

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ПЕРСЕН В ТЕРАПИИ ЛОКАЛЬНЫХ И РАСПРОСТРАНЕННЫХ ТИКОВ В ПЕДИАТРИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

О.А. Милованова, М.М. Гунченко, Е.А. Волкова, И.Е. Тамбиев, Т.Я. Клименко, РМАПО, Тушинская ДГБ, ДГП № 126 СВАО, ДГП № 38 ЦАО, Москва

Фитопрепараты седативного действия представляют собой одно из проявлений доминирующей тенденции к натурализации лечения. По данным ВОЗ, около 80% населения планеты предпочитают лечиться лекарственными средствами природного происхождения.

К лекарственным препаратам, изготовленным из растений, доверие пациентов выше, чем к синтетическим средствам, и это повышает результативность лечения. Об успокаивающем действии валерианы на нервную систему человека было известно еще врачам Древней Греции. Диоскорид считал, что это растение способно управлять мыслями, Плиний-старший полагал ее средством, возбуждающим мысль, Авиценна считал, что она укрепляет мозг. Интересно, что сбор валерианы был организован в России еще при Петре I.

С 1980 года в Германии проведено более 300 исследований, посвященных эффективности и безопасности применения в клинической практике лекарственных средств на основе растительных компонентов. По результатам проведенного анализа валериана была включена в число десяти основных фитопрепаратов. В настоящее время из них наиболее эффективен и востребован препарат **Персен**, хорошо извест-

ный клиницистам. Помимо валерианы **Персен** содержит экстракты Melissa и мяты перечной. Кратко остановимся на характеристике основных растительных компонентов препарата.

Валериана лекарственная (*Valeriana officinalis L.*)

Препараты валерианы (экстракт, настой, настойка) широко используются в качестве успокаивающих средств. Их получают из корневища и корней растения, содержащих эфирное масло (эфир борнеола и изовалериановой кислоты), валериановую кислоту, борнеол, органические кислоты, некоторые алкалоиды, дубильные вещества. Лечебное действие лекарств обусловлено комплексом содержащихся в них действующих веществ, прежде всего эфирным маслом и алкалоидами. Многие клинические и экспериментальные исследования подтверждают, что основной механизм действия валерианы заключается в потенцировании ГАМК-эргической медиации. Это сопровождается снижением реф-

лекторной возбудимости в центральной нервной системе (ЦНС) и усилением тормозных процессов в нейронах корковых и подкорковых структур головного мозга. Поэтому валериану принято назначать в качестве седативных средств при чрезмерном нервном возбуждении.

Валериана благотворно влияет на сон, улучшая его качество. Нейрохимические механизмы действия лекарств на основе этого растения включают агонистическое влияние на бензодиазепиновые рецепторы. Б. Гурлей и соавт. показали, что экстракт валерианы не взаимодействует с препаратами, метаболизм которых связан с различными подвидами цитохрома P450. Таким образом, нежелательные лекарственные взаимодействия исключены. Многочисленные исследования доказывают отсутствие токсичности валерианы. Даже большие дозы ее экстракта не влияют на уровень артериального давления, не приводят к функциональным или органическим изменениям внутренних органов у животных и человека. Все побочные эффекты валерианы можно свести к аллергическим реакциям. Добавление к экстракту валерианы других седативных средств растительного происхождения усиливает ее основные эффекты.

Мелисса (мята лимонная, *Melissa officinalis* L.)

Мелисса – второй растительный компонент препарата **Персен**. Это растение издавна входит в число любимых народных средств. Характеризуется седативным, спазмолитическим действием. Основные действующие вещества мяты лимонной: компоненты эфирного масла (0,06–1%), гераниол, линалоол, нераль, кариофиллен, терпеноиды, глюкозиды эвгенола, бензиловый спирт и фенолкарбоновые кислоты. Благотворное действие на функции ЦНС наряду с эфирным маслом оказывают витамины В₁ (тиамин), В₂ (рибофлавин), С (аскорбиновая кислота) и комплекс микроэлементов, включая калий. В препаратах мелиссы содержится целый комплекс биологически активных веществ, имеющих антигипоксический эффект, который определяет нейропротекторные свойства растения. Предполагаемый механизм основного действия мелиссы на

