

# НЕЙРОПЕПТИДЫ. БЫТЬ ИЛИ НЕ БЫТЬ?

О.П. МОСТОВАЯ

Областной детский психиатр Винницкой обл., к.м.н., руководитель Центра семейного психологического консультирования, член рабочей группы МЗ по созданию клинических протоколов по умственной отсталости

Прошло уже 18 лет пребывания нашей страны в состоянии свободного и независимого государства. За это время мы пережили несколько периодов. Вначале — трепет, благоговение перед клиниками и врачами западных стран. Затем удивление разнице в нашей и их работе. Изучение их представлений о психических расстройствах и способов помогать. И наконец, мы стали ощущать себя уже не чужими в этом кругу, стали пользоваться новыми для нас пониманиями и системами лечения. Но вот... что называется в психиатрии — трудности вхождения в реальность. Наступил этап создания правил нашей игры. Вернее, изменения этих правил. Правила на самом деле существовали и существуют.

Воспользуемся словом «правила» для определения путей выявления нарушений в развитии ребенка и способов их исправлять.

Сравним эти правила у нас и у «них» (табл. 1), если их можно назвать правилами. Скорее этот процесс можно назвать «привычный ход событий». Отправная точка находится в контроле за темпами психического развития ребенка и определением нарушений в его развитии. Вернее, в ее отсутствии, то есть не существует систематического наблюдения за правильностью развития психических функций.

Этот процесс является стихийным. Чтобы это понять, посмотрим на критерии. Вот соответствующие данные из синописа по психиатрии Kaplan & Saddock's (2008) (табл. 2–4). Какой вывод можно сделать, ознакомившись с этими пунктами нормального развития поведения, речи, эмоций, когнитивных функций?

Мы видим, что уже с первых месяцев жизни и далее существует определенный набор навыков и проявлений, который применяется как стандарт.

Если по всем пунктам у ребенка есть соответствие возрастным границам, то все хорошо.

Если нет — то видно, в какой области обнаруживается нарушение.

Добавим комплекс теорий развития ребенка до 3 лет (табл. 5).

Из этого следует, что некто должен выполнять обязанности сопоставления каждого конкретного ребенка с этими таблицами. И при выявлении отклонений направлять к соответствующему специалисту.

Кто этот «некто»? В русле концепции развития нашего здравоохранения — семейный врач.

Реально у нас продолжается традиция наблюдения за этими критериями и случайностью направления к специалистам.

Как это выглядит, знают все детские психиатры. У ребенка на каком-то этапе развития возникают проблемы. В лучшем случае его могут направить к детскому неврологу, который при нарушении темпов развития какой-то функции так и поставит диагноз. Например, ребенок в 2 года не произносит понятных слов. Он получит диагноз «задержка речевого развития». Его могут направить к сурдологу, чтобы исключить патологию слуха. Его могут в очень благоприятном варианте направить к генетику и к логопеду. Если генетик поста-

вит какой-либо синдром, что бывает довольно редко, это поможет дать ребенку социальную помощь, поместить в специализированное учреждение или детский сад для систематич-

еских занятий с дефектологом. При отсутствии генетического диагноза остается логопед, который, как правило, начинает работать не раньше чем с 3 лет.

Родителям могут порекомендовать обратиться к детскому психиатру. Но... зачем?

Чем может отличаться прием у детского психиатра от приема детского

невролога? Детский невролог имеет в руках эффективный инструмент — молоточек, который вызывает рефлекс, что убедительно доказывает объективность его суждений. К нему на прием записывают как к обычному врачу в детской поликлинике. У детского невролога нет проблем в выставлении любого диагноза: умственной отсталости, аутизма, гиперактивности, тиков, заикания, энуреза, соматоформного расстройства, не говоря уже о последствиях органического поражения ЦНС. И так же нет проблем в выписке лечения.

В первых рядах — ноотропные препараты, назначаемые практически во всех случаях.

