

Лекция №5. Аконит и рак.

История

Использование аконита для лечения злокачественных новообразований уходит своими корнями в глубокую древность. Как и в предыдущих разделах, авторитетом в данном вопросе может служить тибетский трактат “Чжуд-ши”, датируемый как письменное произведение XII веком, но сформировавшийся в виде устного знания в VII веке. “Аштанга-хридая-самхита”, послужившая основой для формирования лекарственного раздела “Чжуд-ши”, была написана индийским врачом Вабхатой в VII веке.

Генеалогическое древо “Четверокнижия” (“Чжуд-ши”) можно проследить еще долго, но это не является целью данной главы. Трактат “Чжуд-ши” многим читателям может быть известен под названием “Вандурья-онбо” (“Голубой берилл”), датируемый XVII веком. Ошибки нет: “Вандурья-онбо” - письменный комментарий к “Чжуд-ши”, созданный Дэридом Санчжяй-чжамцо (1653-1705).

Столь настойчивое обращение мною к тибетскому трактату объясняется просто: ни один из найденных мной авторитетных источников западной медицинской литературы (“Садик” Валафрида Страбона, “О свойствах трав” Одо из Мена, “Салернский кодекс здоровья” Арнольда из Виллановы) не содержит такой всеобъемлющей и полной информации по акониту, как “Чжуд-ши”.

Борец ядовитый применялся тибетскими врачами при всех видах “скранов” (то есть, опухолей), а также при всех типах хронической патологии (скйя-рбаб, ор, дму, брас и так далее). При переводе клинических терминов “Чжуд-ши”, я часто сталкивался с фразами такого рода:

“Борец разнолистный в сочетании с другими травами приносит облегчение при опухолях желудка, когда вода от легких падает к печени и почкам”. Не правда ли, очень напоминает описание клиники рака желудка с отдаленными метастазами в печень и почки с развитием асцита и задержкой мочевого выведения. Таких примеров в “Четверокнижии” много.

Аконит и его свойства описываются во многих источниках монголо-тибетской медицины: «Кунсал-нанзод» Данзина Пунцога, «Лхан-табс», «Дзейцхар-мигчжан» Жамбалдорчже.

Два слова стоит сказать о так называемом «спасительном онкологическом рецепте» китайской медицины. Состав:

Дудник китайский (корень)	10,0
Пион белоцветковый (корневище)	10,0
Сосюрея лопуховидная (травя)	3,3
Аконит Фишера (корень)	16,5
Евгения гвоздичная (бутоны)	3,3
Имбирь (корень)	10,0

Разные авторы, комментируя данный рецепт, допускают ряд неточностей.

Заблуждение №1: некоторые считают, что «спасительность» рецепта определяется высокими противоопухолевыми свойствами. И, конечно же, заслуга в том аконита. Ничуть не бывало! Во-первых, аконит не обладает прямой цитотоксической активностью. Во-вторых, аконит подвергается «уक्रощению» дважды. Первый раз при обработке сырья, второй раз при приготовлении рецепта (кипячение 2 часа). В-третьих, «спасительность» рецепта – в его высоких аналептических свойствах. Это своего рода реанимационное средство, или правильнее, средство интенсивной терапии. Оно «спасает» тяжелых больных любого профиля, не только онкологического, при условии, что у них имеется сердечно-легочная недостаточность.

Заблуждение №2: имбирь и гвоздика добавляются в рецепт для нивелирования токсических свойств аконита. Рецепт составлен на основании весьма специфических воззрений китайской медицины на фармакологические свойства растений. Это скорее энергетическая характеристика, нежели материально обусловленная фармакология в привычном понимании этого термина. В традиционной китайской фармакологии аконит и имбирь принадлежат одной группе средств лекарств Гю хань, т.е. «изгоняющих полный холод». Средства повышают ян при остром снижении. Противопоказаны при пустоте инь. Сочетание в одном рецепте аконита и имбиря – весьма устойчивая вещь в ТКМ. В частности, в рецепте Сы Ни Тан аконит и имбирь работают вместе с солодкой уральской. В рецепте Инь Чэнь Сы Ни Тан к известной троице добавляется полынь волосовидная. А в рецепте Чжень Ву Тан кроме аконита и имбиря имеются пория кокосовая, пион молочно-цветковый и атрактилодес крупноголовый.

В китайской медицине применяются, в основном, два вида аконита:

1. Фу цзы (У тоу, Фу пянь, Чуань ву) – *Aconitum carmichaeli* Debx.
2. Цао ву (или Као ву, Чао ву) – *Aconitum kusnezoffii* Reichb.

(Халмурат Упур, Начатой В.Г.)

В отличие от индусов и тибетцев, Амирдовлат Амасиаци ограничивает применение борца в онкологической практике лишь раком кожи.

В русской народной медицине борец - одно из основных противоопухолевых средств наряду с болиголовом, чистотелом, чагой и другими растениями. Точно определить, с какого же времени борец используется таким образом, не представляется возможным из-за отсутствия письменных источников.

Ранее я уже обращал внимание читателя на историко-географические особенности применения аконита. Широта показаний и частота использования в лечебной практике достигает максимума в странах Юго-Восточной и Южной Азии, постепенно уменьшаясь по мере продвижения мысленного взора по карте на северо-запад. В связи с этим логично предположить, что применение аконита в русской народной медицине имеет восточные корни. Впрочем, этот вопрос спорный.

Тем не менее, традиции применения борца в России настолько стары и сильны, что это позволило народу эмпирическим путем сформулировать достаточно четкие рекомендации по лекарственным формам, дозировкам, схеме приема и критериям отмены препаратов аконита.

К этим очень важным моментам я вернусь позже. А сейчас хотелось бы рассмотреть еще кое-какие исторические аспекты.

Изучением аконита в качестве потенциального противоопухолевого средства занимался известный врач Старой Венской школы Антон Шторк (1731-1803 гг.), больше известный у нас как исследователь болиголова в том же контексте. Отличительной особенностью практики Шторка является стремление к максимально допустимым дозам.

В XVIII-XIX веках и, наверное, вплоть до начала XX века существовала в официальной медицине одна очень интересная пропись, известная под названием “Pilulae carcinomatici” (противораковые пилюли):

Rp.:	Sononis medicati	3.0
	Ferri jodati	2.0
	Ferri bromati	1.0
	Gummi amotiaci	4.0
	Extracti Conii maculati	1.0
	Extracti Aconiti napellus	3.0

M. f. pilulae №120

D.S. Принимать по одной пилюле 3-4 раза в день в течение полугода.

Комментарии.

1. Как видно, настойка борца занимает более пятой части (около 21.4 %) смеси из шести компонентов.

2. Произведем простой расчет. Из 14 грамм смеси готовится 120 пилюль. Следовательно, масса одной пилюли составит около 0.12 грамма (120 мг). Из них на долю аконита приходится 21.4 %, то есть 25.68 мг.

LD50 аконитина при пероральном введении крысе составляет 5,97 мг/кг. Для человека таких данных нет. Однако можно примерно рассчитать эту дозу, ориентируясь на данные токсикологических отделений и эксперименты на животных. Токсические дозы для крысы и человека отличаются примерно в 7-10 раз. То есть можно предположить, что LD50 для человека per os составит около 0,6 мг/кг. Для человека средней массой 70 кг – 42 мг. Токсикологи в клинических наблюдениях за отравленными настойкой аконита сообщают, что в анамнезе фигурирует обычно около 50 мл настойки. Крепкая настойка аконита обычно содержит примерно 0,1% суммы алкалоидов. Таким образом, отравленные, поступающие к токсикологам в больницу, получали дозу что-то около 50 мг в переводе, что называется, на чистый продукт. То есть цифры те же, что и при пересчете с LD50 крысы.

Если наш расчет верен, то одна пилюля содержит половину от LD50. Если принимать три-четыре раза в день как рекомендуется, то пациент за сутки не только выберет летальную дозу, но и превысит ее в 1,5-2 раза.

Воздержимся пока от комментария относительно противораковых свойств этих пилюль.

Исследования

Самой ранней публикацией, посвященной изучению противоопухолевых свойств аконита, которую удалось разыскать, является работа **Петрова А.А.**, опубликованная в 1965 году, посвященная экспериментальному изучению противоопухолевых свойств хлоргидрата оснований Киргизских аконитов (каракольский, джунгарский и круглолистный), а также их изолированных алкалоидов.

Действие аконитов изучалось по отношению к экспериментальным опухолям саркома – 45, карциносаркома Уокер-256 и рабдомиобластома ЦРСМ-1 (опухоль Студницкого), перевиваемых крысам. При этом препараты вводились как внутрь, так и внутривенно.

