

Лекарственная терапия дисфазии развития у детей ноотропными препаратами

Н.Н.Заваденко¹, Е.В.Козлова²

¹Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И.Пирогова, Москва, Российская Федерация;

²Морозовская детская городская клиническая больница, Москва, Российская Федерация

Цель. Оценить показатели речи и нервно-психического статуса у детей с дисфазией развития на фоне лечения ноотропными препаратами.

Пациенты и методы. В исследование включено 120 детей в возрасте 3–4 лет, рандомизированных на четыре группы по 30 детей. Пациенты 1-й группы получали лечение препаратом Церебролизин; 2-й – препаратом гопантеновой кислоты (Пантогам); 3-й – пиритинолом (Энцефабол); 4-й – медикаментозного лечения не получали. Период лечения составил 2 мес. Эффективность терапии оценивали после окончания терапии (день 60) с помощью стандартизированных опросников.

Результаты. В группах пациентов, получивших курсы лечения Церебролизин, препаратом гопантеновой кислоты и пиритинолом, достигнуто высоко достоверное ($p < 0,001$) улучшение не только по шкале «экспрессивная речь», но также по шкалам «импрессивная речь» и «речевое внимание». У детей контрольной группы за тот же период оценки по данным шкалам существенно не изменились. Объем активного словаря вырос в 3,1–3,5 раза, количество произносимых фраз – в 3,3–5 раз, тогда как в контрольной группе – лишь в полтора раза. Результаты анкетирования родителей показали, что у детей отмечалось уменьшение церебрастенических, психосоматических нарушений, моторной неловкости, гиперактивности, улучшались внимание, эмоциональный контроль и характеристики поведения.

Заключение. Наряду с проведением логопедической и психолого-педагогической коррекции детям с дисфазией рекомендуется назначать повторные курсы лечения препаратами ноотропного ряда.

Ключевые слова: дети, дисфазия развития, лечение, ноотропные препараты, Церебролизин

Nootropic drug therapy for developmental dysphasia in children

N.N.Zavadenko¹, E.V.Kozlova²

¹N.I.Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russian Federation;

²Morozov Pediatric City Clinical Hospital, Moscow, Russian Federation

The objective. To evaluate the characteristics of speech and neurodevelopmental status in children with developmental dysphasia before and after the treatment with nootropic medications.

Patients and methods. The 120 children aged 3–4 years included into the study were randomized into four groups, 30 children each. Patients of group 1 received the treatment with Cerebrolysin; group 2 – with hopantenic acid (Pantogam); group 3 – with pyritinol (Encephabol), patients of group 4 did not receive any drug therapy. The duration of treatment was 2 months. The results were evaluated at the end of therapy (day 60) using standardized questionnaires.

Results. In the groups of patients who received courses of treatment with cerebrolysin, hopantenic acid and pyritinol, highly significant ($p < 0.001$) improvement was achieved not only on the «expressive language» scale but also on the scales of «impressive language» and «attention to speech». In children of the control group, the scores on the same scales did not change significantly during the same period. The volume of active vocabulary increased by 3.1–3.5 times, the number of articulated phrases – by 3.3–5 times, whereas in the control group – only by 1.5 times. The evaluation of parents' questionnaires demonstrated the decrease of cerebrasthenic, psychosomatic problems, motor clumsiness, hyperactivity manifestations along with the improvement of attention, emotional control and behaviour characteristics in children.

Conclusion. The repeated courses of treatment with nootropic medications are recommended in developmental dysphasia in addition to the speech therapy and psychoeducational approaches.

Key words: children, developmental dysphasia, treatment, nootropics

Для корреспонденции:

Заваденко Николай Николаевич, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова

Адрес: 117997, Москва, ул. Островитянова, 1
Телефон: (495) 936-9452

Статья поступила 03.07.2013 г., принята к печати 26.09.2013 г.

Нарушения развития речи у детей ограничивают коммуникативную и познавательную активность, препятствуют их полноценной социальной адаптации, сказываются на общем формировании личности и интеллектуальном развитии. Дисфазия развития (другие обозначения: алалия, экспрессивная или моторная алалия, первичное недоразвитие устной речи, афазия развития, врожденная афазия, идиопатическая алалия, специфическое расстройство развития

речи) – одна из распространенных и тяжелых форм патологии речи в детском возрасте [1, 2].