Приведем рекомендацию при лечении детского церебрального паралича для восстановления(?) двигательных и психических функций из авторитетного отечественного руководства: более эффективно проводить в сочетании с медикаментозным лечением; средства, улучшающие метаболизм в нервной системе (аминалон, глутами-

Таблица 1. Пути выявления нарушений в развитии ребенка

Показатель	Украина	Большинство развитых стран
Наблюдение за ребенком	Участковый педиатр, семейный врач	Семейный врач
Критерии правильного развития ребенка	Не определены	Определены (как пример табл. 1)
Частота проверок психического развития	Произвольная. Чаще всего определяется беспокойством родителей о том, что с ребенком что-то неблагополучно	Определяется критериями. Родителям назначаются даты визитов на проверки
Маршрут направления при выявлении нарушений	Не определен	Регламентирован
Протоколы диагностики и лечения	Не разработаны	Разработаны

Таблица 2. Признаки нормального поведенческого развития

Возраст	Моторное и сенсорное поведение	Адаптивное поведение	Персональное и социальное поведение
От рождения до 4 нед.	Рефлекс «рука в рот», рефлекс «захвата», рефлекс Rooting (слаживание губ в «хоботок» в ответ на периоральную стимуляцию), рефлекс Моро (расширение/разведение пальцев рук при раздражении), сосательный рефлекс, рефлекс Бакинского (расширение/разведение пальцев при прикасании к стопе или икрам). Различение звуков (ориентировка на голос человека), сладкого или кислого вкуса. Визуальное прослеживание пути. Фиксация взгляда на расстоянии до 8 дюймов. Исполнение альтернативных ползающих движений. Отклонение головы в сторону	Предварительно направленные пищевые движения с 4 дней. Ответ на звук звонка или грома. Моментальное обращение внимания на объекты, которые движутся	Реакция-ответ на мамино лицо, глаза, голос с первых часов жизни. Эндогенная улыбка. Независимая игра (до 2 лет) Успокоение, когда ребенка берут на руки. Апатическое лицо
4 нед.	Доминирование тонических рефлексов положения шеи. Руки сжимаются в кулаки. Голова наклоняется, но ребенок не может удержать голову пару секунд. Фиксация взгляда, стереоскопическое видение (12 нед.)	Слежение взглядом за движущимися объектами к средней линии. Отсутствие интереса и немедленная потеря его к объекту	Обращение внимания на лицо и снижение активности. Реакция на речь. Улыбка больше, когда ребенок видит маму
16 нед.	Преобладает симметричное положение (осанка). Неустойчивое держание головы. Голова наклоняется на 90 градусов при пронации предплечья. Визуальная аккомодация	Хорошая слежка за объектом, который медленно движется. Протягивание рук в направлении объекта, который расширяется	Спонтанная социальная улыбка (экзогенная). Ознакомление с непривычными ситуациями
28 нед.	Твердо сидит, тянется к протянутым рукам. Подпрыгивает при позиции стоя	Движение одной рукой и захват игрушки. Ударяет и расшатывает погремушку. Замечает подмену игрушек	Берет ступню в рот. Хлопает отражение в зеркале. Начинает имитировать мамину речь и действия. Проявляет тревогу, когда находится далеко от мамы. Начинает выполнять социальную роль. Самостоятельно кушает крекер и держит бутылочку
52 нед.	Ходит при поддержке одной рукой. Недолго самостоятельно стоит	Ищет новое в окружающем	Помогает в одевании
15 мес.	Учится ходить. Ползает вверх по лестнице		Жестами или с помощью звуков просит желаемое. Кидает объекты, играя, или отказывается от них
18 мес.	Улучшается координация, лучше ходит, редко падает. Кидает мяч. Поднимается вверх по ступенькам при помощи одной руки	Строит башню из 3–4 кубиков. Имитирует движения рукой	Частично самостоятельно ест, проливая. Одевает игрушки, носит или обнимает выбранную игрушку, например куклу. Имитирует некоторые поведенческие приемы с небольшим опозданием
2 года	Бегают хорошо, не падает. Бьет большой мяч. Самостоятельно поднимается и спускается по ступенькам. Хорошо усваиваются моторные навыки	Строит башню из 6–7 кубиков. Расставляет кубики в ряд, имитируя поезд. Имитирует вертикальные и круговые повороты. Развитие оригинального поведения	Одевается в простые предметы одежды. Домашняя мимика. Называет себя по имени. Говорит «нет» маме. Боязнь отдаляться от мамы начинает уменьшаться. Демонстрация любви и параллельная игра (играет рядом, но не вместе с другими детьми)
3 года	Может ездить на трехколесном велосипеде. Прыгает. Может идти с правой или левой ноги при подъеме по ступенькам	Строит башню из 9 или 10 кубиков. Складывает из 3 кубиков. Складывает круг и перекресток	Обувадается. Застегивает пуговицы. Хорошо самостоятельно употребляет еду. Поворачивается
4 года	Спускается по ступенькам, преодолевая ступеньку за один шаг. Стоит на одной ноге 5–8 секунд	Складывает перекресток. Повторяет 4 цифры. Считает до 3 объектов, правильно показывая	Умывает и вытирает лицо, чистит зубы. Ассоциативно или совместно (играет с другими детьми)
5 лет	Прыгает, меняя ногу. Обычно полностью контролирует сфинктеры. Улучшение координации движений	Выкладывает площадку. Рисует человека, выделяя голову, тело и конечности. Точно подсчитывает до 10 объектов	Самостоятельно одевается и раздевается. Рисует несколько печатных букв. Играет в двигательные игры-соревнования
6 лет	Ездит на двухколесном велосипеде	Пишет собственное имя печатными буквами. Выкладывает треугольник	Завязывает шнурки