Результаты:

1. Раствор хлоргидрата суммы оснований аконита каракольского при парентеральном введении угнетал рост карциносаркомы – 256 на 24%, а рабдомиобластомы Студницкого на 20%. В то же время не оказал

- противоопухолевого действия на саркому-45 при парентеральном введении, так же как и внутреннее введение этого препарата не дало эффекта в отношении карциносаркомы Уокера-256.
2. Раствор хлоргидрата суммы оснований аконита джунгарского угнетает рост карциносаркомы Уокера-256 на 13%, а рабдомиобластомы Студницкого на 7%.
 3. Раствор хлоргидрата суммы оснований аконита круглолистного угнетает рост рабдомиобластомы Студницкого на 9,5% и не оказывает противоопухолевого действия на карциносаркому Уокера-256.
 4. Индивидуальные алкалоиды бромгидрат аконитина и основание зонгорина не оказали противоопухолевого действия на карциносаркому.

Как видно, результаты, мягко говоря, весьма скромные, на основании этого автор делает вывод о бесполезности и даже вредности применения аконита для лечения онкобольных. Впрочем, в статье явно чувствуется социальный заказ. В резюме звучит рекомендация медицинским учреждениям и партийным организациям предпринять шаги к пресечению деятельности народных целителей и знахарей.

Продолжая развивать мысль в хронологическом порядке, я хотел бы вспомнить о враче Таисии Васильевне Закаурцевой и ее работе с аконитом. Материал об этом заимствован мной из статьи Э.И. Гоникман “Альтернативная онкология”, основанной на публикациях известного автора книг о растениях кандидата биологических наук Г.М. Свиридонова.

Таисия Васильевна разработала методику применения настойки аконита для лечения онкологических больных, при этом она добилась хороших результатов даже в случаях с поздними стадиями рака. Опыт ее работы составил 35 лет! (с 1953 по 1988 год).

Характерно, что Таисия Васильевна не поддавалась необоснованной эйфории от применения борца, как это часто, к сожалению, бывает у народных целителей, а, оставаясь здравомыслящим врачом, сочетала лечение настойкой борца с хирургическим пособием. Подход был таков: лечение борцом, в результате которого, как выражалась Т.В. Закаурцева, опухоль превращалась в “абсцесс”, позволяло затем провести наиболее радикальную операцию. В послеоперационном периоде применялось “закрепляющее” лечение все той же настойкой борца.

Предвосхищая ехидные улыбки коллег по поводу выражения “опухоль превращается в “абсцесс”, я должен обратить внимание на кавычки и пояснить, что Таисия Васильевна нашла пусть неточное с академической точки зрения понятие, но очень подходящее по смыслу слово. Наши собственные наблюдения в частности за реакцией меланомы показывают, что узел буквально «плывет». Картина напоминает реакцию отторжения трансплантата.

В.В. Собецкий с соавторами сообщает, что они обнаруживали соединительно-тканную капсулу вокруг опухоли именно у тех больных, которые принимали аконит. Правда, авторы отмечают, что такая капсула обнаруживается нечасто.

Факт прекращения периферического роста опухолевого узла, а также высокая эффективность закрепляющего лечения в послеоперационном периоде, когда основная проблема - в предупреждении рецидивов и метастазирования, наталкивает на мысль, что препараты борца оказывают цитостатическое действие на молодые опухолевые клетки. Является ли это действие прямым? Скорее всего, нет. О предполагаемом механизме действия борца мы поговорим несколько позже. Забегая вперед, можно сказать, что наиболее реальной является иммунологическая модель противоопухолевого действия аконита.

Возвращаясь к Т.В. Закаурцевой, вспомним еще один факт. После неоднократного ходатайства уже упомянутого Г.М. Свиридонова и после неоднократных отписок по данному вопросу Минздрава и президента АМН Блохина, исследование настойки аконита

с целью применения ее для лечения онкологических больных было поручено известному авторитетному специалисту по вопросам фитотерапии и онкологии профессору В.Г. Пашинскому, которого я, не зная лично, очень уважаю за его интереснейшие монографии и исследования. Как пишет Э.И. Гоникман, профессор **Пашинский** в результате проведенных исследований пришел к весьма обнадеживающим выводам. Выводы эти в том числе основывались на собственных экспериментальных наблюдениях В.Г. Пашинского, о которых он с соавторами (**Поветьева Т.Н., Погодаева Н.Н., Жапова Ц.**) периодически сообщает в публикациях (1987, 2002). Публикации, в основном, касаются борца байкальского (Чекановского). В течение последних нескольких лет сибиряками (Семенов Аркадий Алексеевич, Иркутский государственный технический университет) предпринимается попытка, увы, пока безуспешная, зарегистрировать препарат из борца байкальского под названием Баякон, представляющий собой спиртовую настойку травы растения с содержанием алкалоидов от 0.007 до 0.01%.

С его выводами перекликаются результаты эксперимента, проведенного **Е.А. Амосовой и ее коллегами**. Целью их эксперимента было исследование действия экстрактов аконита реповидного (*A. napellus*) и некоторых других растений, используемых народной медициной для лечения онкологических заболеваний.

Не вдаваясь в тонкости эксперимента, сообщу лишь общие положения и выводы.

Белым лабораторным мышам прививались различные виды опухолей. В частности, тем, которых затем лечили экстрактом борца, была привита лимфоидная лейкемия L-1210. Затем мышам вводили экстракт борца: первой группе через рот в количестве 200 мг/кг, второй внутривентриально 50 мг/кг, а третьей группе также внутривентриально, но уже 100 мг/кг веса.

Изучалась продолжительность жизни леченных животных по сравнению с животными из контрольной группы, также зараженных опухолью, но не леченых борцом.

Результаты:

Первая группа - увеличение средней продолжительности жизни на 14 %;

Вторая группа — увеличение средней продолжительности жизни на 17 %;

Третья группа - увеличение средней продолжительности жизни на 12 %.

На основании этих результатов авторы эксперимента делают вывод, что испытанные водно-метанольные экстракты некоторых растений, в их числе аконита реповидного, обладают противоопухолевым действием, не вызывая каких-либо побочных эффектов. Представляется перспективным дальнейшее изучение экстрактов этих растений в комбинации с цитостатиками.

Утверждение экспериментаторов, которое звучит в выводах, о том, что применение препаратов аконита не вызывает побочных эффектов нуждается в серьезной клинической проверке.

Комментарий. Разумеется, нельзя напрямую экстраполировать на человека результаты, полученные в опыте на животных. И все же попробуем подсчитать. Увеличение продолжительности жизни на 12 % применительно к современному человеку составит около 7.5 лет, а на 17 % - вообще 10.5 лет! Сколько за это время всего можно успеть. Если еще учесть, что аконит обладает выраженным анальгетическим действием, то применение его у онкологических больных практически перестает вызывать какие-либо сомнения. Ведь ни для кого не секрет, что одна из важнейших причин, вызывающая истощение психической и волевой сопротивляемости болезни - это интенсивная, всепоглощающая боль, изматывающая больного до предела.

Снижение интенсивности болевого синдрома у онкологических больных IV стадией рака, позволяющее уменьшить до минимума, а иногда и полностью отменить назначение наркотических анальгетиков на фоне приема настойки борца - неоспоримый факт из моей собственной практики.

Больной В. обратился за помощью с диагнозом: рак поджелудочной железы, IV стадия. Из-за наличия отдаленных метастазов в печень и толстую кишку, диссеминации

по обоим сальникам желудка и брыжейке тонкой кишки оперативное лечение стало невозможным. На момент обращения кроме симптомов общей интоксикации, печеночной недостаточности и выраженного снижения веса жалуется на интенсивную опоясывающую боль на уровне подреберий. Получает 2 инъекции наркотических анальгетиков в день, утром и вечером. Больному была назначена спиртовая вытяжка аконита по стандартной методике. К концу первого цикла (39 дней) пациент отказался от одной инъекции, и к середине второго цикла наркотики были отменены полностью. Интересен тот факт, что после лечения пациент надолго пропал. Примерно через год ко мне обратилась его супруга с просьбой дать ей еще настойку борца для мужа. Я поинтересовался, как он прожил этот год. Ответ был таков: прогресс заболевания остановился, болей не было около 10 месяцев. Но недавно они возобновились опять, что и явилось причиной ее визита ко мне.

Ряд таких стихийных наблюдений послужил стимулом к проведению экспериментальной работы, которую мы и предприняли в 2003 году (Алефилов, Тарелкина, Разумова).

