно применение лекарств, растительного происхождения или фитотерапии, что приводит

к повышению эффективности лечения, возможности влияния на разные звенья патогенеза заболевания, снижению нежелательных побочных эффектов. На сегодняшний день эффективность применения средств из биологического сырья не оспаривается, популярность лечения фитопрепаратами или фитотерапией имеет объективную основу: это не ксенобиотики и, следовательно, менее токсичные и даже детоксикационные средства. При этом вероятность развития толерантности, поскольку это, как правило, комплексные препараты, низка. Обозначенные преимущества фитотерапии дают основание считать целесообразным ее применение в комплексной терапии для эффективности лечения больных с тромбоокклюзирующими поражениями брахиоцефальных артерий и уменьшения повышения нежелательных побочных эффектов лекарственных средств химического синтеза.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Учитывая отсутствие на сегодняшний день эффективных препаратов для предупреждения нарушения мозгового кровообращения при окклюзирующих поражениях магистральных артерий головного мозга реконструктивные операции на ветвях дуги аорты остаются единственным средством лечения и предупреждения ишемического поражения головного мозга [54, 70, 88, 91]. В 2007 г. исполнилось 54 года с момента выполнения М. Е. DeBakey первой каротидной эндартерэктомии (КЭА) — операции, ставшей вмешательством выбора в лечении сосудисто-мозговой недостаточности, вызванной атеросклеротическими поражениями бифуркации сонной артерии. К 1971 г. в США было выполнено 17 000 КЭА, к 1984 г. 100 000 КЭА, а в 1990 г. была произведена миллионная КЭА. В среднем ежегодно в США выполняется 100 000 КЭА. В Москве, с учетом оперативной активности федеральных научных центров и городских лечебных учреждений, количество операций на БЦА не превышает 1500 в год, тогда как, потребность их только в Москве составляет около 10 000 в год. По данным литературы, после КЭА частота переходящих или стойких неврологических дефицитов колеблется от 1 до 9% [52, 88, 98]. До 60% осложнений развивается интраоперационно. Согласно рекомендациям Американской ассоциации кардиологов, летальность от ишемического инсульта в течение 30 дней после КЭА у асимптомных больных не должна превышать 3%, при транзиторных ишемических атаках в анамнезе 5%, у перенесших ишемических инсульт 7% и при повторном ишемическом инсульте до 10% [59].

ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ОБОСНОВАНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОУОККЛЮЗИРУЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ

При фитотерапии (ФТ) больных с тромбоокклюзирующими поражениями артерий головы и шеи преследуется цель повышения перфузии мозга, предупреждения атероматоза артерий (вазопротекторы), включения адаптивных механизмов, направленных на компенсацию недостаточности мозгового кровообращения. Даже беглое ознакомление с базовой дисциплиной традиционных медицинских стран Азии: Китая [29, 32, 93], Кореи [45], Тибета [4, 5, 6, 46], Индии [49], Ирана и Таджикистана [1], а также со средневековыми источниками европейской медицины [2, 3, 18], позволяет убедиться в наличии громадного арсенала лекарственных растений и отточенных методов лечения больных с разными стадиями хронической недостаточности мозгового кровообращения, вплоть до тяжелых инсультов. Выбор фитотерапии больных тромбоокклюзирующими поражениями магистральных артерий головы аргументирован многочисленными данными о положительном влиянии фитопрепаратов на высшую нервную деятельность, умственную работоспособность людей [10, 15, 16, 28, 30, 36, 63, 72, 84, 87, 92], выработку условных рефлексов [7, 8, 9, 31, 33, 81]. Имеются убедительные данные о том, что фитопрепараты способствуют сохранению и восстановлению нормальных условно- и безусловно-рефлекторных форм поведения животных при их нарушении после коразолового, максимального электрошока, дозированной электротравмы [7, 9, 14]. Эти свойства присущи большей части (52–59%) растений и могут быть положены в основу их выбора при лечении больных деструктивными заболеваниями мозга. Например, при введении препаратов дудника лекарственного при двухсторонней перевязке сонных артерий у крыс улучшался когнитивный дефицит, который оценивали в увеличении содержания фактора роста нерва и церебрального нейротрофического фактора [97].

Чрезвычайно значимыми являются данные о широкой представленности у фитопрепаратов (80%) вазопротективных свойств, которые фоновы для лекарственных растений [7, 10, 12, 14, 79]. Так при исследовании 16 видов из рода Карагана (*Garagana Lam.*) удлиняли время появления петехий на коже отвары из 14 и настойки из 15 видов, тем самым проявляя способность повышать резистентность сосудов кожи к повреждающему действию ксилотола [14]. Отличительной особенностью медицины 3-го тысячелетия многие авторы [5, 11, 16, 45, 47] считают

