

КЛИНИЧЕСКАЯ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ МЕЛИССЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ В КОМПЛЕКСЕ ПРОТИВОРЕЦИДИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ДЕТЕЙ С ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИСПЕПСИЕЙ

А.В. Алексеева

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

Clinical efficacy of *Melissa officinalis* in a complex of anti-measures in children with functional dyspepsia

A.V. Alekseeva

Samara State Medical University (Samara)

РЕЗЮМЕ

Обоснована целесообразность применения настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с функциональной диспепсией. Авторская схема профилактики включала в себя, наряду с традиционным комплексом мер, прием настоя травы мелиссы лекарственной в виде четырех трехнедельных курсов в течение года. Показано снижение вероятности развития рецидивов и осложнений функциональной диспепсии за счет применения авторской схемы противорецидивных мероприятий.

Ключевые слова: Мелисса лекарственная, *Melissa officinalis* L., настой, педиатрия, функциональная диспепсия, противорецидивные мероприятия.

RESUME

The reasonability of *Melissa officinalis* infusion usage in complex of antirelapse measures in children with functional dyspepsia was substantiated. The author's scheme of prophylaxis includes intake of *Melissa officinalis* infusion in a form of four three-week courses per year, along with traditional complex of measures. Usage of author's scheme leads to increasing of probability of relapses and complications of functional dyspepsia.

Keywords: *Melissa officinalis* L., infusion, pediatry, functional dyspepsia, antirelapse measures.

ВВЕДЕНИЕ

На современном этапе не менее 5 % всех первичных обращений населения за медицинской помощью обусловлены диспепсическими расстройствами. Диспепсия является преобладающим (64 %) внешним проявлением гастроэнтерологической патологии [1–4]. Распространенность диспепсических расстройств у взрослых и детей довольно высокая – от 20 до 50 %, из них 50–70 % случаев приходится на органическую и 30–50 % – на функциональную или неязвенную диспепсию (далее ФД) [2, 5–8]. Согласно Римским критериям III (2006 г.), ФД определяют по наличию симптомов со стороны гастродуоденальной зоны (боль в эпигастральной области, раннее насыщение, чувство переполнения желудка после еды) без органических, системных или метаболи-

ческих нарушений, которые могут объяснить диспептические симптомы. Ведущую роль в развитии ФД играют невротические нарушения, поэтому для предупреждения ее рецидивов особое внимание следует уделить коррекции психоэмоционального статуса [9–13]. Основу комплекса противорецидивных мероприятий составляет оптимизация питания и режима дня, а также достижение адекватного уровня физических и психоэмоциональных нагрузок. Медикаментозная коррекция эмоциональных расстройств, особенно у детей, подразумевает применение препаратов растительного происхождения с мягким седативным эффектом [13–17]. Лечение невротических состояний, как правило, длительное, поэтому особое значение приобретает безопасность и переносимость применяемых лекарственных средств, что

обуславливает возрождение интереса именно к препаратам растительного происхождения [13]. В этом отношении особый интерес представляют такие лекарственные растения, как: зверобой, валериана лекарственная, мята перечная, пустырник, пион уклоняющийся, мелисса лекарственная (далее МЛ) и другие [14, 18–21]. Частично этот интерес был спровоцирован пожеланиями самих пациентов. Согласно данным Всемирной Организации Здравоохранения, предпочтение лекарственным средствам растительного происхождения отдают до 80 % населения планеты, а доверие пациента лекарству – важный фактор, способствующий повышению приверженности лечению, которая в значительной степени определяет успех терапии и профилактики невротических расстройств [13, 22]. Детям, в отличие от взрослых, показан сравнительно ограниченный набор лекарственных препаратов растительного происхождения, рекомендуемых для лечения невротических состояний [18–23]. Особое положение в ряду таких растений занимает мелисса лекарственная.

Мелисса лекарственная (*Melissa officinalis* L.) широко применяется в медицине на протяжении уже более 2000 лет и является фармакопейным растением во многих странах мира [20, 24, 25]. О популярности мелиссы лекарственной красноречиво свидетельствует тот факт, что в странах Европы насчитывается около 300 препаратов, содержащих различные субстанции из этого растения (экстракты, настойки, эфирное масло) [24–29]. Кроме того, МЛ широко применяется также в виде настоев и лечебных чаев. В Российской Федерации МЛ является фармакопейным растением, имеет регистрационный номер 96/282/10 от 09.07.1996 в Государственном реестре лекарственных средств (2008), разрешена к применению в медицинских целях и, что особенно важно, не обладает противопоказаниями для применения в педиатрической практике [30]. На сегодняшний день МЛ применяется в медицине преимущественно как седативное и анксиолитическое средство [31–34]. Седативное действие мелиссы впервые было обнаружено французскими учеными в 1889 году. Достоинством МЛ является ее высокая безопасность – частота побочных эффектов при ее применении не отличается от таковой при применении плацебо. У МЛ отмечается мягкое успокоительное действие без снотворного эффекта и угнетения центральной нервной системы,