Больные, наблюдавшиеся в данном исследовании, по тяжести болевого синдрома были разделены на три группы. Они получали традиционные анальгетики разных групп в соответствии с интенсивностью боли.

В результате проведенного исследования было установлено, что анальгетический эффект гомеопатического препарата *Aconitum* зависит от применяемой дозы.

Так, на 7 день лечения, когда больные принимали по 7 капель препарата трижды в день, анальгетический эффект был зарегистрирован всего лишь у 12,5% пациентов I группы, у 6,7% больных II группы и не регистрировался у больных III группы вовсе.

На 20-ый день лечения (разовая доза 20 капель) эффект отмечен у половины пациентов I группы, четверти больных II группы, а также начал проявляться у больных III группы (12,5%). При понижении разовой дозы в соответствии со схемой ниже 10-12 капель у нескольких больных анальгетический эффект стал пропадать.

Кроме того было установлено, что эффект гомеопатического препарата *Aconitum* нарастает во времени. Так, через два месяца лечения, даже с учетом того, что доза препарата не увеличивалась выше 20 капель, лечебный эффект был зарегистрирован у 75% больных I группы, 86,7% у больных II группы и 75% у больных III группы.

Было выявлено, что скорость наступления анальгетического эффекта зависит от исходной тяжести болевого синдрома, но к концу второго месяца лечения эффект выравнивается.

Мы не наблюдали существенной разницы в эффективности препарата при различных типах боли. Анальгетический эффект препарата отмечен у пациентов II и III группы, в которые вошли больные как с ноцицептивной, так и с нейропатической болью.

Неспецифическое противоболевое действие препарата *Aconitum* проявлялось при назначении его в низких (десятичных) разведениях.

Мы не отметили сколько-нибудь значимых побочных эффектов у наших пациентов при проведении лечения в оговоренных выше дозах в указанные сроки. Лишь у одной больной отмечалась тяжесть в руках, еще у одной – онемение и покалывание губ. Явления быстро прошли после снижения дозы на 3 капли.

Считаем необходимым отметить, что в период лечения больных препаратом *Aconitum* нами было зарегистрировано несколько фактов опухолевого ответа, выразившихся в торможении роста и даже в частичном регрессе узлов (в одном случае до 50% от исходного уровня). При этом ни одному больному в этот период не проводилось основное лечение. Чаще всего опухолевый ответ регистрировался у больных раком молочной железы, раком легкого и меланомой.

Кроме того, у 2-х больных, параллельно наблюдавшихся у кардиолога по поводу выраженного нарушения сердечной деятельности вследствие атеросклеротической облитерации коронарных сосудов, было отмечено значительное улучшение состояния

коронарного кровотока, что было подтверждено в обоих случаях электрокардиографией, эхокардиографией, а в одном случае – ангиографией коронарных сосудов с контрастированием.

Выводы

1. Классический гомеопатический препарат *Aconitum* можно рассматривать как эффективный адьювантный препарат при проведении лечения хронического болевого синдрома у онкологических больных IV клинической группы.
2. Необходимо дальнейшее изучение препарата в качестве кардиологического средства, в особенности в структуре паллиативной помощи онкологическим больным, в большинстве имеющих в качестве сопутствующего заболевания ишемическую болезнь сердца.

Н.И. Даников сообщает о выраженном антиметастатическом эффекте аконита байкальского (*A. baicalense*) при сравнительно слабом цитостатическом, полученном также в эксперименте на животных. Он пишет:

“Установлено, что процент торможения роста метастазов составил: для меланомы В-16 - 92 %; для карциномы легких Льюис - 73 %; для карциномы -94 %. Спиртовая настойка травы аконита байкальского оказывала умеренный непосредственно тормозящий эффект на рост перевиваемых опухолей: саркомы-180 - на 78 %; асцитной опухоли Эрлиха - на 56 %; меланомы В-16 - на 58 %; карциномы легких Льюис - на 64 %.

Лишь только одно то, что аконит в силу высокого антиметастатического эффекта предоставляет возможность проводить хирургическое вмешательство без губительных, опасных для жизни больного последствий - неуправляемого процесса усиленного метастазирования, что часто наблюдается в настоящее время при современных методах и средствах цитостатического лечения, делает его применение в современной клинике раковых больных не только оправданным, но и необходимым”.

Сказано как нельзя более точно.

Все эти данные касаются доклинического исследования, то есть работают в эксперименте на животных. Клинические наблюдения за эффектами борца затруднены в связи с отсутствием в широкой практике стандартного препарата аконита. Хотя, вопреки устоявшемуся мнению, аконит является фармакопейным средством в России. В частности, спиртовая настойка свежей травы аконита джунгарского имеет номер регистрации 74/331/26, и позиционируется как анальгетическое средство для лечения невралгии, ишиаса, подагры, ревматизма и, что занимательно, бессонницы.

Серьезная победа на пути возвращения аконита в регулярную врачебную практику была достигнута нашими коллегами из Главного военного клинического госпиталя МО Украины (Киев). **Собецкий В.В., Бойчак М.П.**, а также ряд сотрудников разработали БАД из аконита (!!!) под названием «Доновит - ВС». Изначально средство было в двух формах: в таблетках и в настойке. В настоящее время остались только таблетки, стандартизированные по алкалоидному составу.

Авторы провели ряд исследований как в клиническом плане, так и на экспериментальных моделях. Вкратце их результаты выглядят так.

Исследование радиопротекторных свойств препарата «Доновит -ВС» на крысах дало возможность сделать следующие выводы (выполнено на базе Института экспериментальной радиологии Научного центра радиационной медицины АМН Украины):

1. по критерию пострадиационной гибели животных препарат ВС-1 проявляет значительное радиопротективное действие в диапазоне поглощенных доз радиации до 5 Гр.

2. Препарат ВС-1 существенным образом снижает интенсивность ПОЛ, обусловленную радиационным воздействием в диапазоне доз 3-5 Гр.
3. Препарат ВС-1 направленным образом приводит к определенному восстановлению содержания и соотношения липопротеидов крови, что может иметь положительное влияние на клеточный метаболизм облученных животных. Этот эффект также проявляется в диапазоне доз 3-5 Гр.
4. При дозах радиации 7-9 Гр препарат ВС-1 является неэффективным.

Далее авторы проследили эффекты Доновита – ВС в отношении кроветворной системы облученных животных. Выводы:

1. Препарат ВС-1 проявляет радиопротекторные свойства по показателям клеточного состава периферической крови и митотической активности клеток костного мозга облученных животных в диапазоне величин поглощенных доз радиации до 5 Гр.
2. Облучение животных в дозе 6 Гр (ЛД_{50/30}) на фоне действия препарата ВС-1 приводит только к тенденции нормализации изученных показателей, которая в то же время является несущественной, что указывает на отсутствие достаточно приемлемой радиопротекторной эффективности.
3. При дозе облучения 7 Гр (ЛД_{80/30}) препарат ВС-1 является неэффективным.
4. Динамика и характер восстановления кроветворения (по изученным показателям) в ранние критические для организма пострадиационные сроки указывает на перспективное использование препарата ВС-1 в качестве радиопротектора в диапазоне доз радиации до ЛД_{50/30}.

Следующее исследование было проведено уже в клинике. Разнородная в нозологическом отношении группа больных, включавшая в себя пациентов с опухолями легких, молочной железы, яичников, предстательной железы, тела матки, тимомой (всего 73 человека), получала традиционное комбинированное лечение (операция + лучевая терапия + полихимиотерапия). Кроме того, больные получали препарат «Доновит -ВС» по схеме «горки». В результате авторы сообщают:

1. общие лучевые реакции (головные боли, тошнота, головокружения, изменения в крови) отсутствуют у больных, которым наряду с лучевой терапией применяли «Доновит - ВС» (у контрольной группы больных, идентичных по полу и возрасту, общие лучевые реакции составляли 24%).
2. Отмечалось увеличение безрецидивного течения заболевания в основной группе больных, улучшение качества жизни (наблюдение в течение 2-3 лет).
3. Замедление роста и метастазирования опухолей составляло не менее 65-70%.

Особое значение в нашем контексте имеет работа украинских авторов под названием «Доклиническое изучение противоопухолевой активности и токсичности настойки аконита и его таблетированной формы». Изучалась 2% настойка борца и таблетки с выпаренным экстрактом, каждая таблетка соответствует 1 капле (0,02 мл сухого остатка настойки аконита). Эксперимент проводился на базе НИИ ЭдиТО РОНЦ им. Н.Н. Блохина, ИЭПОР НАНУ им Р.Е. Кавецкого и биологического факультета Национального Университета Украины им Т.Г. Шевченко.