ЦНС – угнетающее влияние на ацетилхолинэстеразу головного мозга и способность снижать активность никотиновых и мускариновых рецепторов в коре больших полушарий. В последние годы все большее внимание привлекает способность мяты лимонной улучшать когнитивные функции. Это свойство растения может быть особенно полезно больным с деменцией, оно обусловлено сочетанием благоприятного влияния на когнитивные функции и настроение. Частота побочных эффектов при применении мелиссы не отличается от таковой при использовании плацебо. Мелисса известна в медицине преимущественно как седативно-снотворное лекарство и средство для лечения функциональных гастроинтестинальных расстройств. В лекарственных препаратах мелиссу обычно комбинируют с другими растениями, чаще всего – с валерианой.

Мята перечная (*Mentha piperita* L.)

Мята перечная – третий растительный компонент препарата **Персен**. Спектр показаний к применению мяты перечной с лечебной целью довольно широк, а выжимки из растения оказывают спазмолитическое, успокаивающее и болеутоляющее действие, рефлекторно расширяют коронарные сосуды. Лекарственным сырьем служит надземная часть мяты перечной. Зеленая мята содержит эфирное масло (состоящее из ментола и эфиров изовалериановой и уксусной кислот), медь, марганец и другие микроэлементы, а также каротин, бетаин, флавоноиды, гесперидин, дубильные и прочие вещества. Препараты мяты используют при неврозах, бессоннице и повышенной возбудимости. Имеются сведения, что эфирное масло мяты перечной способствует устранению нервного напряжения, оказывает общетонизирующее, антистрессовое, а также антидепрессивное действие. Ментол, содержащийся в листьях мяты, обладает антисептическими свойствами в отношении многих патогенных бактерий пищеварительного тракта. Процентное соотношение в препарате **Персен** валерианы, мелиссы и мяты перечной иллюстрирует таблица 1.

Имеющиеся данные о спектре клинических эффектов препарата **Персен** позволяют реко-

Таблица 1

Содержание растительных компонентов в препарате «Персен»

Компоненты	Персен (таблетки)	Персен форте (капсулы)
Валерианы экстракт сухой, мг	50	125
Мелиссы экстракт сухой, мг	25	25
Мяты перечной экстракт сухой, мг	25	25

Примечание:

1. Таблетка Персена содержит экстракты валерианы (50 мг), мяты перечной (25 мг) и мелиссы (25 мг). В капсуле Персен форте содержание валерианы увеличено в 2,5 раза.
2. Персен выгодно отличается от комбинированных растительных препаратов отсутствием в нем брома, этилового спирта и удобной лекарственной формой (таблетки и капсулы).
3. Персен назначают детям в возрасте от 3 до 12 лет в виде таблеток. Доза зависит от массы тела пациента и составляет в среднем по 1 таблетке 1–3 раза в сутки.
4. Персен форте назначают взрослым и детям старше 12 лет по 1–2 капсулы 2–3 раза в сутки.
5. При прекращении лечения не возникает синдрома отмены.

мендовать его для использования в клинической практике. Он существенно расширяет возможности седативного воздействия при психических и психосоматических нарушениях. Тикозные расстройства встречаются у 5–24% детского населения, чаще у мальчиков, хронические формы тиков наблюдаются у 1,6–10% детей. Исследование школьников, которые испытывают трудности при обучении и занимаются по специальным программам, показало более высокую распространенность тиков, чем в популяции – до 20–33%.

Исследование эффективности Персена

Целью данного исследования было оценить эффективность препарата **Персен** в терапии локальных и распространенных тиков.

