

Применение препаратов лекарственных трав для лечения инсомнии

Е. А. Корабельникова, д.м.н, проф.
Ал. Б. Данилов, д.м.н, проф., зав. кафедрой

Кафедра нервных болезней института профессионального образования
ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет
имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Use of drugs of medicinal herbs for insomnia treatment

E. A. Korabelnikova, Al. B. Danilov

I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University), Moscow, Russia



Е. А. Корабельникова



Ал. Б. Данилов

Резюме

Терапия лекарственными травами в комплексе терапевтических мероприятий при инсомнии занимает особое место. Основным преимуществом фитотерапии нарушений сна является высокая терапевтическая эффективность при отсутствии побочного действия за исключением случаев индивидуальной чувствительности к отдельным компонентам препарата. В отличие от синтетических препаратов, препараты, в основе которых растительное сырье, оказывают быстрое действие на надклеточные и внутриклеточные метаболические процессы. Поэтому лечебный эффект лекарственных растений бывает стойким и длительным. Метод фитотерапии является альтернативным и высокоэффективным методом лечения инсомнии, но он должен не отвергать, а существенно дополнять другие методы современной медицины.

Ключевые слова: сон, инсомния, лекарственные травы, альтернативная терапия.

Summary

Therapy with medicinal herbs in the complex of therapeutic actions for insomnia occupies a special place. The main advantage of phytotherapy of sleep disorders is their high therapeutic efficacy in the absence of side effects, except in cases of individual sensitivity to individual components of the drug. Unlike synthetic drugs, drugs, which are based on vegetable raw materials, have a rapid effect on the extracellular and intracellular metabolic processes. Therefore, the therapeutic effect of medicinal plants is persistent and prolonged. The method of phytotherapy is an alternative and highly effective method of treatment of insomnia, and it should not reject, but significantly complement other methods of modern medicine.

Key words: sleep, insomnia, medicinal herbs, alternative therapy.

Сон можно определить как «особое генетически детерминированное состояние организма человека, характеризующееся закономерной последовательной сменой определенных полиграфических картин в виде циклов, фаз и стадий» [1]. Сон является неотъемлемой частью бытия человека, оказывающей влияние на состояние его здоровья не в меньшей степени, чем период дневного бодрствования, а качество сна является одной из составляющих понятия качества жизни. Поэтому нарушения сна различной природы рассматриваются сегодня как одни из ведущих медицинских и социальных проблем. В настоящее время в развитых странах расстройствами сна страдают 30–45% населения [2, 3]. Среди различных вариантов расстройств сна преобладают те, которые в обиходном лексиконе определяются как бессонница, а в медицине — как инсомния. Согласно последней, 2005 года Международной классификации расстройств сна [4] инсомния определяется как «повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся несмотря на наличие достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида».

Клиническая феноменология инсомнии включает пресомнические, интрасомнические и постсомнические расстройства. Пресомнические нарушения — это трудности начала сна, и наиболее частой жалобой являются трудности засыпания; при длительном течении могут формироваться патологические ритуалы отхода ко сну, а также боязнь постели и страх ненаступления сна. Интрасомнические расстройства включают частые ночные пробуждения, после которых пациент долго не может уснуть, и ощущения поверхностного сна. Постсомнические расстройства (расстройства, возникающие в ближайший период после пробуждения) — это проблема раннего утреннего пробуждения, сниженной работоспособности, ощущение разбитости, неудовлетворенности сном.

Выделение определенных вариантов инсомний осуществляется в рамках различных клинко-патогенетических подходов.

По течению выделяют острые (длительностью менее трех недель) и хронические (длительностью более трех недель). Инсомнию длительностью менее одной недели определяют как транзиторную. Исходя из степени выраженности рассматривают слабовыраженные, средней степени выраженности и выраженные инсомнии.

Таблица 1
Классификация инсомний в зависимости от этиологического фактора согласно МКРС-2

Вариант инсомнии	Характеристика
Адаптационная (острая)	Возникает на фоне острого стресса, конфликта или изменения окружения. Длительность: не более 3 месяцев
Психофизиологическая инсомния	Характерны сопутствующие психологические нарушения, боязнь не заснуть, избыточная активация и старание заснуть, приводящие к усугублению нарушений сна. Длительность: более 3 месяцев
Идиопатическая инсомния	Диагностируется только при невозможности определить причину нарушений сна, начавшихся в раннем детстве без очевидной причины и присутствующих в течение всей жизни пациента без существенных периодов улучшения. Длительность: более 3 месяцев
Псевдоинсомния	Характерны нарушение восприятия собственного сна (периоды бодрствования ночью хорошо запоминаются, а периоды сна, напротив, амнезируются) и фиксация на проблемах собственного здоровья, связанных с нарушением сна. Длительность: более 3 месяцев
Инсомния при психических расстройствах	Формируется как симптом невротического расстройства. Длительность: различная
Инсомния на фоне неадекватной гигиены сна	Формируется как следствие особенностей жизнедеятельности человека, которые приводят к повышению активации нервной системы в периоды, предшествующие укладыванию. Длительность: различная
Инсомния, связанная с приемом лекарственных препаратов	Развивается вследствие неадекватного (по дозировке или по длительности) приема лекарственных препаратов (чаще всего снотворных). Длительность: различная
Инсомния при болезнях внутренних органов	Причиной инсомнии является соматическое или неврологическое заболевание, совпадающее по времени с нарушением сна. Длительность: различная
Детская поведенческая инсомния	Расстройство сна обусловлено формированием определенных связанных с засыпанием условий или привычек, при отсутствии которых развивается инсомния. Длительность: различная

Классификация инсомний в зависимости от механизма формирования представлена в табл. 1.

