

лихорадкой и разрывом околоплодных оболочек более чем 18 ч, наличием в анамнезе стрептококкового сепсиса у предыдущего ребенка, показана профилактика перед родами антибиотиками пенициллинового ряда.

- При наличии частиц мекония с амниотической жидкостью и отсутствии активности новорожденного следует немедленно отсасывать содержимое трахеи.

Перед выпиской из неонатологического стационара необходимо консультирование родителей врачом, который должен:

- объяснить родителям, что ни в коем случае нельзя кушать в присутствии ребенка;
- информировать родителей о необходимости прививок против пневмококков и гриппа, а также о профилактическом введении Синагиса для предотвращения тяжелых форм острых респираторных заболеваний, вызванных респираторно-синцитиальным вирусом;
- акцентировать внимание на необходимости катанестического наблюдения в специализированных амбулаторно-поликлинических лечебных учреждениях.

#### NEONATAL PNEUMONIA

V. Zubkov, Candidate of Medical Sciences

Acad. V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

The lecture is dedicated to the specific features of the etiology and pathogenesis of neonatal pneumonia and the principles of its diagnosis and therapy.

**Key words:** neonatal infant, pneumonia, antibiotic therapy, immunoglobulins.

## О БЕЗОПАСНОСТИ АНАЛЬГЕТИКОВ У ДЕТЕЙ

**Е. Ушкалова**, доктор медицинских наук, профессор  
Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии  
им. акад. В.И. Кулакова  
**E-mail:** eushk@yandex.ru

*Проблемы безопасности ограничивают применение многих анальгетиков и нестероидных противовоспалительных средств в педиатрии. Начиная с 80-х годов прошлого века, после обнаружения причинно-следственной связи между приемом ацетилсалициловой кислоты и развитием синдромом Рейе самым применяемым антипиретиком в педиатрии стал парацетамол. Однако его применение ассоциируется со значительной заболеваемостью и смертностью, обусловленной прежде всего гепатотоксичностью при передозировке. Кроме того, результаты многочисленных фармакоэпидемиологических исследований позволяют предположить, что применение парацетамола ассоциируется с повышенным риском развития бронхиальной астмы у взрослых и детей, в том числе подвергшихся внутриутробному воздействию препарата. В этой связи все большее внимание в качестве альтернативы парацетамолу привлекает ибупрофен. В статье приводятся данные рандомизированных контролируемых и фармакоэпидемиологических исследований, подтверждающих безопасность и хорошую переносимость ибупрофена в педиатрии.*

**Ключевые слова:** анальгетики, педиатрия, безопасность, парацетамол, ибупрофен.

**Б**езопасность и переносимость лекарственных средств – важнейшие критерии при решении вопроса о целесообразности их назначения детям.

Среди препаратов с жаропонижающим и анальгезирующим действием в большинстве стран для безрецептурного применения у детей разрешены только парацетамол и ибупрофен. Использование других неопиоидных анальгетиков и нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП) в педиатрии ограничено из-за опасности развития серьезных побочных эффектов. В частности, применение ацетилсалициловой кислоты (АСК) у детей с вирусными заболеваниями ограничено риском возникновения синдрома Рейе – редкого серьезного осложнения, проявляющегося острой энцефалопатией и жировой дегенерацией печени. Первыми клиническими признаками синдрома Рейе являются профузная рвота и различные неврологические нарушения: от повышенной раздражительности до комы и смерти [1].

Взаимосвязь между синдромом Рейе и приемом АСК подтверждена в крупных исследованиях. Опасность развития этого осложнения широко освещалась в средствах массовой информации. В результате применение АСК у детей с 1980 г. резко сократилось. Это, в свою очередь, привело к практически полному исчезновению синдрома Рейе в большинстве стран [2]. В России применение АСК при острых вирусных инфекциях у детей до 15 лет не рекомендовано Фармкомитетом РФ с 1999 г.

У детей с повышенной чувствительностью к препарату, а также с назальными полипами и ангионевротическим отеком АСК может провоцировать развитие бронхоспазма.

### Журнал «Медицинская сестра» —

издание, необходимое  
руководителям  
медицинских учреждений —  
главным врачам,  
их заместителям  
по сестринскому  
персоналу,  
специалистам-практикам,  
преподавателям  
и студентам  
всех медицинских  
образовательных  
учреждений



Подписаться можно  
с любого месяца

Полугодовой  
подписной индекс  
по каталогу

«Роспечать» — **47989**

по каталогу

«Пресса России» — **44463**

по каталогу «Почта России» — **73257**

Подписка на электронную версию журнала  
на сайте [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)

**ИЗДАТЕЛЬСКИЙ ДОМ  
«РУССКИЙ ВРАЧ»**

Непереносимость АСК у пациентов с круглогодичным аллергическим ринитом достигает 6,18%, с полипами — 14,68% [3]. Угрожающий жизни бронхоспазм при приеме АСК развивается у 10% больных бронхиальной астмой (БА), особенно в возрасте старше 10 лет [4, 5].