новая кислота, энцефабол, ноотропил, церебролизин, липоцеребрин, витамины группы В и другие).

Сравним с направлением ребенка к детскому психиатру. Детский психиатр ведет прием в каком-то виде психиатрического учреждения, что уже пугает. Для выставления психиатрического диагноза(!) — та же умственная отсталость, аутизм, гиперактивность, тики, заикание, энурез, соматоформное расстройство, — необходимо письменное согласие обоих родителей. И это все для того, чтобы получить следующее лечение: аминалон, гамалон, глутаминовая кислота, ноотропил, церебролизин, липоцеребрин и т.д. — сведения из раздела «Умственная отсталость», написанного уже психиатром, одним из авторов этого же авторитетного руководства.

В то же время несколько иначе выглядят подходы к этому расстройству в руководствах других стран, на которые мы равняемся. В каждом источнике в большей или меньшей степени основное внимание в этом вопросе уделяется диагностике данного состояния. Наибольшее, как мы уже видели, в американском.

Менее значительное, например, — в знаменитом «Руководстве по клинической детской и подростковой психиатрии» под редакцией Кеннета Робсона (также американском) или английском — Роберта Гудмана и Стивена Скотта. Уже на этом этапе мы можем почувствовать разницу.

Первое — спектр и возможности диагностики генетически обусловленных форм.

Второе — тщательно разработанный этап патопсихологической диагностики. И вот мы подошли к важному рубежу. Именно этим отличается прием и ведение ребенка у детского психиатра. Применением шкал психологических методик, изучением семьи, обстоятельств жизни ребенка. Применением психодинамического подхода (то есть сопоставлением обстоятельств жизни, отношений в семье с проблемами детей). Но и лечение при выставленном диагнозе существенно отличается тем, что препараты не применяются (кроме случаев осложненных форм умственной отсталости). А дается, вернее, организовывается, развивающая и адаптирующая ребенка помощь. Но у нас этого нет!

Даже в тех случаях, когда есть специализированный детский сад, это не включает нашего ребенка 2 лет с недоразвитием речи. И это не включает детей с очень низким уровнем функционирования.

Но что же можем предложить мы? Как относиться к традициям назначения препаратов, стимулирующих развитие?

Именно практический опыт позволяет уверенно сказать о трех необходимых составляющих:

1. Знание теорий развития ребенка.
2. Использование патопсихологических исследований.
3. Применение в лечении сочетаний психотерапии, причем динамической, и фармакотерапии.

Клинические примеры:  
Девочка 5 лет. Нормально выношена, рождена. Развитие с задержкой. Сначала моторной, затем поведенческой, речевой.

