

ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев В.В., Яхно Н.Н. Боль. Болезни нервной системы: Руководство для врачей. Под ред. Н.Н. Яхно и Д.Р. Штульмана. – М.: Медицина, 2001. – Т. 1. – С. 106–24.
2. Баевский Р.М., Кириллов О.И., Клецкин С.З. Математический анализ изменений сердечного ритма при стрессе. – М.: Наука. 1984. – С. 39–93.
3. Васильев А.Ю., Витько Н.К. – Компьютерная томография в диагностике дегенеративных изменений позвоночника. – М., 2000. – С. 243.
4. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. – М.: Медицина, 1981. – С. 320.
5. Вейн А.М. Классификация вегетативных нарушений // Журн. невропатол. и психиатр. – 1988. – Т. 88, № 10. – С. 9–12.
6. Вейн А.М., Соловьева А.Д., Колосова О.А. Вегетососудистая дистония. – М., 1980.
7. Готовский Ю.В., Косарева Л.Б., Кемпе Н., Самохин А.В. Сегментарная биоэлектронная функциональная диагностика: Метод. рекомендации. – М.: ИМЕДИС, 2004. – С. 48.
8. Данилов А. Б. Нейропатическая боль. Нейромедиа 2003. – С. 86.
9. Кукушкин М.Л., Хитров Н.К. Общая патология боли. – М.: Медицина, 2004. – С. 144.
10. Разумов А.Н., Бобровницкий И.П. Восстановительная медицина – научные основы и пути интеграции первичной и вторичной профилактики. Курортология и курортное дело. – М., 2006. – Т. 1 – С. 28–58.
11. Шварков С.Б., Вейн А. М., Ковров Г.В. Эпидемиология вегетативных нарушений у московских школьников // Журн. невро. и псих. им. С.С. Корсакова. – 1993. – 6. – С. 59–61
12. Borenstein D. Эпидемиология, этиология, диагностическая оценка и лечение поясничной боли. // Межд. мед. журнал. – 2000. – № 35. – С. 36–42.
13. Возможности компьютеризированной электропунктурной диагностики по методу Р. Фолля в терапии методами рефлексотерапии и гомеопатии: методические рекомендации МЗ РФ №98/232 / Под ред. О.Г. Яновского, К.М. Карлаева, Н.А. Королевой, Т.В. Кузнецовой, Ю.В. Готовского. – М.: НИИ ТМЛ, 1999. – С. 28.

Адрес автора

Киргизова Н.С.

ООО «ЦИМС «ИМЕДИС» (г. Москва)

kirgizova_07@mail.ru

МЕЛИССА ЛЕКАРСТВЕННАЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ РЕЦИДИВОВ НЕЯЗВЕННОЙ ДИСПЕПСИИ У ДЕТЕЙ

А.В. Алексеева, Л.И. Мазур

Кафедра госпитальной педиатрии

ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава» (г. Самара)

РЕЗЮМЕ

Целью исследования является повышение эффективности комплекса противорецидивных мероприятий на амбулаторном этапе у детей школьного возраста с неязвенной диспепсией. В течение 3-х-месячного периода наблюдений отмечается более интенсивная положительная динамика медицинских показателей качества жизни у детей школьного возраста, больных неязвенной диспепсией, по сравнению с контрольной группой на фоне проведения комплекса противорецидивных мероприятий с применением настоя травы мелиссы лекарственной. Обоснована целесообразность применения настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с неязвенной диспепсией.

Ключевые слова: Мелисса лекарственная, *Melissa officinalis* L., эфирное масло, фенилпропаноиды, настой, педиатрия, неязвенная диспепсия.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе активно дискутируется тема функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), в том числе в педиатрии [1–3]. Актуальность обусловлена повсеместной распространенностью данной патологии и сопряженными многочисленными медицинскими и социально-экономическими проблемами. По статистике, каждый второй

житель нашей планеты страдает такими заболеваниями, как: неязвенная (функциональная) диспепсия (НД), дисфункция желчевыводящих путей, синдром раздраженного кишечника, которые существенно ухудшают качество жизни, ограничивают социальную и трудовую деятельность. По современным представлениям НД – это синдром, включающий в себя: боли в верхней половине живота, зависящие от приема пищи и/или не связанные с ним,