Принципы терапии

Существующие подходы к лечению инсомнии можно условно разделить на лекарственные и нелекарственные.

Нелекарственные методы включают следующие: 1) соблюдение гигиены сна, 2) психотерапию, 3) фототерапию, 4) энцефалофонию («музыка мозга») 5) иглорефлексотерапию, 6) биологическую обратную связь, 7) физиотерапию, 8) гомеопатию.

Лекарственные методы подразумевают использование различных групп препаратов, обладающих снотворным эффектом.

Использование гипнотиков имеет давнюю историю [5]. До начала XX века применялись в основном бром и опий, в 1903 году их потеснили барбитураты. С начала 1950-х годов в качестве снотворных стали использоваться нейролептики (в основном фенотиазиновые производные) и антигистаминные препараты (доксиламин, 1968). С появлением хлордиазепоксида в 1960-м, диазепама в 1963-м и оксазепама в 1965 году началась эра бензодиазепиновых снотворных. Использование этого класса препаратов стало значительным шагом в лечении инсомний, однако привнесло и существенные проблемы: привыкание, зависимость, дневную сонливость, необходимость постоянного увеличения суточной дозы, синдром отмены, ухудшение синдрома апноэ во сне, снижение памяти, внимания, времени реакции, потенции.

В связи с этим были разработаны новые снотворные препараты, являющиеся агонистами различных подтипов рецепторов ГАМК-ергического рецепторного постсинаптического комплекса. Появление группы, называемой

«три Z» — зопиклон (zopiclon, 1987), золпидем (zolpidem, 1988), залеплон (zaleplon, 1995), стало результатом существенного накопления знаний об этом комплексе, в частности ГАМК-A-рецепторе.

Большое значение в лечении инсомнии отводилось мелатонину (начало 1990-х годов) и агонистам мелатониновых рецепторов (рамельтеон, 2005; в России не зарегистрирован).

По механизму действия снотворные препараты можно разделить на *pro sleep* (pro S) — для сна и *anti wake* (anti W) — «против бодрствования» [5]. В настоящее время большинство снотворных препаратов являются pro sleep:

- агонисты ГАМК-рецепторов и их бензодиазепиновой составляющей (pro S);
- антагонисты H1-гистаминовых рецепторов (anti W);
- агонисты мелатонина и его рецепторов (pro S).

Новые же группы гипнотиков, проходящие разные фазы исследований, в основном относятся к anti W:

- антагонисты 5-HT_{2A}-серотониновых рецепторов (anti W, pro S);
- антагонисты орексина (anti W);
- антагонисты H₃-гистаминовых рецепторов (anti W);
- антагонисты NK1-рецепторов (anti W).

В настоящее время в терапии инсомний снотворные препараты, несомненно, занимают лидирующую позицию. Однако гипнотики, даже современного поколения, к сожалению, сами создают определенные проблемы, такие как привыкание, зависимость, необходимость постоянного увеличения дозы препарата при длительном приеме, негативное влияние на течение синдрома апноэ во сне (для большинства препаратов), соматические осложнения (аллергия, воздействие на желудочно-кишечный

тракт и др.). Злоупотребление снотворными препаратами само по себе способствует развитию инсомнии. Показано, что злоупотребление снотворными препаратами сопровождается увеличением смертности в 4,6 раза за 2 с половиной года наблюдения [6].

В связи с этим все большее значение приобретает альтернативная терапия нарушений сна, включающая в себя донормил, антидепрессанты в низких дозах, препараты на основе мелатонина, фитотерапию, психотерапию.

Терапия лекарственными травами в комплексе терапевтических мероприятий при инсомнии занимает особое место. Фитотерапия используется для лечения инсомнии в странах по всему миру на протяжении веков. Анксиолитическое и седативное свойства лекарственных растений были описаны в древние времена («Компендиум по фармакологии») [7, 8].

Основным преимуществом фитотерапии нарушений сна является их высокая терапевтическая эффективность при отсутствии побочного действия за исключением случаев индивидуальной чувствительности к отдельным компонентам препарата. В отличие от синтетических препаратов, препараты, в основе которых растительное сырье, оказывают быстрое действие на надклеточные и внутриклеточные метаболические процессы [9–14]. Поэтому лечебный эффект лекарственных растений бывает стойким и длительным, а появляется не сразу и развивается в течение нескольких дней или недель. В этом заключается одно из основных отличий действия природных препаратов.

Травяные лекарственные препараты обычно содержат сложную смесь соединений, в связи с чем механизмы их действия до конца не ясны. Однако недавние исследования показывают, что сомногенный эффект большинства фитопрепаратов реализуется преимущественно через воздействие на ГАМК-ергическую систему [15] с участием следующих механизмов:

- 1) изменение состояния ГАМК-рецепторов;
- 2) увеличение синтеза ГАМК;
- 3) влияние на освобождение ГАМК;
- 4) усиление сродства ГАМК к ГАМК-рецепторам в подкорковых образованиях (прежде всего в ретикулярной формации), ослабляя ее возбуждающее влияние на кору головного мозга.

Как известно, нарушение метаболизма ГАМК играет ведущую роль в патогенезе невротических стресс-индуцированных расстройств и инсомнии [16–19].