более быстрый темп ассимиляции громадной натуротерапевтической базы, арсенала традиционных медицин. По мнению М. А. Гриневич (1990) [29] — основой традиционной восточной медицины и ее главной особенностью являются сложные поликомпонентные сборы. Использование большого количества синергично действующих растений преследует цель как субстратного, так и информационного обогащения сборов с расчетом, как минимум, на суммационный эффект и учетом их воздействия на многие патогенетические звенья заболевания. С помощью ЭВМ автору удалось выделить «ядро», основные растения, используемые в традиционной медицине Китая, Кореи, Японии для лечения больных гипертонической болезнью и атеросклерозом: унаби (*Ziziphus jujuba*), пион кустарниковый (*Paeonia suffruticosa*), диаскорей кавказская (*Dioscorea caucasica*), солодка голая (*Glycyrrhiza glabra*), ремания клейкая (*Rehmania glutinosa*), дудник лесной (*Angelica silvestris*), женьшень истинный (*Panax ginseng*), пинеллия тройчатая (*Pinellia ternata*), имбирь обыкновенный (*Zingiber officinale*), рододендрон Адамса (*Rhododendron adamsi*). В традиционных медицинах встречаются изредка прецеденты лечения одним или двумя-тремя растениями, без использования поликомпонентных типовых прописей. Но высшей планкой фитотерапии в традиционных медицинах считается составление персонифицированной композиции растений с учетом особенности течения, стадии заболевания, осложнений (инсульты, инфаркты), конкретной симптоматики, пола, возраста, состояния, конституции больного, времени года и т. д. Анализ многочисленных блоков растений, рецептуры традиционной китайской и корейской медицины по Ф. И. Ибрагимову и В. С. Ибрагимовой (1960) [32], Чхвэ Тхэсопу (1987) [45], русской народной медицины по М. А. Носаль и И. М. Носаль (1991), [35] позволяет убедиться по приводимым ими результатам в чрезвычайном разнообразии фитотерапевтических средств и высокой их эффективности. Приведем, как это сделано в основном трактате тибетской медицины «Чжуд-ши», неполный список основных видов растений при лечении больных cerebrovasкулярными заболеваниями. Для оживления кровообращения, повышения резистентности сосудов к альтерации и достижения ряда других целей в нашей практике используются цветки и листья, а также плоды боярышника кроваво-красного, рябины обыкновенной, аронии черноплодной, видов шиповника, облепихи крушиновой, надземная часть герани лесной, герани луговой, видов чистеца, горца, гречихи посевной, зверобоя продырявленного, кожура мандарина благородного, плоды укропа душистого, фенхеля обыкновенного, бадьяна звездчатого. Мощным вазопротектором, антиоксидантом,

антидеструктивным, антидислипидемическим, противодиабетическим средством (то есть регулятором морфологического и биохимического гомеостаза) являются цветки, в меньшей мере листья лабазника вязолистного, лабазника обнаженного [9]. Эфирно-масличные растения, предотвращающие патологическую вазоконстрикцию, осуществляющие множество других эффектов, направленных, в частности, и на нормализацию функций сосудов — это виды мяты, котовника, шизонепеты, тимьяна, зизифоры, душица обыкновенная, эльсшольция реснитчатая, мелисса лекарственная, лаванда колосовидная, анис обыкновенный, смородина черная [7]. Необходимость снижения раздражительности, негативизма, агрессии, тревоги, нормализации психо-эмоционального статуса пациентов, ликвидации симптомов патологического климакса, помимо достижения других, не менее значимых эффектов, заставляет включать в сборы, не только перечисленные выше (лаванда, мелисса, душица и прочие эфирно-масличные виды), но также и другие растения, не случайно в течение многих веков считающиеся модуляторами настроения: лист иван-чая (кипрея), плоды кориандра посевного, почки тополя черного, лист ореха грецкого, ландыша майского, надземную часть адониса весеннего, видов пустырника, цветки и лист лабазника вязолистного, корни видов пиона, дудника, корневище айры болотного, имбиря лекарственного, куркумы ароматной, калгана истинного (альпинии), плоды кардамона среднего, бадьяна, мускатного ореха и т. д. [10, 11].

Микстура лауреата нобелевской премии академика И. П. Павлова сочетает всего лишь бром и кофеин, нормализуя соотношение процессов возбуждения и торможения в коре головного мозга (классическая трактовка). Эффективное использование такого принципа заставляет и фитотерапевта подумать о сочетании перечисленных выше растений, грубо, неоправданно трактуемых только как седативные средства, с классическими и менее известными фитоадаптогенами: женьшенем, элеутерококком, аралией, заманихой, акантопанаксом, колопанаксом, плющом, левзеей сафлоровидной, родиолой розовой, очитком пурпурным, очитком большим, лимонником китайским. Лишь последнему присущи высокие, демонстративные возбуждающие, психотонические свойства. Наиболее значимыми свойствами всех, но в особенности растений, принадлежащих к семейству Аралиевые (подчеркнуты) являются энергизирующие, тонизирующие (а не стимулирующие), противоальтеративные, антидеструктивные, стресс-лимитирующие, нормализующие функции эндокринных желез, иммунной системы, оптимизирующие репаративные процессы свойства [16]. Необходимо вводить в сборы растения с высокими противоате-

рогенными свойствами, к которым можно причислить многие ранее названные: классические фитоадаптогены, виды диоскореи, различные водоросли, лабазник, растения семейства Имбирные и многие другие. Безусловным лидером в этом и ряде других направлений является наиболее часто применяемое в системах традиционных медийн стран Азии растение — корень солодки уральской или солодки голой [29]. Растений, проявляющих среди прочих противовосоатерогенную активность, великое множество, но мы перечислим доступные для нас и используемые нами: надземная часть вереска обыкновенного, корень диоскореи бататной, ламинария (морская капуста), фукус пузырчатый и другие водоросли, кожа мандарина, надз. часть голубики, черники, лист березы, общеизвестные холеретики и гепатопротекторы (бессмертник, кукурузные рыльца, календула, расторопша, шиповник, пижма, печеночница, золотарник), арония черноплодная, рябина обыкновенная, лен посевной [35].