периодически возникающие после физической нагрузки или эмоционального напряжения; чувство тяжести в эпигастральной области, метеоризм, тошноту, рвоту, изжогу и срыгивания. При этом должны быть исключены различные органические заболевания ЖКТ: язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, гастроэзофагеальная болезнь, холецистит, панкреатит, пороки развития и другие заболевания. Синдром НД – полиэтиологическое заболевание. Причины и механизмы первичного возникновения и формирования рецидивов болезни до сих пор не изучены в полном объеме. Одной из важных причин возникновения функциональной диспепсии, ее обострения, а также усиления интенсивности протекания диспептических расстройств, является нарушение нервной регуляции, которое возникает вследствие стресса. Это объясняется определенной связью между изменениями психоэмоционального статуса и реакцией секреторного и моторного аппарата желудка на стрессовые воздействия. Повышенная возбудимость и легкая истощаемость центральной и вегетативной нервной системы у детей, образование висцеро-висцеральных рефлексов приводят к нарушениям двигательной и секреторной функции органов гастродуоденальной зоны, причем ведущую роль играет нарушение корковых механизмов регуляции [1]. Таким образом, под функциональной или НД понимают те случаи диспепсии, когда при тщательном гастроэнтерологическом обследовании ее причину установить не удастся [3]. В основе коррекции любого заболевания неврогенного характера лежит профилактика. Очень важно, на наш взгляд, проводить седативную терапию детям с НД именно на амбулаторном этапе для предупреждения рецидивов. Выбор препарата с седативным эффектом для детей является очень ответственным и сложным. Фармацевтический рынок на данный момент ими переполнен, причем многие из них не являются лекарственными (биологически активные добавки). Лечение невротических состояний, как правило, длительное, поэтому особое значение принимает безопасность и переносимость применяемых лекарственных средств. В связи с этим в научном мире возродился интерес к препаратам растительного происхождения, в течение многих веков применявшихся в народной медицине, в том числе для лечения расстройств тревожно-депрессивного спектра [2, 4, 5]. В этом отношении

особый интерес представляют такие лекарственные растения, как мелисса лекарственная, зверобой, валериана лекарственная, мята перечная, пустырник, пион уклоняющийся и др. [6]. Детям, в отличие от взрослых, показан сравнительно ограниченный набор растений, и к числу этих растений относится мелисса лекарственная, которая рекомендуется для лечения детских неврозов.

Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis* L., сем. Яснотковых – *Lamiaceae*) является фармакопейным растением во многих странах мира [6–8], в том числе в Российской Федерации с 1996 г. Однако до сих пор многие вопросы, связанные со стандартизацией, созданием, внедрением и применением отечественных лекарственных средств, по-прежнему остаются нерешенными. Это приводит к тому, что фармацевтический рынок РФ насыщается зарубежными дорогостоящими препаратами, причем в подавляющем большинстве комбинированными. К сожалению, на этом фоне не уделяется должного внимания научному обоснованию применения такой доступной лекарственной формы, как настой (из травы и фильтр-пакетов). Трава мелиссы лекарственной имеет регистрационный номер 96/282/10 от 09.07.1996 в Государственном реестре лекарственных средств (2008), фармакопейную статью ФС 42-3645-98 и не обладает противопоказаниями для применения в педиатрической практике [9]. Сырье данного растения в качестве ведущей группы биологически активных соединений содержит эфирное масло, представленное гераниолом, гераниалем, неролом, нералем, цитронеллолом, цитронеллалем и другими терпеноидами, обуславливающими седативные и спазмолитические свойства [6, 10]. К основным действующим веществам относятся также фенилпропаноиды (розмариновая кислота, кофейная кислота и др.), обладающие анксиолитическим, антидепрессивным, ноотропным, иммуномодулирующим, противовирусным, антиаллергическим, антиоксидантным и антимикробным действием [6, 11, 12].

Достоинством мелиссы лекарственной является ее высокая безопасность – частота побочных эффектов при ее применении не отличается от таковой при применении плацебо. Очень важным является ее мягкое успокоительное действие без снотворного эффекта и угнетения центральной нервной системы, что позволяет применять даже в утренние часы

без опасения воздействия на трудовую активность.