Дисфазия – системное недоразвитие речи в результате поражения корковых речевых зон в доречевом периоде. Она характеризуется сложным патогенезом, может быть обусловлена последствиями перинатальной патологии центральной нервной системы (ЦНС), но также иметь генетические предпосылки. Основная роль в возникновении повреждений или недостаточного развития речевых центров коры больших полушарий головного мозга, нарушений формирования связей между ними и другими мозговыми структурами принадлежит нейробиологическим факторам.

Наряду с логопедическими, психолого-педагогическими и психотерапевтическими методами детям с дисфазией развития рекомендуется проводить медикаментозную терапию препаратами ноотропного ряда [1, 3, 4]. Между тем, в литературе имеются только общие указания на целесообразность их применения для лечения нарушений развития речи у детей. По определению экспертов ВОЗ, ноотропные препараты – это средства, оказывающие прямое активирующее влияние на обучение, улучшающие память и умственную деятельность, а также повышающие устойчивость мозга к неблагоприятным воздействиям [5]. Особенности действия ноотропных средств при дисфазии развития остаются малоизученными, так как не проводилось исследований эффективности лечения стандартизированными дозами ноотропов в однородных группах больных со сравнением результатов обследования контрольных групп.

Целью исследования явилась динамическая оценка показателей речи и нервно-психического статуса детей с дисфазией развития на фоне лечения ноотропными препаратами – Церебролизином, гопантеновой кислотой и пиритинолом.

Пациенты и методы

Комплексное обследование прошли 120 пациентов в возрасте от 3 лет до 4 лет 11 мес с дисфазией развития – расстройством развития экспрессивной речи (F 80.1 по МКБ-10) и картиной общего недоразвития речи (ОНР) 1–2-го уровня по отечественной психолого-педагогической классификации [6, 7]. Дети направлялись к неврологу после логопедического обследования, динамическое наблюдение проводилось в амбулаторных условиях. Из изучаемой группы исключались дети, у которых отставание в развитии речи обуславливалось снижением слуха, умственной отсталостью, аутизмом, тяжелой соматической патологией, неполноценным питанием, а также влиянием неблагоприятных социальных факторов (недостаточным общением и воспитанием).

В ходе открытого контролируемого исследования пациенты с дисфазией развития были рандомизированы на четыре группы, наблюдавшиеся в динамике в течение двух месяцев:

- 1-я группа – 30 детей (23 мальчика, 7 девочек) прошла курс лечения Церебролизином (EVERNeuroPharma, Австрия);
- 2-я группа – 30 детей (25 мальчиков, 5 девочек) – курс лечения препаратом гопантеновой кислоты (Пантогам) («ПИК-Фарма», Россия);
- 3-я группа – 30 детей (18 мальчиков, 12 девочек) – курс лечения пиритинолом (Энцефабол) (Merck KGaA, Австрия);

- 4-я группа (контрольная) – 30 детей (23 мальчика, 7 девочек) – не получали медикаментозной терапии.

Ноотропные препараты назначались в течение двух месяцев в режиме монотерапии. Церебролизин – препарат, состоящий из биологически активных пептидов с низким молекулярным весом (меньше 10 кДа) и свободных аминокислот. Нейропептиды церебролизина, действуя подобно естественным нейротрофическим факторам (NTF), обеспечивают защиту и выживание нейронов, оказывают положительное влияние на метаболизм головного мозга, стимулируют синаптическую пластичность и нейрогенез. Церебролизин назначался в суточной дозе 1,5–2,5 мл (0,1 мл/кг), в утренние часы, внутримышечно, через день, №30. Препарат гопантеновой кислоты назначался в форме сиропа 10%, по 500–600 мг (30–35 мг/кг) в сутки, в два приема утром (после завтрака) и днем (после дневного сна и полдника). Пиритинол назначался в форме суспензии (в 1 мл 20 мг активного вещества), по 200–250 мг (12–15 мг/кг) в сутки, в 2 приема утром (после завтрака) и днем (после дневного сна и полдника). Для снижения вероятности возникновения побочных эффектов проводилось постепенное наращивание дозы в первые 7–10 дней лечения. Кроме того, пациенты всех групп консультировались логопедом, и их родителям предоставлялись рекомендации, направленные на стимуляцию речевого развития.