Материал и методы. Под наблюдением находились 24 пациента с локальными и распространенными тиками (15 пациентов – с локальными, 9 пациентов – с распространенными). В их числе: 14 мальчиков в возрасте от 5 лет 2 месяцев до 14 лет 5 месяцев и 10 девочек в возрасте от 7 лет 8 месяцев до 11 лет 3 месяцев. Диагноз тиков был установлен на основании жалоб

пациента, анамнеза жизни и болезни, неврологического обследования. Последнее включало функциональные пробы (10 морганий, 10 сгибаний-разгибаний), пробы на запоминание 10 слов, подсчет гиперкинезов за 20 минут и обычную электроэнцефалограмму. У всех пациентов обязательно проводился мониторинг показателей общего и биохимического анализов крови, мочи. Катамнестическое наблюдение составило 12–18 месяцев. Исходя из диагноза, который был верифицирован в соответствии с систематизацией тиков у детей, утвержденной МЗ РФ (2000), пациенты были разделены на 2 клинические группы: группа I – пациенты с локальными тиками, группа II – с распространенными тиками (таблица 2).

По результатам обследования у большинства пациентов (62%) диагностирован локальный тик, захватывающий мимическую мускулатуру (одну мышечную группу), который проявлялся частым морганием, зажмуриванием, клоническими движениями углов рта и крыльев носа. При локальном тике наблюдались гиперкинезы как еди-

Таблица 2

Распределение обследуемых пациентов по клиническим группам

Топико-клиническое проявление тиков	число пациентов	
	абсолютное	%
I группа	15	62
II группа	9	38
Всего:	24	100

Таблица 3

Провоцирующие факторы при локальных и распространенных тиках

Провоцирующие факторы	I группа		II группа	
	абс.	%	абс.	%
Стрессовые ситуации	11	73	5	55
Просмотр телевизионных передач	13	87	8	89
Длительные занятия за персональным компьютером	2	13	8	89
Физические и умственные перегрузки	4	27	7	78
Инфекция	4	27	3	33

Примечание:

У части пациентов выявлено более одного провоцирующего фактора, поэтому их сумма не соответствует общему числу пациентов

ничные, так и серийные. У 38% пациентов отмечались распространенные моторные тики. В гиперкинез вовлекались несколько мышечных групп, чаще мимические, мышцы головы и шеи в виде запрокидывания, поворотов, наклонов головы назад. Наиболее частыми оказались сочетания произвольных движений в виде частого мигания и заведения взора; заведения взора и подергивания плеча; заведения взора и поворота головы. У ряда пациентов в гиперкинез вовлекались мышцы плечевого пояса и верхних конечностей в виде движений плеча вверх, назад. При распространенном тике наблюдались преимущественно серийные гиперкинезы. У обследуемых пациентов были выделены провоцирующие факторы, представленные в таблице 3.

У большинства пациентов с локальными тиками гиперкинезы были спровоцированы просмотром телевизионных передач (87%), у 11 пациентов (73%) – стрессовыми ситуациями (посещение детского сада, начало школьных занятий, развод родителей). Реже в качестве провоцирующих факторов выступали физическое и умственное переутомление (27%), инфекции (27%). Длительные занятия (игры) на персональном компьютере у пациентов I группы были представлены минимально, возможно, это связано с доминированием пациентов дошкольного возраста. У большинства детей с распространенными тиками гиперкинезы были спровоцированы длительными занятиями (играми) на персональном компьютере (89%), физическим и умственным переутомлением (78%), стрессовыми ситуациями (55%) (конец учебного дня,

развод родителей). Анализ провоцирующих факторов показал важность соблюдения режима дня, включая длительный ночной сон, родительский контроль досуга ребенка, чередование умственной и физической нагрузок и др. У половины пациентов тики уменьшались или отсутствовали во время врачебного осмотра, в отличие от наблюдений в домашней обстановке. В связи с этим целесообразно использовать функциональные пробы, провоцирующие гиперкинезы: проба на 10 морганий и 10 сгибаний-разгибаний пальцев рук. Известно, что в большинстве случаев единичные лицевые тики почти не мешали пациентам и даже «не замечались» ими. При обострении заболевания тики в виде поворотов головы, движений плеча и т.п. мешали выполнению школьных заданий. При этом ограничивались произвольные движения, что приводило к дезадаптации. Прослеживалась связь дискомфорта от гиперкинезов и длительности заболевания.