К сожалению, за мелиссу лекарственную часто ошибочно принимают другие близкие растения того же семейства – *Lamiaceae*: котовник кошачий (мята лимонная, мелисса лимонная) и змееголовник молдавский (мелисса турецкая). Необходимо отметить, что в настоящее время в продаже имеется много средств на основе мелиссы лимонной, при этом она не обладает тем полным набором ценных свойств, что характерны для мелиссы лекарственной, и часто может вызывать аллергические реакции (в противоположность мелиссе лекарственной, которая обладает противоаллергическим свойством и может применяться у детей со склонностью к атопии). Следует отметить, что многие инструкции сырья травы мелиссы лекарственной имеют разночтения с аннотацией из Государственного реестра лекарственных средств [9]. В частности, некоторые производители в противопоказаниях указывают детский возраст до 12 лет, а в некоторых – до 18, что противоречит рекомендациям Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения и социального развития, которые являются приоритетными. Таким образом, считаем перспективным разработку и внедрение однозначных рекомендаций по применению настоя травы мелиссы лекарственной с подбором дозировки для каждой возрастной группы отдельно.

Детям, особенно в дошкольном и школьном возрасте, в отличие от взрослых показан сравнительно ограниченный набор растений, к числу этих растений относится и мелисса лекарственная, которая рекомендуется для лечения детских неврозов, артериальной гипертензии, ревматизма, для фитотерапии детей с пороками сердца, для лечения хронических гастритов, холециститов, пиелонефритов, сахарного диабета и ожирения.

Целью нашего исследования является повышение эффективности комплекса противорецидивных мероприятий на амбулаторном этапе у детей школьного возраста с НД.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи: проанализировать особенности клинических проявлений различных вариантов НД у школьников на современном этапе; изучить медицинские показатели качества жизни (КЖ) больных

школьников с НД и динамику их изменения в процессе проведения комплекса профилактических мероприятий; обосновать целесообразность и проанализировать эффективность применения настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с НД; разработать комплекс мероприятий, направленный на профилактику рецидивов НД у детей с применением настоя травы мелиссы лекарственной. Мы обследовали детей от 8 до 17 лет, их семьи; данные историй болезней детей (форма 003/у) и историй развития ребенка (форма 112/у).

РЕЗУЛЬТАТЫ

На базе гастроэнтерологического отделения Детской городской клинической больницы №1 набраны две сопоставимые группы детей школьного возраста с диагнозом неязвенная диспепсия – основная и контрольная, в зависимости от схемы противорецидивной терапии. При выписке из стационара в комплексе основных мероприятий, детям одной из групп дополнительно назначается фитотерапия в виде настоя травы мелиссы лекарственной в возрастной дозировке 2 раза в день (утром и в вечернее время) в течение 3 недель. Данный курс седативной терапии рекомендуется проводить каждые три месяца. Настой применяется внутрь (предпочтительнее в теплом виде) в возрастной дозировке (табл. 1) через 1 час после еды.

Для приготовления настоя 2–3 г (1 ст. ложка) измельченного сырья помещают в эмалированную посуду, заливают 200 мл кипяченой воды, накрывают крышкой и нагревают на кипящей водяной бане в течение 15 мин., охлаждают 45 мин. при комнатной температуре, процеживают, оставшееся сырье отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл. При использовании фильтр-пакетов: 2 фильтр-пакета (3 г) помещают в стеклянную или эмалированную посуду, заливают 200 мл кипятка, накрывают крышкой и настаивают в течение 15 мин. Содержимое фильтр-пакетов отжимают. Объем полученного настоя доводят кипяченой водой до 200 мл.