На момент осмотра — расторможенна, не может фиксировать внимание на предлагаемых игрушках, крайне

Таблица 3. Развитие речи

Возраст и стадия развития	Овладение полнотой	Овладение выразительностью
0–6 мес.	Пугается, когда слышит громкие или неожиданные (случайные) звуки. Пытается определить направление звука, поворачивая глаза и голову. Кажется, что слушает человека, который разговаривает, различает предупреждения, смысл и дружелюбный голос. Отвечает, услышав собственное имя	Появляются другие звуки, кроме плача. По-разному плачет от голода, боли. Звуками показывает удовольствие. Играет, издавая соответствующие звуки. Бормотание (стадия звуков, которые повторяются)
7–11 мес. Присутствие при речи	Показывает выборочность в слушании (свободный контроль в ответ на звуки). Прослушивание музыки или пения с интересом	Отвечает звуками на собственное имя. Имитирует мелодию. Использует «собственную речь». Пользуется жестами (пощипывание головы в знак несогласия). Пользуется выкриками («о-о»). Играет в речевые игры
12–18 мес. Одно слово	Отличает разные звуки (звонок от лая собаки, гудка, маминого или отцовского голоса). — Понимает название главных частей тела, название конкретных объектов. Каждую неделю понимает несколько новых слов. Может отличить простые объекты (ребенок, мяч и др.) от групп объектов или картинок. В возрасте 18 мес. понимает до 150 слов	Произносит отдельные слова (средний возраст, в котором произносится первое слово, — 11 мес., в 18 мес. ребенок произносит до 20 слов). «Разговаривает» с игрушками, с собой или другими, используя «собственную речь» и случайные слова. Около 25 % произнесенного — понятные слова. Все гласные звуки артикулируются правильно. Начальные и конечные негласные часто пропускаются
12–24 мес. Сообщение из 2 слов	Выполняет простые просьбы («Дай мне мяч»). Выполняет команды, которые побуждают к действиям («Иди сюда», «Садись»). Понимает местоимения (мне, его, ее, тебе). Начинает понимать сложные предложения («Когда мы пойдем в магазин, я куплю тебе конфет»)	Произносит по два слова («все уши», «мяч здесь»). Имитирует в игре окружающие звуки («му-му», «ммм, ммм» и т.д.). Понятно 26–50 % сказанного. Пользуется речью, чтобы сказать о потребностях
24–36 мес. Формирование грамматики	Понимает название мелких частей тела (локоть, подбородок, бровь). Понимает названия членов семьи (бабушка, ребенок). Понимает размеры (маленький, большой). Понимает большинство прилагательных. Понимает действия (почему мы едим, почему мы спим)	Произносит предложения со словами, которые имеют грамматическую функцию (можем, будем). Обязательно высказывает намерения перед тем, как что-нибудь сделать. «Разговоры» с другими детьми, конечно, в виде монолога. «Собственная речь» и эхолалия постепенно исчезают из речи. Увеличение собственного словарного запаса (до 270 слов в 2 года, до 895 слов в 3 года), 50–80 % речи понятно. «П», «б», «м» артикулируются (произносятся) правильно. Возможны детские расстройства речи
36–54 мес. Развитие грамматики	Понимает размещение (под, перед, между). Понимает много слов (до 3500 в 3 года, до 5500 в 4 года). Понимает причину и последствия («Что ты делаешь, когда ты голодный?.. Когда тебе холодно?»). Понимает аналог (еду едим, молоко пьем)	Правильно произносятся звуки Н, В, Т, Д, К, Ж. Пользуется речью, чтобы рассказать о произошедших случаях. Широко использует грамматические формы: множество, прошедшее время, отрицание, вопросы. Речевые игры: рифмует, гиперболизует. Понятно 90 % речи, отдельные ошибки в порядке звуков в произносимых словах. Может определить слова. Редкое эгоцентрическое использование речи. Может правильно повторить фразу из 12 слов. Все еще встречаются некоторые грамматические ошибки
55 мес., старше Настоящее общение	Понимает значения — номер/количество, скорость, время, пространство. Понимает направление — направо/влево. Понимает абстрактные термины. Способен распределить слова по семантическим классам	Рассказывает истории, высказывает идеи и обсуждает возможности. Увеличивается использование разных грамматических категорий, самостоятельно исправляет грамматические ошибки. Стабилизируется произношение звуков и групп согласных Ф, С, З, Л, Р (диграфов). Речь на 100 % понятна

