

Обследование, включающее УЗИ, гистеросальпингографию, лапароскопию, биопсию эндометрия, хромосомный анализ клеток родителей и плодов, измерение уровня прогестерона, позволяет обнаружить причину только в 50% случаев ПНБ. Есть основания предполагать, что оставшиеся неизвестные причины имеют иммунные механизмы [6]. Однако врачи отказываются лечить ПНБ, вызванное аллоиммунными механизмами, поскольку: 1) не существует алгоритма методов исследования, доказывающих причину ПНБ; 2) лечение дорогое, а его эффективность не доказана достоверно; 3) для вынашивания беременности коррекция выявленных нарушений должна быть своевременно начата и проведена еще до зачатия.

Нашей целью было расширить представления о патогенезе ПНБ на основании изучения генов главного комплекса гистосовместимости HLA супругов и уровня гомоцистеина крови у женщин. Было обследовано 57 супружеских пар с репродуктивными потерями. Основным критерием включения в исследование являлось наличие в анамнезе 2 и более случаев невынашивания беременности на ранних сроках. В результате обследования супружеских пар с ПНБ мы у 46 (81%) из 57 пар обнаружили схожесть аллелей в HLA-антигенах. Таким образом, определились 2 группы супружеских пар: 1-я – 46 (81%) пар с совпадением у супругов HLA-антигенов и 2-я – 11 (19%) пар при отсутствии совпадений.

С целью выявления дополнительных причин невынашивания беременности определяли уровень гомоцистеина крови (норма – от 0 до 10 мкмоль/л). Удалось обнаружить, что в 1-й группе у 4 (9%) из 46 женщин уровень гомоцистеина был выше нормы; во 2-й группе таких женщин было 2 (18%).

При выявлении гипергомоцистеинемии для превращения избытка гомоцистеина в метионин пациенткам назначали высокие концентрации активной формы фолиевой кислоты по 5 мг 1 раз в день в течение 4–6 мес на этапе подготовки к беременности. В результате уровень гомоцистеина крови у женщин с ПНБ приблизился к показателям в норме.

Полученные нами данные подтверждают гипотезу, согласно которой полное несовпадение HLA-генотипов благоприятно для развития беременности. У супружеских пар, имеющих общие аллели системы HLA класса II, возникает риск невынашивания беременности, вероятно, связанный с отсутствием блокирующих антител, образующихся в начале беременности к отцовским антигенам HLA [4]. Выявленная у каждой 5-й женщины с ПНБ и отсутствием иммуногенетического фактора невынашивания беременности гипергомоцистеинемия свидетельствует о важности данного показателя в структуре причин репродуктивных потерь.

Таким образом, только полноценное обследование и выявление всех причин невынашивания беременности в каждом конкретном случае позволит разработать оптимальные методы диагностики и профилактики репродуктивных потерь.

Список литературы см. на сайте www.rusvrach.ru

AN IMMUNOGENETIC REASON FOR EARLY REPRODUCTIVE LOSSES

D. Airapetov, Candidate of Medical Sciences; **Professor I. Ordilyants**, MD
Russian University of Peoples' Friendship, Moscow

An utter discrepancy in HLA genotypes is favorable for pregnancy to develop. Married couples having common HLA class II alleles are at miscarriage risk that is likely to be associated with the absence of blocking antibodies that are formed against parental HLA antigens in early pregnancy. Hyperhomocysteinemia detected in every 5 women with habitual miscarriage and without an immunogenetic factor of miscarriage suggests that this indicator is important in the structure of reasons for reproductive losses.

Key words: miscarriage, abortion, HLA genes, homocysteine.

НЕВРОЛОГИЧЕСКОЕ СОПРОВОЖДЕНИЕ И МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ КОРРЕКЦИЯ У ДЕТЕЙ С НАРУШЕНИЯМИ РЕЧИ

А. Скоромец¹, доктор медицинских наук, профессор,
И. Семичева², **Т. Фомина**³

¹Санкт-Петербургская государственная медицинская академия последипломного образования,

²Центр восстановительного лечения «Детская психиатрия»,

³ЦМСЧ № 71 ФМБА РосАтома, Санкт-Петербург

E-mail: annaskoromets@gmail.ru

Проведенный нами 15-летний мониторинг показал, что у 95,5% детей дошкольного возраста с нарушениями речи выявляется неврологическая патология и только 4,5% детей неврологически здоровы. В оказании помощи ребенку с теми или иными формами нарушения речи важно участие врача и логопеда.