Эффективность применения настоя травы мелиссы лекарственной у детей оценивается нами по КЖ (до лечения, сразу после и через 3 месяца после курса лечения), субъективным (наличию жалоб, характеру диспептических расстройств) и объективным данным результатов обследования (количеству рецидивов

Таблица 1

**Возрастные дозировки
настоя травы мелиссы лекарственной**

Возрастная группа	Объем настоя (мл)	Масса сырья (г), эквивалентная возрастной дозировке настоя
7–9 лет	10	0,150
10–13 лет	15	0,225
14–17 лет	30	0,450

в год, динамике лабораторно-инструментальных исследований). В зарубежной педиатрии показатель КЖ активно используется в популяционных исследованиях для оценки эффективности профилактических мероприятий, определения комплексного влияния хронических заболеваний на детей. Для исследования КЖ мы используем специальный опросник PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventoty), автор James W. Varni, Ph.D., русская версия, отдельно форма для опроса детей и их родителей (teen report and parent report). Вопросы PedsQL разделены на 4 шкалы, описывающих физическое функционирование (ФФ), эмоциональное функционирование (ЭФ), социальное функционирование (СФ), жизнь в школе (ЖШ). Кроме того, в исследовании оцениваются показатели психосоциального функционирования (ПСФ), которые представляют собой сумму показателей ЭФ и СФ, а также суммарной шкалы (СШ), которая включает в себе сводную информацию всех вышеперечисленных шкал. Ответы ребенка дублируются ответами родителей. Варианты опросника, заполняемые родителями, имеют такое же смысловое содержание, как и заполняемые детьми, но несколько отличаются по форме задаваемых вопросов. Дети основной и контрольной группы при изучении КЖ выделены в возрастные подгруппы: 8–12 лет (по 15 детей) и 13–17 лет (по 30 детей) с учетом требований опросника. Нами был модернизирован гастроэнтерологический модуль опросника КЖ с учетом возрастной группы детей. С целью оценки КЖ каждый ребенок опрашивается три раза – перед началом проведения комплексных мероприятий по профилактике НД с применением настоя травы мелиссы лекарственной, сразу после и через 3 месяца после комплексной схемы профилактики. В заключении исследования будет проведена оценка КЖ через год, при соб-

людении рекомендаций по применению настоя (повторный курс через каждые три месяца).

Родители детей также тестируются три раза с целью получения более достоверной информации. Во всех случаях опрашивается одно и то же взрослое лицо. Итоговые результаты тестирования оцениваются по 100-балльной системе (чем выше итоговая величина, тем лучше КЖ ребенка).

ОБСУЖДЕНИЕ И ВЫВОДЫ

У детей основной и контрольной группы до применения профилактических мероприятий с использованием настоя травы мелиссы лекарственной показатели КЖ по опроснику PedsQL оказались достаточно низкими (основная группа – СШ $72,2 \pm 1,53$; контрольная – СШ $72,7 \pm 1,74$). В результате наблюдения выявлена отчетливая положительная динамика всех параметров КЖ у основной группы, особенно по шкалам физического и эмоционального функционирования ($p \leq 0,05$), в то время как в контрольной группе положительная динамика была незначительной и недостоверной ($p \geq 0,05$). Наблюдался выраженный разрыв между значениями физического и социального видов функционирования, с одной стороны, и эмоционального и школьного – с другой, при этом последние оказались ниже. КЖ детей сразу после проведения профилактического курса настоя мелиссой лекарственной показало хорошие результаты – положительную динамику по всем шкалам, особенно по ФФ и ЭФ. СШ составила $77,7 \pm 1,57$, при этом СФ практически не изменилось. Показатели КЖ через 3 месяца также совершили значительный скачок по шкалам ФФ, ЭФ и суммарно составили СШ $81,1 \pm 1,49$. Во всех случаях КЖ у маль-

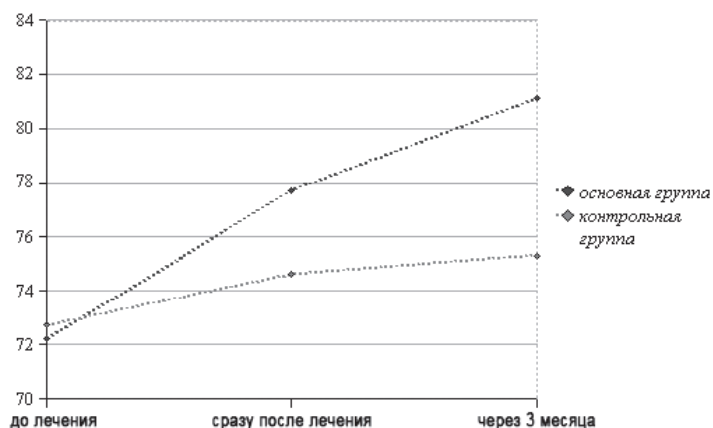


Рис. 1. Динамика КЖ в основной и контрольной группе (по ответам детей).