Известно, что подавляющее большинство растений содержит самую салициловую кислоту (ивовую кислоту, ива — *Salix*) и ее производные. В наибольшем количестве они содержатся в таких растениях, как виды ивы, лабазника (установлены антикоагулянтные свойства), лист и ветви (менее — плоды) малины обыкновенной [7]. Салицилаты растений никогда не вызывают осложнений, присущих терапии синтетическим веществом — аспирином. Более того, они предупреждают токсико-дистрофические поражения, вызванные аспирином и другими нестероидными противовоспалительными средствами [7]. Наряду с антиагрегантной фитотерапией поводится и весьма умеренная антикоагулянтная с помощью донника белого, из которого и был выделен первый антикоагулянт, димер кумарина дикумарин [9].

КЛИНИЧЕСКОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ ВОЗМОЖНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ ФИТОТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ТРОМБОУККЛЮЗИРУЮЩИМИ ПОРАЖЕНИЯМИ АРТЕРИЙ ГОЛОВЫ И ШЕЙ

Крайне мало встречается работ, посвященных проблемам лечения пациентов с грубым стенозирующим процессом брахиоцефальных артерий методами фитотерапии. В 2004 г. китайскими исследователями [85], проведено двойное слепое рандомизированное исследование у 78 пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца, разделенных на две равные группы: группа, принимавшая фитопрепарат традиционной китайской медицины, и группа, принимав-

шая правостатин. После курса лечения в обеих группах получены сходные достоверные положительные данные по уменьшению индекса интима-медия сонных артерий, улучшение эндотелий-зависимой вазодилатации брахиальной артерии, увеличении концентрации оксида азота и снижении эндотелина-1 плазмы крови [85]. Заслуживает внимания работа китайских неврологов [69], которая переключается с нашими исследованиями, сравнивших эффективность различных подходов в лечении пациентов со стенозирующим атеросклерозом брахиоцефальных артерий. Так, рандомизировав 70 пациентов с атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий на 3 группы: первая группа (21 пациент) получала традиционное западное лечение — аспирин, клопидогрель, статины и т. д., вторая группа — 23 пациента — лечилась традиционно китайскими препаратами растительного происхождения и 3-я группа — 26 пациентов получала комбинированную терапию, сочетающую препараты 1-й и 2-й групп, на фоне лечения оценивали показатели С-реактивного белка, агрегации тромбоцитов, уровень фибриногена, количество и размеры атеросклеротических бляшек. Через 6 месяцев лечения во всех группах была достигнута положительная динамика как в биохимических показателях, так и в морфологии атеросклеротических бляшек, но при оценке эффекта терапии отмечено возрастание числа больных с положительным эффектом терапии при комбинации терапии (в группе западной медицины 42,9% (9/21 случаев), в группе китайской медицины 39,1% (9/23 случаев), а в группе сочетанной терапии 61,5% (16/26 случаев). (Различия по χ^2 не достоверны, обсчет наш.) Подобные результаты получены и другой группой авторов по уменьшению количества атеросклеротических бляшек, площади и степени стеноза каротидных артерий, нормализации индекса резистивности у 45 больных, которые в течение 3 месяцев в дополнении к стандартной медикаментозной терапии получали фитопрепарат традиционной китайской медицины [65]. Если положительный клинический результат не вызывает сомнений, то возможность копирования средств фитотерапии затруднительна, т. к. состав препаратов не раскрывается. Существенно, что несколько авторов получили сходные результаты, подтверждающие необходимость внедрения методов, принципов фитотерапии в практику неврологии.

Отдельно китайскими коллегами проводятся работы по изучению возможности фитотерапии корректировать нарушения реологических свойств плазмы крови пациентов с цереброваскулярными заболеваниями. В проспективных, рандомизированных, двойных слепых, плацебо контролируемых исследованиях показана эффективность лекарственных растений

■ **Таблица 1.** Сравнительная оценка последствий хронической недостаточности мозгового кровообращения (ХНМК) у пациентов с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ) по данным городского ангионеврологического центра (срок наблюдения 5 лет)

Последствия ХНМК у пациентов с ДЭ	ДЭ без тромбоокклюзии БЦА (n= 124, средний возраст 60,1 г.)	ДЭ с тромбоокклюзией БЦА (n= 107, средний возраст 58,7 г.)	ДЭ с тромбоокклюзией БЦА + фитотерапия (n=62, средний возраст 62,7 г.)
Инсульты	5 (4%)	56 (52,3%)	2 (5,2%) p<0,001
ТИА	2,1 (6%)	19 (17,8%)	5 (8%) p<0,001
Инфаркты	4,3 (2%)	29 (27,1%)	1 (1,6%) p<0,001
Нарушения мозгового и коронарного кровообращения в целом	11 (8,9%)	104 (97,2%)	8 (14,9%) p<0,001

Примечание. Отличия между группами пациентов с тромбоокклюзией брахиоцефальных артерий без добавления фитотерапии и с добавлением таковой достоверны при p<0,001.

китайской традиционной медицины в отношении плазменного, тромбоцитарного гемостаза, системы фибринолиза как у здоровых добровольцев, так и пациентов с сердечными и цереброваскулярными заболеваниями. [75, 94, 95].