Лечение. В нашем исследовании у 12 пациентов I группы с локальным тиком (80%) наиболее эффективным медикаментозным лечением было назначение препарата **Персен** из расчета 150–300 мг/сут сроком до 3–6 месяцев в течение года с положительной динамикой. Побочные эффекты отсутствовали. Длительность лечения препаратом **Персен** не ограничена, даже при продолжительном приеме не возникало зависимости. При прекращении лечения синдром отмены не развивался, что подтверждается данными других исследований. Два пациента (13%) I группы длительно принимали глицин


из расчета 300 мг/сут без выраженного эффекта. Один пациент I группы принимал аминифенилмасляную кислоту в средней терапевтической дозе, что сопровождалось аллергической реакцией. По нашим данным, раннее назначение **Персена** (в течение 2–3 недель от начала заболевания) было наиболее эффективным.

При единичных гиперкинезах, которые не ограничивают повседневную деятельность ребенка, целесообразно рекомендовать только режимные мероприятия. В комбинированном лечении распространенных тиков наряду с дифференцированной патогенетической терапией значительную роль играла немедикаментозная и медикаментозная коррекция астеноневротических проявлений, синдрома минимальной мозговой дисфункции, гиперактивности, нарушений сна. Частота использования различных методов и способов лечения зависела от уровня оказания медицинской помощи: поликлинического или стационарного.

При анализе эффективности проведенной терапии тиков у пациентов старшей возрастной группы выявлен бесконтрольный прием таких препаратов, как нейролептики, антидепрессанты. Подростки использовали эти вещества для самолечения, у многих развивалась лекарственная наркомания. Понятно, что неоправданное избыточное использование психотропных средств может давать только отрицательный результат. У 7 пациентов (78%) II группы с распространенными серийными тиками применялась комбинация лекарственных препаратов: нейролептик (тиаприд) в дозах 50–75 мг/сут, назначался медленно, начиная с минимальных доз; **Персен** – из расчета 150–200 мг/сут сроком до 3–9 месяцев в течение года. У детей была отмечена положительная динамика. Побочные эффекты отсутствовали. Примечательно, что у пациентов с распространенными тиками на фоне приема препарата **Персен** наряду с уменьшением гиперкинезов улучшался сон. Согласно данным клинических исследований, **Персен** применяется не только для лечения бессонницы как изолированного симптома (возможна монотерапия этим лекарством), но и для купирования нарушений сна в

рамках других расстройств (в составе комплексной терапии при астеноневротических состояниях, тревожных расстройствах).

Выводы:

Несмотря на небольшое количество пациентов в исследовании, результаты применения комбинированного препарата **Персен** дают основание говорить о его эффективности в терапии локальных и распространенных тиков у детей и подростков. Персен может быть назначен для лечения локальных тиков при дебюте заболевания. Длительный курс лечения этим препаратом позволил добиться снижения, а в последующем и купирования гиперкинезов у пациентов не только с локальными, но и с распространенными тиками, что было значительно эффективнее, чем при использовании других препаратов (глицина, аминифенилмасляной кислоты – метаболитов тормозного действия с мягким дофаминовым и ГАМК-эргическим эффектом). Принадлежность **Персена** к «чистым» фитопрепаратам, отсутствие в нем продуктов химического синтеза (а также этилового спирта), возможность сочетания с различными психотропными препаратами определяют основные преимущества этого лекарственного средства для использования у детей и подростков. Создание удачной комбинации лекарственных растений в препарате **Персен** (валериана, Melissa, мята перечная) доказывает, что углубленное изучение растительного сырья с применением новейших технологий весьма перспективно. 

Список литературы находится в редакции

Сведения об авторах:

Ольга Андреевна Милованова – канд. мед. наук, доцент кафедры неврологии детского возраста РМАПО

Марина Михайловна Гунченко – врач-невролог высшей категории, главный детский невролог ЦАО г. Москвы, ДПП № 38

Елена Александровна Волкова – врач-ординатор, кафедра детской неврологии РМАПО, Тушинская ДКБ

Игорь Евгеньевич Тамбиев – врач-невролог высшей категории, Тушинская ДКБ

Татьяна Яковлевна Клименко – педиатр, главный врач ДПП № 126