чиков было выше, чем у девочек, в первую очередь за счет преобладания высоких баллов по шкале ЭФ (по сравнению с девочками).

При анализе ответов родителей, выявлено, что они склонны занижать оценку КЖ, при этом с возрастом разногласия увеличиваются (чаще у мальчиков). В контрольной группе положительная динамика была незначительной (до профилактических мероприятий СШ $72,7 \pm 1,87$, сразу после – $74,6 \pm 1,75$, через 3 месяца – $75,3 \pm 1,73$) (рис. 1).

Таким образом, в течение 3-х-месячного периода наблюдений отмечается более интенсивная положительная динамика баллов у детей основной группы по сравнению с контрольной на фоне проведения комплекса противорецидивных мероприятий с применением настоя травы мелиссы лекарственной. Подобный характер изменений КЖ выявляется по всем шкалам опросника PedsQL с преимущественным акцентированием в ЭФ. Также у детей основной группы отмечается более гладкое течение периода реконвалесценции и более длительный период ремиссии.

Считаем применение настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий перспективным вариантом профилактики НД у детей школьного возраста на амбулаторном этапе.

В результате проведенных исследований разработана комплексная программа профилактики НД у детей школьного возраста на амбулаторном этапе с применением настоя травы мелиссы лекарственной. У детей основной группы отмечается более гладкое течение периода реконвалесценции и более длительный период ремиссии.

Применение настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий является перспективным вариантом профилактики неязвенной диспепсии у детей школьного возраста на амбулаторном этапе, что нашло отражение в разработанной комплексной программе профилактики данной патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. – Х.: ИД «ИНЖЭК», 2005. – С. 176–181.
2. Корсун В.Ф., Корсун Е.В., Захаров Ю.А. Лекарственные растения в педиатрии. Справочник. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2003. – 216 с.
3. Шептулин А.А. Механизмы возникновения и современные принципы лечения диспептических рас-

стройств у больных хроническим гастритом // *Consilium medicum*. – 1999. – №4. – С. 30–34.

4. Фитотерапия: методические рекомендации № 2000/63: [утв. М-вом здравоохранения Российской Федерации] / Карпеев А.А., Киселева Т.Л., Коршикова Ю.И., Лесиовская Е.Е., Саканян Е.И. – М.: Науч.-практ. центр традиц. мед. и гомеопатии, 2000. – 28 с.

5. Фитотерапия: нормативные документы // Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. А.А. Карпеева, Т.Л. Киселевой. – Изд-во ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава, 2006. – 362 с.

6. Куркин В.А. Фармакогнозия: Учебник для студентов фармацевтических вузов (факультетов). 2-е изд., перераб. и доп. – Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», 2007. – 1239 с.

7. Koch-Heitzmann I., Schultze W. 2000 Jahre Melissa officinalis // *Z. Phytotherapie*. – 1988. – Vol. 9, No. 3. – P. 77–85.

8. Wagner H. Pharmazeutische Biologie. Drogen und ihre Inhaltsstoffe. Gustav Fischer Verlag- Stuttgart-New York, 1993. – 522 s.

9. Багинская А.И., Соколов С.Я., Городнюк Т.И. и др. К фармакологии мелиссы лекарственной // Результаты и перспективы научных исследований в области создания лекарственных средств из растительного сырья: Тезисы докладов Всесоюзной конференции. – М., 1985. – С. 127–128.

10. Государственный реестр лекарственных средств. – Т. 1, 2. Официальное издание. – М., 2008.

11. Куркин В.А., Дубищев А.В., Ежков В.Н. Ноотропная активность некоторых фитопрепаратов и фенилпропаноидов // Растительные ресурсы. – 2007. – Т. 43, вып. 2. – С. 76–88.

12. Куркин В.А., Дубищев А.В., Ежков В.Н. и др. Антидепрессантная активность некоторых фитопрепаратов и фенилпропаноидов // Химико-фармацевтический журнал. – 2006. – Т. 40, №3. – С. 33–38.

Адрес автора

Алексеева А.В.

Аспирант кафедры госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

vakur@samara-mail.ru