Таблица 4. Стадии когнитивного развития по Piaget's

Период развития	Стадия пространственного развития	Когнитивные достижения
Гестационный		Плод может «слышать» звуки и по-разному отвечать на них после рождения
Очень раннего детства (infancy): рождение — 2 года рождение — 1 мес.	Сенсорно-моторная, включающая рефлективную, эгоцентричную («найденное новое упрощает явное») концепции	Ребенок «думает» глазами, ушами и ощущениями Новорожденный ребенок может изучать, соединяя сосание с поглаживанием
4–8 мес.	Вторично-круговая: поиск частично спрятанных объектов	Новорожденный может изучать, соединяя сосание с визуальными или музыкальными образами
8–12 мес.	Координация вторичной циркуляции: нахождение спрятанных объектов	Может помнить до 1 месяца. Может играть с родителями, искать частично спрятанные объекты
12–18 мес.	Третично-круговая: исследование способностей и кидание объектов	Улучшается память
18 мес. — 2 года	Умственное развитие, запоминание объектов	Части тела используются как объекты. Может собирать объекты вместе, ставить один на один. Помнит спрятанные объекты. Выбрасывает предметы из мешочка Знает звуки, которые присущи животным, называет объекты. Знает части тела и семейные фотокарточки. Может понимать невидимые причины
Раннее детство: 2–5 лет 2–7 лет	Преоперационная, включая концепции: Эгоцентризм: «Я хочу, чтобы ты тоже это ел» Анимизм: «Я боюсь месяца» Отсутствие иерархии: «Куда двигаются эти ограждения?» Центризм: «Я хочу это сейчас, а не после ужина» Необратимости: «Я не знаю, как вернуться к той комнате» Трансдуктивного понимания: «Мы должны пойти этим путем, потому что им ходит отец»	Использование символов. Развитие речи и доверия Никаких признаков логики 3-летний ребенок может посчитать 2–3 объекта, знает цвета и возраст 4-летний ребенок может фантазировать без конкретных оснований У 5–6-летнего ребенка появляется чувство юмора, понимает, что такое «хорошо» и «плохо». Может делать некоторую работу дома
Среднее детство: 6–11 лет 6 лет 7–11 лет	Конкретное операционное. Включает концепции: Иерархическая классификация — распределяет автомобили по типу Обратимость — может играть в игры, продвигаясь вперед и поворачиваясь назад (например, шахматы) Консерватизм — потеря монет и поиск их Децентрация — волнение из-за пустяков, навязчивости Пространственные операции — подобие моделей направления Горизонтальное расширение — концентрирование на базе логических заключений Транзитивные выводы — силлогизмы, сравнение всего, важные названия частей	Дети 7–11 лет имеют хорошую память, вспоминают, могут решать проблемы Дети начинают думать логично Понимают значения, сохранения типа «Количество замороженного молока и растаивающего одинаково» Могут распределить объекты по иерархии Дети кажутся рациональными и организованными
Подростковый возраст: 11–19 лет 11 лет и дальше	Формальная операционность Включает концепции: Гипотетично-дедуктивная обусловленность Подростки быстро думают или извиняются Представленная встреча — каждый смотрит на них Личные случаи — смена мысли о них Пропозиционное мышление — логичное	Абстрактное мышление и установление причинно-следственных связей Могут думать обо всех возможностях

раздражительна, легко плачет, хочет уходить из кабинета. Ребенку проведены МРТ-исследование, обследование на TORCH-инфекции, ЭЭГ-мониторинг, патопсихологическое обследование. Выявлены аутистические феномены поведения без классической картины аутизма. Выраженная задержка речевого развития, глубокая несформированность социальных навыков.