Изучение проводилось на мышях с перевивной карциномой легких Льюис, с лимфолейкозом L1210.

Критериями оценки противоопухолевого эффекта выступали торможение роста опухоли и увеличение продолжительности жизни. Оба показателя вычислялись в процентах по отношению опыта к контролю.

Результаты.

При введении настойки (0.3 мл/кг массы, разводили водой в 40 раз) мышам с лимфолейкозом L1210 получали увеличение продолжительности жизни 22%.

Торможение развития опухоли у мышей с карциномой Льюис в терапевтической дозе (0,1 мл/кг) составило 51-57% ($p > 0.05$, низкая достоверность). Эффекта не было в дозе, равной 1/10 терапевтической. Увеличение продолжительности жизни в первом случае составила 6%, во втором 3%. При этом гибель от токсичности не наблюдалась.

Изучение таблетированной формы проводилось на модели карциномы Льюис. Одну таблетку, соответствующую 0,02 мл 3% настойки, растворяли в 6 мл дистиллированной воды. Полученный раствор вводили мышам *per os* по 0.5 мл/мышь, т.е. 2 мг/кг. Введение начиналось через 48 часов после перевивки опухоли и продолжалось 14 дней. Животных забивали после 21 дня. С высокой степенью достоверности ($p < 0.02$) было установлено уменьшение скорости роста опухоли, что составило 2,49 раза по отношению к контролю, которому вводили чистую дистиллированную воду. Наибольшие различия между опытом и контролем были зарегистрированы на 36 день эксперимента. Далее сравнение стало невозможным из-за развития некроза опухоли у контрольных мышей.

На 42 день все животные были забиты и сравнен вес конечностей, куда перевивалась опухоль. Масса конечностей у мышей опытной группы была в 3,08 раза меньше, чем в контроле. Торможение роста опухолей составило 67,5%.

У мышей контрольной группы были обнаружены метастазы в легких, в то время как у опытной группы метастазов не было.

В условиях стандартных экспериментов установлено, что LD50 2% настойки аконита при внутрибрюшинном введении составляет 14 мг/кг, а при пероральном более чем 140 мг/кг. Доза аконита, которая приводит к 50% торможению роста опухоли, приблизительно составляет 24 мг/кг. Терапевтический индекс при пероральном приеме составляет 5,8, что выше, чем у многих цитотоксических противоопухолевых препаратов.

В исследовании *in vitro* было обнаружено отсутствие непосредственной цитотоксической активности настойки аконита в отношении культур опухолей. Напротив, обработка клеток препаратом препятствует их гибели после обработки перекисью, замедляется скорость наступления апоптоза, а также усиливает пролиферативную и энергетическую функцию клеток.

Эти данные говорят о том, что противоопухолевый эффект аконита является опосредованным.

Seligmann и соавторы (2003) сообщают об исследовании комплексного гомеопатического противоракового препарата, в состав которого входит аконит. Препарат вызывает усиление активности макрофагов с развитием комплекса иммунологических противоопухолевых реакций.

Весьма важным, на мой взгляд, является исследование, проведенное в 1998 году в Колледже Фармации Университета Сунг Куин Кван, Корея, **Kim DK, Kwon HY, Lee KR, Rhee DK, Zee OP**. Авторы изучали эффект развития толерантности раковых клеток по отношению к химиотерапии.

Для этого они использовали *in vitro* клетки человеческой фиброкарциномы KB V20C, резистентные к 20 нМ винкристина. Было установлено, что толерантность клеток к химиотерапии связана с высокой экспрессией в них так называемого MDR-1 гена (Multidrug Resistance gene – ген сопротивляемости полихимиотерапии).

В процессе эксперимента клетки опухоли были обработаны экстрактом из корней *Aconitum pseudo-laeve*, var. *Erectum*, в результате чего наблюдалось выраженное угнетение функции MDR-1 гена и восстановление чувствительности клеток опухоли к винкристину.

Из препарата аконита было выделено активное начало, которым оказался уже известный алкалоид ликаконитин. IC₅₀ для ликаконитина по отношению к клеткам фиброкарциномы KB V20C оказалась 74 мкг/мл.

В статье **Марченко М.М. и соавторов**, опубликованной в 2000 году, обсуждается активность цитоплазматических протеаз печени крыс, пораженной карциномой Герена, и лечение при помощи лекарственных трав, среди которых присутствует аконит.

Было обнаружено усиление ферментативной активности обоих ферментов в зависимости от роста опухоли.

Аконит, вводимый экспериментальным животным, нормализовал показатели активности обеих протеаз и приводил к увеличению массы нормальной ткани печени.

Таким образом, перспективным представляется использование препаратов аконита в структуре полихимиотерапии с целью 1) усиления цитостатического эффекта; 2) предотвращения метастазирования; 3) предотвращения тахифилаксии к цитостатикам; 4) осуществления гепатопротективного действия на фоне ПХТ.

Большое количество экспериментальных работ посвящено противоболевой активности аконита.

В данных работах доказано антиноцицептивное действие аконита на структуры как периферической, так и центральной нервной системы, раскрыты молекулярные механизмы противоболевого действия.

Chen L, Cai B, Ma C, Zeng X, Ye D показали, что водно-паровая термическая экстракция позволяет приготовить из аконита мощное анальгетическое средство, превосходящее по своему эффекту многие фармакопейные аналоги. При этом алкалоиды борца теряют свое токсическое действие.

Установлено, что алкалоид аконита джунгарского зонгорин обладает выраженным антидепрессивным действием, а, по мнению **Туляганова Н., Джохангирова Ф.Н., Саритдинова Ф.С., Хамдамова И.**, занимает промежуточное положение между антидепрессантами и психостимуляторами.

Сочетание высокой противоболевой активности и антидепрессивного действия можно считать показанием к назначению аконита в качестве симптоматического средства больным онкологического профиля.

В качестве бреда

И.И. Гриценко с соавторами проводили эксперимент, целью которого ставилось изучение модифицирующего действия аконитина на натриевые каналы мембран клеток нейробластомы. В результате был получен эффект, аналогичный действию аконитина на нервную и мышечную ткань - за счет снижения селективности натриевого канала в клетку начинали поступать преимущественно крупные катионы калия и аммония. Это в свою очередь вызывало стойкую гиперполяризацию мембран клеток нейробластомы.

Кроме того, авторы эксперимента обнаружили также еще одну интересную особенность: токи через модифицированные аконитином натриевые каналы нейробластомы инактивируются почти полностью, в то время как в случае перехвата Ранвье аналогичные токи инактивируются лишь частично. Высказывается предположение, что это связано с различиями в липидном окружении каналов.

Таким образом, под действием аконитина существенно меняется функция мембран опухолевых клеток (в данном случае, нейробластомы), что приводит в свою очередь к стойким нарушениям электролитного гомеостаза опухоли. Причем в опухолевой ткани эти нарушения более выражены, чем в нормальной.

Влияют ли нарушения электролитного гомеостаза на жизнеспособность опухоли?

Самый полный и компетентный ответ на этот вопрос дает монография В.Г. Пашинского “Водно-солевой обмен и рак”. Основываясь на большом количестве статистически достоверных данных, полученных как в клинических, так и в экспериментальных условиях, профессор Пашинский приходит к выводу, что жизнедеятельность и жизнеспособность раковой клетки во многом зависит от электролитного гомеостаза. Далее отмечается, что опухолевая ткань избирательно накапливает ионы натрия и калия, причем в большей степени именно натрия. По данным В.Г. Пашинского, содержание ионов натрия в опухолевой клетке в 2-4 раза превосходит таковое в здоровых тканях.

Выборочное накопление натрий - ионов раковым узлом не может не отражаться на электролитном гомеостазе организма в целом. И действительно, задержка натрия в организме больного проявляется снижением его суточного диуреза по сравнению со здоровым человеком.

Основываясь на этих своих наблюдениях, профессор Пашинский разработал и проверил в клинических условиях оригинальный подход к лечению онкологических больных. Подход заключался в ограничении поступления натрия в организм (бессолевая диета) с одной стороны, и повышенном выведении его (натрия) через почки, используя мочегонные средства (в основном, салуретики). Как сообщает автор, им и его коллегами были получены неплохие результаты.

Сопоставляя выводы В.Г. Пашинского и уже известные механизмы действия алкалоидов аконита на мембраны клеток, нетрудно создать предположительную модель противоопухолевой активности борца, точнее говоря, одного из основных аспектов этой активности.

