

В.И. Шелковский, к.м.н., В.М. Студеникин, д.м.н., профессор, Л.А. Пак, к.м.н., С.Ш. Турсунжуаева, НЦЗД РАМН, г. Москва

Нестероидные противовоспалительные средства в педиатрической практике

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС), или препараты (НПВП), широко используются в педиатрии. Эти средства характеризуются способностью к ингибированию циклооксигеназы (ЦОГ) – фермента, ответственного за синтез простагландинов [1].

Как известно, НПВС представлены следующими классами фармакологических веществ: салицилаты (ацетилсалициловая кислота и др.), пиразололидоны (фенилбутазон), производные индолуксусной (индометацин и др.) и фенилуксусной (диклофенак) кислот, оксикамы (пероксикам и др.), производные пропионовой кислоты (ибупрофен и др.), алкалоны (набуметон), производные сульфонамида (нимесулид и др.), производные антраиловой кислоты (мефенаминовая кислота и др.), пиразолоны (метамизол и др.), производные парааминофена (парацетамол и др.), производные гетероарилуксусной кислоты (кеторолак) [2, 3].

В Федеральном руководстве по использованию лекарственных средств

(формулярной системе) (2011) и других фармацевтических справочниках представлен целый ряд НПВС, среди которых фигурируют следующие (в алфавитном порядке): аминифеназон, ацеклофенак, ацетилсалициловая кислота, диклофенак, дифлунизал, ибупрофен, индометацин, кетопрофен, кеторолак, клофезон, лорноксикам, мелоксикам, метамизол натрия, мефенаминовая кислота, набуметон, напроксен, нимесулид, парацетамол, пироксикам, пропифеназон, сулиндак, теносикам, тиапрофеновая кислота, фенацетин, фенилбутазон, фенпрофен, флурбипрофен, целекоксиб, этодолак, эторикоксиб, этофенамат и т. д. [1-3].

Всего НПВС насчитывается свыше тридцати; некоторые из них

используются только местно. В педиатрической практике наиболее широко применяются ибупрофен, парацетамол и ацетилсалициловая кислота. Применение последней в ряде случаев сопряжено с серьезными нежелательными явлениями (внутренними кровотечениями, синдромом Рея и т. д.), что существенно ограничивает использование ацетилсалициловой кислоты в педиатрии (официально назначается с 16 лет). Пиразолоновое НПВС метамизол (натрия), чрезвычайно популярное в Российской Федерации при лечении различных болевых и гипертермических состояний у совершеннолетних индивидов, может приводить к агранулоцитозу. По этой причине метамизол запрещен к применению во многих странах мира [4].

В этой связи Всемирная организация здравоохранения официально признает только ибупрофен и парацетамол в качестве НПВС, полностью отвечающих критериям безопасности и эффективности в педиатрической практике и рекомендует их применение у детей [4]. В ряде случаев

предусмотрено их совместное или интермиттирующее использование.

Е.Р. Southey и соавт. (2009) представили данные систематического обзора и метаанализа клинической безопасности и переносимости ибупрофена в сравнении с таковыми парацетамола при лечении болевого синдрома и лихорадки в педиатрической практике, которые впоследствии были опубликованы в русскоязычном варианте украинского журнала «Клинические исследования» [5, 6]. В этой работе авторы из Великобритании, проанализировавшие данные Medline, EMBASE, Библиотеки Cochrane и других электронных источников литературы, подчеркивают безопасность ибупрофена (переносимость этого НПВС была сопоставима с таковой парацетамола) [5, 6].

Э.Э. Локшина и соавт. (2010, 2011) считают ибупрофен антипиретическим средством выбора при острых респираторных заболеваниях у детей [7, 8]. Нами и другими детскими неврологами неоднократно сообщалось о применении ибупрофена



**Рекомендован дітям
від 6 років (масою тіла від 20кг)**

ібупрофен 400мг

Ефективне зниження температури

Час (години)	ібупрофен	парацетамол	аспірин
0	0	0	0
1	2.5	2.2	2.1
4	3.5	3.0	2.6
6	3.1	2.8	2.3

Маса тіла (вік)	Разова доза	Максимальна загальна добова доза
6-9 років (20-29 кг)	1/2 таблетки, вкритої оболонкою, що відповідає 200 мг ібупрофену	1,5 таблетки, вкритої оболонкою, що відповідає 600 мг ібупрофену
10-12 років (30-39 кг)	1/2 таблетки, вкритої оболонкою, що відповідає 200 мг ібупрофену	2 таблетки, вкритих оболонкою, що відповідає 800 мг ібупрофену
старше 12 років (40 кг і більше)	1/2-1 таблетка, вкрита оболонкою, що відповідає 200-400 мг ібупрофену	3 таблетки, вкритих оболонкою, що відповідає 1200 мг ібупрофену

* Autret E., Reboul-Marty J., Henry B., Laborde C., Courcier S., Goehrs J.M., Languillat G., Launois R. Evaluation of ibuprofen versus aspirin and paracetamol on efficacy and comfort in children with fever. Eur J Clin Pharmacol. 1997; 51: 367-371.