Обследование проводилось до начала курса лечения (день 0) и в его конце (день 60). Для анализа эффективности проводимой терапии применялись методики, направленные как на качественную, так и на количественную оценку показателей. До и после лечения родителей просили оценить состояние речи детей по следующим шкалам: восприятие речи (импрессивная речь), речевое внимание и разговорная (экспрессивная) речь [8]. Перед началом лечения родители заполняли специальные формы, в которых указывались все фразы и слова, произносившиеся ребенком. Затем они вели дневник наблюдений, в котором отмечались все новые слова и фразы, которые начинал произносить ребенок, указывая даты их появления. Кроме того, родители заполняли опросник, в котором отмечалось наличие тех или иных симптомов с определением степени их выраженности в баллах [9]. Ответы оценивались следующим образом: симптом отсутствует – 0 баллов, выражен мало – 1 балл, выражен значительно – 2 балла, выражен очень сильно – 3 балла. Для дошкольников методика включает перечень вопросов по 63 симптомам, сгруппированным по 10 шкалам: церебральные симптомы, психосоматические нарушения, тревожность, страхи и навязчивости, моторная неловкость, гиперактивность, нарушения устной речи, дефицит внимания, эмоциональные нарушения, проблемы поведения, агрессивность и реакции оппозиции.

Статистический анализ результатов проводился с применением непараметрического критерия Вилкоксона.

Результаты исследования и их обсуждение

В табл. 1 представлена динамика показателей речи у детей с дисфазией за двухмесячный период наблюдения. Исходные характеристики экспрессивной речи (словарного запаса и фраз) в четырех группах пациентов были близки-

ми. После лечения ноотропными препаратами, в отличие от контрольной группы, отмечалось их существенное улучшение. Показательно, что объем активного словаря после лечения церебролизином вырос в 3,5 раза, число произносимых фраз – в 5 раз; препаратом гопантеновой кислоты – соответственно в 3,3 и 3,8 раза; пиритинолом – в 3,1 и 3,3 раза, тогда как в контрольной группе их количество увеличилось лишь в 1,5 раза (рисунок).

При оценке по шкалам речевого развития изначально во всех группах детей с дисфазией самыми низкими были показатели экспрессивной речи (табл. 1). В группах пациентов, получивших курсы лечения церебролизином, препаратом гопантеновой кислоты и пиритинолом, достигнуто высокодостоверное ($p < 0,001$) улучшение не только по шкале «экспрессивная речь», но также по шкалам «импрессивная речь» и «речевое внимание». У детей контрольной группы за тот же период оценки по данным шкалам существенно не изменились.

Анкетирование родителей показало, что на фоне лечения Церебролизином и препаратом гопантеновой кислоты у детей с дисфазией развития отмечалось достоверное уменьшение выраженности церебральных симптомов, психосоматических нарушений, двигательной неловкости и трудностей мелкой моторики, гиперактивности, дефицита внимания, трудностей эмоционального контроля, проблем поведения, агрессивности и реакций оппозиции (табл. 2). К окончанию курса приема пиритинола отмечался регресс