Под действием алкалоидов аконитиновой (в большей мере) и гетератизиновой (в меньшей мере) групп наступает стойкая блокада натриевой помпы мембран клеток опухоли. В результате этого вследствие нарушенной селективности канала возникает предпочтительный транспорт крупных ионов (ионы калия, аммония и другие) внутрь клетки, что в свою очередь приводит к выраженным нарушениям электролитного гомеостаза как раковой клетки в отдельности, так и опухолевого узла в целом.

Липидные образования, входящие в состав рецепторного поля канала, имеющие извращенный в результате бласттрансформации молекулярный состав, характеризуются более высоким сродством к молекулам аконитинов, чем в нормальных тканях. При этом подавление натриевого тока внутрь клетки полное и необратимое.

Итак, цифры и проценты, полученные в экспериментах, наглядно доказывают наличие противоопухолевой активности у аконита.

Наиболее приемлемая на настоящий момент модель противоопухолевого эффекта борца – иммунологическая. Противоопухолевый иммунитет имеет весьма сложное устройство. В процесс вовлекаются многочисленные клетки, которые кооперируют в процессе иммунного ответа на опухоль. Клетки существенно различаются по своей специализации. Среди них есть антигенпрезентаторы (АПК), регуляторы и эффекторы (исполнители). Существует ряд сложных иммунологических явлений, таких как процессинг и презентация антигена, распознавание его в контексте МНС и не зависимо от него, формирование адекватного клеточного, а иногда и гуморального ответа и т.д. На каком из уровней работает аконит? На наш взгляд вероятнее всего эффект аконита носит характер неспецифической активной иммунотерапии, в результате которой происходит активация находящихся в анархии макрофагов, натуральных киллеров и Т-лимфоцитов.

В качестве примера приведем **иммунограмму** одной из наших больных (диагноз – Нео молочной железы), прошедшей несколько курсов лечения настойкой аконита.

Показатель	Значение	Норма
CD3	65% Low	67-76%
CD4	43% Low	43-48%
CD8	22% Low	21-26%
CD20	26% Hi	5-20%
CD56\16	17% Hi	6-17%
Иммунорегуляторный индекс CD4\CD8	1.95	1.9+-0.2
Нейтрофилы		
Фагоцитарное число	95% Hi	60-90%
Фагоцитарный индекс	10,2% Hi	4-9%
моноциты		
Фагоцитарное число	65%	60-80%
Фагоцитарный индекс	12,3% Hi	3-8%
НСТ-тест (спонтанная)	4%	До 10%
НСТ-тест (стимулированная)	79% Hi	40-80%
ЦИК	120 Hi	До 80 ед.

Как видно из примера, происходит перераспределение лимфоцитарной формулы в пользу эффекторов (натуральные киллеры, моноциты, В-клетки) и, что важно и характерно, увеличение показателей их функциональной активности. Не менее характерной особенностью иммунограммы является понижение процента Т-клеток. Однако при этом абсолютные цифры и иммунорегуляторный коэффициент остаются нормальными.

Аналогичные изменения в иммунограмме мы наблюдали в группе больных ВИЧ и больных ревматоидным артритом, что позволяет нам предполагать, что иммунная система однотипно реагирует на введение аконита в организм, независимо от характера иммунологических нарушений.

Наиболее простым методом контроля является клинический анализ крови. Как правило, на фоне неизменного состояния «красной крови» выявляется правый сдвиг лейкоцитарной формулы, причем не в пользу лимфоцитов, а в пользу мононуклеаров.

Впрочем, нужно отметить, что данные изменения бывают не всегда и спустя значительное время после начала лечения, что вероятно отражает инерционность иммуносупрессии у больного.

Нужно отметить еще один интересный факт относительно противоопухолевого эффекта борца. В некоторых случаях меланомы на фоне приема аконита развивается характерная реакция узла, выражающаяся в резкой болезненности узла, повышении его температуры, отеке близ расположенных тканей. Меняется характер поверхности узла, она становится более гладкая, а черный или темно-коричневый цвет изменяется на темно-серый. Внешняя картина таких изменений напоминает реакцию отторжения трансплантата. Узел, что называется, «плывет». Характерно появление общетоксических симптомов.

Данный факт позволил нам сделать предположение, что в отличие от других опухолей, меланома обладает большей иммуногенностью, а характер цитотоксического действия иммуноцитов скорее некротический, чем апоптотический. Такое предположение отчасти подтверждается повышенным содержанием в крови эозинофилов, которые, как известно, реализуют свой эффект за счет лимфотоксина, вызывающего некроз клетки – мишени. Кроме того, научные данные последних лет показали, что меланома в отличие от других опухолей презентует на своей поверхности антигены в контексте МНС класса II, ответственность за восприятие которых лежит на CD4+ Т-клетках. Последние, в свою

очередь, в зависимости от Th – фенотипа переключают иммунитет на эозинофильное реагирование.

Применение

Таким образом, путем предположений, основанных на историческом, экспериментальном и клиническом опыте, были определены аспекты противоопухолевого действия аконита. По мере развития науки мы ожидаем более тщательной проработки этих аспектов.

Успех лечения любого заболевания, на мой взгляд, основан на многоплановом, обнимающем все направления этиологии и патогенеза терапевтическом подходе. В этой связи борец представляет собой очень перспективное лекарство. При этом очень важно, чтобы в лечении использовался весь комплекс биологически активных веществ борца, а не выделенные в чистом виде те или иные алкалоиды. Поэтому, как мне кажется, более оправдано грамотное применение тщательно проверенных галеновых препаратов аконита.

Обсудив, на сколько это возможно на современном уровне знаний, механизмы противоопухолевой активности борца, а так же на конкретных исторических и экспериментальных примерах убедившись в реальном существовании такой активности, можно, наконец, перейти к описанию непосредственно лечения онкологических больных препаратами аконита.

Выработка схем лечения, дозировок и критериев отмены препаратов стала возможной после тщательного изучения эмпирических народных знаний в этой области.

Итак, основным препаратом борца, применяемым для лечения онкологических заболеваний, является спиртовая настойка корнеклубней или травы аконита, относящегося к секции *Napellus* или *Lycostonum*. Трава аконита в качестве сырья для приготовления настойки в народе используется крайне редко, тогда как в официальной фармации использование корней сведено к минимуму из соображений сохранения популяции растения.

Упомянутой 10 % настойке аконита соответствует гомеопатическая тинктура или (по некоторым методикам) первое десятичное разведение (1 ДН). Нужно отметить, что ни в коем случае нельзя говорить о полной идентичности этих настоек, так как для приготовления гомеопатического препарата используется специфичная методика динамизации. На это различие необходимо обращать внимание, когда настойка аконита назначается пациенту, имеющему конституционный тип аконита.

Методики приготовления обеих настоек приводятся в приложении в соответствии с требованиями руководящих документов (фармакопей).

Прием препарата осуществляется перорально. Дозирование проводится капельно при помощи глазной пипетки в соответствии с индивидуальной схемой лечения. Практически это осуществляется следующим образом: в стакан наливается кипяченая вода в количестве около 60 мл (треть стакана или винная рюмка). Количество воды, по большому счету, никакого значения не имеет.

Затем настойку борца набирают в глазную пипетку и капают в тот же стакан необходимое количество капель.

Мы рекомендуем использовать для дозирования настойки не пипетку, а инсулиновый шприц. Дело в том, что глазная пипетка не калибруется и не стандартизируется. Выпускное сопло может варьировать в самых широких пределах. Поэтому капля из разных пипеток, даже в одной партии, получается разная, ее объем может различать в два раза. Соответственно, суммарная доза в такой ситуации варьирует в непростительно широких пределах. Ни о какой объективизации лечебного эффекта в зависимости от доз и речи идти не может.

Стандартизировать капельную дозу можно по стандартному каплемеру. Это весьма точное устройство, с выпускным соплом 0,6 мм. Такой каплемер дает 40 капель настойки

аконита на 1 мл настойки. Можно использовать и специальную иммунологическую или химическую лабораторную пипетку. Однако эти устройства дороги, и в широкой продаже их нет.

Выход из положения – инсулиновый шприц со шкалой U-40. Такой шприц имеет объем 1 мл, а его шкала разделена ровно на 40 делений (не путать со шкалой U-100). Таким образом, цена 1 деления – 1 капля, или 0,025 мл.

Прием препарата производится за 30 минут до еды или не ранее 1.5-2 часов после еды.

Рекомендуется производить прием три раза в сутки.