✓ зручна форма випуску - таблетка, що легко ділиться

✓ оптимальна доза

✓ доказана висока ефективність та безпека



Інформація для фахівця

при фебрильных судорогах; в коррекции гриппоподобного синдрома, ассоциированного с применением препаратов интерферона бета; при лечении рассеянного склероза, острых приступов мигрени и других видов головной боли (первичной и вторичной); при термопатологических синдромах, сопутствующих различным видам пищевой непереносимости и т. д. [9-16].

Ибупрофен, синтезированный в 1961 г., используется в медицине с 1969 г. Если изначально этот представитель производных пропионовой кислоты применялся преимущественно в терапии ревматоидного артрита, то впоследствии этот препарат стал одним из основных НПВС, что объясняется антипиретическим и анальгезирующим эффектами ибупрофена. В дополнение к ним ибупрофен (брутто-формула $C_{13}H_{18}O_2$) обладает противовоспалительным и антиагрегантным действием [4].

Ибупрофен является неселективным блокером обеих известных форм циклооксигеназы (ЦОГ-1 и ЦОГ-2), обладает свойством к стимуляции выработки в организме эндогенного интерферона и умеренным иммуномодулирующим действием [4]. В недавней работе А.А. Al-Janabi (2010) продемонстрирована также антибактериальная активность ибупрофена в отношении некоторых патогенных микроорганизмов, в частности золотистого стафилококка, что указывает на роль этого НПВС в повышении неспецифической резистентности организма [17].

Как указывалось выше, показания к применению ибупрофена чрезвычайно многочисленны: ревматоидный артрит; ювенильный ревматоидный артрит; остеохондроз; артралгии; псориатический, волчаночный, подагрический и пр.; другие воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата; болевой синдром при различных болезнях и патологических состояниях (миалгии, артралгии, оссалгии, бурсите, тендините, тендовагините, головной или зубной боли, посттравматическом и постоперационном болевом синдроме, невралгии, невралгической амиотрофии и т. д.); гипертермия инфекционного и неинфекционного происхождения; постиммунизационная лихорадка и др. [1-3]. Наиболее частыми показаниями к использованию ибупрофена в педиатрии являются гипертермические и болевые состояния (включая реакцию на прорезывание зубов) [4].

Ибупрофен может применяться с 3-месячного возраста. Поскольку многие дети грудного и раннего возраста могут испытывать затруднения с приемом оральных форм НПВС (срыгивания; отказ от лекарств, даваемых через рот, и т. д.), в таких случаях предусмотрено применение ибупрофена в форме ректальных суппозитория. Немаловажно, что скорость всасывания ибупрофена из этой лекарственной формы аналогична таковой при использовании оральной суспензии.

В детском возрасте ибупрофен назначается из расчета 5-10 мг/кг массы тела 3-4 раза в сутки. Предлагается

следующая схема дозирования ибупрофена в форме суппозитория по 60 мг (в зависимости от возраста пациентов): 3-9 мес — по 1 свече 3 раза в сутки (масса тела 5,5-8,0 кг), 9-24 мес — по 1 свече 4 раза в сутки (масса тела 8,0-12,5 кг). Максимальная доза препарата не должна превышать 30 мг/кг/сут.

Статья печатается в сокращении.