Ключевые слова: алалия (дисфазия), речевой аппарат, нейросонографический мониторинг, немедикаментозное и медикаментозное лечение.

Речь ребенка не является врожденной способностью, а формируется в дошкольном возрасте (начало речи – с 1 года до 3 лет, звукопроизношение – к 4–5 годам).

По данным американских исследователей (Allen и соавт., 1981), которые в учреждениях ясельного типа обследовали методом скрытой видеозаписи 180 детей в возрасте от 36 до 47 мес, у 15% из них в разговорной речи наблюдали те или иные речевые нарушения – преимущественно заикание и дислалию.

Мониторинговое исследование состояния здоровья младших школьников, проведенное С. Евтушенко на Украине в 1993–1996 гг., показало, что отклонения в речевом развитии имелись у 65–90% детей.

По нашим данным, 10% обращений к неврологу поликлиники связаны с нарушениями речевого развития; всего на нарушения речи у детей дошкольного возраста жалуются 40–50% родителей.

Резко возрастают расстройства экспрессивной речи в группе детей с последствиями перинатальных повреждений ЦНС, в частности, они выявляются у 80–100% больных детским церебральным параличом.

В последние десятилетия показано, что родовые повреждения нервной системы нередко в дальнейшем приводят к полиморфным неврологическим нарушениям (Ратнер А.Ю., 1992; Барашнев Ю.И., 1993; Загородникова О.А., 1997; Скоромец А.П., 2003). Как отмечают исследователи, самого пристального внимания заслуживают натальные повреждения в краниовертебральной зоне, на которую падает наибольшая нагрузка в родах. Здесь на уровне II позвонка заканчивается ствол большого мозга, в первых 4 сегментах спинного мозга находятся структуры иннервации дыхательных мышц, мышц глотки и гортани, языка, обеспечивающих голосовую и речевую функции (Ратнер А.Ю., 1991; Гескилл С., 1996; Скоромец А.П., 2008).

В соответствии с МКБ-10 нарушения формирования речи входят в рубрику «Специфические расстройства экспрессивной речи» (F80.1).

В случаях поражения речевых центров у детей до 3–4 лет речь обычно развивается, но с выраженным отставанием. Это состояние отечественные специалисты обозначают как «алалия» (согласно международной терминологии – «дисфазия» или «дисфазия развития»). Аналогично афазиям у взрослых, различают моторную и сенсорную дисфазию (алалию). Диагноз афазии (распад уже сформированных речевых функций) ставят только после 3–4 лет. Необходимо проводить дифференциальный диагноз сенсорной алалии со снижением слуха, которое также может препятствовать нормальному речевому развитию.

Выявление тех или иных форм нарушений развития речи обычно предполагает, что в оказании помощи ребенку будет участвовать не только врач, но и логопед.

В настоящее время в отечественной логопедии используются 2 классификации речевых нарушений: клинико-педагогическая и психолого-педагогическая. Эти классификации разработаны по отношению к первичному недоразвитию речи у детей, т.е. к случаям, когда нарушения развития речи наблюдаются при сохранном слухе и нормальном интеллекте.

В последние годы особое внимание исследователей привлекает роль наследственных факторов в формировании речевых способностей, а также различных нарушений развития речи, в том числе алалии.

По нашим данным, наследственные факторы при алалии обнаруживаются у 20% мальчиков (чаще по линии отца) и у 50% девочек (чаще по линии матери). В группе детей с заиканием в 3–4-летнем возрасте наследственная отягощенность по дисфазии у родственников доходила до 70%.

При изучении норм речевого развития в неврологии не учитывается пол ребенка, хотя широко известны гендерные различия при нарушениях речи у детей. По нашим данным, в детском дошкольном учреждении логопедического типа мальчиков в 3 раза больше, чем девочек, а в группах с заиканием на 1 девочку приходится 7–10 мальчиков.

Речь представляет собой одну из сложных высших психических функций человека. Речевой акт осуществляется за счет сложной согласованной работы системы органов, составляющих речевой аппарат – его центральную и периферическую части. Задача невролога у детей с дисфазиями – оценить состояние центрального и периферического речевого аппарата. При оценке речевой функции важно исследование доминантности полушарий, которая окончательно формируется к 2 годам. Для определения доминантного полушария предложены пробы на ведущие руку, глаз, ухо, ногу; исходя из их результатов и оценивается степень асимметрии.