Стандартная схема лечения состоит из трех циклов продолжительностью 39 дней каждый с двухнедельными перерывами между ними. То есть: первые 39 дней прием, потом перерыв 2 недели; потом вторые 39 дней приема, опять перерыв 2 недели, и, наконец, последние 39 дней приема. После этого лечение либо прекращается, либо производится перерыв, продолжительность которого подбирается индивидуально для каждого пациента в зависимости от результатов лечения.

Почему продолжительность одного цикла именно 39 дней? Такая ситуация возникает вследствие того, что первоначальная дозировка (в первый день приема), составляющая одну каплю на каждый из трех приемов, возрастает на одну каплю на прием в каждый последующий день вплоть до двадцатого дня включительно. В этот день больной принимает по 20 капель 3 раза в день (то есть 60 капель в сутки). После этого на 21 день начинается планомерное снижение дозы на 1 каплю с каждого приема ежедневно. То есть на 21 день приема больной принимает по 19 капель 3 раза в день, на 22 день - по 18 капель 3 раза в день, на 23 день - по 17 капель 3 раза в день и так далее до полной отмены препарата. Получается так называемая “горка” с пиком приема на 20 день и с окончанием на 39 день. Для наглядности приводится таблица.

Схема №1.

День приема	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Первый прием (до завтрака)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Второй прием (до обеда)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Третий приём (до ужина)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17

День приема	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
Первый прием (до завтрака)	18	19	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9
Второй прием (до обеда)	18	19	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9
Третий прием (до ужина)	18	19	20	19	18	17	16	15	14	13	12	11	10	9

День приема	32	33	34	35	36	37	38	39	40
Первый прием (до завтрака)	8	7	6	5	4	3	2	1	-
Второй прием (до обеда)	8	7	6	5	4	3	2	1	-
Третий прием (до ужина)	8	7	6	5	4	3	2	1	-

На пересечении столбца, соответствующего дню приема, и строки, указывающей на время приема, находится клетка, в которую вписано количество принимаемых капель настойки.

Такая же таблица выдается амбулаторным больным вместе с инструкцией по применению и хранению препарата. При этом больным рекомендуется каждый состоявшийся прием лекарства обвести кружком, а каждый прошедший день лечения пометил «галочкой» или подчеркнуть.

Нужно отметить, что выбор величины пика дозы зависит от ботанического вида аконита, содержания алкалоидов в исходном сырье, а также процентности настойки. Кроме того, еще от возраста пациента и тяжести его состояния. Так, например, 10% настойка корней аконита джунгарского, содержащая не менее 0,08% суммы алкалоидов с преобладанием аконитинов, является довольно крепкой. Поэтому «горку» взрослому пациенту без недостаточности внутренних органов лучше делать до 10 капель, по крайней мере, в начале лечения. Получается короткий 19-ти дневный цикл. Мы предпочитаем использовать менее концентрированные настойки, например 2,5-5%, позволяющие делать более длительные циклы с невысоким шагом дозы.

Критерии отмены препарата. Полная отмена препарата производится в случае тяжелого острого отравления борцом из-за несоблюдения дозировок, либо при развитии выраженной декомпенсации жизненно важных функций организма - прискорбного, но, к сожалению, неизбежного в настоящее время исхода поздних стадий рака.

Полная отмена препарата может быть сделана в любое время и на любом этапе лечения, без каких бы то ни было феноменов отдачи.

На практике чаще всего прибегают не к полной отмене препарата, а лишь к снижению его дозы на 3 капли с каждого приема. Такая необходимость возникает в случае появления у пациента явлений перенасыщения организма аконитом: слабость во всем теле, головокружение, тошнота, ощущение неправильной работы сердца, онемение и покалывание в пальцах рук, вокруг рта и в языке, жжение языка. При проведении стандартных 39-ти дневных циклов 10% настойкой аконита джунгарского явления перенасыщения возникают лишь у 5% пациентов. В случае применения 5% настойки аконита северного с максимумом дозы в 30 капель явлений передозировки мы не наблюдали вовсе.

В случаях перенасыщения, если больной принимал по 15 капель на прием, то на следующий день, снизив дозу, как указывалось выше, он принимает уже по 12 капель 3 раза в день. Такую дозу пациент должен выдерживать до тех пор, пока не исчезнут явления перенасыщения - плато дозы. Затем он опять продолжает планомерное повышение дозы до 20 капель с последующим снижением в соответствии со схемой цикла. Подобная тактика оправдана далеко не всегда. Как правило, если у пациента все же появились негативные ощущения, мы делаем полную отмену препарата и через неделю или две лечение начинаем с начала.

Мы не приветствуем форсирование доз аконита, так как это не только связано с риском отравления, но и не дает приращения противоопухолевого эффекта. Поэтому существует другой тактический вариант лечения настойкой борца. Он, как мне кажется,

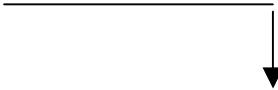
более индивидуализирован и мягок, нежели первый. Суть его заключается в том, что критерием начала снижения дозы в «горке» является не жестко фиксированная доза в 20 капель на каждый прием, как в первом варианте, а именно момент первой манифестации явлений перенасыщения. В этом случае не выдерживается плато дозы до исчезновения симптома, а сразу начинается снижение дозировок на 1 каплю с каждого приема ежедневно вплоть до отмены. После чего прием возобновляется после перерыва, равного по продолжительности (в днях) количеству капель, когда возникли симптомы перенасыщения.

Пример. Больной предъявил жалобы, характерные для перенасыщения борцом, на одиннадцатый день приема препарата, когда на один прием он принимал 11 капель. В соответствии со схемой №2 на следующий день пациент начинает снижать разовую дозу на 1 каплю ежедневно. Таким образом, на 12 день он принимает по 10 капель 3 раза в день, на 13 день-9 капель 3 раза в день и так далее до полной отмены. Следующий цикл лечения аконитом этот больной начнет спустя одиннадцать дней после прекращения приема.

Для наглядности этот пример проиллюстрирован таблицей:

Схема №2.

Момент появления симптомов перенасыщения



День приема	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
Первый прием (до завтрака)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	10	9	8	7	6	5
Второй прием (до обеда)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	10	9	8	7	6	5
Третий прием (до ужина)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	10	9	8	7	6	5

Начало перерыва между циклами



День приема	18	19	20	21	22
Первый прием (до завтрака)	4	3	2	1	-
Второй прием (до обеда)	4	3	2	1	-
Третий прием (до ужина)	4	3	2	1	-

Как первая, так и вторая схемы имеют свои преимущества и недостатки. Схема №1 в силу своей стандартности и простоты наиболее понятна для самостоятельного исполнения амбулаторными больными и не вызывает путаницы с дозами. В то же время схема №2 учитывает индивидуальную чувствительность пациента, но требует постоянного врачебного контроля.

На практике чаще всего выбирается следующая тактика: изначально больной (или лицо, исполняющее назначения врача) инструктируется по схеме №1, которая в последствии может быть переведена в схему №2 в зависимости от чувствительности пациента. Если симптомы перенасыщения не исчезают после снижения разовой дозы на три капли, то нужно сделать полную отмену препарата.

Обе схемы объединяет одна важная деталь, которую хотелось бы выделить особо: **ни в коем случае нельзя делать никакого перерыва в приеме препарата до окончания цикла.** В противном случае лечебный эффект частично утрачивается.

Настойки, приготовленные из малоядовитых видов аконитов (например, борца Чекановского), в особенности, если содержание алкалоидов в них низкое, могут дозироваться в постоянной дозе, и не в каплях, а в миллилитрах.

По окончании полного курса (трех циклов) дальнейшая тактика определяется достигнутым эффектом. Народная медицина рекомендует не прекращать цикловой прием препарата “до полного излечения”, то есть циклами с перерывами между ними, как указано, вплоть до полного выздоровления, либо до отчетливого прекращения положительного действия препарата.

На мой взгляд, все же необходимо сделать перерыв между курсами продолжительностью от трех месяцев до одного года в зависимости от течения заболевания. В случаях профилактического приема аконита (например, при мастопатии) достаточно одного курса или даже одного - двух отдельных циклов.

Необходимо отметить, что спиртовой экстракт - не единственная галеновая лекарственная форма для внутреннего приема борца при онкопатологии. Применяется так же водный отвар из расчета 3 клубня средней величины на 1.5 литра воды приемом по 60-70 мл 2-3 раза в день в теплом виде. Эта форма приема наименее удобна, так как не позволяет проводить тонкое дозирование и, соответственно, управлять процессом лечения. В этой же связи отвар применяется достаточно редко даже в народной медицине (в основном в Казахстане). Помимо этого, пиро-производные алкалоидов аконитиновой группы, получаемые в результате нагревания, хоть и имеют большую терапевтическую широту, но не обладают достаточной степенью блокирования натриевого канала (44).