В качестве преимуществ лечения лекарственными травами можно отметить следующие [10, 12, 13]:

1. мягкое лечебное воздействие, основанное на включении новых целительных компонентов в трудоемкий процесс обмена веществ. Это позволяет организму перестроиться без внутреннего стресса;
2. длительное воздействие фитопрепаратов даже после прекращения их приема. Данное свойство лекарственных препаратов является основой так называемого противорецидивного эффекта;

3. многокомпонентность растительных составов, благодаря чему травяные сборы могут применяться в качестве компрессов, настоев, отваров, а также таблетированных прессованных лекарств, что позволяет усилить лечебный эффект;
4. экологическую безопасность растений;
5. совместимость с большинством синтетических лекарств;
6. поливалентность (либо разностороннюю направленность действия) трав и растений, благодаря чему становится возможным одновременное лечение нескольких заболеваний;
7. доступность травяных сборов и препаратов, в состав которых они входят;
8. простоту приготовления и использования фитопрепаратов, поскольку для их приготовления зачастую не нужно специальное оборудование;
9. высокую эффективность при лечении функциональных расстройств организма и легких форм болезней;
10. общий оздоровительный эффект лекарственных растений, которые стимулируют защитные силы организма, тем самым повышая иммунитет;
11. возможность заменить какой-либо непереносимый растительный ингредиент препарата или сбора на компонент схожего воздействия, но иной видовой группы, что исключит развитие аллергических реакций.

Наиболее общими *побочными эффектами*, которые отмечаются редко, для большинства лекарственных растений с сомногенным действием являются аллергические реакции (редко), при длительном применении высоких доз возможны угнетение деятельности внутренних органов, головная боль, тошнота, запор, вялость, сонливость, брадикардия, артериальная гипотензия, общая слабость, снижение работоспособности. Большинство таких растений и препаратов на их основе (кроме пустырника) не рекомендуется амбулаторно принимать пациентам, профессиональная деятельность которых связана с повышенным вниманием и быстротой психических и двигательных реакций. Специфические побочные эффекты наблюдаются у валерианы (бензодиазепиноподобная лекарственная зависимость; при редкой генетической патологии — изовалериановой ацидемии — прием валерианы вызывает коматозное состояние), у мяты (вдыхание ментола у маленьких детей может вызвать бронхоспазм и рефлекторное угнетение дыхания), у зверобоя (длительная солнечная инсоляция у светлокочих людей вызывает фотодерматиты).

Традиционными *противопоказаниями* для седативных фитопрепаратов являются индивидуальная гиперчувствительность к их компонентам, для некоторых детский возраст до 12 лет, беременность и период лактации (из-за содержания этанола в настойках и жидких экстрактах), выраженная сердечная, почечная и печеночная недостаточность (особенно в отношении пиона), а также склонность к алкоголизму и использование лекарственной формы настоек в неразведенном виде [12, 13].

При проведении фитотерапии следует руководствоваться следующими *принципами* [10–14]:

1. принципом поливалентности, так как многие растения обладают широким спектром терапевтического действия. Это позволяет выбирать и рекомендовать для лечения растительные препараты, наиболее подходящие данному человеку, исходя из характера, выраженности расстройств сна, а также наличия коморбидных состояний;
2. принципом непрерывности терапии. На практике продолжительность курса лечения хронических болезней составляет от 25–30 дней до нескольких месяцев. В большинстве случаев приходится иметь дело с многолетними инсомниями, требующими длительного и чаще всего непрерывного лечения. В таком случае после 4–5 недель приема лекарств необходимо сделать перерыв на 7–14 дней. Во избежание привыкания и снижения терапевтической активности лекарств рекомендуется изменять состав сборов с близкими фармакологическими свойствами;
3. временным принципом — использование биоритмических характеристик действия препарата. В частности, препараты с сомногенным эффектом назначают в вечерние часы и перед сном, в то время как стимулирующие фитопрепараты (для снижения сонливости в период бодрствования) предпочтительны в первой половине дня. По некоторым наблюдениям, были зафиксированы и сезонные колебания в эффективности растительных лекарственных средств, в частности, большая эффективность снотворных фитопрепаратов осенью и зимой;
4. принципом «от простого к сложному», от малых доз к более высоким. Фитопрепараты, эффективные в малых и средних дозах, при назначении высоких доз могут действовать противоположным образом;
5. принципом учета качества лекарственного средства. Вышеобозначенные принципы вступают в силу только при условии выполнения этого пункта.

Выбор фитопрепаратов, дозировка, необходимость их комбинирования с другими препаратами, растительными или лекарственными, определяется не только характером, но также стадией и глубиной расстройств сна.

1. На начальных этапах, в случаях неярко выраженных непродолжительных расстройств сна, растительные лекарственные средства назначаются в качестве монотерапии и в комбинации с другими нелекарственными методами лечения.
2. В случае выраженных продолжительных расстройств сна растительные препараты комбинируются друг с другом, с мелаксеном, донормилом и нелекарственными методами воздействия. При неэффективности фитопрепаратов целесообразно назначать сильнодействующие синтетические лекарственные препараты (снотворные или альтернативные группы препаратов). Тогда растительные препараты могут служить дополнительными средствами, способными потенцировать их действие, снижать токсичность для организма, параллельно корректировать коморбидные состояния.

3. На этапе выздоровления комплексные растительные препараты (КРП) можно использовать для вытеснения синтетических препаратов из организма.
4. В период реабилитации фитопрепараты должны занять ведущее положение.

Практика показала, что воздействие лекарственных трав на людей различно и зависит от множества индивидуальных факторов, таких как условия жизни и питания, характера работы, течение болезни [10, 19].