Активно учеными Китая, Тайваня и других стран Восточной Азии изучается противоатеросклеротический потенциал лекарственных растений национальных традиционных медцилин [90, 96]. В настоящее время встречаются данные о возможности фитопрепаратов снижать уровень атерогенных фракций холестерина и повышать содержание липопротеинов высокой плотности, а также повышать уровень оксида азота [58, 80].

Европейскими неврологами в 2009 году опубликованы данные об изучении возможностей 18-месячного приема гранатового сока в группе из 146 пациентов с атеросклерозом внутренних сонных артерий и умеренным риском ишемической болезни сердца, по уменьшению содержания атерогенных фракций липопротеидов и возрастанию противоатерогенных фракций, а также в уменьшении прогрессирования каротидного атеросклероза [62].

Таким образом, в настоящее время встречается ряд работ, подтверждающих эффективность использования фитотерапии в комплексном лечении пациентов с тромбоокклюдизирующими поражениями брахиоцефальных артерий, в основном выполненных в Китае и других странах востока, к сожалению, с невозможностью в связи с их отсутствием или неизвестностью рецептуры, использования этих лекарственных растений в нашей стране.

Оценка эффективности фитотерапии пациентов с тромбоокклюдизирующими поражениями брахиоцефальных артерий по данным 5-летнего наблюдения

Под нашим наблюдением находилось 62 пациента (средний возраст — 62,7 г., 40 мужчин, 22 женщины) с верифицированным атеросклеротическим поражением брахиоцефальных артерий,

отказавшиеся от предложенного оперативного лечения. В каротидном бассейне: окклюзия внутренней сонной артерии (ВСА) — 8, стенозы ВСА более 75% — 45, двухстороннее поражение — 28 больных. В вертебрально-базилярном бассейне: окклюзия подключичной артерии (ПКА) — 2, позвоночной артерии (ПА) — 1; стеноз ПКА — 2, стеноз ПА — 4; сочетанное поражение обоих сосудистых бассейнов у 11 человек. Тяжелое течение заболевания иллюстрируется тем, что в анамнезе у 43 больных ОНМК или ТИА, из них у 34 в бассейне стенозированного сосуда, 55 пациентов страдали гипертонической болезнью, ишемическая болезнь сердца диагностирована у 53 человек (из них 5 — перенесли острый инфаркт миокарда и 1 пациент был прооперирован — АКШ). Облитерирующий атеросклероз артерий нижних конечностей — у 10 больных, сахарный диабет 2-го типа — у 14 пациентов. Медикаментозная терапия включала в себя постоянный прием антиагрегантных препаратов (аспирин, курантил, их сочетание, или клопидогрель) и в ряде случаев липидоснижающих препаратов из группы статинов. Дополнительно к постоянной медикаментозной терапии пациенты получали фитотерапию поликомпонентным сбором (по патенту РФ №2313359). Проведено 5-летнее наблюдение этой группы пациентов, в сравнении с аналогичными группами по полу, возрасту и тяжести поражения артерий шеи и головы, а также в сравнении с группой пациентов без грубого атеросклеротического поражения магистральных артерий головы. Результаты представлены в таблице № 1.

Как видно из таблицы 1, при присоединении к медикаментозному лечению фитотерапии поликомпонентным сбором с высокой степенью достоверности снижается количество всех церебральных и сердечно-сосудистых событий за пять лет и их число приближается к количеству нарушений кровообращения у пациентов без грубого стенозирования брахиоцефальных артерий.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, в настоящее время проблема лечения пациентов с гемодинамически значимыми стенозами или окклюзиями магистральных артерий шеи далека от своего решения: медикаментозная терапия не всегда эффективна, оперативное лечение в нашей стране не поставлено на поток, несет риск послеоперационных осложнений, часть пациентов отказываются от его проведения по парамедицинскими соображениям.

В тоже время недостаточное внимание уделено возможности фитотерапии группы пациентов с грубыми атеросклеротическими поражениями магистральных артерий головы. Единичные работы китайских исследователей, результаты которых совпадают с полученными нами, демонстрируют высокую эффективность фитотерапии, при введении ее в стандарт лечения этой группы больных. Так, в нашем исследовании сочетание медикаментозной и фитотерапии привело к уменьшению почти в 10 раз количества церебральных и сердечно-сосудистых эпизодов в течение 5-летнего наблюдения.

