

Лекарственные средства, применяемые для лечения речевых расстройств

В системе комплексной помощи детям с речевыми расстройствами, кроме логотерапевтических, педагогических и психологических мероприятий, значительную роль играет медикаментозная терапия, используемая на всех этапах коррекционной работы.

Однако, не редко родители детей, имеющих речевые нарушения, решают *самостоятельно*, что принимать их ребенку, отказываются от назначений врача, не задумываясь о фармакологических свойствах тех или иных лекарственных препаратов.

Важно помнить:

решение о назначении лекарственных препаратов в том числе и для лечения речевых расстройств может принимать только специалист – невролог, невропатолог, психоневролог! Именно врач сможет назначить лечение, которое будет патогенетически обоснованным, дифференцированным в каждом конкретном случае, строго индивидуальным для больного.

К патогенетическим медикаментозным средствам относятся препараты, воздействующие, прежде всего на резидуально-церебральную симптоматику.

Для восстановительного лечения используются следующие группы лекарственных препаратов:

1. дегидратационные;
2. нейрометаболические церебропротекторы;
3. рассасывающие средства;
4. ангиопротекторы;
5. витаминные средства и их аналоги;
6. противосудорожные препараты;
7. средства, регулирующие эмоциональные и поведенческие реакции;
8. гепатопротекторы.

1. **Дегидратационные средства** занимают важное место в реабилитационной терапии. Они способствуют снижению гипоксии нервных клеток, улучшают показатели ликвородинамики и снимают симптомы, связанные с её нарушением. С этой целью применяются: 50% раствор глицерола в сочетании с калийсберегающими диуретиками (триампур, верошприон), 10-25% -ый раствор сульфата магнезии.

2. **Нейрометаболическое действие церебропротекторов** связывают с их способностью продуцировать энергию в нервных клетках, защищать мозг от воздействия

гипоксии, положительно влиять на интегративные функции мозга. Сущность биологических механизмов нейрометаболических церебропротекторов: церебролизина, ноотропила, амилолона, энцефабола, когитума, пантогама, глицина, актовегина, фосфобиона и др. – определяет особенности клинического применения для восстановления высших корковых функций, уменьшения интеллектуально-мнестических и астенических расстройств, нормализации вегетативных функций, неврологического статуса. К ценным качествам препаратов этой группы следует отнести их стимулирующее действие в психоэмоциональной сфере ребенка, антиастенический эффект и, в ряде случаев, мягкое гипертимное воздействие. Церебролизин, ноотропил, энцефабол, когитум назначают только в случаях, когда на ЭЭГ не регистрируется пароксизмальная активность и снижение порога судорожной готовности. Крайней осторожности в применении у детей требуют энцефабол, когитум и амилолон, так как препараты вызывают нарастание психомоторного возбуждения, нарушение сна, раздражительность.

3. С целью уменьшения разрастания рубцовой фиброзной ткани, замуровывающей нервные клетки и волокна используют рассасывающие средства. В практике широко применяются лидаза и раствор экстракта листьев алоэ, содержащие биогенные амины, которые увеличивают проницаемость тканей, облегчают движение жидкостей в межклеточных пространствах и обладают мягким противовоспалительным и рассасывающим действием. Эффективен электрофорез с этими средствами на воротниковую зону.

4. Любые незначительные нарушения церебрального кровообращения моментально отражаются на функциях мозга. Имеется постоянная зависимость между церебральной гемодинамикой, функционированием и метаболизмом мозга. Выраженность сосудистых церебральных нарушений обосновывает применение на данном звено патогенеза препаратов из группы ангиопротекторов, обладающих тропизмом к метаболическим сдвигам в сосудистой стенке. Они обладают вазорегулирующим действием на мозговое кровообращение, способствуют адаптации его к текущим метаболическим потребностям; в целом повышают общую активность мозга и усиливают снабжение нейронов кислородом. В лечебной практике эта группа представлена такими препаратами, как стугерон, никошпан, кавинтон, винпоцетин, агапурин, трентал, венорутон, эскузан, сермион, оксибрал, вазобрал. Препараты никотиновой кислоты (никошпан, теоникол, ксантинол-никотинат) вызывают выраженные побочные реакции, плохо переносятся детьми, что ограничивает их применение в детской практике.

5. Отмечена высокая эффективность применения витаминов и их аналогов: пиридоксина гидрохлорида – витамин В₆, кальция пангамата – В₁₅, ретинола ацетата – А, токоферола ацетата – Е, фолиевой кислоты – В₉, липоевой кислоты, аскорбиновой

кислоты – С. Они принимают участие в регулировании углеводного и липидного обмена, оказывают липотропное действие, участвуют в синтезе аминокислот, что способствует нормализации нейрометаболических процессов в тканях мозга.

6. Наличие выраженной пароксизмальной активности и снижение порога судорожной готовности (по результатам ЭЭГ) в сочетании с судорожными проявлениями или их эквивалентами, кроме лечения, направленного на улучшение нейрометаболических процессов в тканях мозга, требует включать в комплексную терапию **антиконвульсанты (противосудорожные препараты)**: фенobarбитал в смеси с кофеин-бензоатом натрия, папаверином и глюконатом кальция; нитразепам (радером, берлидорм); суксилеп; препараты: вальпроата натрия (депакин, депакин-хроно, конвулекс, энкорат); финлепсин. Выбор противосудорожного препарата зависит от характера изменений на ЭЭГ и клинической картины.

7. Дети с задержкой темпов речевого и психического развития, алалией и нарушением школьных навыков нередко находятся дома, в дошкольных учреждениях и школе в хронической или субхронической психотравмирующей обстановке. У них снижены когнитивные способности и мотивация познавательной деятельности, отмечаются преобладание игровых интересов и пассивное восприятие информации, выражены повышенная истощаемость нервной системы и рассеянность внимания, расторможенность влечений, упорство при удовлетворении желаний, аффективные расстройства по возбудимому, эйфоричному, депрессивному или дисфоричному типу, характерны стойкость и сила аффекта, агрессивность, внушаемость. Пациенты окружены всеобщим неодобрением, их постоянно ругают и считают лентяями. В результате у них развиваются эмоциональные нарушения, в основном по тревожно-фобическому или тревожно-депрессивному типу и изменения поведения с тяжелыми реакциями протеста и негативизма (девиантное поведение), формируются психопатоподобные проявления. Это нередко приводит к совершению ими противоправных и асоциальных и подчас суицидальных поступков. Фармакотерапевтическая коррекция эмоциональных и поведенческих расстройств проводится мягкими **нейролептиками**: соннапакс, терален; или более жесткими – этаперазин, галоперидол, неупелтил, пропазин. **Антидепрессанты**: пиразидол, амитриптилин, людиомил – имеют ограниченное применение: в основном для детей старше 10 лет.

8. Изменения (нарушения) обменных процессов, в частности, углеводного и минерального требуют применения препаратов, которые уменьшают эти патологические сдвиги или полностью их снимают. К таким средствам относятся **гепатопротекторы**: эссенциалле, легалон, лив-52 липоевая кислота, лизалак, метадоксил, «Аевит».

Литература:

1. Бенилова С.Ю. Патогенетические подходы к комплексному лечению нарушений речи у детей и подростков с последствиями органического поражения центральной нервной системы: пособие для врачей. – М.: Прометей; Книголюб, 2003. С.15-25.