По нашим наблюдениям, у 20% детей со значимой дисфазией левшество связано с нарушениями функции левого полушария и сменой доминантности. У таких левшей отмечается так называемый мимический фацалис, когда ребенок говорит или улыбается левой половиной лица, в покое и при стандартных пробах лицо симметричное. У них глубокие рефлексы выше справа, быстрее истощаются брюшные рефлексы справа, часто отмечаются патологические пронаторные установки в правой руке, па-

тологические пирамидные знаки в руке и ноге справа. Целесообразен тест на более сильную руку с помощью динамометра, однако он осуществим с 5–6 лет. Рекомендуется проба на динамический праксис: ребенку дают задание на относительно быстрое одновременное переключение различных движений рук. Например: одна рука сжата в кулак, другая – ладонью на столе; руки при этом лежат на столе (реципрокная проба). При наличии динамической премооторной апраксии или скрытого пареза обследуемый сбивается с ритма, начинает повторять одно и то же движение (чаще сбивается пораженная рука и повторяет движения здоровой).

ПОЧЕМУ РЕБЕНОК ЛЕВША?

На вопрос: это органическая патология в левом полушарии и сбой работы левого полушария или генетически запрограммированное свойство мозга в рамках нормального развития – должен и может ответить только невролог.

В последние годы большое внимание уделяется компьютерно-томографической морфометрии с определением линейных размеров, площади и плотности долей головного мозга, мозолистого тела, желудочковой системы, подкорковых образований. Выявлено, что в норме у 6-летних детей преобладают левая лобная, правая теменная и правая затылочная доли, что соответствует общепринятым представлениям о функциональной доминантности именно этих долей. При рассматриваемой патологии это соотношение нарушается.

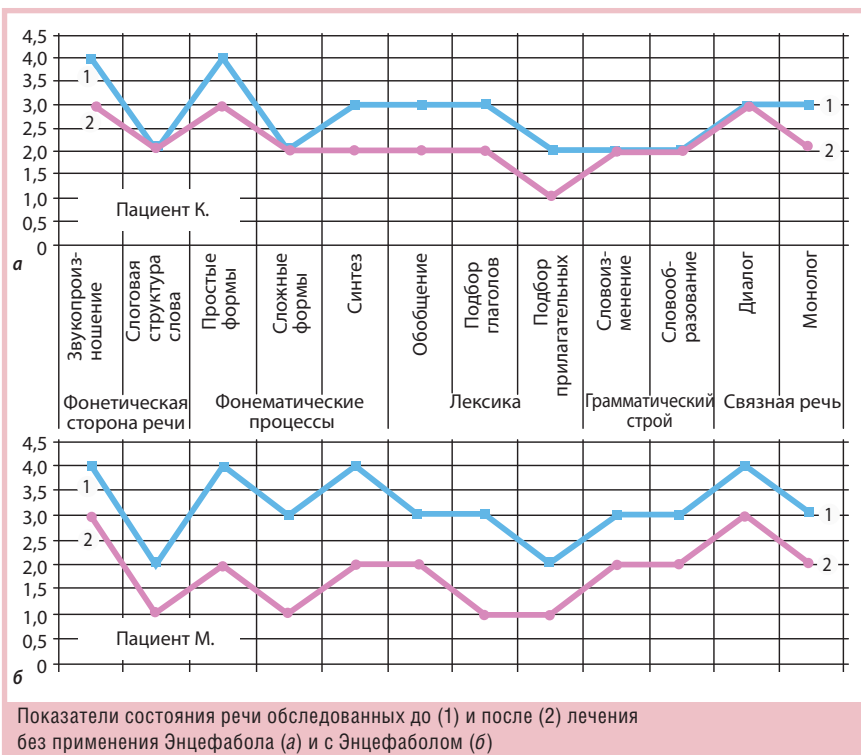
Большое значение имеет нейросонографический мониторинг, позволяющий определить атрофические нарушения в полушариях мозга, степень и вариант гидроцефалии и др. У детей старше 1 года при транскраниальной нейросонографии плотность височной кости выше на стороне доминантного полушария; с рождения отмечается асимметрия желудочков мозга с некоторым увеличением бокового желудочка в доминантном полушарии (по А.С. Иова).