Литература

1. Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). — Вып. XII. М., 2011. 956 с.
2. Шварц Г.Я. Современные нестероидные противовоспалительные средства. — М.: «Реафарм». 2002. 40 с.
3. Строчунский Л.С., Козлов С.Н. Нестероидные противовоспалительные средства (методическое руководство). — Смоленск: СГМУ. 2000. 54 с.
4. Студеникин В.М., Турсунжуаева С.Ш., Шелковский В.И. Ибупрофен и его применение в педиатрии и детской неврологии // Вопр. практ. педиатрии. — 2010. Т. 5. № 5. С. 140-144.
5. Southey E.R., Soares-Weiser K., Kleijnen J. Systematic review and meta-analysis of the clinical safety and tolerability of ibuprofen compared with paracetamol in paediatric pain and fever // Curr. Med. Res. Opin. 2009. Vol. 25. P. 2207-2222.
6. Southey E.R., Soares-Weiser K., Kleijnen J. Систематический обзор и метаанализ клинической безопасности и переносимости ибупрофена в сравнении с парацетамолом при лечении болевого синдрома и лихорадки в педиатрической практике // Клинические исследования. — 2010. № 1 (306). <http://novosti.mif-ua.com/archive/issue-11231/article-11244/>.
7. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Кешишян Е.С. и др. Использование жаропонижающих препаратов у детей с острыми респираторными инфекциями // Педиатрия. — 2010. Т. 89. № 2. С. 113-119.
8. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Кешишян Е.С. и др. Выбор антипиретика в терапии острых респираторных заболеваний у детей // Педиатрия. Прилож. к Consilium Medicum (репринт). — 2011. № 1. С. 3-6.
9. Шелковский В.И., Студеникин В.М., Маслова О.И. и др. Проблема фебрильных судорог у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2005. Т. 4. № 4. С. 50-53.
10. Студеникин В.М., Шелковский В.И., Балканская С.В. Фебрильные судороги // Практика педиатра. — 2007. № 1. С. 8-10.
11. Студеникин В.М., Турсунжуаева С.Ш., Шелковский В.И. и др. Фебрильные судороги у детей: теоретические и практические аспекты // Вопр. практ. педиатрии. — 2010. Т. 5. № 2. С. 66-74.
12. Студеникин В.М., Степанов А.А., Шелковский В.И. и др. Клинические аспекты терморегуляции у детей // Вопр. совр. педиатрии. — 2003. Т. 2. № 4. С. 54-60.
13. Высоцкая Л.М., Студеникин В.М., Быкова О.В. и др. Гриппоподобный синдром у детей с рассеянным склерозом, получающих препараты интерферона-бета: термобезопасность и характеристика и коррекция // Вопр. совр. педиатрии. — 2006. Т. 5. № 1. С. 122.
14. Скобенко Е.В., Студеникин В.М., Высоцкая Л.М. Термопатологические синдромы у детей: генез нарушений терморегуляции и их классификация // Соціальна педіатрія і реабілітологія. — 2007. № 1 (IV). К.: «Інтермед». С. 305-309.
15. Студеникин В.М., Пак Л.А., Турсунжуаева С.Ш. и др. Мигрень и современные подходы к ее лечению // Мед. совет. — 2010. № 9-10. С. 80-83.
16. Студеникин В.М., Турсунжуаева С.Ш., Шелковский В.И. и др. Современные представления о температуре тела и термометрии в педиатрии и детской неврологии (ч. 1-3) // Справ. педиатра. — 2010. № 7-9. С. 19-35; 40-57; 52-66.
17. Al-Janabi A.A. In vitro antibacterial activity of ibuprofen and acetaminophen // J. Glob. Infect. Dis. 2010. Vol. 2. P. 105-108.

Лечащий врач, 2011, № 11.



Депрессивные расстройства в практике врача

По итогам научно-практической конференции

18 февраля в г. Москве по инициативе Российского общества психиатров состоялась научно-практическая конференция «Аффективные расстройства – междисциплинарная проблема. Новые возможности в диагностике, лечении и профилактике», на которой ведущие российские и зарубежные специалисты обсудили актуальные вопросы, касающиеся ведения пациентов с психическими расстройствами, связанными с нарушениями в эмоциональной сфере.

Открыл работу конференции директор Санкт-Петербургского научно-исследовательского психоневрологического института им. В.М. Бехтерева, президент Всемирной ассоциации динамической психиатрии (WADP), председатель правления Российского общества психиатров, главный внештатный специалист-эксперт по психиатрии Росздравнадзора, заведующий кафедрой психиатрии и наркологии с курсами медицинской психологии и психосоматической медицины Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. И.П. Павлова, доктор медицинских наук, профессор Николай Григорьевич Незнанов. Он поздравил всех присутствующих с открытием научного форума и выразил надежду, что подобные мероприятия, на которых обсуждаются проблемы междисциплинарного характера, позволят всем заинтересованным специалистам быть в курсе последних достижений психиатрии, новых направлений диагностики и лечения пациентов с аффективными расстройствами, обмениваться накопленным опытом для внедрения полученной научной информации в повседневную практику. Помимо приветственного слова, Н.Г. Незнанов представил вниманию участников конференции доклад, посвященный проблеме депрессий.