что позволяет применять ее даже в утренние часы без опасения воздействия на трудовую активность [14, 20, 25, 35]. Кроме того, МЛ повышает аппетит, стимулирует секрецию желудочного сока, корригирует ферментопатии. Экстракт МЛ проявляет протективное действие при экспериментальной язве желудка, при этом антиульцерогенная активность экстракта МЛ была подтверждена гистологически [20]. Уникальность МЛ заключается в том, что она является мягким фитотранквилизатором, сочетающим в себе гастропротективные, иммуномодулирующие, антимикробные, противовоспалительные и другие полезные свойства [20, 26, 35–37]. Перечисленные аспекты, безусловно, крайне важны в педиатрической практике, поэтому мы считаем актуальным изучение клинической эффективности препаратов МЛ в комплексе мероприятий по профилактике рецидивов НД у детей.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Исследование проходило в период с 2006 по 2009 гг. на базе кафедры госпитальной педиатрии ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава» и отделения гастроэнтерологии Детской городской клинической больницы № 1 им. Н.Н. Ивановой г. Самара.

В исследовании приняли участие 200 детей с НД в возрасте от 8 до 17 лет, получивших стационарное лечение по поводу своего заболевания в отделении гастроэнтерологии. За время пребывания в стационаре всем детям было проведено обследование и лечение в соответствии со «Стандартами (протоколами) диагностики и лечения болезней органов пищеварения». В момент выписки из гастроэнтерологического отделения участников исследования рандомизировано включали в группы сравнения, в зависимости от схемы противорецидивных мероприятий, применяемых на амбулаторном этапе. В итоге, были сформированы 2 равные группы по 100 человек в каждой.

Детям в обеих группах назначали стандартную схему противорецидивных мероприятий, которая заключалась в коррекции режима питания, нормализации физических и эмоциональных нагрузок. Исключали из рациона газированные напитки, кофе, какао, шоколад, копченые и жирные продукты, маринады; назначали строгий режим (по времени и кратности с учетом возраста) приема пищи с тщательным пережевыванием и равномер-

ным глотанием для выработки адекватной по времени и силе сократительной волны. Физические нагрузки приводили в соответствие физиологическим нормам (возраст, пол), принимая во внимание функциональные возможности организма исследуемых. Восстанавливали нарушенный режим сна и бодрствования, ограничивали просмотр телевизора, исключали прослушивание громкой музыки, работу с компьютером приводили в соответствие с возрастными нормативами, что способствовало нормализации психоэмоционального фона детей.

В основной группе всем детям стандартный объем противорецидивных мероприятий дополняли курсами фитотерапии. Назначали настой травы мелиссы лекарственной (далее НТМЛ) по следующей схеме: 2 раза в день, утром и вечером, через 1 час после еды в течение 3 недель. Полный курс фитотерапии НТМЛ в комплексе противорецидивных мероприятий в основной группе включал в себя четыре трехнедельных курса. Первый курс начинали на следующий день после выписки из стационара и далее повторяли каждые три месяца.

НТМЛ готовили по следующей методике (Государственный Реестр лекарственных средств, 2008). Одну столовую ложку (3 грамма) измельченного сырья помещали в эмалированную посуду, заливали 200 мл кипяченой воды, накрывали крышкой и нагревали на кипящей водяной бане в течение 15 минут. Далее охлаждали 45 минут при комнатной температуре, процеживали, оставшееся сырье отжимали. Объем полученного настоя доводили кипяченой водой до 200 мл. При использовании фильтр-пакетов 2 фильтр-пакета (3 грамма) помещали в стеклянную или эмалированную посуду, заливали 200 мл кипятка, накрывали крышкой и настаивали в течение 15 минут. Содержимое фильтр-пакетов отжимали.

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	0,45

Назначение осуществляли в соответствии с возрастной дозировкой (табл. 1).

