

Фитотерапия в неврологии

20-21 марта в г. Харькове состоялась научно-практическая конференция «Болевые синдромы в практике невролога», в рамках первого пленарного заседания которой собственным видением возможностей комплексной коррекции расстройств адаптации при хронических болевых синдромах с присутствующими поделился руководителем отдела информационного анализа и международных научных исследовательских программ ГУ «Институт геронтологии им. Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины» (г. Киев), кандидат медицинских наук Сергей Георгиевич Бурчинский.

– В настоящее время боль рассматривается как эволюционно выработанный процесс, возникающий при воздействии на организм ноцицептивных стимулов или в результате угнетения естественной противоболевой системы и характеризующийся интеграцией дискриминативно-сенситивного, мотивационно-аффективного, нейроэндокринного и когнитивного компонентов адаптационного ответа.

В формировании болевого ощущения важную роль играют механизмы трансдукции, трансмиссии, модуляции и перцепции. Трансдукция – это процесс восприятия, трансформации и кодирования болевых импульсов с помощью специфических болевых рецепторов (ноцицепторов), предшествующий трансмиссии – передаче болевых стимулов по нервным проводникам в интегративные центры центральной нервной системы с помощью афферентных волокон. После этого на уровне головного мозга в вентробазальном таламическом комплексе и ретикулярной формации осуществляется обработка поступившей информации (этап модуляции), завершающаяся непосредственно формированием болевого ощущения (перцепцией) в коре головного мозга, определяющего мотивационно-аффективное поведение организма в ответ на травмирующее воздействие.

Нейрохимические механизмы регуляции боли можно разделить на ноцицептивные и антиноцицептивные. Первые реализуются путем нейрональных (активация мембранных натриевых и кальциевых каналов) и нейромедиаторных (интенсификация работы глутамат- и катехоламинергической систем) механизмов. В свою очередь, торможение избыточной болевой импульсации осуществляется за счет интенсификации деятельности опиатной и ГАМК-эргической систем организма.

По своей природе болевые синдромы могут быть нейрогенными и психогенными. Центральные нейрогенные болевые синдромы наблюдаются при таких состояниях, как рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, сирингомиелия, постинсультный болевой синдром, посттравматическая миелопатия. Периферические нейрогенные алгические синдромы диагностируются у пациентов с диабетической, травматической, токсической, алкогольной и компрессионной нейропатией, демиелинизирующей полирадикулонейропатией, невралгией тройничного нерва, постгерпетической невралгией.

Психогенные болевые синдромы в настоящее время принято рассматривать с позиций «органных неврозов», возникающих при нарушениях третьего или четвертого этапа формирования болевых ощущений и определяющихся дисбалансом в работе корковых и подкорковых (лимбико-ретикулярный комплекс) регуляторных центров с возникновением застойного очага возбуждения на уровне вентробазального таламуса. В основном они обусловлены ослаблением ГАМК-эргической медиации и почти всегда сочетаются с психоэмоциональными

расстройствами и нарушениями сна. Важно отметить, что нейрогенные и психогенные болевые синдромы сопровождаются изменениями адаптации функций центральной нервной системы, что требует применения соответствующей фармакотерапии.

По данным Е.А. Alderfeld (2009), психогенные болевые синдромы в 80-90% случаев сопровождаются психоэмоциональным дисбалансом (раздражительностью, плаксивостью, неустойчивостью настроения, беспокойством, напряжением) и в 75-80% – нарушениями сна. При этом клинически выраженное тревожное расстройство отмечается только у 10-15%, а депрессия – у 15-18% пациентов.

Зачастую изменения в психоэмоциональной сфере, сопутствующие болевому синдрому, значительно хуже переносятся пациентами по сравнению с самими болевыми ощущениями и приводят к социальной дезадаптации. Многочисленные наблюдения указывают на то, что наиболее эффективными средствами в лечении больных с выраженными проявлениями тревоги и депрессии являются анксиолитики и антидепрессанты. При этом такие симптомы, как раздражительность, беспокойство, напряжение, плаксивость, эмоциональная нестабильность, нарушения сна, достаточно хорошо поддаются терапии седативными средствами, большинство из которых являются фитопрепаратами. Одно из главных преимуществ этих соединений заключается в том, что в отличие от веществ химической природы они не являются чужеродными для организма и позволяют корректировать метаболические процессы путем, максимально приближенным к физиологическому. Кроме того, растительные седативные средства отличаются широтой терапевтического действия, безопасностью и в большинстве случаев могут использоваться как в целях фармакотерапии, так и в виде профилактики.

Одними из наиболее известных седативных фитопрепаратов с длительной историей применения в медицинской практике являются средства на основе валерианы.

Анализ химической структуры экстракта валерианы показал, что в его состав входит около 120 активных соединений, представленных моно- и сесквитерпенами, иридоидами, алкалоидами, аминокислотами, полифенольными кислотами, стероидами, танинами. Следует подчеркнуть, что в соответствии с отчетом Европейского агентства по лекарственным препаратам (ЕМА) от 2007 г. традиционные монопрепараты валерианы (настойка и сухой экстракт в таблетках) не отвечают современным стандартам эффективности, поскольку им свойственна нестабильность содержания основных биологически активных компонентов валерианы в конечном продукте, приводящая к нестойкости клинико-фармакологического действия и непрогнозируемости результатов лечения.

