



О. А. Шавловская

Препараты растительного происхождения в терапии тревожных состояний

О. А. Шавловская, д.м.н.

ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет)» Минздрава России, г. Москва

Therapy of anxiety disorders with herbal drugs

O. A. Shavlovskaya

Sechenov First Moscow State Medical University, the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow

Резюме

Растительные лекарственные препараты отличаются от транквилизаторов небензодиазепинового ряда меньшей частотой нежелательных явлений и лекарственных взаимодействий. Официальные препараты растительного происхождения рассматриваются в качестве альтернативной терапии кратковременных субсиндромальных или «неразвернутых» (мягких) тревожных состояний или используются для усиления эффективности рецептурных препаратов.

Ключевые слова: тревожные состояния, препараты растительного происхождения, витамины группы В.

Summary

Herbal medicinal drugs differ from non-benzodiazepine tranquilizers by lower rate of adverse events and drug interactions. Official herbal preparations are considered as an alternative therapy for a short-term subsyndromal or 'covert' (mild) anxiety disorders or used to enhance efficacy of prescription drugs.

Key words: anxiety disorders, herbal drugs, vitamins B.

Эмоции составляют неотъемлемый компонент и проявление жизнедеятельности человека. Разновидностей положительных эмоций всего две: радость и интерес. Отрицательные эмоции имеют более широкий спектр, чем положительные, и делятся на биологические (тревога, страх, страдание, гнев и их производные) и социальные (стыд, вина, боязнь утраты своего «я») [1]. Особое место среди них занимает тревога, являющаяся одним из наиболее древних эволюционных механизмов.

Тревога является обязательной составляющей интегративной реакции организма на стрессовое воздействие. Огромна роль дистресса (патологическая разновидность стресс-синдрома, который оказывает отрицательное влияние на организм, психическую деятельность и поведение человека вплоть до полной их дезорганизации) в формировании психовегетативных нарушений. Вегетативные изменения, следующие за дистрессом, очень разнообразны и могут проявляться практически во всех органах и системах организма [2]. Повышенная стрессодоступность и избыточные тревожные реакции ведут к формированию психовегетативного синдрома,

клинические проявления которого сопровождаются психическими и вегетативными симптомами [2]. Такими как усиленное или учащенное сердцебиение, потливость, ощущение нехватки воздуха, боль или дискомфорт в груди (в области сердца), тошнота (рвота) или другие желудочно-кишечные расстройства, ощущение головокружения, неустойчивости или приближающегося обморока, парестезиями, ознобом или приливами жара, учащенным мочеиспусканием, тремором [3].

Клинически тревожные расстройства (ТР) проявляются психическими и соматическими (вегетативными) симптомами, важной отличительной чертой которых является полисистемность [1, 3]. В качестве психических проявлений ТР наиболее часто выступают: опасения (беспокойство о будущих неудачах, ощущение волнения, трудности в сосредоточении и др.); беспокойство по мелочам; раздражительность и нетерпеливость; ощущение напряженности, скованности; суетливость; неспособность расслабиться; ощущение взвинченности или пребывания «на грани срыва»; невозможность сконцентрироваться; ухудшение памяти; быстрая утомляемость; страхи; навязчивые мысли, образы. Вегетативные

(соматические) проявления тревоги включают: потливость, холодные и влажные ладони; сухость во рту; ощущение «кома» в горле; чувство нехватки воздуха; напряжение и боль в мышцах; тошнота, понос, боли в животе; головокружение; предобморочное состояние; снижение либидо, импотенцию; напряжение и боль в мышцах; учащенное сердцебиение; приливы жара или холода.

Тревога, чувство внутреннего напряжения, раздражительность — жалобы, часто встречающиеся на приеме у врача. В течение жизни примерно у 50 % населения выявляются отдельные симптомы тревоги или синдромально очерченные тревожные расстройства [4]. Нередко субсиндромальные тревожные состояния скрываются за массивной вегетативной дисфункцией, формируя психовегетативный синдром, и при этом своевременно не диагностируются [5]. Проведенное в России исследование КОМПАС [6, 7] на более 10 тысячах пациентов амбулаторной и стационарной общесоматической сети выявило расстройства тревожно-депрессивного спектра у 45,9 % больных, завершённые депрессивные расстройства в 23,8 % случаев. Де-

прессивные расстройства при ишемической болезни сердца наблюдаются в 30,9% случаев, при артериальной гипертензии (АГ) — в 27,6%. В исследовании КООРДИНАТА, носившем проспективный характер, убедительно показано, что депрессивные и тревожные расстройства чаще всего не распознаются врачами общей практики и оказывают неблагоприятное влияние на течение сердечнососудистых заболеваний, в частности, АГ [6].

