

УДК 615.322:616-053.2

ПЕРСПЕКТИВЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ МЕЛИССЫ ЛЕКАРСТВЕННОЙ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

А.В. Алексеева, Л.И. Мазур, ГОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет Росздрава»

Алексеева Антонина Владимировна – e-mail: antuanetta2000@mail.ru

Изучены медицинские показатели качества жизни больных школьников с неязвенной диспепсией и динамика их изменения в процессе проведения комплекса профилактических мероприятий. Обоснована целесообразность и проанализирована эффективность применения настоя травы Melissa officinalis L. в комплексе противорецидивных мероприятий у детей с неязвенной диспепсией.

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

There were studied the medical indices of the quality of life of sick schoolboys with the non-ulcer dyspepsia and the dynamics of their change in the process of conducting the complex of preventive measures. It was substantiated the expediency and was analyzed the effectiveness of the application of infusion of *Melissa officinalis* L. herbs in the complex of antirecurrent measures in children with the non-ulcer dyspepsia.

Key words: *Melissa officinalis* L., infusion, pediatry, non-ulcer dyspepsia.

Введение

В последние годы в отечественной и зарубежной литературе активно дискутируется тема функциональных заболеваний желудочно-кишечного тракта (ЖКТ). Актуальность обусловлена повсеместной распространённостью данной патологии и сопряжёнными 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 раздражённого кишечника, которые существенно ухудшают

качество жизни, ограничивают социальную и трудовую деятельность.

НД – это синдром, включающий в себя: боли в верхней половине живота, зависящие от приёма пищи и/или не связанные с ним, периодически возникающие после физической нагрузки или эмоционального напряжения; чувство тяжести в эпигастриальной области, метеоризм, тошноту, рвоту, изжогу и срыгивания. При этом должны быть исключены различные органические заболевания ЖКТ. Одной из важных причин возникновения функциональной диспепсии и её обострения является нарушение нервной регуляции,

которое возникает вследствие стресса. Это объясняется определённой связью между изменениями психоэмоционального статуса и реакцией секреторного и моторного аппарата желудка на стрессовые воздействия [1]. 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. В лечении невротических состояний особое значение имеет безопасность и переносимость применяемых лекарственных средств. В связи с этим в научном мире возродился интерес к препаратам растительного происхождения, таким, как Melissa лекарственная, зверобой, валериана лекарственная, мята перечная, пустырник, пион уклоняющийся и др.

Melissa лекарственная (*Melissa officinalis* L., сем. Яснотковых – *Lamiaceae*) является фармакопейным растением во многих странах мира [2–6], 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 нерешёнными. Это приводит к тому, что фармацевтический рынок РФ насыщается зарубежными дорогостоящими препаратами, причём 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 Melissa лекарственной имеет регистрационный номер 96/282/10 от 09.07.1996 г. в Государственном реестре лекарственных средств (2008), фармакопейную статью ФС 42-3645-98 и не обладает противопоказаниями для применения в педиатрической практике [7]. Сырьё данного растения в качестве ведущей группы биологически активных соединений содержит эфирное масло (около 0,05%), представленное гераниолом, гераниалем, неролом, нералем, цитронеллолом, цитронеллалем и другими терпеноидами (рис. 1), обуславливающими седативные и спазмолитические свойства [2, 3, 8, 9]. К основным действующим веществам относятся также фенилпропаноиды (розмариновая кислота, кофейная кислота и др.) (рис. 1), обладающие анксиолитическим, антидепрессивным, иммуномодулирующим, противовирусным, антиаллергическим и антимикробным действием [2, 8, 10, 11]. По данным ряда авторов, Melissa лекарственная обладает также гипотензивными, ноотропными (повышение концентрации внимания и скорости решения задач), антиоксидантными, противоопухолевыми свойствами [2, 3, 12].

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

Гераниол	Нерол
Гераниаль	Нераль
Цитронеллол	Цитронеллаль
Розмариновая кислота	Кофейная кислота

РИС. 1.
Основные биологически активные соединения Melissa лекарственной.

К сожалению, за Melissa лекарственную часто ошибочно принимают другие близкие виды – котовник кошачий (мята лимонная, Melissa лимонная) и змеиголовник молдавский (Melissa турецкая). Необходимо отметить, что в настоящее время в продаже имеется много средств на основе Melissa лимонной, при этом она не обладает тем полным набором ценных свойств, что характерны для Melissa лекарственной, и часто может вызывать аллергические реакции (в противоположность Melissa лекарственной, которая обладает противоаллергическим свойством и может применяться у детей со склонностью к атопии). Следует отметить, что многие инструкции сырья травы Melissa лекарственной имеют разночтения с аннотацией из Государственного реестра лекарственных средств [7]. 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 Melissa 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 Melissa лекарственная, которая рекомендуется для лечения детских невротических, артериальной гипертензии, ревматизма, для фитотерапии детей с пороками сердца, для лечения хронических гастритов, холециститов, пиелонефритов, сахарного диабета и ожирения.