Литература

1. Абу Али Ибн Сино. Канон врачебной науки: в 10 Т. Т. 1. — Томск: Изд-во мед. лит. им. Абу Али Ибн Сино, 1996. — 539 с.
2. Амасиаци А. Ненужное для неучей. — М.: Наука, 1990. — 880 с.
3. Арнольд из Вилановы. Салернский кодекс здоровья. — М.: Медицина, 1976. — 109 с.
4. Атлас тибетской медицины. — М.: Галарт, 1994. — 587 с.
5. Базарон Э. Г. Очерки тибетской медицины. — Улан-Удэ: ЭкоАрт, 1992. — 222 с.
6. Базарон Э. Г., Асеева Т. А. «Вайдурья-онбо» — трактат индо-тибетской медицины. — Новосибирск: Наука, 1984. — 117 с.
7. Барнаулов О. Д. Поиск и фармакологическое изучение фитопрепаратов, повышающих резистентность организма к повреждающим воздействиям, оптимизирующих процессы репарации и регенерации: Автореф. дис. . . д-ра мед. наук. — Л., 1989. — 47 с.
8. Барнаулов О. Д., Коненков С. Ю., Малков М. Ю. Фитотерапия больных рассеянным склерозом // Нейроиммунология, нейроинфекция, нейроимидж: Сб. статей. — СПб., 1995. — С. 9–11.
9. Барнаулов О. Д. Сравнительная оценка церебропротективных свойств фитопрепаратов как частного проявления их антидеструктивного, адаптационного действия // Нейроиммунология эпидемиология и интерферология рассеянного склероза: Сб. статей. — СПб., 1996. — С. 72–78.
10. Барнаулов О. Д., Коненков С. Ю. Фитотерапия в отделении реанимации // Традиционная медицина: теоретические и практические аспекты. Матер. науч. конгр. — Чебоксары, 1996. — С. 65.
11. Барнаулов О. Д., Поспелова М. Л., Барнаулова С. О. и др. Пряности. Лечебные свойства, медицинское применение. — СПб.: Весь, 1999. — 246 с.
12. Барнаулов О. Д., Зайцева М. А. Положительный гонадотропный эффект фитотерапии у женщин, больных рассеянным склерозом и другими нервными болезнями // Нейроиммунология. — 2010 — Т. 7, № 1–2. — С. 54–64.
13. Батышева Т. Т., Артемова И. Ю., Вдовиченко Т. В. и др. Хроническая ишемия головного мозга: механизмы развития и современное комплексное лечение // Справочник практического врача. — 2004. — № 3. — С. 18–23.
14. Белодубровская Г. А. Фармакогностическое и фармакологическое исследование некоторых представителей рода Карагана: Автореф. дис. . . канд. фарм. наук. — Л., 1990. — 25 с.
15. Брехман И. И. Женьшень. — Л.: Медицина, 1957. — 182 с.
16. Брехман И. И. Адаптогены растительного происхождения — фармакологические средства повышения работоспособности и сопротивляемости организма // Фармакология двигательной активности. — М.: Медицина, 1969. — С. 9–26.
17. Бурцев Е. М. Вопросы классификации, клинического течения и патогенетического лечения дисциркуляторных энцефалопатий // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 1991. — № 7. — С. 19–22.
18. Валафрид Страбон. О культуре садов // Одо из Мена. О свойствах трав. — М.: Медицина, 1976. — С. 240–245.
19. Ваизова О. Е., Венгеровский А. И., Алифинова В. М. Эффективность пентоксифиллина при эндотелиальной дисфункции у больных атеросклеротической дисциркуляторной энцефалопатией // Неврол. журнал. — 2005. — Т. 10, № 2. — С. 41–44.
20. Верещагин Н. В., Борисенко В. В., Власенко А. Г. Мозговое кровообращение: современные методы исследования в клинической неврологии. — М.: Медицина, 1993. — 208 с.
21. Весельский И. Ш., Сонник А. В. Применение корректоров процессов ПОЛ и гемостаза в комплексном лечении больных с цереброваскулярными расстройствами // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 1997. — Т. 97, № 2. — С. 51–54.
22. Виберс Д. О., Фейгин В. Л., Браун Р. Д. Инсульт: клинич. руководство. Пер. с англ. В. Л. Фейгина. — М.: Бинном; СПб.: Диалект, 2005. — 607 с.
23. Виленский Б. С., Кузнецов А. Н. Европейская «Инсульт-инициатива» — рекомендации по ведению больных — 2003 (по материалам журнала Cerebrovasc. Dis. 2003. Vol. 16. P. 311–317) // Неврол. журнал. — 2004. — Т. 9, № 3. — С. 55–61.
24. Волошин П. В., Тайцлин В. И. Лечение сосудистых заболеваний головного и спинного мозга — М.: Запорожье, 1999. — 557 с.
25. Ворлоу Ч. П., Деннис М. С., ван Гейн Ж. и др. Инсульт: Практич. руководство для ведения больных. — СПб.: Политехника, 1998. — 629 с.
26. Гаевый М. Д. Фармакология мозгового кровообращения. — М.: Медицина, 1980. — 190 с.
27. Ганнушкина И. В. Патоморфологические механизмы нарушений мозгового кровообращения и новые направления в их профилактике и лечении // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 1996. — № 12. — С. 14–18.
28. Голиков П. П. Влияние настойки корней, листьев и стеблей элеутерококка и женьшеня на умственную работоспособность человека // Матер. науч. конф. по фармакол. и лек. применению элеутерококка колючего. — Л., 1961. — С. 43–47.
29. Гриневич М. А. Информационный поиск перспективных лекарственных растений. — Л.: Наука, 1990. — 138 с.
30. Егоров Ю. И., Бабуринов Е. Ф. О влиянии элеутерококка на высшую нервную деятельность человека // Матер. к изучению женьшеня и др. лек. средств Дальнего Востока. — Хабаровск, 1966. — Вып. 7. — С. 167–172.