Поэтому выбор препарата и схема его приема должны быть индивидуализированы. Фитотерапевты разработали следующую шкалу разовых доз приема лекарственных растений по возрастам:

- от 25 до 60 лет — 1 доза;
- от 15 до 25 лет — 2/3 дозы;
- от 7 до 15 лет — 1/2 дозы;
- от 4 до 7 лет — 1/3 дозы;
- от 3 до 4 лет — 1/6 дозы;
- от 2 до 3 лет — 1/8–1/4 дозы;
- от 1 года до 2 лет — 1/12–1/8 дозы.

Чаще всего одна целая доза сбора из высушенных растений составляет одну столовую или десертную ложку, что соответствует 2–5 г для листьев, цветков и травы, и 6–8 г для корней и коры. В сутки количество принимаемых доз может достигать 10, но только в том случае, когда лекарственное сырье не содержит сильнодействующих веществ.

Варианты использования снотворных фитопрепаратов разнообразны [13, 19].

I. Отвары как отдельных лекарственных трав, так и травяных сборов. Прием сборов, а не отдельных компонентов считается более эффективным.

Ниже приведены примеры успокаивающих сборов со снотворным эффектом.

1. Трава пустырника — 30 г, корень валерианы — 20 г, мята перечная — 30 г, шишки хмеля — 30 г. Принимать по половине стакана три раза в день.
2. Листья мяты перечной — 20 г, листья вахты трехлистной — 20 г, трава чабреца — 20 г, корень валерианы — 20 г. Пьют небольшими порциями 3–4 раза в день.
3. Трава вереска — 20 г, трава пустырника — 20 г, цветы календулы — 20 г, лист Melissa — 20 г, трава донника — 20 г. Употреблять по полстакана три раза в день.
4. Корень валерианы — 20 г, цветки ромашки — 20 г, семена фенхеля — 30 г, цветки боярышника — 20 г. Принимать небольшими порциями 3–4 раза в день.
5. Цветы ромашки — 30 г, плоды фенхеля — 20 г, лист мяты перечной — 20 г, плоды тмина — 20 г. Принимать утром и вечером по одному стакану.

II. Настои и настойки лекарственных трав.

Существуют настои водные и настойки спиртовые на основе отдельных препаратов и травяных сборов. Са-

Таблица 2
Классификация лекарственных трав, имеющих снотворный эффект

Однокомпонентные	Комбинированные	Комбинированные растительно-синтетические
Валериана лекарственная (корневища и корни) Пустырник сердечный (трава) Мелисса лекарственная (трава) Мята перечная (листья, масло) Хмель обыкновенный (шишки) Пион уклоняющийся (трава, корневища и корни) / Марьян корень Пассифлора инкарнатная / Страстоцвет (трава) Зверобой продырявленный (трава) Боярышник (плоды, цветки) Чабрец / Тимьян ползучий (трава) Душица / Мята лесная (трава) Донник лекарственный (трава) Горицвет весенний (трава)	Седативные сборы № 1, № 2, № 3 Дормиплант Ново-Пассит Персен Седасен Седофлор Седофлекс Санасон, Сонга Найт Фиторелакс Фитосед Фито Ново-сед Нобрассит Кардиофит Нервофлукс Бальзам «Московия» Капли Зеленина Капли «Гербион» и др.	Седавит Унисин Успокой Адонис-бром Броменвал Корвалол Валоседан Валеодикрамен Валокормид Кравалеон Карниланд Валокордин Валосердин, Доппельгерц, Биовиталь Геровитал Валерианасель Микстуры Ткачева и Шарко и др.),

мые популярные настойки отдельных фитопрепаратов: настойки пустырника, валерианы, полыни, зверобоя, боярышника, пиона уклоняющегося. Их употребляют, добавляя необходимое количество капель в воду. Наиболее распространенные водные настои — травы пустырника и корня валерианы.

III. Снотворные травяные подушки.

Для наполнения подушек обычно используют шишки хмеля, лаванду, душицу, мяту, чабрец, герань, зверобой, лавр благородный, хвою сосны. Поскольку сон на травяных подушках не всегда удобен, в наволочку с обычной подушкой вкладывают небольшой плоский матерчатый мешочек со смесью снотворных трав.

IV. Травяные ванны: ванны с отварами трав (хвоя сосны, шишки хмеля, корень валерианы). Ванну с травами обычно принимают за полчаса–час до сна в течение 20 минут. Температура воды в ванне 37–40 °С.

V. Ароматические масла с травами: лаванды, шалфея, мелиссы, розы, нероли. Ароматические масла наносятся на виски, на подушку (несколько капель) или добавляются в ванну перед сном (около 10 капель на ванну).

VI. Фармакопрессура — метод, представляющий синтез точечного массажа и фитотерапии, — втирание извлечений из растений в биологически активные точки. Здесь и механическое раздражение, и фармакологическое воздействие, усиливающее и модифицирующее рефлекторное действие на организм.

Седативные фитопрепараты с сомногенным действием представлены тремя группами: однокомпонентные, комбинированные и комбинированные растительно-синтетические (табл. 2).

Однокомпонентные фитопрепараты состоят из одного лекарственного растения. Ниже представлена информация о наиболее популярных и эффективных лекарственных травах, оказывающих позитивное действие на сон (табл. 3).