Целью настоящего исследования явилось повышение эффективности комплекса противорецидивных мероприятий

на амбулаторном этапе у детей школьного возраста с НД. В соответствии с поставленной целью были сформулированы следующие задачи: 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.

Материал и методы

Для проведения исследования нами на амбулаторном этапе отобраны 90 детей в возрасте 8–17 лет, с диагнозом: Неязвенная диспепсия, прошедших лечение в гастроэнтерологическом отделении Детской городской клинической больницы № 1. Составлены две сопоставимые группы детей – основная и контрольная, по 45 человек каждая. При этом обе группы с учётом требований опросника PedsQL 4.0 (Pediatric Quality of Life Inventoty) поделены на возрастные подгруппы 8–12 лет (по 15 детей) и 13–17 лет (по 30 детей). После выписки из стационара детям контрольной группы назначается стандартная схема профилактических мероприятий (диетотерапия), детям же основной группы в дополнение к основной схеме назначается фитотерапия в виде настоя травы мелиссы лекарственной в возрастной дозировке 2 раза в день (утром и вечером) 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 динамике 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 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, 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 ребёнка дублируются ответами родителей. Варианты опросника, заполняемые родителями, имеют такое же смысловое содержание, как и заполняемые детьми, но несколько отличаются по форме задаваемых вопросов. С целью оценки КЖ каждый ребёнок 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 соблюдении 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).

ТАБЛИЦА 1.

Возрастные дозировки настоя травы мелиссы лекарственной

Возрастная группа	Объём 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

Статистическую обработку данных осуществляли с помощью программы STATISTICA. 6 for Windows (StatSoft®, inc.). На первом этапе производили анализ сформированных выборок на нормальность распределения по изучаемым признакам с использованием критерия Шапиро-Уилка. Было установлено, что имеющиеся в работе выборки соответствуют нормальному распределению (по Гауссу), поэтому дальнейший статистический анализ производили с применением параметрических критериев. Вторым этапом вычисляли средние (М) и относительные (Р) величины. Также рассчитывали стандартные ошибки (m, mP) соответствующих показателей, для оценки достоверности (td) средних и относительных величин. Третьим этапом производили оценку достоверности различий между средними величинами, а также между относительными величинами, с расчётом критерия td. Величины, а также различия между ними являлись статистически достоверными, если рассчитанный критерий td превышал стандартные значения коэффициента Стьюдента (tst) для заданной доверительной вероятности (p). Стандартные значения tst определяли по оценочным таблицам с учётом числа степеней свободы (f).

Таким образом, если рассчитанный критерий t_d был больше стандартного значения t_{st} при заданной доверительной вероятности $p \leq 0,05$, вычисляемый параметр считали достоверным и характеризовали как значимый (значимость 95%, вероятность ошибки 5%), при $p \leq 0,01$ – как очень значимый (значимость 99%, вероятность ошибки 1%), а при $p \leq 0,001$ – как максимально значимый (значимость 99,9%, вероятность ошибки 0,1%).

Результаты и обсуждение

У детей основной и контрольной групп 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 $72,7 \pm 1,74$ (табл. 2). В дальнейшем, в результате наблюдения выявлена отчётливая положительная динамика всех параметров КЖ у основной группы, особенно по шкалам физического и эмоционального функционирования, в то время как в контрольной группе положительная динамика была незначительной. Наблюдали 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 основной группы сразу после проведения профилактического курса настоя мелиссы лекарственной показало хорошие результаты – положительную динамику по всем шкалам, особенно по ФФ и ЭФ, кроме СФ, которая практически не изменилась. При этом СШ составила $77,7 \pm 1,57$ ($p \leq 0,01$ по сравнению с исходным значением). Показатели КЖ через 3 месяца также совершили значительный скачок по шкалам ФФ, ЭФ и суммарно составили СШ $81,1 \pm 1,49$ ($p \leq 0,01$ по сравнению с исходным и $p \leq 0,05$ в сравнении с предыдущим значением). 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 – $75,3 \pm 1,73$. Различия во всех случаях статистически недостоверны ($p \geq 0,05$). Кроме того, различия значений СШ между основной и контрольной группой после применения мелиссы лекарственной и через три месяца наблюдений также были достоверны – $p \leq 0,05$ и $p \leq 0,01$ соответственно (табл. 2).

ТАБЛИЦА 2.

Динамика показателей качества жизни у детей до и после лечения

	До лечения	Сразу после лечения	Через 3 месяца после лечения
Основная группа	72,2	77,7	81,1
Контрольная группа	72,7	74,6	75,3
Доверительная вероятность (p)	$P \geq 0,05$	$P \leq 0,05$	$P \leq 0,01$

Таким образом, в течение 3-месячного периода наблюдений отмечали более интенсивную положительную динамику баллов у детей основной группы по сравнению с контрольной на фоне проведения комплекса противорецидивных

мероприятий с применением настоя травы мелиссы лекарственной (рис. 2). Подобный характер изменений КЖ выявляли по всем шкалам опросника PedsQL с преимущественным акцентированием в ЭФ.