В основе формирования тревоги лежит нарушение баланса некоторых медиаторов: серотонина, норадреналина и ГАМК. Противотревожные препараты в основном реализуют свое действие именно через эти медиаторные системы. При лечении тревожных расстройств широко применяют различные психотропные препараты. Для купирования остро возникшей тревоги наиболее часто используют анксиолитики — производные бензодиазепа [8], из которых чаще других — феназепам и диазепам, реже назначаются транквилизаторы и антидепрессанты. Среди ГАМК-ергических анксиолитиков ведущее место занимают бензодиазепиновые транквилизаторы. Основным преимуществом бензодиазепиновых анксиолитиков является быстрое и реальное достижение терапевтического эффекта. Однако их использование затруднено из-за ряда побочных эффектов, возможного развития лекарственной зависимости и синдрома отмены, затрудняющих повседневную активность пациента. Ряд пациентов избегают приема бензодиазепинов, опасаясь развития симптомов привыкания, «поведенческой токсичности». Действительно, не все пациенты хорошо переносят используемые транквилизаторы бензодиазепинового ряда в силу быстрого развития побочных действий (вялость, мышечная слабость, нарушение внимания). В особенности это касается пациентов детского возраста [1] и лиц пожилого возраста [9], страдающих тревожными расстройствами. Пациенты часто опасаются развития у них нарушений координации в связи со страхом падения, появлением неустойчивости, опасаются развития симптомов зависимости [8]. Согласно данным ВОЗ, предпочтение лекарственным средствам растительного происхождения отдают до 80% населения планеты [10]. Но все-таки

не стоит упускать из виду тот факт, что по мере усложнения клинической картины и хронизации тревоги приоритет все в большей степени отдается антидепрессантам или комбинированной терапии.

В связи с этим все чаще поднимается вопрос об альтернативной терапии тревожных расстройств. В качестве такой альтернативы рассматриваются препараты растительного происхождения. Эксперты Всемирной организации здравоохранения рекомендуют перед назначением препаратов бензодиазепинового ряда рассмотреть возможности альтернативной терапии (небензодиазепиновые анксиолитики, препараты растительного происхождения). Одним из наиболее эффективных и безопасных альтернативных способов терапии субсиндромальных тревожных расстройств является использование растительных успокаивающих средств на основе валерианы, Melissa, пассифлоры, душицы, вереска либо пустырника [11]. Официальные препараты растительного происхождения, имеющие существенно меньше побочных эффектов, могут рассматриваться в качестве альтернативной терапии или использоваться для усиления эффективности рецептурных препаратов. Основным же показанием для применения этой категории препаратов являются кратковременные субсиндромальные или неразвернутые (мягкие) тревожные расстройства. Среди растительных препаратов, обладающих анксиолитическим и успокаивающим действием с выраженной седативной активностью, можно выделить ряд целебных растений, которые могут назначаться как в виде травяных сборов, так и в виде таблетированных форм.

Сегодня Melissa лимонная (*Melissa officinalis*) применяется в медицине преимущественно как снотворно-седативное средство и для лечения функциональных гастроинтестинальных расстройств [12]. Melissa лимонная обладает анксиолитическим, ноотропным, антиоксидантным действиями [10]. Частота побочных эффектов при ее применении не отличается от таковой при применении плацебо [13]. В состав Melissa лимонной входят такие компоненты, как альдегиды монотерпеноидов, полифенольные соединения, флавоноиды, гликозиды монотерпена [14, 15].

Высказывается предположение, что Melissa оказывает угнетающее влияние на ацетилхолинэстеразу головного мозга и способна снижать активность никотиновых и мускариновых рецепторов в коре больших полушарий [16, 17]. Фитохимический анализ экстракт Melissa лекарственной выявил присутствие фенольных соединений, дубильных веществ, флавоноиды, алкалоиды и кумарины, но не других вторичных метаболитов, таких как антрахиноны и сапонины. Антиоксидантное, антиноцицептивное и противоопухолевое (антимутагенное) свойства Melissa лекарственной были продемонстрированы в экспериментальных исследованиях на мышах [18]. Melissa обладает также умеренным спазмолитическим и антимикробным действием, способностью стимулировать пониженный аппетит. Ее эффективность при функциональной диспепсии подтверждена результатами мета-анализа двойных слепых рандомизированных исследований [19].