1. Валериана (*Valeriana officinalis*) — растение, содержащее в корнях и корневище эфирное масло. Фармакологические эффекты валерианы обусловлены входящими в ее состав биологически активными веществами (более 150 химических соединений, большая часть которых физиологически активные), прежде всего валереновой кислотой, валепотриатами и валеранолом [20]. Так, валереновая кислота является специфическим аллостерическим модулятором ГАМК-А-рецепторов [21–23], а также парциальным агонистом 5-HT-рецепторов (подтип 5a) [22–24], препятствует разрушению ГАМК в центральной нервной системе (ЦНС) [20].

В исследовании влияния экстракта валерианы на цикл сна и бодрствования у крыс с нарушениями сна показано, что наиболее быстрое наступление сна наблюдается при его использовании в дозах 1000–3000 мг/кг [25]. В анализируемых дозах экстракт валерианы значительно увеличивал частоту дельта-волн, не оказывая существенного влияния на общее время бодрствования, на REM-фазу сна даже в дозе 3000 мг/кг [25].

В двойных слепых плацебо-контролируемых рандомизированных исследованиях продемонстрированы такие эффекты экстракта валерианы, как улучшение качества сна, удлинение времени сна и уменьшение продолжительности периода засыпания [26, 27].

По результатам мета-анализа в 16 рандомизированных плацебо-контролируемых исследованиях с участием 1093 пациентов показано, что препараты валерианы улучшают качество сна у больных, страдающих инсомнией, не вызывая при этом каких-либо побочных эффектов [29]. Имеются и другие данные, убедительно свидетельствующие о том,

Таблица 3
Характеристика отдельных лекарственных трав,
обладающих сомногенным действием

Активные компоненты	Фармакологическое действие
Valeriana officinalis	
Сесквитерпеновые кислоты (валереновая, ацетоксивалереновая)	Анксиолитическое Седативное Антидепрессантное Спазмолитическое Миорелаксантное Противосудорожное
Валепотриаты	Седативное Спазмолитическое
Melissa officinalis	
Цитраль	Седативное Миорелаксантное Анксиолитическое
Фенольные кислоты (кофейная, розмариновая)	Анксиолитическое Антиоксидантное
Кариофиллен	Антиоксидантное Противовоспалительное действие при заболеваниях ЖКТ Анальгезирующее
Mentha piperita	
Ментол	Спазмолитическое Противовязывное Цитопротекторное
Цинеол	Анксиолитическое Антидепрессантное
Карвон	Противосудорожное
Розмариновая кислота	Противоаллергическое Антиоксидантное Антимутагенное
Leonurus cardiaca L.	
Иридоиды	Анксиолитическое Гипотензивное Спазмолитическое
Флавоноиды	Гипотензивное Спазмолитическое
Тритерпены	Кардиотоническое Антиатеросклеротическое
Дитерпены	Желчегонное

что экстракт валерианы оказывает мягкий отсроченный эффект, и его использование может быть показано для улучшения состояния пациентов с хронической инсомнией, особенно в сочетании с нефармакологическими методами [28, 31]. Последние данные доказательной медицины позволяют считать валериану эффективным и безопасным средством для лечения нарушений сна не только у взрослых, но и у детей, в том числе страдающих гиперактивностью [30].

2. Лимонная мята (*Melissa officinalis*), также известная как цитрон-мелисса, уже с античных времен использовалась не только как пряная добавка к блюдам, но и как лекарственное растение. Свое латинское название эта

травя получила в связи со свойством притягивать пчел (греч. *meliteia* — мед). Поэтому в Древней Греции и Древнем Риме это растение использовали на пастбищных участках для пчел.

В наши дни мелисса прежде всего используется для лечения невротических состояний, при нарушениях сна, функциональных желудочно-кишечных расстройствах. В 1984 году комиссия из федерального органа здравоохранения Германии BGA внесла статью о мелиссе в фармацевтический справочник по вышеуказанным показаниям.

Фармакологически активными ингредиентами в мелиссе являются листья, которые содержат по 0,05 % следующих элементов: эфирные масла с основным компонентом цитронелал, цитрал-а и -б, моно- и сескитерпены, дубильные вещества *Laminaceae*, тритерпеновые кислоты, горькие вещества, флавоноиды.

Действие мелиссы лекарственной обусловлено входящими в ее состав компонентами: альдегидами монотерпеноидов, полифенольными соединениями, флавоноидами, гликозидами монотерпена [32, 33].

Лекарственные средства на основе мелиссы лекарственной в виде настойки, экстракта, таблеток, измельченного сырья оказывают анксиолитическое, миорелаксантное, седативное и антидепрессантное действия. Кроме того, мелисса лекарственная обладает противосудорожным, антигипертензивным, противоаритмическим, спазмолитическим и противорвотным эффектами. Предположительно, мелисса оказывает угнетающее действие на ацетилхолинэстеразу головного мозга и влияет на активность никотиновых и мускариновых рецепторов в коре больших полушарий [34, 35, 36].

Седативный и улучшающий засыпание эффекты после орального введения масла лимонной мяты были подтверждены в экспериментах на животных. Применение экстракта мелиссы в дозе 3–6 мг/кг вызывало снотворный эффект у мышей и способствовало увеличению продолжительности сна, вызванного введением пентобарбитала [37]. Цитраль (100 и 200 мг/кг в/б) увеличивает у мышей продолжительность сна, вызванного введением барбитуратов [38].

Мелиссу часто комбинируют с другими лекарственными средствами, чаще всего с валерианой. Это сочетание оказывает благоприятное влияние на качество сна здоровых пациентов, а у лиц с нарушениями сна не уступает по эффективности 0,125 мг триазолама. В контролируемом двойном слепом исследовании 68 пациентов с инсомнией [39] было отмечено заметное улучшение качества сна после лечения стандартизованным экстрактом валерианы с мелиссой по сравнению с плацебо.