Депрессия — одна из актуальных проблем не только психиатрии, но и медицинской науки в целом. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 г. депрессия станет второй по частоте нетрудоспособности после ишемической болезни сердца. Наиболее высока распространенность этого заболевания у лиц трудоспособного возраста. Для Российской Федерации и многих европейских стран особенно остро стоят проблемы аутоагрессивного поведения людей, обусловленные депрессивным состоянием, но при этом только 20% пациентов с депрессией обращаются за медицинской помощью, более 50% — предъявляют только соматические жалобы, не осознавая, что страдают психическим расстройством. В 5-8% случаев при обращении лиц с депрессиями за врачебной помощью в поликлиники имеет место выраженная депрессия, и только каждый третий случай распознается врачами, причем лишь каждому четвертому больному с установленным диагнозом назначается адекватное лечение.

Далее докладчик затронул такие актуальные вопросы, связанные с депрессивными нарушениями, как проблема обращаемости пациентов за специализированной медицинской помощью, приверженность их к лечению, трудности социальной адаптации и снижение качества жизни. Он отметил, что наличие коморбидной патологии (в частности, сердечно-сосудистых заболеваний, алкоголизма) у больных депрессией значительно повышает риск преждевременной смерти. Трудности медицинского обеспечения, определенная изолированность психиатрических учреждений затрудняют оказание специализированной помощи таким пациентам. Только комплексный подход к проблеме депрессий, который позволяет рассматривать депрессию как системное заболевание, влияющее на функционирование всех органов и систем организма, позволит решить многие вопросы, связанные с этой патологией.

В средней части выступления профессор остановился на взаимосвязи депрессии и хронического воспаления, представив результаты работ В. Leonard, которые свидетельствуют о том, что персистирующая гиперкортизолемиа приводит к снижению

когнитивных функций. Однако нарушение когнитивного функционирования встречается при различных патологиях и не является патогномоничным для депрессий. Когнитивные нарушения значительно нарушают социальную активность пациентов, поэтому актуальным направлением дальнейших исследований является дифференцированное их изучение.

Говоря о когнитивных нарушениях при депрессии, докладчик подчеркнул, что у таких больных отмечается замедление темпа всех психических процессов и психомоторики: мышление замедленное, инертное, уменьшен объем и количество идей, существенно замедлен темп ассоциаций, затруднен переход от одной мысли к другой, происходит застревание мыслей. В своих рассуждениях такие люди медлительны, испытывают затруднения в формировании словесного отчета о ходе мыслей. Страдает направленность мышления — больные предъявляют жалобы на невозможность закончить процесс размышления; говорят, что им трудно довести свою мысль до конца. И хотя представление пациента о цели мыслительной деятельности не нарушено, формируется оно значительно медленнее, чем у здорового человека. Важно, что интеллектуальные функции у таких лиц сохранены. Отмечаются трудности запоминания, концентрации и переклочки внимания, которые соотносятся с такими психопатологическими проявлениями, как ажитация, заторможенность и гипотимия разной степени выраженности.

Исследования по изучению у пациентов с депрессией памяти, способности к обучению, внимания, перцепции и психомоторной активности свидетельствуют об ухудшении всех этих показателей по сравнению с таковыми в контрольной группе здоровых лиц. В процессе лечения при клиническом подтвержденном улучшении состояния у больных депрессией результаты исследования когнитивных функций также улучшаются, причем в вечернее время показатели когнитивных функций значительно лучше, чем утром. Последнее может быть обнаружено только при нерезко выраженных депрессиях, которым присущи суточные колебания настроения. В целом выраженность нарушений когнитивных функций зависит от степени депрессивных расстройств.

Сегодня проблема депрессий, к сожалению, далека от своего решения, что связано не только с несвоевременным выявлением и лечением заболевания, недостаточной обращаемостью пациентов за специализированной психиатрической помощью, низкой приверженностью их к лечению, но и с проблемами организационного характера. Врачам первичного звена следует обращать внимание на когнитивные нарушения, соматические и другие проявления депрессии, которые могут доминировать в клинике заболевания. Основная задача терапии и реабилитации таких больных заключается в интеграции пациентов в социум, удовлетворении их потребностей в физической, психологической и социальной сферах с акцентом на личности пациента, а не на его болезни. Индивидуальный подход к лечению депрессий, основанный на данных доказательной медицины, позволит минимизировать количество обострений заболевания, улучшить адаптационные возможности, социальную активность и качество жизни больных.

Подготовила
Наталья Пятница-Горпинченко