31. Ефимова В. А., Глебова А. Ф., Орлов М. И. Влияние лимонника китайского и женьшеня на высшую нервную деятельность собаки // Журн. высш. нерв. деят. им. Павлова. — 1955. — Т. 5. — С. 741–746.
32. Ибрагимов Ф. И., Ибрагимова В. С. Основные лекарственные средства китайской медицины. — М.: Медицина, 1960. — 412 с.
33. Ильюченко Р. Ю., Чаплыгина С. Р. Влияние препаратов элеутерококка на память у мышей. // Лекарственные средства Дальнего Востока. — Владивосток, 1972. — Вып. 11. — С. 83–85.
34. Колтовер А. Н., Верещагин Н. В., Людковская И. Н. и др. Патологическая анатомия нарушений мозгового кровообращения. — М.: Медицина, 1975. — 254 с.
35. Носаль М. А., Носаль И. М. Лекарственные растения и способы их применения в народе. — Л.: Науч. центр проблем диалога, 1991. — 240 с.
36. Саратиков А. С. Золотой корень (родиола розовая). — Томск: Наука, 1973. — 154 с.
37. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Пряникова Н. А. и др. Как правильно выбрать антиагрегант для вторичной профилактики ишемического инсульта: Справочник поликлинич. врача. — М.: Медицина, 2007. — № 6. — С. 54–58.
38. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Пряникова Н. А. и др. Вторичная профилактика инсульта // Consilium medicum. — 2006. — Т. 8. — С. 70–73.
39. Скворцова В. И., Стаховская Л. В., Айриян Н. Ю. Эпидемиология инсульта в Российской Федерации // Consilium medicum. — 2005. — № 1, Прил. — С. 10–12.
40. Скворцова В. И., Чазова И. Е., Стаховская Л. В. Вторичная профилактика инсульта. — М.: ПАГРИ, 2002. — 120 с.
41. Суслина З. А., Танащян М. М. Антиагрегантная терапия при ишемических цереброваскулярных заболеваниях: Пособие для практикующих врачей. — М., 2003. — 40 с.
42. Суслина З. А., Ионова В. Г., Танащян М. М. Оптимизация антиагрегантной терапии при цереброваскулярной патологии // Клинические исследования лекарственных средств. Тез. научн. работ 1-й междунар. конф. — 2001. — С. 262–263.
43. Суслина З. А., Ионова В. Г., Танащян М. М. Концептуальные основы профилактики сосудистых заболеваний головного мозга // Клин. фармакол. и терапия. — 2004. — Т. 13, № 5. — С. 35–43.
44. Хорват Ш. Кавинтон в терапии хронической; недостаточности мозгового кровообращения. // Неврол. журнал. — 2004. — Т. 9, № 4. — С. 39–46.
45. Чхве Тхэсон. Лекарственные растения. — М.: Медицина, 1987. — 606 с.
46. «Чжуд-ши». Памятник средневековой тибетской культуры. — Новосибирск: Наука, 1988. — 348 с.
47. Упур Х., Начатой В. Г. Секреты китайской медицины. — М.: Быстрина, 1992. — 202 с.
48. Чуканова Е. И. Влияние церебролизина на клинические проявления и течение дисциркуляторной энцефалопатии // Журн. неврол. и психиатр. им. С. С. Корсакова. — 2005. — Т. 105, № 1. — С. 42–45.
49. Фроули Д. Аюрведическая медицина — М.: Саттава, 1998. — 448 с.
50. Шаповалова С. А. Коррекция нарушений памяти при дисциркуляторной энцефалопатии у пожилых // Мед. помощь. — 2003. — № 6. — С. 44–49.
51. Широков Е. А. Дисциркуляторная энцефалопатия: принципы лечения // Рус. мед. журн. — 2004. — Т. 12, № 7. — С. 471–473.
52. Aburahma A. F., Robinson P. A., Short Y. S. Management options for post carotid endarterectomy stroke // J. Cardiovasc Surg. — 1996. — Vol. 37. — P. 331–336.
53. Adams R. J., Albers G., Alberts M. J. et al. Update to the AHA/ASA Recommendations for the Prevention of Stroke in Patients with Stroke and Transient Ischemic Attack // Stroke. — 2008. — Vol. 39. — P. 1647–1652.
54. ACASG The Asymptomatic Carotid Atherosclerosis Study Group Executive Committee: Endarterectomy for asymptomatic carotid artery stenosis // JAMA. — 1995. — Vol. 273. — P. 1421–1428.