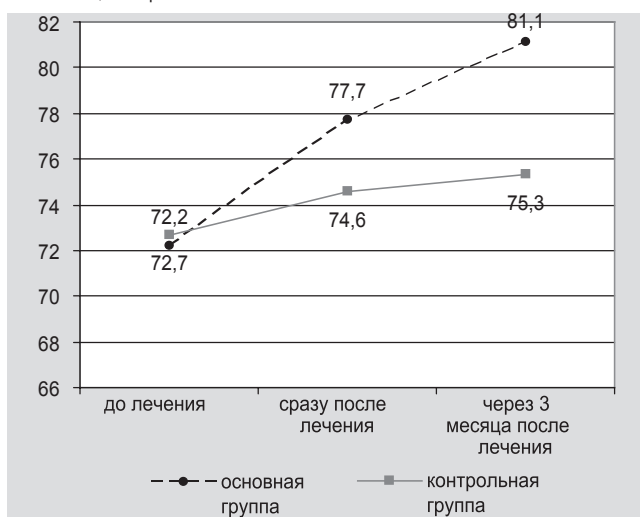


РИС. 2.

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

Во всех эпизодах сравнения КЖ у мальчиков было достоверно выше, чем у девочек, в первую очередь за счёт преобладания высоких баллов по шкале ЭФ ($p \leq 0,05$). При анализе ответов родителей, выявлено, что они были склонны занижать оценку КЖ, при этом с возрастом разногласия увеличиваются (чаще у мальчиков).

У детей основной группы по сравнению с контрольной за 3 месяца наблюдений отмечали меньшее количество детей с рецидивными приступами болевого синдрома: основная группа – 55,55%, контрольная группа – 84,44% ($p \leq 0,05$). За указанный период в основной группе не было госпитализаций в гастроэнтерологическое отделение, при этом в контрольной группе имели место 5 эпизодов повторных госпитализаций. Учитывая полученные данные, считаем применение настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий перспективным вариантом профилактики НД у детей школьного возраста на амбулаторном этапе. В результате проведённых исследований разработана комплексная программа профилактики НД у детей школьного возраста на амбулаторном этапе с применением настоя травы мелиссы лекарственной.

Выводы

1. В течение 3-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.

2. У детей основной группы отмечается более гладкое течение периода реконвалесценции и более длительный период ремиссии.

3. Применение настоя травы мелиссы лекарственной в комплексе противорецидивных мероприятий является перспективным вариантом профилактики неязвенной диспепсии у детей школьного возраста на амбулаторном этапе.



ЛИТЕРАТУРА

- 1.** Белоусов Ю.В., Белоусова О.Ю. Функциональные заболевания пищеварительной системы у детей. Х.: ИД «ИНЖЭК». 2005. С. 176–181.
- 2.** 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.
- 3.** Куркин В.А., Запесочная Г.Г., Авдеева Е.В., Ежков В.Н. Фенилпропаноиды лекарственных растений: Монография. Самара: ООО «Офорт», ГОУ ВПО «СамГМУ». 2005. 128 с.
- 4.** Koch-Heitzmann I., Schultze W. Eine alte Arzneipflanze mit neuen therapeutischen Wirkungen. //Deutsche Apotheker Zeitung. 1984. V. 124. № 11. P. 2137-2145.
- 5.** Koch-Heitzmann I., Schultze W. 2000 Jahre Melissa officinalis. // Z. Phytotherapie. 1988. V. 9. № 3. P. 77–85.

6. Wagner H. Pharmazeutische Biologie. Drogen und ihre Inhaltsstoffe. Gustav Fischer Verlag- Stuttgart-New York. 1993. 522 p.

7. Государственный реестр лекарственных средств. Т. 1, 2. Официальное издание. М. 2008. 1408 с.

8. Багинская А.И., Соколов С.Я., Городнюк Т.И., Покровская Г.В., Колхир В.К., Лескова Т.Е., Глазова Н.Г., Трумпле Т.Е., Белова Л.Ф., Алибеков С.Д., Гавришук Е.Г., Желудкова Э.И. 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.

9. Куркин В.А., Куркина Т.В., Запесочная Г.Г. Химическое исследование травы *Melissa officinalis*. // Химия природ. соединений. 1995. № 2. С. 318-320.

10. Куркин В.А., Акимова Н.Л., Авдеева Е.В., Ежков В.Н. Иммунная система и иммунокорректоры (учебное пособие). Самара: СамГМУ. 2003. 176 с.

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

12. Куркин В.А., Дубищев А.В., Ежков В.Н. Ноотропная активность некоторых фитопрепаратов и фенилпропаноидов. // Растительные ресурсы. 2007. Т. 43. № 2. С. 76–88.