После назначения rispеридала, который хорошо переносится в дозах не более 0,5 мг в сутки, состояние ребенка принципиально не улучшилось, хотя улучшился только сон. После проведения стимуляции отечественным пептидным препаратом Цереброкурин® у пациентки появился прогресс в речи — количество осознанно произносимых слов увеличилось до 10–15.

В результате психологических консультаций родители стали менее фрустрированы и наладили более спокойный и посильный контакт с ребенком.

Уже через год такой тактики девочка стала упорядоченной в поведении большую часть времени, в течение 20–30 минут может заниматься при помощи знакомых пособий — пазлов, кубиков, наборов цифр и предметов, пытается называть каждый предмет. Что помогло? На этот вопрос можно ответить, убирая какое-либо звено. И мы тут же получаем ухудшение. Убирая rispеридал, получаем повышение уровня тревоги, что препятствует контакту, при этом возникает двигательная расторможенность, ухудшается сон.

Не проводим 1 раз в 3 месяца курс Цереброкурина® — не получается такого явного прогресса в речи, как после этих стимуляций.

Таблица 5. Наиболее часто применяются следующие теории

Теория	Тип теории	Стадии или фазы
Зигмунд Фрейд (1910)	Психоаналитические теории влечений (психосексуальные стадии развития)	Оральная (рождение — 2 мес.) Анальная (8–36 мес.)
Жан Пиаже (1952)	Когнитивный	Сенсорно-моторная понятливость (первые 2 года) Модификация рефлексов (рождение — 2 мес.) Первичная циркулярная реакция (1–4 мес.) Вторичная циркулярная реакция (4–10 мес.) Координация вторичных схем (10–12 мес.) Третичная циркулярная реакция (12–18 мес.) Репрезентация мышления (18–24 мес.) Преоперациональный ум
Эрик Эриксон (1951)	Психоаналитические теории (психосексуальные стадии)	Доверие — недоверие (рождение — 18 мес.) Самостоятельность — нерешительность (18–36 мес.)
Маргарет Малер (1975)	Психоаналитические теории (сепарация и индивидуация)	Аутистическая фаза (рождение — 2 мес.) Симбиоз (2–4 или 5 мес.) Дифференциация (4 или 5–8–9 мес.) Упражнение (практикование) Раннее практикование (8–9–12 мес.) Практикование правильное (12–18 мес.) Упрекание (8–24 мес.) Путь к объектной констанции (2–36 мес.)
Джон Боулби (1969, 1973, 1980)	Теория привязанности	Фаза ограниченной дискриминации (2 мес.) Фаза ограниченного предпочтения (2–7 мес.) Фаза фокусирования привязанности и надежной основы Фаза целенаправленного партнерства
Daniel Stern (1985)	Психоаналитические теории (чувство развития селф)	Чувство появляющегося селф (рождение — 2 мес.) Чувство ядра селф (2–3 мес.) Чувство субъективного селф (7–9 мес.) Чувство вербального селф (18–20 мес.)

Но и без правильного подхода со стороны окружающих препараты не дали бы эффекта.

Случай 2. Девочка 8 лет с ДПП, тетрапарезом, гиперкинезами, тяжелой дизартрией, эпилептическим синдромом, который начался 1 год назад, и хорошим интеллектом.

Какие здесь могут быть подходы к лечению?

Выясняется, что девочка посещает обычную школу, успевает и очень много читает. Задаёт вопросы и размышляет о чудесных превращениях. У нее нарушен сон. На ночной ЭЭГ выражены дезорганизация в фронтальных областях, очень выраженное

возбуждение — высокие волны в фазе дремоты, которая занимает около 3 часов. Можно ли лечить в данной ситуации только эпилептический синдром, не обращая внимания на тяжелую фрустрацию, которую переживает ребенок?

Поэтому планируется психологическая работа; возможно, прием анксиолитиков (необходимость применения препаратов решается в процессе психологической работы). А как помочь девочке с речью? Возможно ли в данном случае проводить лечение пептидными препаратами? Ответ на этот вопрос мы получим не ранее чем через 6 месяцев. Он зависит от результатов применения антиэпилептического лечения и психологической работы.