Избежать подобных нежелательных явлений, сохранив терапевтическую эффективность активных компонентов валерианы, позволяют современные лекарственные средства на ее основе, одним из представителей которых является препарат Валерика производства Борщавоговского химико-фармацевтического завода. В процессе производства Валерики корни валерианы проходят стадию подготовки по специальной технологии, заключающуюся в прокатывании измельченного сырья и ломке его клеточной структуры под влиянием раздавливания и стирания. Применение оригинального технологического приема подготовки растения с целью ломки клеточной структуры позволяет избежать сложных диффузионных процессов высвобождения биологически активных веществ, что частично заменяет процесс смывания активных компонентов с поверхности сломанной клетки при попадании препарата в организм.

Комплексное фармакологическое действие препарата обусловлено влиянием всех биологически активных веществ, содержащихся в корне валерианы и сохраненных в Валерике в нативном состоянии. В процессе производства препарата не используются токсические растворители, как в случае классической настойки валерианы, исключается влияние высоких температур, что разрушает и дезактивирует большинство биологически активных соединений. Согласно монографии ЕМА, суточная доза препарата является оптимальной, его можно отнести к категории «традиционных лекарственных препаратов».

Валерике свойственны высокая эффективность и большая продолжительность действия, сочетающиеся с отсутствием негативного влияния на психомоторные и когнитивные функции, двигательную активность пациентов. Кроме того, Валерика отличается простотой в назначении – 1 капсула 2-3 р/сут на протяжении 2-3 нед с возможностью повторного курса через 2-3 мес, не вызывая привыкания и зависимости у больных.

Рассматривая проблему хронических болевых синдромов, нельзя не упомянуть об инсомнии. Установлено, что 30-45% населения развитых стран мира страдают нарушениями сна (около 95% жителей этих стран как минимум однократно на протяжении жизни имели те или иные проблемы со сном). Сегодня в США затраты на лечение инсомнии достигают 100 млрд долларов в год. Для данного заболевания характерны неудовлетворенность качеством сна, нарушения процесса засыпания не менее 3 раз в неделю на протяжении 1 мес, психологическое состояние страха и/или обеспокоенность изменением сна и его последствиями, субъективно плохое самочувствие пациентов, профессиональная и социальная дисфункция в результате изменений сна. В связи с этим сегодня в мире около 3% людей постоянно, а 25-29% – периодически принимают различные снотворные средства. Считается, что идеальное снотворное средство должно быстро вызывать сон, близкий к физиологическому, без нарушений его



С.Г. Бурчинский

структуры и ночных пробуждений, способствовать сохранению бодрости и хорошего самочувствия на протяжении дня, не провоцируя при этом сопутствующих соматогенных и психогенных эффектов, отличаться отсутствием перекрестной токсичности и клинически значимых взаимодействий с другими препаратами, а также минимальным риском формирования привыкания, зависимости и передозировки.

Эффективным и безопасным средством, применяемым в настоящее время для коррекции нарушений сна, является Меновален, содержащий в своем составе липофильные комплексы валерианы (50 мг) и мяты (25 мг).

Меновален обладает выраженным комбинированным седативным, снотворным, антиспастическим и холеретическим действием, что позволяет с успехом использовать данный препарат в лечении астеноневротического синдрома, сопровождающегося утомляемостью, слабостью, раздражительностью, перепадами настроения, снижением трудоспособности, нарушениями аппетита и сна, тахикардией, непереносимостью транспорта. Меновален оказывает комплексное действие за счет активации ГАМК-эргической системы, стимуляции тормозных аденозиновых рецепторов и синтеза мелатонина, реализуемых благодаря влиянию активных компонентов валерианы, а также стимуляции холин- и моноаминергических процессов, спазмолитического воздействия мяты.

Применение Меновалена у пациентов с инсомнией приводит к улучшению качества сна (уменьшению периода засыпания и количества ночных пробуждений, сопровождающихся ощущением удовлетворенности сном), оптимизации структуры сна (удлинению фазы глубокого сна), не вызывая при этом постсомнического действия (отсутствие субъективных жалоб на утреннюю вялость, слабость, заторможенность, головную боль, а также объективных признаков психомоторных и когнитивных изменений), сомато- и психогенных побочных эффектов. От препаратов бензодиазепинового ряда Меновален отличается большей широтой фармакологического действия, отсутствием нежелательных когнитивных и психомоторных нарушений, постсомнического синдрома, риска развития привыкания и зависимости, а также возможностью сохранения полноценной социальной активности пациентов. Благодаря отсутствию клинически значимых побочных эффектов, риска передозировки и потенциала лекарственного взаимодействия Меновален хорошо переносится больными, что способствует достижению высокого уровня комплайенса.

Подготовил **Антон Пройдак**