Эффективность применения комплексных схем противорецидивных мероприятий в группах сравнения определяли по критериям, обеспечивающим чистоту клинического исследования и достоверность получаемых результатов. Для этого осуществляли обследование детей в группах сравнения по стандартам диагностики НД до и после применения авторской и традиционной схем противорецидивных мероприятий. Полученные данные сводили в графики и таблицы с последующей обработкой результатов методами вариационной статистики с использованием клинико-статистических показателей, предусмотренных методами доказательной медицины.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследование, проведенное до применения комплекса противорецидивных мероприятий, при нахождении детей в гастроэнтерологическом отделении, не выявило у них органической патологии желудочно-кишечного тракта, признаков эндокринных или аутоиммунных заболеваний. Что касается клинических проявлений НД, то ко времени выписки, то есть на этапе формирования групп сравнения, у всех детей удалось добиться полного купирования

Таблица 2

Качественный состав жалоб при рецидиве НД у детей в группах сравнения

Симптом \ Группа	Дети с рецидивом НД	
	Основная группа (n = 12 человек)	Группа сравнения (n = 26 человек)
Чувство переполнения желудка	6	14
Быстрая насыщаемость	3	7
Вздутие живота	3	5
Отрыжка после еды	3	8
Чувство тошноты после еды	2	5
Боль в эпигастрии	8	17

симптомов заболевания (ремиссии). Проведя повторное обследование детей из групп сравнения через 1 год после выписки из стационара, мы имели возможность оценить эффективность противорецидивных мероприятий.

Сбор и анализ жалоб участников исследования вкупе с оценкой данных анамнеза, проведенные в завершении периода наблюдения, показали следующее. В основной группе, на фоне применения авторского комплекса противорецидивных мероприятий, клинические проявления рецидива НД, соответствующие Римским критериям III, отмечались лишь у 12 детей из 100 (12 %). В группе сравнения, где применяли традиционный комплекс противорецидивных мероприятий, аналогичные симптомы были отмечены у 26 детей (26 %). Различие статистически значимо ($p \leq 0,05$).

Рассчитав статистические показатели, предусмотренные методами доказательной медицины, мы получили следующие результаты. Повышение относительной пользы составило: 16,2 %, абсолютной пользы – 14 %; снижение относительного риска произошло на 53,8 %, абсолютного – на 14 %. Отношение шансов показало, что при использовании НТМЛ в комплексе противорецидивных мероприятий, вероятность развития рецидива НД у детей уменьшается в 2,6 раза.

У детей с рецидивами НД, как в основной группе, так и в группе сравнения, мы изучили характеристику клинической симптоматики. Так, качественный состав жалоб участников исследования при рецидиве НД представлен в табл. 2.

Общее количество жалоб превысило число детей с рецидивом НД в группах сравнения, что объясняется возможным сочетанием различных внешних проявлений заболевания. Так, в основной группе 2 детей (16,7 %) предъявляли какую-либо одну, 7 (58,3 %) – две и 3 детей (25 %) – комбинацию из трех и более различных жалоб. В группе сравнения подобное распределение было следующим: 3 (11,5 %), 16 (61,5 %) и 7 (27 %) детей, соответственно. В случае наличия двух жалоб одновременно чаще других отмечали сочетание боли в эпигастральной области с отрыжкой после еды – 3 детей (25 %) в основной и 6 (23,1 %) – в группе сравнения. При сочетании трех клинических проявлений превалировала комбинация боли в эпигастральной области с чувством быстрого переполнения желудка и тошнотой – 3 детей (25 %) в основной и 5 (19,2 %) – в группе сравнения.

Как в основной, так и в контрольной группе, во всех случаях рецидива НД имели место обращения в лечебные учреждения за медицинской помощью. Участники исследования в случае рецидива НД госпитализировались в специализированное гастроэнтерологическое отделение Детской городской клинической больницы № им. Н.Н. Ивановой г. Самара, где получили лечение по поводу обострения своего заболевания согласно существующим стандартам.

Повторное физикальное обследование, проведенное всем участникам исследования после завершения курсов противорецидивных мероприятий, не выявило внешних признаков аутоиммунных или метаболических заболеваний. В конце периода наблюдения всем детям выполняли контрольное ультразвуковое исследование органов брюшной полости и забрюшинного пространства. Признаков органической патологии по данным эхографии обнаружено не было. Результаты общеклинических методов лабораторной диагностики у всех детей в группах сравнения находились в пределах референтных значений нормы.

Детям, у которых в течение периода наблюдения развивался рецидив НД, выполняли контрольное эндоскопическое исследование. Результаты фиброэзофагогастродуоденоскопии (далее ФЭГДС) были следующими. В основной группе, где рецидив НД был отмечен у 12 детей, органическая патология выявлялась лишь у 3 из них (25 %) и во всех случаях она была представлена гастродуоденитом. В группе сравнения рецидив НД развился у 26 детей, при этом ФЭГДС диагностировало органическую патологию у 11 из них (42,3 %), также в виде гастродуоденита. Различие в частоте развития осложнений НД у детей в группах статистически значимо ($p \leq 0,05$).