Препараты борца применяются наружно при раке кожи. В этом случае необходимо помнить о высокой резорбционной способности аконитинов и учитывать это при выборе концентрации раствора для аппликаций, тщательно определяя правильное соотношение внутренней и местной доз, назначаемых одновременно.

Для наружного применения рекомендуется начинать проведение аппликаций с раствором из соотношения 5 г (1 чайная ложка) 10 % настойки на 200 мл воды. Этим раствором пропитывается марлевая салфетка и фиксируется на пораженном участке. В дальнейшем концентрация раствора может повышаться в зависимости от чувствительности больного.

Кратность местного применения борца в каждом конкретном случае подбирается индивидуально. Однако, чаще всего она составляет 3 раза в день, что удобно при расчете соотношения внутренней и наружной доз.

При новообразованиях полости рта и прямой кишки рекомендуется введение терапевтической дозы препарата в соответствии с основной схемой лечения ретробуккально и в виде клизм соответственно.

При опухолях толстого кишечника, в особенности прямой кишки, заслуживает внимания способ применения аконита в виде анальных свечей, либо мазевой формы, вводимой в прямую кишку через катетер. В данном случае можно максимально приблизить активное вещество к патологическому процессу, а также добиться пролонгированного действия препарата за счет замедления его всасывания из основы, уменьшая тем самым кратность назначения. Однако в данном случае нужно либо отказаться от возможности регулировать дозу, либо готовить свечи или мазь *ex tempore* (на месте, непосредственно перед приемом), что не всегда удобно в клинической практике.

Кроме того, необходимо помнить, что опухоли прямой кишки нередко характеризуются императивным позывом на дефекацию, возникающим вследствие постоянного раздражения слизистой оболочки ампулы кишки раковым узлом. В таких условиях может проявиться двоякий эффект использования свечей: с одной стороны, за счет местно-анестетического действия алкалоидов борца на слизистую оболочку кишки будет снижаться тяжесть симптома; с другой стороны, свеча, являясь инородным телом, может наоборот привести усугублению императивного позыва, особенно в первые дни приема. Это еще раз доказывает необходимость индивидуального подхода.

О месте аконита в комплексном лечении онкологических заболеваний уже упоминалось в связи с именем Т.И. Закаурцевой. Напомним, что ее подход включал предоперационную подготовку больного настойкой аконита, последующую радикальную хирургическую операцию и повторный закрепляющий курс аконита в послеоперационном лечении. Такой метод может быть охарактеризован, как наиболее оптимальный в свете современных требований лечения рака.

По моему мнению, неплохую перспективу имеет комбинированное лечение опухолей препаратами борца в сочетании с традиционными цитостатиками. Хотя подобный опыт в литературе не обсуждается, экспериментальные исследования по сочетанной эффективности таких растений, как родиола розовая, шлемник байкальский, алоэ с циклофосфаном, показавшие взаимное усиление антинеопластических свойств всех составляющих, позволяют предполагать такой же, если не более выраженный эффект от применения борца в сочетании с тем же циклофосфаном. При этом можно планировать усиление терапевтической активности цитостатиков при более низких их дозах и менее выраженных побочных эффектах.

Такое наше предположение подтверждается в процессе практики лечения больных с запущенными стадиями рака в НИИ Скорой Помощи им. Джанелидзе, а также в ряде наблюдений за больными, проходящими основное лечение у онколога и вспомогательную фитотерапию по нашим рекомендациям. В частности, сочетанное применение препаратов аконита с фторурацилом, циклофосфаном, таксотером, навельбином, кселодой, доксорубицином характеризуется значительным улучшением переносимости традиционных цитостатиков и более выраженным лечебным эффектом.

Подход к лечению опухолей травами имеет свои особенности и правила. В этой статье мы приведем их кратко, так как это важная и интересная тема для отдельного разговора, с единственной целью определить место аконита в целостной системе фитотерапии онкологических заболеваний.

Итак, как в любом нозологическом случае, выделяются основные терапевтические направления и пути их реализации:

1. Прямое воздействие на опухоль. Используются травяные цитостатики: болиголов крапчатый (?), княжик охотский, безвременник осенний, барвинок розовый, окопник лекарственный, чернокорень обыкновенный, горичник русский, норичник узловатый, дурнишник обыкновенный, сабельник болотный (декоп), пион уклоняющийся (марьян корень), сушеница топяная и так далее. Нужно отметить, что в данную группу входят

растения, не только относящиеся к категории кариокластических ядов, блокирующих митоз, но и что более важно и интересно, индукторы апоптоза.

2. Восстановление собственных защитных сил организма. Это сложное многоплановое терапевтическое направление. Для упрощения его можно охарактеризовать как иммуностимуляция или иммуномодуляция. Спектр трав достаточно широк: *борцы*, чистотел большой, молочай Палласа, девясил высокий, ряска малая, алоэ древовидное и так далее.

С целью иммуностимуляции нередко используются растительные адаптогены. Их применение требует осторожности из-за их способности к тотальной стимуляции (в том числе опухолевая ткань может получить толчок в развитии). Противопоказаны к применению в онкологической практике практически все представители семейства очитковых, за исключением родиолы розовой (золотой корень) и родиолы четырехразделенной (красная щетка).

3. Восстановление нормального гормонального фона в организме. Наиболее актуальное направление в лечении опухолей половой сферы (рак молочной железы, простаты, яичников и яичек) и щитовидной железы, а также других эндокринных органов. Актуальность очень высока, так как такие опухоли составляют около 41% всех онкологических заболеваний.

В случаях как злокачественных, так и доброкачественных опухолей органов половой сферы хорошо зарекомендовали себя зюзник европейский, воробейник лекарственный, окопник лекарственный, дягиль лекарственный, прострел луговой (пульсатилла), шандра обыкновенная, ясменник душистый, полынь обыкновенная, клопогон даурский, мухомор (*Amanita muscaria*) и другие растения.

Необходимой коррекции гормонального фона при патологии щитовидной железы нередко удается добиться при помощи черноголовки обыкновенной, череды трехраздельной, лисохвоста, подмаренников цепкого и обыкновенного, дурнишника обыкновенного, норичника узловатого, и так далее.

4. Связывание и выведение экзо - и эндотоксинов. Многоплановое направление, включающее в себя не только связывание токсинов и стимуляцию печени, почек, легких и кожи с целью их выведения, но также и нормализацию работы этих органов. В особенности это касается печени и почек, страдающих в первую очередь, как в ходе основного заболевания, так и в результате проводимой (нередко, неоднократно) химиотерапии.

Для связывания токсинов используются *борец желтый и разнолистный*, корни дягиля лекарственного, дудника обыкновенного, солодки голой, трава донника лекарственного, шалфея лекарственного и другие растения.

Для нормализации работы печени: *борец ядовитый и ликоктонум*, бессмертник песчаный, расторопша пятнистая, одуванчик лекарственный, вахта трехлистная, пижма обыкновенная, полынь горькая и еще много других.

Для нормализации работы почек: *борцы*, лопух большой, лист брусники обыкновенной, трава золотарника нисходящего, хвощ полевой, спорыш и другие.

Для выведения с поверхности кожи: липа сердцевидная, малина обыкновенная, смородина черная, ясменник душистый, бузина черная и так далее.

Для стимуляции выведения через легкие: почки и листья березы, цветки бузины черной, спорыш, багульник болотный, чабрец, цетрария исландская и другие.

Для нормализации работы толстого кишечника: зверобой продырявленный и пятнистый, ромашка аптечная, молочай кипарисный, цетрария исландская, горец почечуйный, щавель конский, жостер слабительный, крушина ломкая и так далее.

5. Восстановление нормального обмена веществ в организме. Мероприятия предыдущего направления во многом способствуют нормализации обмена веществ за счет регуляции работы внутренних органов. Однако не следует забывать о растениях, непосредственно влияющих на течение биохимических реакций в организме: земляника лесная, черника обыкновенная, вероника лекарственная, ясменник душистый, крапива двудомная, череда трехраздельная, подмаренник настоящий и многие другие.

6. Оптимизация микроциркуляции и тканевого дыхания. Более всего этим целям отвечают растительные адаптогены и антигипоксанты:

борец ликоктонум и антора, элеутерококк колючий, аралия манчжурская, левзея сафроловидная (маралий корень), бадан толстолистный и тихоокеанский, родиола розовая и другие.