55. Agabiti-Rosei E., Muesan M. L. Carotid atherosclerosis, arterial stiffness and stroke events // Adv Cardiol. — 2007. — Vol. 44. — P. 173–186.
56. Bhatt D. L., Fox K. A., Hacke W. et al. CHARISMA Investigators. Clopidogrel and aspirin versus aspirin alone for the prevention of atherothrombotic events // N. Engl. J. Med. — 2006. — Vol. 354, N 16. — P. 1706–1717.
57. Bots M. L., Hoes A. W., Koudstaal P. J. et al. Common Carotid Intima-Media Thickness and Risk of Stroke and Myocardial Infarction. The Rotterdam Study // Circulation. — 1997. — Vol. 96. — P. 1432–1437.
58. Broncel M. Antiatherosclerotic properties of flavones from the roots of Scutellaria baicalensis Georgi // Wiad Lek. — 2007. — Vol. 60, N5–6. — P. 294–297.
59. Carotid Surgery Standards of the Stroke Council, American Heart Association // J. Circulation. — 1989. — Vol. 79. — P. 472–473.
60. Chironi G. N., Simon A., Bokov P. et al. Correction of carotid intima-media thickness for adaptive dependence on tensile stress: implication for cardiovascular risk assessment // Clin. Ultrasound. — 2009. — Vol. 37, N5. — P. 270–275.
61. Dahl A., Lund C., Russell D. Atherosclerosis and cerebral infarction // Tidsskr. Nor. Laegeforen. — 2007. — Vol. 127, N7. — P. 892–896.
62. Davidson M. H., Maki K. C., Dicklin M. R. et al. Effects of consumption of pomegranate juice on carotid intima-media thickness in men and women at moderate risk for coronary heart disease // Amer. J. Cardiol. — 2009. — Vol. 104, N7. — P. 936–942.
63. Dieher H. Drogen kunde. — Leipzig, 1969. — 488 S.
64. Diener H. C., Bogousslavsky J., Brass L. M. et al. MATCH investigators. Aspirin and clopidogrel compared with clopidogrel alone after recent ischaemic stroke or transient ischaemic attack in high risk patients (MATCH): randomised, double blind, placebo controlled trial // Lancet. — 2004. — Vol. 364. — P. 331–337.
65. Dong G. J., Liu J. G., Shi D. Z. Effect of purified xuefu capsule on ultrasonographic figures in patients with carotid atherosclerosis // Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. — 2005. — Vol. 25, N 5. — P. 397–399.
66. Eliaziv M., Inzitary D., Gates P. The cases and risk of stroke in subjects with an asymptomatic internal carotid artery // Cerebrovasc. Dis. — 2000. — Vol. 10, N2. — P. 59.
67. Fukuoka T., Furuya D., Takeda H. et al. Evaluation of clopidogrel resistance in ischemic stroke patients // Intern. Med. 2011. — Vol. 50, N 1. — P. 31–35.
68. Furuno T., Yamasaki F., Yokoyama T. et al. Effects of various doses of aspirin on platelet activity and endothelial function // Heart Vessels. — 2010 Nov 10. [Epub ahead of print].
69. Gao L., Wang P. P., Liu Q. et al. Removing phlegm and dissipating stasis method combined with Western medicine for treatment of cerebrovascular stenosis // Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi. — 2008. — Vol. 28, N1. — P. 28–31.
70. Goldstein L. B., McCrory D. C., Landsman P. B. et al. Multicenter review of preoperative risk factors for carotid endarterectomy in patients with ipsilateral symptoms // J. Stroke. — 1994. — Vol. 24. — P. 1116–1121.
71. Gote R., Battista R. N., Abrahamowicz M. et al. Lack of effect of aspirin in asymptomatic patients with carotid bruits and substantial carotid narrowing // Ann. Intern. Med. — 1995. — Vol. 123. — P. 649–655.
72. Ho Y. S., Yu M. S., Yang X. F. et al. Neuroprotective effects of polysaccharides from wolfberry, the fruits of Lycium barbarum, against homocysteine-induced toxicity in rat