Рассчитав статистический показатель по риску развития осложнений НД, а именно ОШ, получим, что применение НТМЛ в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с НД снижает риск развития осложнений в виде органической патологии ЖКТ (гастродуоденит) в 2,2 раза.

ВЫВОДЫ

На основании проведенного исследования можно сформулировать следующие положения:

1. Включение настоя травы мелиссы лекарственной в комплекс противорецидивных

мероприятий у детей с неязвенной диспепсией повышает его клиническую эффективность, что сопровождается увеличением относительного числа благоприятных исходов профилактики на 16,2 %, абсолютного – на 14 %.

2. Комплекс противорецидивных мероприятий с применением настоя травы мелиссы лекарственной уменьшает вероятность развития рецидива неязвенной диспепсии у детей в 2,6 раз по сравнению с традиционной схемой противорецидивных мер, при этом снижение относительного риска составляет 53,8 %, абсолютного – 14 %.

3. Применение настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с неязвенной диспепсией снижает вероятность развития рецидивов заболевания, осложненных гастродуоденитом, в 2,2 раза по сравнению с традиционной схемой противорецидивных мер.

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А.И. Актуальные вопросы детской гастроэнтерологии // Педиатрия: «Здоровье детей – шаг в будущее». Ремедиум Приволжье. – Май-июнь 2007. – С. 73–76.
2. Функциональная (неязвенная диспепсия): учебно-методическое пособие / Под ред. И.В. Маева и А.И. Хавкина. – М., 2004. – 44 с.
3. Talley N.J. Dyspepsia and heartburn: a clinical challenge // *Alimentary Pharmacology and Therapeutics*. – 1997. – Vol. 11 (Suppl. 2). – P. 1–8.
4. Talley N.J. Dyspepsia: management guidelines for the millennium // *Gut*. – 2002. – P. 50.
5. Римарчук Г.В., Полякова С.И. Неязвенная диспепсия у детей // *Русский Медицинский Журнал*. – 2001. – Т. 9, № 3–4. – С. 150–152.
6. Старостин Б.Д. Современные представления о функциональной (неязвенной) диспепсии // *Русский Медицинский Журнал*. – 2000. – Т. 2, № 1. – С. 3–7.
7. Курилович С.А. Функциональные заболевания пищеварительного тракта у подростков // *Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии*. – 2000. – Т. X, № 5. – С. 103.
8. Циммерман Я.С. Синдром функциональной (неязвенной) диспепсии: современных представления, спорные и нерешенные вопросы // *Клиническая медицина*. – 2004. – Т. 82, № 5. – С. 16–22.
9. Антропов Ю.Ф. Особенности клинических проявлений психосоматических расстройств у детей и подростков // *Педиатрия*. – 1996. – № 2. – С. 106–107.
10. Реболи М. Определение отличий в параметрах качества жизни, связанного со здоровьем, и их соотношений в различных странах // *Сборник материалов Международной конференции «Исследование качества жизни в медицине»*. – СПб.: Издательство Буковского, 2002. – С. 238–240.
11. Печкуров Д.В., Щербаков П.Л., Каганова Т.И. Синдром диспепсии у детей: монография. – М.: ИД МЕДПРАКТИКА. – М., 2007. – 144 с.
12. Tack J. Bicchops I., Sarnelli G. Pathophysiology and treatment of functional dyspepsia // *Gastroenterology*. – 2004. – Vol. 127, No. 10. – P. 1239–1255.
13. Mine K. Treating nonulcer dyspepsia considering both functional disorders of the digestive system and psychiatric conditions // *Digestive Disease and Science*. – 1998. Vol. 43, No. 6. – P. 1241–1247.
14. Куркин В.А. Основы фитотерапии: учебное пособие. – Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ Росздрава», 2009. – 963 с.
15. Пиманов С.И., Макаренко Е.В. Диагностика и лечение функциональной диспепсии с позиций Римского консенсуса III // *Гастроэнтерология*. – 2007. – №1. – С. 3–6.
16. Рекомендации по обследованию и лечению детей с синдромом диспепсии. Обсуждены и одобрены на 5 Российской Гастронеделе / Под ред. А.И. Хавкина. – М., 2000. – 5 с.
17. Рекомендации по обследованию и лечению детей с синдромом диспепсии. Обсуждены и одобрены на 7 Российской Гастроэнтерологической неделе / сост. А.И. Хавкин. – М., 2003. – 12 с.
18. Корсун В.Ф., Корсун Е.В., Захаров Ю.А. Лекарственные растения в педиатрии. – М.: Издательский дом «Русский врач», 2003. – 216 с.
19. Корсун В.Ф., Корсун Е.В. Энциклопедия фитотерапии. Травы жизни профессора Корсуна. – М.: ЗАО Центрполиграф, 2007. – 443 с.
20. Куркин В.А., Мазур Л.И., Алексеева А.В., Авдеева Е.В. Мелисса лекарственная: перспективы использования в педиатрии: монография. – Самара: ООО «Офорт», 2010. – 164 с.
21. Соколов С.Я. Фармакотерапия и фитотерапия: руководство для врачей. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2000. – 976 с.
22. Gardiner P., Kemper K.J. Herbs in Pediatric and Adolescent Medicine // *Pediatrics in Review*. – 2000. – Vol. 21, No. 2. – P. 44–57.
23. Фитотерапия: нормативные документы: Учебно-методическое пособие / Под общ. ред. А.А. Карпеева, Т.Л. Киселевой. – Изд-во ФНКЭЦ ТМДЛ Росздрава, 2006. – 362 с.
24. Koch-Heitzmann I., Schultze W. Melissa officinalis L. Eine alte Arzneipflanze mit neuen therapeutischen Wirkungen // *Deutsche Apotheker Zeitung*. – 1984. – Vol. 124, No. 43. – P. 2137–2145.
25. Koch-Heitzmann I., Schultze W. 2000 Jahre Melissa officinalis // *Z. Phytotherapie*. – 1988. – Vol. 9, No. 3. – P. 77–85.
26. Hohmann J. Protective effects of the aerial parts of Salvia officinalis, Melissa officinalis and Lavandula angustifolia and their constituents against enzyme-dependent and enzyme-independent lipid peroxidation // *Planta Medica*. – 1999. – Vol. 65, No. 6. – P. 576–578.
27. Болтабекова З.В., Куркин В.А., Осипов Ю.А. Перспективы использования лекарственных средств на основе травы мелиссы лекарственной для коррекции иммунодефицитных состояний // *Экология и здоро-*