В одном из исследований [20] представлен аналитический обзор, в котором дана характеристика (фитохимия, фармакологическая активность, фармакокинетика, токсичность) лекарственного растения Melissa лекарственная в условиях традиционного использования. Для анализа данных использовались материалы (печатные, электронные) статей по традиционной медицине, использующих Melissa лекарственную. Электронные базы данных включали статьи, цитируемые в Web of Science, PubMed, ScienceDirect, Google Scholar и Scopus, которые были опубликованы за период с 1956-го по 2015 год в разделе фармакологии и биохимии растений. Традиционное использование Melissa лекарственной было зафиксировано в основном в странах Европы, Средиземноморского региона и стран Ближнего Востока. Фитохимические исследования показали, что это растение содержит летучие вещества, тритерпеноиды, фенольные кислоты и флавоноиды, выделенных из Melissa лекарственной. В ряде клинических испытаний отмечены такие фармакологические действия, как анксиолитическое, противовирусное и спазмолитическое, а также влияние на настроение, познавательную способность и память. Основные предлагаемые механизмы,

реализующие эффекты Melissa лекарственной, связаны со стимуляцией ацетилхолина и ГАМК-рецепторов, а также с подавлением матричных металлопротеиназ-2. Данные научно-аналитического обзора продемонстрировали, что Melissa лекарственная может стать потенциальным источником для лечения широкого спектра заболеваний, в частности, тревожности [20].

Другим широко используемым природным средством, уменьшающим проявления тревоги и сопровождающих ее симптомов, является гинкго двулопастный (*Ginkgo biloba*), известный как гинкго билоба. Стандартизированные экстракты используются в лечении широкого круга заболеваний, включая потерю памяти, снижение концентрации внимания, спутанность сознания, депрессию, тревожность, головокружение, шум в ушах и головную боль [21]. Экстракт гинкго уменьшает симптомы тревоги и стресса, снижая уровень гормона кортизола, и оказывает антиоксидантный, вазодилаторный, антиагрегантный, противовоспалительный эффекты. Активные компоненты гинкго билоба стабилизируют состояние митохондриальных мембран, защищают нейроны от ишемии, снижают вязкость крови, тормозят формирование β -амилоида, усиливают активность холинергической системы [22]. Действие гинкго, как полагают ученые, основано на увеличении потока крови, снижении ее вязкости, повышении уровня нейромедиаторов и уменьшении количества вредных свободных радикалов.

К повышенной утомляемости, тревожности, раздражительности, бессоннице, нарушениям памяти и способности концентрировать внимание приводит дефицит водорастворимых витаминов. Известно, что витамины группы В обладают нейротропным действием. Так, витамин В₁ необходим для окислительного декарбоксилирования кетокислот (пировиноградной и молочной), синтеза ацетилхолина, который участвует в углеводном обмене и связанном с ним энергетическим, жировым, белковым, водно-солевым обменом, оказывает регулирующее воздействие на трофику и деятельность нервной системы. Витамин В₆ необходим для нормального функционирования центральной и периферической

нервной системы, участвует в синтезе нейромедиаторов. В фосфорилированной форме обеспечивает процессы декарбоксилирования, переаминирования, дезаминирования аминокислот, участвует в синтезе белка, ферментов, гемоглобина, простагландинов, обмене серотонина, катехоламинов, глутаминовой кислоты, ГАМК, гистамина, улучшает использование ненасыщенных жирных кислот, снижает уровень холестерина и липидов в крови, улучшает сократимость миокарда, способствует превращению фолиевой кислоты в ее активную форму. Витамин В₁₂ участвует в строительстве белковых и жировых структур защитного миелинового слоя, производстве метионина [23].

Фолиевая кислота наряду с витаминами группы В способствуют активизации обменных процессов, повышает иммунитет и нивелирует влияние различных стрессорных воздействий. В рандомизированном двойном слепом плацебо-контролируемом исследовании FACIT (Folic Acid and Carotid Intimamedia Thickness) дана оценка влияния на когнитивные функции фолиевой кислоты у пожилых лиц за трехлетний период наблюдения [24]. Более выраженные изменения когнитивных функций (память, скорость сенсомоторной реакции, скорость комплексной реакции, скорость обработки информации и беглость речи) отмечены в группе пациентов, принимавших фолиевую кислоту, в сравнении с плацебо. Кроме того, прием фолиевой кислоты не оказал влияния на скорость сенсомоторной реакции, комплексную скорость реакции и беглость речи.