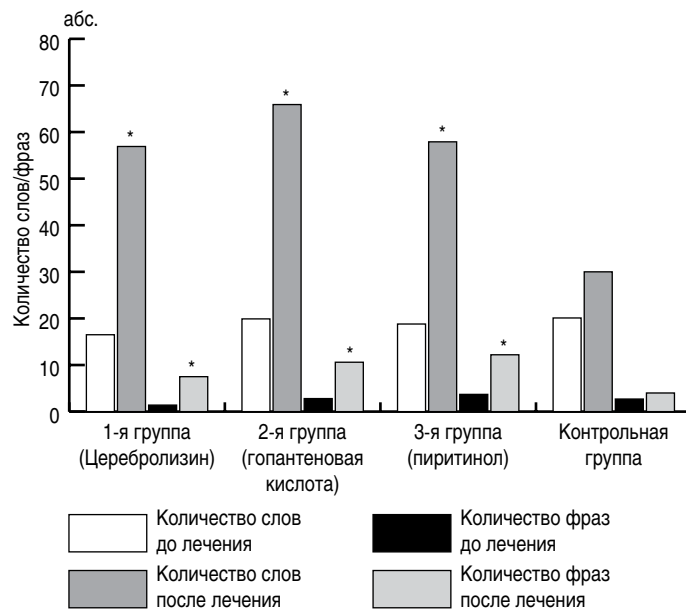


Рисунок. Динамика объема активного словаря (количества произносимых слов) и количества фраз в речи детей с дисфазией развития. * $p < 0,001$, по сравнению с показателем до лечения.

церебральных симптомов, психосоматических нарушений, моторной неловкости и дефицита внимания. По сравнению с этим в контрольной группе наблюдалось некоторое уменьшение психосоматических нарушений, моторной неловкости и трудностей эмоционального контроля, что

Таблица 1. Динамика показателей речи у детей с дисфазией развития, баллы ($M \pm m$)

Балльные оценки по шкалам	Дни	Группы			
		1-я группа (Церебролизин)	2-я группа (гопантеновая кислота)	3-я группа (пиритинол)	4-я группа контрольная
Экспрессивная речь	0	2,3 $\pm$ 0,2	2,2 $\pm$ 0,2	3,5 $\pm$ 0,2	4,3 $\pm$ 0,2
	60	4,1 $\pm$ 0,2**	4,2 $\pm$ 0,2**	5,9 $\pm$ 0,3*	4,6 $\pm$ 0,2
Импрессивная речь	0	6,4 $\pm$ 0,3	6,3 $\pm$ 0,3	8,2 $\pm$ 0,3	8,3 $\pm$ 0,3
	60	7,6 $\pm$ 0,3**	7,4 $\pm$ 0,3**	9,1 $\pm$ 0,2**	8,4 $\pm$ 0,3
Речевое внимание	0	4,3 $\pm$ 0,2	4,4 $\pm$ 0,2	6,2 $\pm$ 0,5	5,6 $\pm$ 0,4
	60	5,6 $\pm$ 0,2**	7,3 $\pm$ 1,0**	7,3 $\pm$ 0,4**	5,8 $\pm$ 0,4

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$ по сравнению с показателем до лечения.

Таблица 2. Результаты лечения детей с дисфазией развития по данным анкетирования родителей с помощью структурированного опросника, баллы ($M \pm m$)