3. Средства растительного происхождения на основе мяты перечной (*Mentha piperita*) в виде настойки, порошка, таблеток, сырья растительного измельченного оказывают анксиолитическое, седативное, умеренное спазмолитическое, желчегонное, противорвотное и местнораздражающее действия.

Основными активными компонентами листьев мяты перечной являются эфирное масло (0,5–4 %), которое содержит ментол (30–55 %), главным образом в форме свободного спирта) и ментон (14–32 %), а также изоментон (2–10 %), 1,8-цинеол (6–14 %), α -пинен (1,0–1,5 %), β -пинен (1–2 %), лимонен (1–5 %), неоментол (2,5–3,5 %), ментофуран (1–9 %) [40–43], карвон, розмариновую кислоту и ментилацетат.

Фармакологические эффекты мяты перечной обусловлены преимущественно компонентами эфирного масла, из которых наиболее изученным является ментол. Ментол обладает спазмолитическим [44], противоязвенным и цитопротекторным действиями [45]. При сублингвальном приеме ментол раздражает холодовые рецепторы слизистой оболочки ротовой полости, тем самым стимулируя образование и высвобождение энкефалинов, эндорфинов, динарфинов и пептидов, играющих важную роль в регуляции болевых ощущений, проницаемости и тонуса сосудов, в модуляции различных медиаторных систем.

Другой компонент — цинеол, назначаемый в дозе 400 мг/кг, в ряде поведенческих тестов оказывает противотревожное действие, не влияя на общую двигательную активность (ОДА) у мышей [43], а в дозах 200 и 400 мг/кг обладает антидепрессантным эффектом и снижает латентность сна, вызванного введением пентобарбитала [46].

4. *Трава пустырника (Leonurus cardiaca L.)* — одно из наиболее широко используемых лекарственных растений седативного действия. Настойка пустырника применяется как успокаивающее средство в ранней стадии гипертонической болезни, при нарушениях сна [47]. Мнения относительно действующих веществ пустырника противоречивы. Наиболее вероятно, что это комплекс флавоноидов, иридоидов, алкалоидов. В траве пустырника идентифицированы флавоноиды, алкалоиды, протоалкалоид стахидрин, иридоиды, дитерпены (горечь марубин), фитол, тритерпены, урсоловая кислота (0,3 %), производные гидроксикоричных кислот, гликозид простых фенолов, дубильные вещества, эфирное масло, органические кислоты (в том числе в виде солей калия), сапонины, смолы, витамин С, токоферол и каротиноиды [47, 48].

Иридоиды рассматривают как одни из основных действующих веществ травы пустырника, они оказывают анксиолитическое действие. Согласно классической точке зрения, пустырник — растение с ярко выраженными седативными свойствами. Но спектр его фармакологических свойств, очевидно, шире. Пустырник может оказывать положительный эффект при малых эпилептических припадках, обладает гипотензивным и спазмолитическим действием (благодаря, в частности, действию флавоноидов, иридоидов), кардиотоническими свойствами, являясь синергистом сердечных гликозидов, антиатеросклеротической активностью (за счет тритерпенов), улучшает пищеварение и оказывает желчегонный эффект (за счет горечей, флавоноидов) [47].

Пустырнику отдают предпочтение при необходимости седативного эффекта в педиатрии, при беременности и кормлении грудью [47], но для этих категорий пациентов нужна особая тщательная оценка соотношения пользы и риска.

Настой травы пустырника входит в состав микстуры Траскова, извлечения из пустырника или сухое сырье — в состав различных комбинированных лекарственных препаратов и ряда биологически активных добавок (например, Релаксфлора).

Таким образом, метод фитотерапии является альтернативным и высокоэффективным методом лечения инсомнии, но он должен не отвергать, а существенно дополнять другие методы современной медицины.