- cortical neurons // J. Alzheimer's Dis. — 2010. — Vol. 19, N3. — P.813–827.
73. *Klijn C. J. M., Kappelle A. C., van Huffelen G. H. et al.* Patients with symptomatic carotid artery occlusion: prognostic value of hemodynamic characteristics // *Cerebrovasc. Dis.* — 2000. — Vol. 10, N2. — P.34.
 74. *Kravtsov I. I., Bogdanov A. N.* Epidemiology and risk factors of ischemic stroke in middle Ob region // *Zn. Neuropatol. Psikhiatr. im S. S. Korsakova.* — 1991. — Vol. 91, N7. — P.6–9.
 75. *Kwok Y., Ng K. F., Li C. C. et al.* A prospective, randomized, double-blind, placebo-controlled study of the platelet and global hemostatic effects of *Ganoderma lucidum* (Ling-Zhi) in healthy volunteers // *Anesth. Analg.* — 2005. — Vol. 101, N2. — P.423–426.
 76. *Ryu D. S., Hong C. K., Sim Y. S. et al.* Anti-platelet drug resistance in the prediction of thromboembolic complications after neurointervention // *Korean Neurosurg. Soc.* — 2010. — Vol. 48, N4. — P.319324.
 77. *Marenco P., Bogousslavsky J., Callahan A. et al.* Stroke Prevention by Aggressive Reduction in Cholesterol Levels (SPARCL) Investigators. High-dose atorvastatin after stroke or transient ischemic attack // *N. Engl. J. Med.* — 2006. — Vol. 355. — P.549–559.
 78. *Markus H., Harrison S.* Estimation of cerebrovascular reactivity using transcranial Doppler, including the use of breath-holding as the vasodilatory stimulus // *Stroke.* — 1992. — Vol. 23. — P.668–673.
 79. *Moerman D. E.* Medicinal plants of Native America // *Ann. Arbor.* — 1986. — Vol. 1. — P.534, Vol. 2. — P.535–910.
 80. *Han Y. L., Cheng C., Tan H. M. et al.* Effect of Tongxinluo superfine on experimental anginal model (contraction of collaterals) in rat with endothelial dysfunction // *Zhongguo Zhong Yao Za Zhi.* — 2007. — Vol. 32, N22. — P.2404–2408, 2426.
 81. *Nishizawa M., Satio H., Nishiyama N.* Effects of kamikihito, a traditional chinese medicine, on passive and conditioned avoidance performance impairment in senescence accelerated mouse (SAM) // *Jap. J. Pharmacol.* — 1990. — Vol. 54, N4. — P.375–382.
 82. *O'Leary D. H., Polak J. F., Kronmal R. A. et al.* Carotid-artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults // *N. Engl. J. Med.* — 1999. — Vol. 340. — P.14–22.
 83. *Pfeffer M. A., Jarcho J. A.* The charisma of subgroups and the subgroups of CHARISMA // *N. Engl. J. Med.* — 2006. — Vol. 354. — P.1744–1746.
 84. *Pinn G.* Herbs and metabolic/endocrine disease. From past to present // *Fam. Physician.* — 2001. — Vol.30, N2. — P.146–150.
 85. *Qi B. L., Cheng B., Zhang Q. H.* Comparison of effects of taizhi' an capsule and pravastatin on vascular endothelial function in senile patients with coronary heart disease // *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi.* — 2004. — Vol. 24, N5. — P.404–407.
 86. *Siebler M., Nachtmann A., Sitzer M. et al.* Cerebral micro-embolism and the risk of ischemia in asymptomatic high-grade internal carotid artery stenosis // *Stroke.* — 1995. — Vol. 26, N11. — P.2184–2186.
 87. *Singh N., Kumar P., Ahmad S. et al.* Antistress plant drugs. A new approach in the treatment of stress disease // *Plan-ta med.* — 1982. — Vol. 45. — P.138–145.
 88. *Urbinati S. Di Pasquale G., Andreoli A. et al.* Preoperative non-invasive coronary risk stratification in candidates for carotid endarterectomy // *J. Stroke.* — 1994. — Vol. 25. — P.2022–2027.
 89. *Vigna G. B., Bolzan M., Romagnoni F. et al.* Lipids and other risk factors selected by discriminant analysis in symptomatic patients with supra-aortic and peripheral atherosclerosis // *Circulation.* — 1992. — Vol. 85, N6. — P.2205–2211.
 90. *Wang H. X., Ng T. B.* Natural products with hypoglycemic, hypotensive, hypocholesterolemic, antiatherosclerotic and antithrombotic activities // *Life Sci.* — 1999. — Vol. 65, N25. — P.2663–2677.
 91. *Yadav J. S., Roubin G. S., King P. et al.* Angioplasty and stenting for restenosis after carotid endarterectomy. Initial experience // *J. Stroke.* — 1996. — Vol. 27. — P.2075–2079.
 92. *Yanpallewar S. U., Rai S., Kumar M. et al.* Evaluation of antioxidant and neuroprotective effect of *Ocimum sanctum* on transient cerebral ischemia and long-term cerebral hypoperfusion // *Pharmacol. Biochem. Behav.* — 2004. — Vol. 79, N1. — P.155–164.
 93. *Zhang Zhongjing.* Treatise on Febrile Diseases Caused by Cold. — China: New world press, 1986. — 442 p.
 94. *Zhang X. W., Zhang M. Z.* Effect of tongguan capsule on coagulant and fibrinolysis system in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention // *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi.* — 2004. — Vol. 24, N12. — P.1065–1068.
 95. *Zhang R. J., You C., Cai B. W. et al.* Effect of compound Salvia injection on blood coagulation in patients with traumatic cerebral infarction // *Zhongguo Zhong Xi Yi Jie He Za Zhi.* — 2004. — Vol. 24, N10. — P.882–884.
 96. *Zhao H. Y., Wang W. H.* The effect of shanzha xiaozi capsule on the blood lipid and the function of endothelial cells in patients with dislipide mia // *Zhong Yao Cai.* — 2006. — Vol. 29, N6. — P.629–631.
 97. *Zheng P., Zhang J., Liu H. et al.* Angelica injection reduces cognitive impairment during chronic cerebral hypoperfusion through brain-derived neurotrophic factor and nerve growth factor // *Curr. Neurovasc. Res.* — 2008. — Vol. 5, N1. — P.13–20.
 98. *Zuccarello M.* Morbidity and mortality of carotid endarterectomy under local anesthesia: a retrospective study // *Neurosurgery.* — 1998. — Vol. 23. — P.445–450.

HIGH-GRADE NECK ARTERY STENOSIS OR OCCLUSION: TREATMENT AND POSSIBILITIES OF PHYTOTHERAPY

Pospelova M. L.

◆ **Summary:** The risk and frequency of primary and secondary ischemic stroke in group of patients with high-grade neck artery stenosis or occlusion are summarized in the article. The evaluation of medical and surgical treatments for these patients is made. The own data of 5-year monitoring of frequency of end points in groups of patients with high-grade neck artery stenosis or occlusion treated with polycapnent phytotherapy under patent RF № 2313359 are presented. The significant reduction of all cerebral and cardiovascular events over 5 years in patients treated with phytotherapy is shown.

◆ **Key words:** atherosclerosis neck arteries; therapy; phytotherapy.

◆ Информация об авторах

Поспелова Мария Львовна — к. м. н., соискатель кафедры неврологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого 6/8. E-mail: pospelovaml@mail.ru.

Pospelova Maria L'vovna — PhD, Fellow, Dept. of Neurology. I. P. Pavlov State Medical University of St. Petersburg. 197022, St. Petersburg, Lev Tolstoy st., 6/8. E-mail: pospelovaml@mail.ru.