Шкалы	Дни	Группы			
		1-я группа (Церебролизин)	2-я группа (гопантеновая кислота)	3-я группа (пиритинол)	4-я группа контрольная
1. Церебральные симптомы	0	2,7 $\pm$ 0,2	2,8 $\pm$ 0,2	3,4 $\pm$ 0,2	4,4 $\pm$ 0,4
	60	1,4 $\pm$ 0,1**	2,0 $\pm$ 0,2**	2,9 $\pm$ 0,3*	4,4 $\pm$ 0,4
2. Психосоматические нарушения	0	3,3 $\pm$ 0,3	3,3 $\pm$ 0,2	3,8 $\pm$ 0,4	4,1 $\pm$ 0,3
	60	2,6 $\pm$ 0,2**	2,4 $\pm$ 0,3**	3,3 $\pm$ 0,3*	3,5 $\pm$ 0,3*
3. Тревожность, страхи и навязчивости	0	1,5 $\pm$ 0,2	1,6 $\pm$ 0,4	2,6 $\pm$ 0,4	2,6 $\pm$ 0,4
	60	1,3 $\pm$ 0,2	1,4 $\pm$ 0,3	2,4 $\pm$ 0,5	2,1 $\pm$ 0,4
4. Моторная неловкость	0	4,4 $\pm$ 0,2	3,4 $\pm$ 0,3	4,0 $\pm$ 0,3	5,4 $\pm$ 0,5
	60	2,9 $\pm$ 0,2**	3,0 $\pm$ 0,3*	3,2 $\pm$ 0,3*	5,0 $\pm$ 0,5*
5. Гиперактивность	0	3,0 $\pm$ 0,3	3,6 $\pm$ 0,4	2,5 $\pm$ 0,4	3,1 $\pm$ 0,4
	60	2,6 $\pm$ 0,3*	2,6 $\pm$ 0,3**	2,6 $\pm$ 0,4	3,2 $\pm$ 0,4
6. Нарушения речи	0	11,2 $\pm$ 0,2	10,9 $\pm$ 0,2	9,8 $\pm$ 0,3	9,4 $\pm$ 0,3
	60	8,9 $\pm$ 0,2**	8,7 $\pm$ 0,2**	8,2 $\pm$ 0,3**	8,8 $\pm$ 0,3*
7. Дефицит внимания	0	7,8 $\pm$ 0,4	7,7 $\pm$ 0,4	4,6 $\pm$ 0,4	5,9 $\pm$ 0,6
	60	6,5 $\pm$ 0,3**	6,5 $\pm$ 0,4**	4,2 $\pm$ 0,3*	5,9 $\pm$ 0,5
8. Эмоциональный контроль	0	6,0 $\pm$ 0,2	5,5 $\pm$ 0,3	6,4 $\pm$ 0,6	6,7 $\pm$ 0,6
	60	5,3 $\pm$ 0,3**	4,5 $\pm$ 0,3**	6,0 $\pm$ 0,6	6,3 $\pm$ 0,5*
9. Проблемы поведения	0	3,4 $\pm$ 0,4	3,6 $\pm$ 0,4	3,3 $\pm$ 0,4	3,7 $\pm$ 0,5
	60	2,9 $\pm$ 0,4**	2,9 $\pm$ 0,3**	3,6 $\pm$ 0,4	3,5 $\pm$ 0,5
10. Агрессивность и реакции оппозиции	0	0,7 $\pm$ 0,1	1,1 $\pm$ 0,2	1,7 $\pm$ 0,5	2,0 $\pm$ 0,5
	60	0,5 $\pm$ 0,1*	0,7 $\pm$ 0,1*	1,6 $\pm$ 0,5	2,1 $\pm$ 0,3

* $p < 0,01$; ** $p < 0,001$ по сравнению с показателем до лечения.

могло отражать естественную возрастную динамику формирования функций ЦНС за период наблюдения.

Среди обследованных были пациенты, у которых за двухмесячный период динамического наблюдения не отмечалось существенного прогресса в речевом развитии, а также значительного улучшения характеристик поведения, эмоциональной сферы и моторики. За основной критерий отсутствия четкой положительной динамики и ответа на терапию было принято отсутствие увеличения активного словаря за двухмесячный срок более чем в 2 раза (или его прирост менее чем на 100%).

Число детей, не ответивших на проведенную лекарственную терапию, составило в 1-й группе (церебролизин) 2 человека, во 2-й группе (гопантеновая кислота) – 4 человека и в 3-й группе (пиритинол) – 8 человек. Таким образом, отсутствие терапевтического эффекта было отмечено у 14 из 90 пациентов, что составило 15,6%. Одновременно в контрольной группе число пациентов без значительного клинического улучшения (и с приростом активного словаря менее чем в два раза) составило 86,7% (у 26 из 30 детей).

Побочные эффекты на фоне лечения ноотропными препаратами у обследованных пациентов наблюдались редко, не были стойкими и значительно выраженными. Побочное действие церебролизина у троих пациентов характеризовалось трудностями засыпания в начале ночного сна на 1-й неделе терапии. Эти явления были незначительно выраженными, купировались самостоятельно и не потребовали временной отмены или снижения дозы препарата.

Побочное действие препарата гопантеновой кислоты проявилось у троих пациентов в виде аллергической реакции (кожные высыпания) в конце 1-й недели терапии. Этим детям была произведена замена лекарственной формы препарата (вместо сиропа – таблетки), назначен короткий курс десенсибилизирующей терапии (хлоропирамин), что позволило купировать аллергическую реакцию без отмены препарата или снижения его дозы.

Побочные эффекты пиритинола выражались в трудностях засыпания в начале ночного сна на первой неделе терапии у четырех детей, что было связано с неточным соблюдением родителями режима назначения препарата с постепенным увеличением дозы. Данные явления исчезали самостоятельно на второй неделе лечения и не потребовали снижения его дозы.