Нужны ли пептидные препараты? Можем ли мы опираться на теорию апоптоза нейронов, то есть обратимого состояния, когда поврежденный, например гипоксией, нейрон может быть реанимирован соответствующими веществами?

И это все надо применять исходя из тех симптомов, которые предшествуют развитию. Например, такого ключевого явления в поведении человека, как речи.

В целом пептиды имеют более сложную химическую структуру. В головном мозге их обнаружено десятки, а может быть сотни, они выполняют такие же функции, как и в других частях тела, — функции сложных межклеточных сигналов, которые позволяют одной клетке влиять на активность другой (Herbert, 1993). Нейроны, содержащие пептиды, обнаружены во всех отделах головного мозга, хотя их распределение неравномерное; особенно много их в лимбической системе. Пептиды прекрасно иллюстрируют факт, что нейрохимическая структура лимбической системы не соответствует традиционному модульному строению, предполагаемому наличие нескольких групп параллельных или дополнительных проводящих путей различающихся специфическим составом пептидов. В некоторых случаях такая группа образований влияет на широкую область (например, нейроны, связанные с экспрессией гена проопиомеланокортикотропина). В других случаях нейроны и их окончания обнаруживаются в нескольких сравнительно

отдаленных друг от друга областях (например, нейроны, содержащие кортикотропин-рилизинг-фактор-КРФ) (Palkovits & Brownstein, 1985; J. Herbert, M. Martinez, 2006).

Многие нейропептиды проявляют выраженные нейротрофические ростовые свойства, а также способность регулировать экспрессию ранних генов. С учетом того, что нейропептиды легко проникают через гематоэнцефалический барьер (в отличие от полипептидных цепей факторов роста), трудно переоценить их потенциальную терапевтическую значимость. Одним из наиболее перспективных препаратов нейротрофического ряда является Цереброкурин®, который содержит свободные аминокислоты, нейропептиды и низкомолекулярные продукты контролируемого протеолиза низкомолекулярных белков и пептидов эмбрионов крупного рогатого скота. Механизм действия и точки приложения Цереброкурина® принципиально отличаются от других препаратов нейропептидной природы, в частности от церебролизина. Цереброкурин® содержит пептиды, несущие в себе программу анализа состояния и строительства ЦНС. Таким образом, конечный эффект различается из-за качественно отличного механизма действия.

В чем тогда вопрос?

1. Ребенок с нарушением развития речи и интеллекта должен быть вовремя выявлен благодаря налаженной системе сравнения с критериями от рождения.

2. Ребенок с нарушениями развития речи и интеллекта должен быть правильно оценен:

- генетически;
- неврологически;
- психически: при помощи диагностических шкал; при помощи психодинамического подхода.

3. Семья такого ребенка должна получить возможность обучиться правильному подходу к ребенку — во всех смыслах, учитывая тот факт, что ребенок, не нарушенный органически или генетически, не будет правильно развиваться в семье с нарушенными отношениями или психопатологией кого-то из родителей.

Наш опыт клинической диагностики и семейного консультирования подтверждает позитивные результаты именно такого подхода. □

Cerebrocurin pro injectionibus®

# Цереброкурин®

розчин для ін'єкцій

## Відновлює функції ЦНС де інші безсилі



**Неврологія**

- гострі та хронічні порушення мозкового кровообігу
- дисциркуляторна та післятравматична енцефалопатія
- психоорганічний синдром з інтелектуальною недостатністю
- хвороба Дауна
- апалічний синдром



**Педіатрія та неонатологія**

- афазія будь-якого генезу
- затримка психічного розвитку та мовлення
- церебральний параліч із психомовленнєвою затримкою
- цефалгія внаслідок ЧМТ
- уроджена алалія та дизлексія
- асфіксія



**Офтальмологія**

- макулодистрофія
- короткозорість
- відшарування сітківки
- атрофія зорового нерва
- діабетична ретинопатія
- глаукома



WWW.CEREBROCURIN.COM.UA

НПП «НІР», м. Київ, Харківське шосе, 50  
тел.: (+38 044) 559-70-30, (+38 098) 682-39-69