По нашим данным, гипоксические и ишемические нарушения в неонатальном периоде чаще (75%) обнаруживаются именно в левом полушарии, у этих детей впоследствии возникает постишемическая дилатация левого бокового желудочка, чаще – тела, заднего и височного рога.

Для определения механизмов нарушений развития речи у детей используется и электроэнцефалография. Оказалось, что среди детей с такими нарушениями достаточно велика доля леворуких с задержкой в созревании ритмов на электроэнцефалограмме (ЭЭГ), особенно в ассоциативных областях коры; у них отмечаются меньшая выраженность α -ритма, снижение межполушарной асимметрии или ее отсутствие в диапазонах α - и β -волн, а также противоположный праворукий характер мозговой асимметрии.

При исследовании биоэлектрической активности мозга у детей с дисфазией во время сна А. Picard и Н. Cheliount в 8% случаев выявили эпилептическую активность. Показаниями для ЭЭГ-мониторинга ночного сна может быть сочетание его нарушений и задержки речевого развития у детей старше 3 лет.

При патологии мозга важна оценка мозгового кровотока. Она проводится методом ультразвуковой доплерографии. Но значительно больше такого рода данных получено при расстройствах речи, обусловленных инсультом у взрослых. Достоверных популяционных свидетельств нарушений мозгового кровотока у детей с речевыми расстройствами, тем более с учетом их характера, пока нет. По данным Л. Чутко



вали признаки скрытого левшества, из них у 20% установлены признаки поражения левого полушария с правосторонним гемисиндромом.

Все это свидетельствует о том, что дисфазии являются одним из проявлений дисфункции нервной системы в целом.

СЛОЖНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ РАССТРОЙСТВ РЕЧИ

Большое внимание, особенно в отечественной литературе, уделяется немедикаментозным методам лечения речевых нарушений при различной церебральной патологии. Состояние речевой мускулатуры улучшает ряд физиотерапевтических методик (электрофорез с различными веществами, магнитотерапия, электростимуляция подъязычных мышц и др.).

У детей с алалией и задержками речевого развития очевидна необходимость применения ноотропных и нейротрофических средств с одновременным проведением логопедических и педагогических мероприятий, воздействием на органы зрения, слуха, тактильную и вибрационную чувствительность и другими воздействиями как на

и соавт. (2008), доплерографические показатели у детей с речевыми расстройствами вообще соответствуют норме.

По нашим данным, при бульбарной, бульбарно-псевдобульбарной дизартрии регистрируются нарушения в вертебрально-базиллярном бассейне. Особенно чувствительными являются функциональные пробы с поворотами и запрокидыванием головы назад (проба Клейна), при которых отмечают снижение скорости кровотока по основной артерии. Косвенные признаки внутричерепной гипертензии с нарушением венозного оттока отмечаются у детей с псевдобульбарным парезом и гидроцефальным синдромом перинатального генеза.

Важна также оценка кровотока в системах средне- и переднемозговой артерий. Выраженная асимметрия в сосудистых бассейнах может свидетельствовать о различных аномалиях, чаще — о гипоплазии сосудов. Акад. РАМН А. Скоромец (2010) отмечает, что гипоплазия среднемозговой и позвоночной артерии слева с худшим кровоснабжением левого полушария часто лежит в основе патологического левшества (такие особенности строения артерий часто передаются по наследству).

Проведенный нами длительный 15-летний неврологический мониторинг детей с нарушениями речи в детском дошкольном учреждении логопедического типа показал наличие у 95,5% детей неврологической патологии, только 4,5% обследованных были неврологически здоровы; у 16% выявлен энурез, у 12% — заикание, у 60% — псевдобульбарный или бульбарный парез (чаще — их сочетание), у 18,7% — мышечная гипотония, у 16% — синдром амиотрофии плечевого пояса, у 14% в течение жизни зарегистрированы различные пароксизмальные и судорожные состояния, у 20,4% обнаружены невротические расстройства, у 22% — синдром гиперактивности с нарушением внимания, у 7% — астенические и астеноневротические проявления; 70,3% были левши или при пробах обнаружи-

центральный, так и на периферический речевой аппарат. Традиционно неврологи и психиатры для улучшения когнитивных функций используют классические ноотропы: ноотропил, энцефабол, фенотропил, пантогам, фенибутут; нейротрофики: церебролизин, кортексин, актовегин, инстенон, глиатилин, цераксон, церебро, мексидол, витамины группы В и др.