Таким образом, на фоне лечения ноотропными препаратами в течение двух месяцев у детей с дисфазией развития было достигнуто достоверное улучшение показателей экспрессивной и импрессивной речи, а также речевого внимания. Объем активного словаря вырос в 3,1–3,5 раза, количество произносимых фраз – в 3,3–5 раз, тогда как в контрольной группе – лишь в полтора раза. Как показало анкетирование родителей, у детей отмечалось уменьшение церебрастенических, психосоматических нарушений, моторной неловкости, гиперактивности, улучшались внимание, эмоциональный контроль и характеристики поведения.

В отличие от этого в контрольной группе наблюдались незначительные положительные изменения исследованных показателей, которые могли быть связаны, с одной стороны, с развитием функций ЦНС, и с другой – выполнением роди-

телями рекомендаций логопеда, направленных на стимуляцию речевого развития.

Дисфазия развития представляет собой сложную медико-психолого-педагогическую проблему, поэтому особое значение при организации помощи таким детям приобретают комплексность воздействия и преемственность работы с детьми специалистов различного профиля [1, 2, 10–12]. Как реакция на речевую недостаточность у многих детей с дисфазией развиваются невротические черты, замкнутость, негативизм, неуверенность в себе, внутренняя напряженность, повышенная раздражительность, обидчивость. При малой речевой активности страдает общая познавательная деятельность ребенка. Речь при дисфазии развития не служит полноценным средством коммуникации, организации поведения и индивидуального развития. Интеллектуальная недостаточность и ограниченный запас знаний, наблюдающиеся у пациентов в различные возрастные периоды, носят, таким образом, вторичный характер.

Логопедические и психолого-педагогические коррекционные мероприятия должны проводиться у детей с дисфазией развития длительно и систематически. Коррекционная работа дает большинству пациентов средства, достаточные для речевого общения. Однако нередки случаи, когда у ребенка формируется лишь элементарная речь. Поэтому пациентам этой группы также показана медикаментозная терапия препаратами ноотропного ряда.

В настоящем исследовании подтверждено положительное действие церебролизина, препарата гопантеновой кислоты и пиритинола, назначавшихся в режиме монотерапии в течение двух месяцев, при лечении дисфазии развития у детей 3–4 лет. Получены новые данные о влиянии этих препаратов на показатели речи, характеристики поведения и психосоциальной сферы у детей с дисфазией развития. Подтверждено положительное действие препаратов ноотропного ряда не только на состояние устной речи (увеличение активного словарного запаса, количества фраз). Одновременно анкетирование родителей показало, что у детей отмечалось уменьшение эмоциональных и психосоматических нарушений, церебрастенических проявлений, моторной неловкости, улучшались характеристики активного внимания, поведения и эмоционального контроля. Следует отметить также низкую частоту и незначительную выраженность побочных действий этих ноотропных препаратов.

Важно подчеркнуть необходимость своевременного назначения ноотропных лекарственных средств тем детям с дисфазией развития, у которых методы логопедической, психолого-педагогической коррекции оказались недостаточно эффективными для преодоления имеющихся нарушений. Необходимо учитывать и то, что проявления дисфазии обычно характеризуются стойкостью и не могут быть полностью преодолены в короткие сроки. В тех случаях, когда результаты первого курса медикаментозной терапии оказываются недостаточными, индивидуально должен решаться вопрос об увеличении продолжительности лечения, назначении повторных курсов ноотропов после прерыва или применении фармакотерапии в комплексе с методами логопедической и психолого-педагогической коррекции. Целесообразно назначать ноотропные препараты в

виде монотерапии, уделяя при этом особое внимание индивидуальному подбору наиболее оптимальных дозировок и продолжительности лечения.

Чем раньше замечается неблагополучие в развитии речи ребенка и с ним начинают работать специалисты, тем лучше будут достигаемые результаты, поскольку резервные возможности мозга наиболее высоки в первые годы жизни. Наиболее эффективна коррекционная помощь, оказываемая в сенситивный для формирования речи возрастной период от 2,5 до 5 лет, когда идет активное становление речевой функции. Если специальные меры не будут приняты, то процесс овладения речью не просто задержится по времени, но станет принимать искаженный характер и приведет к неблагоприятным последствиям в формировании адаптивного поведения, социально-эмоциональной сферы, познавательных способностей, а также трудностям в школьном обучении.