Список литературы

1. Ковальзон В. М., Вербицкий Е. В. // Современные проблемы физиологии и экологии морских животных. Апатиты: Изд-во ММБИ/КНЦ РАН. 2003. С. 15–20.
2. Вейн А. М. Расстройства сна, основные патогенетические механизмы, методы коррекции // Расстройства сна. — СПб, 1995. С. 6–12.
3. Левин Я. И., Вейн А. М. Проблемы инсомнии в общемедицинской практике // Рус. Мед. Журн. — 1996. — № 3. — С. 16–19.
4. International classification of sleep disorders: Diagnostic and coding manual. 2nd ed. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine, 2005. 298 p.
5. Левин Я. И. Сомнология: сон, его структура и функции; инсомния // РМЖ. 2007. № 15. С. 1130.
6. Kripke D. F., Garfinkel L., Wingard D. L. et al. Mortality associated with sleep duration and insomnia // Arch. Gen. Psychiatry. 2002. Vol. 59. № 2. P. 131–136.
7. Chen F. P., Jong M. S., Chen Y. C., Kung Y. Y., Chen T. J., Chen F. J., Hwang S. J. Prescriptions of Chinese herbal medicines for insomnia in Taiwan during 2002. Evid-Based. Complement. Altern. Med., 2011.
8. Wheatley D. Medicinal plants for insomnia: a review of their pharmacology, efficacy and tolerability. J. Psychopharmacol., 2005, 19, 414–421.
9. Биологически активные вещества лекарственных растений / Георгиевский В. П., Колмиссаренко И. Ф., Дмитрук С. Е. — Новосибирск: Наука, Сиб. отделение, 1990. — 333 с.
10. Виноградова Т. А., Гажёв Б. Н. и др. Практическая фитотерапия / М.: «ОЛМА-ПРЕСС»; СПб.: Издательский Дом «Нева», «Валери СПД», 1998. — 640 с.
11. Мазнев Н. И. Энциклопедия лекарственных растений. 3-е изд., испр. и доп. — М.: Мартин 2004. — 496 с.
12. Муравьева Д. А., Самылина И. А., Яковлев Г. П. Фармакогнозия: Учебник. 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2002. — 656 с.
13. Перевозченко И. И. Лекарственные растения в современной медицине. — К.: О-во «Знание» УССР, 1990. — 48 с.
14. Попов В. И. и др. Лекарственные растения / В. И. Попов, Д. К. Шапиро, И. К. Данусевич. — 2-е изд. перераб. и доп. — Мн.: Полымя, 1990. — 304 с.
15. Shi Y, Dong JW, Zhao JH, Tang LN, Zhang JJ. Herbal Insomnia Medications that Target GABAergic Systems: A Review of the Psychopharmacological Evidence / Curr Neuropharmacol. 2014; 12 (3): 289–302.
16. Воробьева О. В. Стресс-индуцированные психоэмоциональные реакции // РМЖ. 2005. № 12. С. 798.
17. Ockert, W. A new dawn in the sleep disorders pipeline? Nat. Rev. Drug Discov., 2012, 11, 595–596.
18. Bateson, A. N. Further potential of the GABA receptor in the treatment of insomnia. Sleep Med., 2006, 7, S3–S9.
19. Ружикова Н. В. Основы фитотерапии. — Ростов-на-Дону: «Феникс», 2005.
20. Kemper K. J. Valerian (Valeriana officinalis) / K. J. Kemper // Longwood Herbal Task Force, 1999. — 25 p.
21. Yuan C. S. The gamma-aminobutyric acid effects of valerian and valerenic acid on rat brainstem neuronal activity / C. S. Yuan [et al.] // Anesth. Analg. — 2004. — Vol. 98, № 2. — P. 353–358.
22. Benke D. GABA-A receptors as in vivo for the anxiolytic action of valerenic acid, a major constituent of valerian root extracts / D. Benke [et al.] // Neuropharmacology. — 2009. — № 56. — P. 174–181.

23. Khom S. Valerianic acid potentiates and inhibits GABA(A) receptors: Molecular mechanism and subunit / S. Khom [et al.] // *Neuropharmacology*.— 2007.— № 34.— P. 45–49.
24. Dietz B. M. Valerian extract and valerianic acid are partial agonists of the 5-HT_{5a} receptor in vitro / B. M. Dietz [et al.] // *Brain. Res. Mol.*— 2005.— Vol. 138, № 2.— P. 191–197.
25. Shinomiya K. Effects of valerian extract on the sleep-wake cycle in sleep-disturbed rats / K. Shinomiya [et al.] // *Acta Med. Okayama*.— 2005.— Vol. 59, № 3.— P. 89–92.
26. Donath F. Critical evaluation of the effect of valerian extract on sleep structure and sleep quality / F. Donath [et al.] // *Pharmacopsychiatry*.— 2000.— № 33.— P. 47–53.
27. Schulz H. The effect of valerian extract on sleep polygraphy in poor sleepers: a pilot study / H. Schulz [et al.] // *Pharmacopsychiatry*.— 1994.— № 27.— P. 147–151.
28. Donath F. Critical evaluation of the effect of valerian extract on sleep structure and sleep quality / F. Donath [et al.] // *Pharmacopsychiatry*.— 2000.— № 33.— P. 47–53.
29. Bent S. Valerian for sleep: a systematic review and meta-analysis / S. Bent [et al.] // *Am. J. Med.*— 2006.— Vol. 119, № 12.— P. 1005–1012.
30. Hrastinger A. Is there clinical evidence supporting the use of botanical dietary supplements in children? / A. Hrastinger [et al.] // *J. Pediatr.*— 2005.— № 146.— P. 311–317.
31. Schulz H. The quantitative EEG as a screening instrument to identify sedative effects of single doses of plant extracts in comparison with diazepam / H. Schulz [et al.] // *Phytomedicine*.— 1998.— № 5.— P. 449–458.
32. Carnat A. P. The aromatic and polyphenolic composition of lemon balm (*Melissa Officinalis* L. subsp. *Officinalis*) tea / A. P. Carnat [et al.] // *Pharm. Acta. Helvetiae*.— 1998.— № 72.— P. 301–305.
33. 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 / J. Hohmann [et al.] // *Planta Med.*— 1999.— № 65.— P. 576–578.
34. Дикевич Е. А., Иванова Д. М. Применение препаратов растительного происхождения при лечении соматоформных расстройств // *РМЖ*. 2008. № 26. С. 1801.
35. Gundermann KJ, Godehardt E, Ulbrich M. Efficacy of a herbal preparation in patients with functional dyspepsia: a meta-analysis of double-blind, randomized, clinical trials. *Advances in Therapy* 2003; 1: 43.
36. de Sousa AC, Alviano DS, Blank AF, et al. *Melissa officinalis* L. essential oil: antitumoral and antioxidant activities. *J Pharm Pharmacol* 2004; 56 (5): 677–81.
37. ESCOP Monographs / European Scientific Cooperative on Phytotherapy.— 2nd Ed.— Exeter, 2003.— 568 p.
38. do Vale T. G. Central effects of citral, myrcene and limonene, constituents of essential oil chemotypes from *Lippia alba* / T. G. do Vale [et al.] // *Phytomedicine*.— 2002.— Vol. 9, № 8.— P. 709–714.
39. Dressing H. Insomnia: are valerian / balm combination of equal value to benzodiazepine? / H. Dressing [et al.] // *Therapiewoche*.— 1992.— № 42.— P. 726–736.
40. Blaschek W. Hagers. *Handbuch der pharmazeutischen Praxis. Folgeband 2: Drogen A-K* / W. Blaschek.— 5th ed.— Berlin, Springer-Verlag, 1998.— 909 p. 37.
41. Bisset N. G. Herbal drugs and phytopharmaceuticals / N. G. Bisset.— Boca Raton, FL, CRC Press, 1994.— 302 p. 38.
42. Bruneton J. *Pharmacognosy, phytochemistry, medicinal plants* / J. Bruneton.— Paris, Lavoisier, 1995.— 928 p. 39.
43. Samuelsson G. *Drugs of Natural Origin. A textbook of Pharmacognosy* / G. Samuelsson.— 5th revised edition. London, 2004.— 620 p.
44. Nolen H. W. Menthol-β-D-Glucuronide: A Potential Prodrug for Treatment of the Irritable Bowel Syndrome / W. Harold, D. R. Friend // *Pharmaceutical Research*.— 2010.— Vol. 11, № 12.— P. 1385–1390.
45. Al-Mofleh I. Antisecretagogue, antitumor and cytoprotective effects of Peppermint *Mentha piperita* L. in laboratory animals / I. Al-Mofleh [et al.] // *J. Med. Sci.*— 2006.— Vol. 6, № 6.— P. 930–936.
46. Gomes P. B. Anxiolytic-like effect of monoterpene 1,4-cineol in mice / P. B. Gomes [et al.] // *Pharmacology Biochemistry and Behavior*.— 2010.— № 96.— P. 287–293.
47. Данилов С. А. Пустырник: фитохимические особенности и новые грани фармакологических свойств / С. А. Данилов, С. Ю. Штрыголь, С. И. Степанова // *Провизор*.— 2011.— № 9.— С. 27–30.
48. Романенко Е. А., Кошевой О. Н., Комиссаренко А. Н. Исследование фенольных соединений спиртового экстракта травы пустырника. Новые лекарственные препараты: Экспресс-информация, 1983.— N 10. С. 18–22.