Наш многолетний опыт совместной работы с логопедами, дефектологами с анализом речевых карт детей, опросом специалистов и совместными обсуждениями пациентов позволил уточнить возможности разных нейропротекторов в коррекции речевой патологии у детей.

- Препараты, улучшающие состояние у ребенка различных сторон речи (фонетическую сторону, фонематические процессы, лексику, грамматический строй, связную речь): энцефабол, кортексин, церебролизин, церебролизат, глиатилин, акатинол.
- Препараты, улучшающие внимание, концентрацию, запоминание информации, одновременно уменьшая двигательную гиперактивность: энцефабол, глиатилин, кортексин, инстенон, ноотропил.
- Препараты, уменьшающие невротические проявления в виде суетливости, неустойчивости настроения, характерных жестов и навязчивых движений: кортексин, глиатилин коротким курсом, мексидол, пантогам, фенибут, лецитин, глицин, препараты кальция и магния (длительно), природные ноотропы (длительно).
- Препараты, усиливающие познавательную активность мозга: энцефабол, акатинол, церебролизин, сермион.

Лечение речевых нарушений осуществляется длительно (как правило, несколько лет); мы рекомендуем последовательное назначение церебропротекторов в зависимости от проблем конкретного пациента.

Влияние энцефабола на различные стороны речи 2 наших пациентов (диагноз: общее недоразвитие речи II уровня, псевдобульбарная дизартрия) представлено графически (см. рисунок); методика оценки динамики дисфазии рекомендована СПбЛорНИИ (кандидат медицинских наук Н. Иванова).

Пиритинол (Энцефабол) представляет собой удвоенную молекулу пиридоксина. Пиридоксин (витамин В₆) является прекурсором глутамата и γ -аминомасляной кислоты (ГАМК) — главных нейротрансмиттеров в ЦНС, с чем, возможно, связаны его ноотропные свойства. Пиритинол активирует метаболизм мозга, холинергическую передачу, способствует стабилизации мембраны нервных клеток, предотвращает образование свободных радикалов, с чем, очевидно, связаны его нейропротекторные свойства. В экспериментах он улучшает межполушарное проведение нервных импульсов, корригирует пре- и перинатальные нарушения развития мозга у мышей с гиперактивностью, нарушением обучения и координации. В контролируемых исследованиях выявлены возможности фармакотерапии Энцефаболом пациентов с задержкой общего и речевого развития, дисфазией, дислексией, дисграфией, дезартикуляцией и трудностями обучения. В исследовании когнитивных электрических потенциалов мозга показано, что улучшение при лечении пиритинолом обусловлено увеличением скорости и объема перерабатываемой информации. Препарат назначают в дозе 200–300 мг/сут в 2–3 приема.

Более того, показано, что пиритинол активирует глутаматдекарбоксилазу, тем самым увеличивая продукцию тормозного нейротрансмиттера ГАМК. Соответственно этому показано антиконвульсивное действие пиритинола при экспериментальной эпилепсии.

Дозировка Энцефабола:

- для взрослых — по 1–2 таблетки или 2 чайные ложки суспензии 3 раза в день (300–600 мг);
- для новорожденных — с 3-го дня жизни по 1 мл суспензии в день утром в течение месяца;
- со 2-го месяца жизни дозу увеличивают на 1 мл каждую неделю — до 5 мл (1 чайная ложка) в день;
- для детей от 1 года до 7 лет — по 1 чайной ложке суспензии 1–3 раза в день;
- для детей старше 7 лет — по 1 чайной ложке суспензии 3 раза в день или 1–2 таблетки 1–3 раза в день.

Литература

1. Гескил С., Мерлин А. Детская неврология и нейрохирургия. — М.: Антидор (русское издание), 1996. — 348 с.
2. Гузева В.И. Руководство по детской неврологии. — СПб.: СПбГПМА, 1998. — 496 с.
3. Гузева В.И., Михайлов И.Б. Фармакотерапия нервных болезней у взрослых и детей: руководство для врачей. — СПб.: Фолиант, 2002. — 400 с.
4. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Бурд Г.С. Неврология и нейрохирургия. — М.: Медицина, 2000. — 656 с.