Все это подтверждает необходимость ранней диагностики и комплексной терапии дисфазии развития у детей. Наряду с проведением логопедической и психолого-педагогической коррекции детям с дисфазией рекомендуется назначать повторные курсы лечения препаратами ноотропного ряда.

Заключение

Таким образом, в группах детей с дисфазией развития, получивших курс монотерапии ноотропными препаратами, достигнуто достоверное улучшение показателей экспрессивной и импрессивной речи, а также речевого внимания. Объем активного словаря вырос в 3,1–3,5 раза, количество произносимых фраз – в 3,3–5 раз, тогда как в контрольной группе – лишь в полтора раза. Применение препаратов ноотропного ряда способствует не только преодолению нарушений развития речи у детей, но также трудностей в когнитивной сфере, контактах с окружающими, социальной адаптации. По результатам анкетирования родителей, у детей отмечалось уменьшение церебрастенических, психосоматических нарушений, моторной неловкости, гиперактивности, улучшались внимание, эмоциональный контроль и характеристики поведения. Разработка и применение комплекса мер, направленных на коррекцию нарушений речевого развития, должны осуществляться своевременно и носить индивидуальный характер.

Литература

1. Корнев АН. Основы логопатологии детского возраста: клинические и психологические аспекты. СПб.: Речь; 2006.
2. Ковшиков ВА. Экспрессивная алалия. М.: Институт общегуманитарных исследований; 2001;9-10.
3. Гузева ВИ. Руководство по детской неврологии. М.: Медицинское информационное агентство; 2009.
4. Кузенкова ЛМ, Маслова ОИ, Намазова-Баранова ЛС и соавт. Ноотропы в когнитивной неврологии детского возраста (пособие для врачей). М.: ГУ НЦЗД РАМН; 2010.

5. Windisch M. Cognition – Enhancing (Nootropic) Drugs. In: Brain Mechanisms and Psychotropic Drugs. Eds. Baskys A, Remington G, et al. New York, 1996;239-57.
6. МКБ-10 – Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. Исследовательские диагностические критерии. СПб., 1994.
7. Левина РЕ. Основы теории и практики логопедии. М.: Просвещение; 1968.
8. Заваденко НН, Козлова ЕВ, Колтунов ИЕ, Лилин ЕТ. Дисфазия развития: возможности фармакотерапии в комплексной коррекции нарушений. Детская и подростковая реабилитация. 2012;2(19):16-24.
9. Заваденко НН. Гиперактивность и дефицит внимания в детском возрасте. М.: Академия; 2005.
10. Ньокитъен Ч. Детская поведенческая неврология. Т. 2. М.: Теревинф; 2010.
11. Jansen R, Ceulemans E, Grauwels J, Maljaars J, Zink I, Steyaert J, Noens I. Young children with language difficulties: A dimensional approach to subgrouping. Research in Developmental Disabilities 2013;34:4115-24.
12. Smith-Lock KM, Leitao S, Lambert L, Nickels L. Effective intervention for expressive grammar in children with specific language impairment. Int J Language & Communication Disorders. 2013;48(3):265-82.