вье человека: Труды VIII Всероссийского конгресса. – Самара: Самарский областной Дом науки и техники, 2002. – С. 21–24.

28. Болтабекова З.В. Фармакогностическое исследование по стандартизации новых лекарственных средств на основе травы мелиссы лекарственной (*Melissa officinalis* L.): дис. ... канд. фармац. наук: 15.00.02; ГОУ ВПО «СамГМУ». – М., 2003. – 122 с.

29. Куркин В.А., Болтабекова З.В., Авдеева Е.В. О новых подходах к стандартизации сырья и препаратов мелиссы лекарственной *Melissa officinalis* L. // Биологическое разнообразие. Интродукция растений: Материалы Второй международной научной конференции. – СПб.: Ботанический сад Ботанического института им. В.Л. Комарова. – 1999. – С. 199–201.

30. Государственный реестр лекарственных средств: официальное издание в 2 т. – М., 2008. – Т. 1–2.

31. 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.

32. Болтабекова З.В., Запесочная Г.Г., Авдеева Е.В. Мелисса лекарственная – перспективный источник седативных лекарственных средств // Экология и здоровье человека: Материалы VI Международного конгресса. – Самара: Самарский областной Дом науки и техники, 1999. – С. 42–43.

33. Болтабекова З.В. Настойка мелиссы – перспективное седативное лекарственное средство // Дости-

жения, проблемы, перспективы фармацевтической науки и практики: Материалы научно-практической конференции. – Курск, 2001. – С. 195–196.

34. Coleta M. Comparative evaluation of *Melissa officinalis* L., *Tilia europaea* L., *Passiflora edulis* Sims. and *Hypericum perforatum* L. in the elevated plus maze anxiety test // *Pharmacopsychiatry*. – 2001. – Vol. 34, Suppl. 1. – P. 20–21.

35. 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.

36. Болтабекова З.В. Обоснование возможности использования лекарственных средств на основе травы мелиссы лекарственной для коррекции иммунодефицитных состояний // Экология и здоровье человека: Труды VII Всероссийского конгресса. – Самара: Самарский областной Дом науки и техники, 2001. – С. 28–29.

37. Mrlianova M. The influence of the harvest cut height on the quality of the herbal drugs *Melissae folium* and *Melissae herba* // *Planta Medica*. – 2002. – Vol. 68, No. 2. – P. 178–180.

Адрес автора

Алексеева А.В.

Кафедра госпитальной педиатрии, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет»

antuanetta2000@mail.ru

Приглашаем посетить наш интернет-магазин!

www.fastinfoservice.com