В настоящее время комбинация таких лекарственных растений, как Melissa лимонная в сочетании с гинкго билоба, с витаминами группы В, фолиевой кислотой используется в виде растительного препарата Доппельгерц® актив Антистресс (производитель «Квайссер Фарма», Германия; дистрибьютор в России ООО «Квайссер Фарма») [25]. В состав одной таблетки препарата входят следующие ингредиенты: сухой экстракт Melissa (40 мг), сухой экстракт гинкго билоба (20 мг), никотинамид (16 мг), кальций-Д-пантотенат (6 мг), витамин В₁ (1,1 мг), В₂ (1,4 мг), В₆ (1,4 мг), В₁₂ (2,5 мкг), фолиевая кислота (200 мкг), биотин

(50 мкг). Помимо вышеуказанных компонентов, входящий в состав биотин, взаимодействуя с витаминами группы В, способствует улучшению общего состояния здоровья, а никотинамид, участвуя в процессах окисления и восстановления в клетке и метаболизме аминокислот, жиров, белков, насыщении кислородом тканей, оказывает общеукрепляющее действие. В качестве биологически активной добавки к пище Доппельгерц® актив Антистресс назначается с целью улучшения функциональной активности головного мозга, для восполнения дефицита витаминов, возникающих на фоне стресса, для повышения сопротивляемости организма при стрессовых ситуациях и постстрессового восстановления организма. Входящие в состав Доппельгерц® актив Антистресс компоненты обеспечивают его анксиолитическое, седативное, нейротропное и спазмолитическое действия. Рекомендации по применению Доппельгерц® актив Антистресс: одна таблетка один раз в день внутрь во время еды в течение двух месяцев; после перерыва в один месяц возможен повторный прием. Среди противопоказаний отмечены: детский возраст (до 14 лет), индивидуальная непереносимость компонентов препарата, беременность и период кормления.

Заключение

Официальные препараты растительного происхождения, имеющие существенно меньше побочных эффектов, могут рассматриваться в качестве альтернативной терапии или использоваться для усиления эффективности рецептурных препаратов. Основным же показанием для применения этой категории препаратов являются кратковременные субсиндромальные или неразвернутые (мягкие) тревожные расстройства.

Список литературы

1. Корабельникова Е. А., Будик А. М. Клинико-патогенетические и терапевтические аспекты тревожных расстройств // Лечащий врач. 2009; 9: 36–42.
2. Воробьева О. В. Стресс и расстройства адаптации // РМЖ. 2009; 17 (11): 789–793.
3. Вейн А. М., Дюкова Г. М., Воробьева О. В., Данилов А. Б. Панические атаки. Руководство для врачей. М., ЭйдосМедиа. 2004. — 403 с.



Доппельгерц® актив Антистресс

Уникальный комплекс витаминов
и лекарственных растений,
помогающих защитить организм от стресса



Комплекс содержит необходимые витамины и лекарственные травы, обладающие успокаивающими свойствами и улучшающие функциональную деятельность головного мозга, а также:

- восполняет дефицит витаминов, возникающий на фоне стресса
- способствует скорейшему восстановлению организма после стресса

Рекомендации по применению:

взрослым и детям старше 14 лет
по 1 таблетке 1 раз в день во время еды.

Продолжительность приема 2 месяца.
После перерыва в 1 месяц возможен повторный прием.



**Сделано в
Германии**

БИОЛОГИЧЕСКИ АКТИВНАЯ ДОБАВКА. НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ
ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ

4. Авдеева Т., Кинкулькина М. А. Препараты растительного происхождения в терапии тревожных расстройств // *Врач*. 2008; 11: 49–52.
5. Соловьева Э. Ю. Смешанное тревожное и депрессивное расстройство в общесоматической практике // *Consilium Medicum*. 2009; 11 (2): 37–42.
6. Ромасенко Л. В., Пархоменко И. М., Кадушина Е. Б. Терапия расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с артериальной гипертензией // *Фарма-тека*. 2012; 19: 32–35.
7. Чазов Е. И., Оганов Р. Г. и др. Клинико-эпидемиологическая программа изучения депрессий в кардиологической практике: у больных артериальной гипертензией и ишемической болезнью сердца (КООРДИНАТА): первые результаты многоцентрового исследования // *Кардиология* 2007; 2: 14–18.
8. Ромасенко Л. В., Кадушина Е. Б., Пархоменко И. М. Новые возможности терапии генерализованного тревожного расстройства // *Лечащий врач*. 2013; 9: 116–118.
9. Лазебник Л. Б., Кузнецов О. О. Эффективность Ново-пассита в комплексной терапии пожилых больных // *Психиатрия и психофармакотерапия*. 1999; 3.
10. Дикевич Е. А., Иванова Д. М. Применение препаратов растительного происхождения при лечении соматоформных расстройств // *РМЖ*. 2008; 16 (26): 1801–1805.
11. Медведев В. Э. Купирующий анксиолитический эффект препаратов растительного происхождения в общей медицинской сети. // *Consilium medicum*. 2011; 1: 24–28.
12. Schulz V. *Rational Phytotherapy: A Physicians' Guide to Herbal Medicine*, ed. 5. Berlin, Springer, 2004.
13. Akhondzadeh S, Noroozian M, Mohammadi M, et al. *Melissa officinalis* extract in the treatment of patients with mild to moderate Alzheimer's disease: a double blind, randomized, placebo controlled trial. // *J NeurolNeurosurg Psychiatry*. 2003; 74 (7): 863–66.
14. Carnat A. P., Carnat A., Fraisse D. et al. The aromatic and polyphenolic composition of lemon balm (*Melissa Officinalis* L. subsp. *Officinalis*) tea. *Pharm Acta Helveticae* 1998; 72: 301–305.
15. Hohmann J, Zupko I, Redei D, et al. 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 Med* 1999; 65: 576–78.
16. Perry N., Court G., Bidet N. et al. European Herbs with cholinergic activities: potential in dementia therapy. // *Int. J. Geriatric Psychiatry* 1996; 11: 1063–69.
17. Wake G., Court J., Pickering A. et al. CNS acetylcholine receptor activity in European medicinal plants traditionally used to improve failing memory. // *J. Ethnopharmacol*. 2000; 69: 105–14.
18. de Carvalho N. C., Corrêa-Angeloni M. J., Leffa D. D. et al. Evaluation of the genotoxic and antigenotoxic potential of *Melissa officinalis* in mice // *Genet. Mol. Biol*. 2011; 34 (2): 290–297. doi: 10.1590/S 1415–47572011000200021.
19. Gundermann K. J., 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.
20. Shakeri A., Sahebkar A., Javadi B. *Melissa officinalis* L. A review of its traditional uses, phytochemistry and pharmacology // *J. Ethnopharmacol*. 2016; 188: 204–28. doi: 10.1016/j.jep.2016.05.010.
21. Катунина Е. А. Гинкго билоба: итоги полувекового опыта применения. Поли-модальность эффектов гинкго билоба: экспериментальные и клинические исследования. // *Прил. к журналу Consilium medicum*. Неврология и ревматология. 2013; 2: 53–57.
22. Левин О. С. Применение экстракта *Ginkgo biloba* (EGb 761) для лечения когнитивных нарушений при дисциркуляторной энцефалопатии // *РМЖ*. 2009; 17 (20): 1356–61.
23. Шавловская О. А. Терапия тревожных состояний препаратами растительного происхождения // *Эффективная фармакотерапия*. 2016; 25: 62–66.
24. Durga J., van Boxtel M. P. J., Schouten E. G. et al. Effect of 3 year folic acid supplementation on cognitive function in older adults in the FACIT trial: a randomised, double blind, controlled trial. // *Lancet*. 2007 Jan 20; 369 (9557): 208–216.
25. Доппельгерц актив Антистресс. Свидетельство о государственной регистрации КЗ.16.01.97.003.E.000054.02.17 от 21.02.2017.



Национальное общество по изучению
болезни Паркинсона и расстройств движений



Научный
ЦЕНТР НЕВРОЛОГИИ

IV Национальный конгресс по болезни Паркинсона и расстройствам движений с международным участием

11-13 сентября 2017, Москва, гостиница «Космос»

Ключевые тематики

1. История изучения болезни Паркинсона и расстройств движений
2. Ранние биомаркеры болезни Паркинсона
3. Клинический полиморфизм болезни Паркинсона
4. Современные технологии нейромодуляции в лечении болезни Паркинсона
5. Возможности персонализированной фармакотерапии болезни Паркинсона
6. Реабилитация при расстройствах движений
7. Новые генетические и клеточные технологии при расстройствах движений
8. Инновационные подходы к лечению расстройств движений: от эксперимента к клинике

Инна Фисенко
Тел.: +7 (495) 646 01 55 доб. 194, e-mail: parkinson-congress@ctogroup.ru

www.parkinson-congress.ru