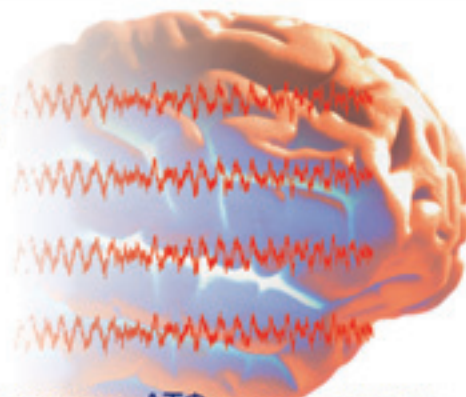
ЭНЦЕФАБОЛ®

пиритинол



www.encephabol.ru
www.encephalopathy.ru
www.nycomed.ru

Новая жизнь сосудов и клеток головного мозга



- Увеличивает уровень АТФ в эритроцитах
- Снижает агрегацию эритроцитов
- Повышает высвобождение ацетилхолина в синапсы
- Улучшает микроциркуляцию в головном мозге
- Активирует метаболизм глюкозы в тканях мозга
- Стабилизирует мембраны межнейронной передачи

5. Гусев Е.И., Никифоров А.С., Гехт А.Б. Лекарственные средства в неврологической клинике: руководство для врачей. – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 416 с.

6. Жулев Н.М., Пустозеров В.Г., Жулев С.Н. Цереброваскулярные заболевания. Профилактика и лечение инсультов. – СПб.: Невский диалект, 2002. – 384 с.

7. Зыков В.П. и др. Лечение заболеваний нервной системы у детей. – М.: Триада-Х, 2003. – 288 с.

8. Икоева Г.А., Иова А.С., Гармашов Ю.А. и др. Ранняя диагностика и индивидуальная лечебная тактика при гидроцефалии у детей: учебное пособие для врачей. – СПб., 2002. – 29 с.

9. Каркищенко Н.Н. Фармакологические основы терапии. – М.: Медицина, 1996. – 560 с.

10. Карлов В.А. Неврология: руководство для врачей. – М.: Медицинское информационное агентство, 2002. – 640 с.

11. Лохов М.И., Фесенко Ю.А. Заикание и логоневроз: Диагностика и лечение. – СПб.: Сотис, 2000. – 283 с.

12. Маркова И.В., Калиничева В.И. Педиатрическая фармакология: руководство для врачей. – Л.: Медицина, 1987. – 496 с.

13. Маркова И.В., Шабалов Н.П. Клиническая фармакология новорожденных: руководство. – СПб.: Сотис, 1993. – 374 с.

14. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2 т. – Т. 1. – М.: Новая Волна, 2002. – 539 с.

15. Машковский М.Д. Лекарственные средства: в 2 т. – Т. 2. – М.: Новая Волна, 2002. – 608 с.

16. Михайлов И.Б. Клиническая фармакология. – СПб.: Фолиант, 1999. – 528 с.

17. Михайлов И.Б. Основы рациональной фармакотерапии: учебное пособие по клинической фармакологии. – СПб.: Фолиант, 1999. – 480 с.

18. Михайлов И.Б., Маркова И.В. Лекарственные средства в педиатрии. – СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. – 320 с.

19. Одинак М.М., Вознюк И.А., Янишеевский С.Н. Ишемия мозга. Нейропротективная терапия. Дифференцированный подход. – СПб.: ВМедА, 2002. – 77 с.

20. Пальчик А.Б., Шабалов Н.П. Гипоксически-ишемическая энцефалопатия новорожденных: руководство для врачей. – СПб.: Питер, 2001. – 224 с.

21. Петрухин А.С. Неврология детского возраста: учебник. – М.: Медицина, 2004. – 784 с.

22. Регистр лекарственных средств России: РЛС – Энциклопедия лекарств. – 10-е изд., перераб. и доп. – М.: РЛС, 2003. – 1438 с.

23. Регистр лекарственных средств России: РЛС – Энциклопедия лекарств. – 11-е изд., перераб. и доп. – М.: РЛС, 2004. – 1503 с.

24. Рыжак Г.А., Платонова Т.Н. Применение кортексина при заболеваниях центральной нервной системы у детей: методические рекомендации. – СПб.: ИПК БИОНТ, 2004. – 48 с.

25. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: справочник. – 9-е изд., испр., перераб. и доп. – М.: АстраФармСервис, 2003. – 1488 с.

26. Старченко А.А. Клиническая нейрореаниматология: справочное руководство. – СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2002. – 665 с.