References

1. Kornev AN. Osnovy logopatologii detskogo vozrasta: klinicheskiye i psikhologicheskiye aspekty. SPb.: Rech; 2006. (In Russian).
2. Kovshikov VA. Ekspressivnaya alaliya. M.: Institut obshchegumanitarnykh issledovaniy; 2001;9-10. (In Russian).
3. Guzeva VI. Rukovodstvo po detskoj nevrologii. M.: Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo; 2009. (In Russian).
4. Kuzenkova LM, Maslova OI, Namazova-Baranova LS i soavt. Nootropy v kognitivnoy nevrologii detskogo vozrasta (posobiye dlya vrachey). M.: GU NTsZD RAMN; 2010. (In Russian).
5. Windisch M. Cognition – Enhancing (Nootropic) Drugs. In: Brain Mechanisms and Psychotropic Drugs. Eds. Baskys A, Remington G, et al. New York, 1996;239-57.
6. MKB-10 – Mezhdunarodnaya klassifikatsiya bolezney (10-y peresmotr). Klassifikatsiya psikhicheskikh i povedencheskikh rasstroystv. Issledovatel'skiye diagnosticheskiye kriterii. SPb., 1994. (In Russian).
7. Levina RE. Osnovy teorii i praktiki logopedii. M.: Prosveshcheniye; 1968. (In Russian).
8. Zavadenko NN, Kozlova EV, Koltunov IE, Lilin YeT. Developmental dysphasia: pharmacotherapy options in the multimodal treatment of disturbances. Detskaya i podrostkovaya reabilitatsiya. 2012;2(19):16-24. (In Russian).
9. Zavadenko NN. Giperaktivnost i defitsit vnimaniya v detskom vozraste. M.: Akademiya; 2005. (In Russian).
10. Nokiktyen Ch. Detskaya povedencheskaya nevrologiya. T. 2. M.: Terevinf; 2010. (In Russian).
11. Jansen R, Ceulemans E, Grauwels J, Maljaars J, Zink I, Steyaert J, Noens I. Young children with language difficulties: A dimensional approach to subgrouping. Research in Developmental Disabilities 2013;34:4115-24.
12. Smith-Lock KM, Leitao S, Lambert L, Nickels L. Effective intervention for expressive grammar in children with specific language impairment. Int J Language & Communication Disorders. 2013;48(3):265-82.

Информация о соавторе:

Козлова Елизавета Викторовна, врач-невролог неврологического отделения консультативно-диагностического центра Морозовской детской городской клинической больницы
Адрес: 119034, Москва, Пожарский пер., 7
Телефон: (495) 695-0293

нейропептидный препарат с доказанной нейротрофической активностью, обеспечивающий защиту и регенерацию нервной ткани*



Рег. уд., П N013827/01 от 08.07.2007

Церебролизин показан для лечения пациентов с:*

- ✦ **Хронической цереброваскулярной недостаточностью**
- ✦ **Ишемическим инсультом**
- ✦ **Деменциями различного генеза**
- ✦ **Депрессивными расстройствами, резистентными к антидепрессантам**
- ✦ **Травматическими повреждениями головного и спинного мозга**



«ЭВЕР Нейро Фарма ГмбХ» (Австрия)
Представительство компании:
127055 Москва,
ул. Бутырский Вал, д.68/70, стр.1
Телефон: (495) 933 87 02,
факс: (495) 933 87 15
E-mail: info.ru@everpharma.com
www.everpharma.com

Церебролизин® (Cerebrolysin®). Регистрационный номер: П N013827/01. Раствор для инъекций (ампулы и флаконы). 1 мл водного раствора препарата содержит 215,2 мг концентрата церебролизина (комплекс пептидов, полученных из головного мозга свиньи). ПОКАЗАНИЯ К ПРИМЕНЕНИЮ: Болезнь Альцгеймера, синдром деменции различного генеза, хроническая цереброваскулярная недостаточность, ишемический инсульт, травматические повреждения головного и спинного мозга; задержка умственного развития у детей, гиперактивность и дефицит внимания у детей; в комплексной терапии – при эндогенной депрессии, резистентной к антидепрессантам. ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ: Индивидуальная непереносимость препарата; острая почечная недостаточность; эпилептический статус. В период беременности и кормления грудью применять с осторожностью. СПОСОБ ПРИМЕНЕНИЯ И ДОЗЫ: Применяется парентерально (внутримышечно, внутривенно, внутривенно капельно). Дозы и продолжительность лечения зависят от характера и тяжести заболевания, а также от возраста больного. Для повышения эффективности лечения могут быть проведены повторные курсы. ПОБОЧНОЕ ДЕЙСТВИЕ: При чрезмерно быстром введении в редких случаях возможно ощущение жара, потливость, головокружение и др. Крайне редко отмечались аллергические реакции, проявляющиеся головной болью. ПРОИЗВОДИТЕЛЬ: ЭВЕР Нейро Фарма ГмбХ. А-4866 Унтеррах, Австрия, Европа.

* Полная информация о препарате – в инструкции по медицинскому применению.