Для цитирования. Корабельникова Е. А., Данилов Ал. Б. Применение препаратов лекарственных трав для лечения инсомнии // *Медицинский алфавит. Серия «Неврология и психиатрия»*.— 2019.— Т. 2.— 19 (394).— С. 11–18.

Ведущие специалисты обсудили ключевые вопросы психиатрии и наркологии на конференции в Санкт-Петербурге

В городе на Неве 30–31 мая прошла II региональная научно-практическая конференция «Инновации в диагностике и лечении психических и наркологических расстройств: междисциплинарный подход», объединившая ведущих специалистов в области психического здоровья. На нее приехало более 460 врачей самых разных профилей: психиатров, психиатров-наркологов, неврологов, психотерапевтов, клинических психологов, специалистов в смежных областях и организаторов здравоохранения. Свыше 150 врачей смогли стать участниками онлайн-трансляции, которая велась на сайте мероприятия.

На конференции принято решение объединить усилия и сформировать рабочую группу в Северо-Западном федеральном округе, которая займется разработкой согласованных предложений в Минздрав России. Она будет вырабатывать общие методические подходы к вопросам статистического учета психиатрической и наркологической заболеваемости, показатели работы профильных служб, а также привлекать региональных специалистов к работе по актуализации порядков и стандартов оказания специализированной помощи, профессиональных стандартов и клинических рекомендаций.

В рамках научной программы обсуждались вопросы диагностики и терапии психических и наркологических расстройств, коморбидной патологии, междисциплинарного взаимодействия специалистов, состоялись клинические дискуссии. Отдельные дискуссии были посвящены проблемам диагностики и лечения шизофрении с учетом новейших достижений нейронаук. Несмотря на все достижения совре-

менной психофармакотерапии, проблема эффективности и результативности терапии этого расстройства остается по-прежнему актуальной. Меняются подходы к диагностике, к систематизации шизофрении, и это особенно важно в преддверии нового пересмотра международной классификации болезней. При этом современные концепции развития шизофрении представляют для психиатров особый интерес.

Также было представлено исследование, посвященное атонической форме умственной отсталости. Главный внештатный детский специалист-психиатр Минздрава России в СЗФО, руководитель отделения детской психиатрии НИИЦ ПН имени В. М. Бехтерева, профессор Игорь Владимирович Макаров отметил, что сегодня существует четкое понимание и клиническая картина этой формы олигофрении, но многие детские психиатры в регионах не знакомы с психопатологическими проявлениями психической атонии у детей. Далее он огласил данные по клинике и динамике данного заболевания и представил доклад «Проблемы и перспективы организации психиатрической помощи детям и подросткам».

Особое внимание было уделено профессиональному росту молодых специалистов, которые работают в психиатрии, наркологии и других смежных специальностях. Всем участникам конференции вручили свидетельства об обучении в рамках реализации непрерывного медицинского образования. Формат мероприятия вновь показал его востребованность как для практикующих врачей, так и организаторов психиатрической и наркологической помощи.