7. Восстановление нарушенных функций организма. Целям этого направления во многом отвечают мероприятия, указанные в пунктах 2, 4 и 5. Однако необходимо учесть еще много других моментов: нормализация работы сердца, селезенки, поджелудочной железы и желчного пузыря, коррекция артериального давления и многое другое. Перечислять травы, необходимые для реализации этого направления - занятие утомительное, так как пришлось бы перечислить всю травяную Материю медика. Но упомянуть среди первых средств этой группы *аконит* я все же не премину.

8. Ликвидация болевого синдрома. Одно из важнейших направлений в плане повышения сопротивляемости больных своему недугу и повышения качества жизни.

Аконит является ярчайшим из представителей растительного мира, используемых для реализации данного направления. Я имею собственные клинические наблюдения, когда на фоне приема настойки аконита у больных снижалась интенсивность болевого синдрома настолько, что это позволяло им уменьшать суточную дозу наркотических анальгетиков, иногда полностью их отменять и в подавляющем большинстве случаев избегать начала их приема.

Другие травы: болиголов пятнистый, дурман вонючий, красавка, паслен черный, ромашка аптечная, крестовник широколистный, солодка голая и другие.

9. Ликвидация депрессии, страха и расстройств сна. Данное направление преследует те же цели, что и предыдущее. Используются травы седативного и снотворного ряда, лучшими из которых являются: синюха голубая, шлемник байкальский, кипрей, хмель обыкновенный, пустырник пятилопастный, валериана лекарственная, зверобой пятнистый, вероника лекарственная, шандра обыкновенная, дрема и другие.

Как и во многих других случаях, особое место занимает *аконит*. Ранее уже указывалось, что алкалоид аконита зонгорин и его аналоги, значительно отличающийся по своему действию от аконитинов и гетератизинов, проявляют свою активность в первую очередь в центральной нервной системе. По фармакологическим свойствам зонгорин располагается между психостимуляторами и антидепрессантами.

Ярко выраженный антидепрессивный эффект, выражающийся в повышении работоспособности и настроения, уменьшении чувства страха, опустошенности и отчаяния, был отмечен мной уже в ходе первого 39-ти дневного цикла лечения аконитом у онкологических больных III - IV стадией рака различной локализации.

10. Восстановление и "раскачка" биологических ритмов. Это направление, мастерки используемое в индийской и китайской медицине с самых незапамятных времен, в настоящее время на Западе только недавно нашло признание и научное обоснование. Применение трав для нормализации нарушенных биоритмов в России разработано и описано уже упомянутым профессором В.Г. Пашинским. Суть этого метода терапии заключается в стимуляции функции всех внутренних органов в соответствии со временем их максимальной физиологической активности. Например, максимум функции толстого

кишечника приходится на период с 5 до 7 часов утра. Следовательно, нужно давать травы, нормализующие моторику толстого кишечника, из такого расчета, чтобы действие этой травы началось в указанный период времени. И так для каждого органа. Нередко требуют восстановления и циркадные ритмы. С этой целью на ночь необходимо назначать снотворные и седативные травы, а утром - растительные стимуляторы. Ясно, что перечислять травы в данном пункте так же, как и в пункте 7, было бы весь утомительным и ненужным занятием.

Отдельно следует выделить растения, противоопухолевая активность которых давно известна народной медицине, но механизм их действия еще не раскрыт, и поэтому отнести их к какому либо из перечисленных выше терапевтических направлений довольно сложно: сабельник болотный (декоп), лопух большой, донник лекарственный, звездчатка средняя (мокрец), репешок аптечный, зубчатка поздняя и некоторые другие.

Перечисленные мной направления лечения онкологических больных при помощи трав носят как патогенетический, так и сугубо симптоматический характер, что не уменьшает их значения в терапии и должно учитываться при выборе трав и схем их применения.

Как уже было упомянуто, лечение онкопатологии вообще и травами в частности — задача весьма непростая, нередко выходящая за рамки заранее подготовленного плана и заслуживающая отдельного обсуждения, не входящего в цели данной статьи. Причиной, побудившей меня привести перечень терапевтических направлений, является необходимость довести до сознания читателя **невозможность изолированного использования аконита для лечения онкологических заболеваний. Аконит - сильнейшее и важнейшее средство, но не панацея!** Его нужно использовать в комплексе с другими лечебными мероприятиями.

Вывод по главе:

Аконит является одним из основных средств альтернативной онкологии, эффективность которого проверена многовековым применением и подтверждена в эксперименте и не вызывает сомнений.

Высокая антиметастатическая активность в сочетании с низким количеством и выраженностью побочных эффектов при правильном дозировании препарата, многоплановость патогенетического и симптоматического действия - обезболивающий, антидепрессивный, дезинтоксикационный и другие эффекты - ставят препараты аконита на один уровень с современными средствами классической химиотерапии.

Способность препаратов аконита оказывать лечебное действие при хронической патологии с явлениями декомпенсации пораженных органов, а также выраженный сомато - и психостимулирующий эффект позволяют использовать их для лечения онкологических больных пожилого возраста и пациентов, ослабленных болезнью или длительным применением химиотерапевтических средств.

Таким образом, хочется рекомендовать более широкое изучение препаратов аконита с целью активного их использования в современной клинической онкологии.

Клинические примеры.

Больная А. Диагноз: Рак молочной железы, IV стадия, метастаз в печень и мочевого пузыря. Выраженный асцит (скопление жидкости в брюшной полости). Пациентке через каждые 10-14 суток проводят лапароцентез с целью удаления асцитической жидкости. Интенсивные боли в правом подреберье. Задержка мочеиспускания.

После очередного удаления жидкости из живота слегла, не разговаривает, в речевой контакт вступает с трудом. Назначена спиртовая настойка борца по стандартной схеме. Через 2 недели больная встает, совершает прогулки на свежем

воздухе, разговаривает. Отмечается отчетливое улучшение настроения и общего самочувствия.

Больной К. Диагноз: Саркома нижней челюсти. Проведена радикальная операция, удален участок левой ветви нижней челюсти вплоть до угла. Больного беспокоят постоянные боли в поврежденной области. Отмечается депрессивное состояние психики, связанное с диагнозом и выраженным косметическим дефектом после операции. Пациенту назначена настойка борца по стандартной схеме. После первого полного курса (3 цикла, 150 дней) значительно улучшилось общее состояние пациента, боли практически не беспокоят, удалось избежать приема наркотических анальгетиков, восстановился на работе. В реконструктивной операции пока отказано. Через 8 месяцев чувствует себя хорошо, прибавил в весе 10 кг. Принято решение о проведении повторного курса лечения настойкой борца.

Больная Ф. Рак прямой кишки, III стадия. Оперативное лечение не проводилось. Жалобы на императивные позывы на дефекацию, трудность в удержании каловых масс, кровь в стуле постоянно. Общая слабость. Боли не беспокоят. Назначена спиртовая настойка аконита по стандартной схеме и ректальные свечи с борцом, изготовленные на основе свиного жира. После проведения полного курса лечения тяжесть симптомов уменьшилась вдвое, кровотечения приобрели эпизодический характер. Улучшилось общее самочувствие и настроение.

Больной З. Рак яичка. Прооперирован. Беспокоят постоянные ноющие интенсивные боли в мошонке, паховые лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Расстроен сон, нет аппетита, потеря веса 7 кг за 2 месяца. Назначена спиртовая настойка борца по стандартной схеме. На 18 день приема – тошнота и двухкратная рвота. Снижение дозы на три капли, плато дозы в течение 3 дней. После исчезновения тошноты возобновление приема борца по нарастающей схеме. После первого цикла боли исчезли, лимфатические узлы уменьшились и стали безболезненными, сон и аппетит нормализовались, набирает вес.

Больная С. Рак щитовидной железы в IV стадии. Метастазы в кости нижних конечностей. Жалуется на интенсивные боли в области тазобедренных суставов, а также по ходу бедренных и берцовых костей.

Назначена настойка борца внутрь по стандартной схеме и наружно в виде растираний и аппликаций.

Пациентка, взяв лекарства, надолго исчезла из моего поля зрения. Примерно через полтора года она пришла за лекарствами на новый курс лечения. Данный факт красноречиво свидетельствует сам за себя.

*Интересно, что в качестве вспомогательной терапии больной был дан сбор трав, в состав которого входила живокость (*Delphinium consolida*) – ближайшая родственница борца, характеризующаяся высоким содержанием аконитина.*