27. Трошин В.М., Трошин В.Д., Трошин О.В. Неотложные психоневрологические состояния у детей: руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 1998. – 640 с.

28. Шабалов Н.П. Детские болезни. – СПб.: Питер Ком, 1999. – 1088 с.

29. Шабалов Н.П. Педиатрия: учебник для медицинских вузов. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 895 с.

30. Шабалов Н.П., Скоромец А.А., Шумилина А.П. и др. Ноотропные и нейропротекторные препараты в детской неврологической практике // Вестник Российской Военно-медицинской академии. – 2001; 5 (1): 24–29.

31. Шток В.Н. Фармакотерапия в неврологии: практическое руководство. – М.: Медицинское информационное агентство, 2000. – 301 с.

32. Штульман Д.Р., Левин О.С. Неврология. – М.: МЕДпресс-информ, 2002. – 783 с.

NEUROLOGICAL ACCOMPANIMENT AND DRUG CORRECTION OF CHILDHOOD SPEECH DISORDERS

Professor A. Skoromets¹, MD; I. Semicheva²; T. Fomina³

¹Saint Petersburg State Medical Academy of Postgraduate Training;

²«Childhood Psychiatry» Center for Medical Rehabilitation; ³Central

Medical and Sanitary Unit Seventy-One, RosAtom, Saint Petersburg

Fifteen-year monitoring by the authors has demonstrated that neurological

pathology is detectable in 95.5% of preschool children with speech

disorders and only 4.5% are neurologically healthy. The participation of a

physician and a logopedist is important for delivering care to a child with

these or those forms of speech disorders.

Key words: alalia, (dysphasia), speech apparatus, neurosonographic

monitoring, nondrug and drug treatment.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ И БЕЗОПАСНОСТИ ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА У ДЕТЕЙ И БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Е. Ушкалова, доктор медицинских наук, профессор,

О. Романова, Т. Илларионова, кандидат биологических наук

РУДН, Москва

E-mail: eushk@yandex.ru

Многочисленные сравнительные клинические исследования и мета-анализы показали, что ибупрофен в педиатрии не уступает по силе действия парацетамолу (или превосходит его) и оказывает более продолжительный эффект. Ибупрофен может быть безопасной альтернативой парацетамолу в первые 2 триместра беременности; применения его в более поздние сроки, особенно после 31-й недели беременности, необходимо избегать.

Ключевые слова: ибупрофен (Нурофен), парацетамол, педиатрия, беременность.

Препараты, оказывающие анальгезирующий и жаропонижающий эффекты, относятся к числу наиболее широко применяемых лекарственных средств (ЛС), в том числе у детей и беременных женщин. У указанных категорий пациентов, кроме эффективности, большое значение имеет безопасность ЛС. По возможности детям и беременным назначают хорошо изученные препараты, эффективность и безопасность которых доказана не только в клинических исследованиях, но и при длительном применении в широкой медицинской практике. К сожалению, выбор таких препаратов крайне ограничен, поскольку 75% всех ЛС никогда не изучались в клинических исследованиях у детей [6], а более чем для 80% ЛС сведения о безопасности их применения у беременных женщин недостаточны [25]. Для лечения боли и лихорадки этим категориям пациентов рекомендованы неопиоидный (простой) анальгетик парацетамол и нестероидное противовоспалительное средство (НПВП) ибупрофен (Нурофен).

ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ПАРАЦЕТАМОЛА И ИБУПРОФЕНА У ДЕТЕЙ

Лихорадка и боль – самые распространенные симптомы в педиатрии, наиболее часто требующие применения ЛС. Умеренная лихорадка у детей считается важным механизмом иммунологической защиты и достаточно безопасна; это положение легло в основу рекомендаций по ее лечению. Детям первых 3 мес жизни жаропонижающие препараты рекомендуют назначать при температуре $>38^{\circ}\text{C}$, детям старше 3 мес (ранее здоровым) – при температуре $>39^{\circ}\text{C}$ и(или) при мышечной ломоте, головной боли [1]. Кроме того, антипиретики назначают всем детям с фебрильными судорогами в анамнезе при температуре $>38\text{--}38,5^{\circ}\text{C}$, а также с тяжелыми заболеваниями сердца и легких при температуре $>38,5^{\circ}\text{C}$. Начиная с 1980-х годов, после обнаружения причинно-следственной