Высокой токсичностью обладает и другая группа неопиоидных анальгетиков — производные пиразолона. Серьезным побочным эффектом этих препаратов является поражение кроветворения с развитием в тяжелых случаях агранулоцитоза, который может привести к летальному исходу. Угнетение кроветворения может вызывать и другой препарат из группы производных пиразолона — метамизол натрия (анальгин) [6]. Согласно данным Агентства медицинских продуктов Швеции, он вызывает агранулоцитоз с частотой 1: 1439 [7].

Другой серьезный побочный эффект метамизола — анафилактический шок. Результаты, полученные при мониторинге побочных реакций в больницах Германии, показали, что сосудистый шок при применении метамизола наблюдается в 10 раз чаще, чем агранулоцитоз [8], причем бороться с ним крайне сложно, так как вследствие разрушения клеток сосудистого эндотелия, обусловленного гиперчувствительностью сосудов к препарату, АД не удается поднять с применением ни кровезаменителей, ни сосудосуживающих препаратов. В 30–50% случаев анафилактический шок заканчивается летальным исходом. У детей при применении метамизола может развиваться длительное коллаптоидное состояние с гипотермией (34,5–35,0°C) [9].

Метамизол может вызывать и другие побочные эффекты, связанные с иммунологическими нарушениями: гепатит, альвеолит, интерстициональный нефрит, пневмонию и серьезные кожные реакции — синдромы Лайелла (токсический эпидермальный некролиз) и Стивенса—Джонсона [10]. У больных atopической БА и поллинозами повышен риск развития аллергических реакций при применении метамизола.

В связи с неблагоприятным соотношением польза/риск широкое применение метамизола в качестве жаропонижающего и анальгезирующего средства не рекомендовано ВОЗ (письмо от 18.10.1991 г.). В настоящее время его применение запрещено или резко ограничено более чем в 40 странах мира [6]. Фармкомитетом РФ решение об ограничении применения метамизола у детей и подростков до 18 лет было принято в 1992 г.

После обнаружения причинно-следственной связи между приемом АСК и развитием синдрома Рейе самым широко применяемым антипиретиком в педиатрии с 1980-х годов становится парацетамол (ацетаминофен). Он рекомендуется в качестве средства выбора во всех национальных и международных руководствах.

Несмотря на то, что парацетамол признан эффективным и безопасным анальгетиком/антипиретиком, его применение ассоциируется со значительной заболеваемостью и смертностью, обусловленной прежде всего гепатотоксичностью при передозировке [11]. В странах, где парацетамол получил широкое применение, он относится к лидирующим причинам лекарственных поражений печени у взрослых и детей и обусловленной ими трансплантации печени [12, 13]. В США поражения печени, вызванные парацетамолом, ежегодно приводят к 30 тыс. госпитализаций; парацетамол является основной причиной развития острой недостаточности печени, опережая по этому показателю вирусные гепатиты [14]. По данным спонтанных сообщений, поступивших в органы фармаконадзора США в 1998–2005 гг., парацетамол и его комбинация с гидроксидом вошли в число 15 лидирующих препаратов, ассоциирующихся с летальными исходами [15].

Парацетамол занимает в США 1-е место (14%) в структуре причин острой печеночной недостаточности у детей [16], хотя в целом риск развития токсических реакций при его применении у детей и подростков ниже, чем у взрослых [17, 18]. В большинстве случаев такие реакции возникают на фоне ошибок терапии или при суицидальных попытках.

Поражения печени у детей описаны как при приеме однократной дозы препарата 120–150 мг/кг, так и при многократном приеме, в том числе в дозах, близких к рекомендуемым [19–22], что связывают с постепенным накоплением токсичных метаболитов препарата [19]. Случаи гепатотоксичности при применении парацетамола в суточной дозе 75 мг/кг и ниже крайне редки. По данным систематического обзора 62 исследований с участием 32 414 детей, при применении парацетамола в течение 1–3 дней побочные реакции со стороны печени зарегистрированы в 0,031% случаев [23]. Однако при более длительном использовании препарата риск поражений печени может значительно возрастать.

Токсичность парацетамола тесно связана с его метаболизмом. В терапевтических дозах он метаболизируется преимущественно путем конъюгирования с сульфатом и глюкуроном. Примерно 5–10% препарата окисляется под влиянием ферментов цитохрома P450 (преимущественно CYP2E1 и CYP3A4) с образованием токсичного электрофильного метаболита N-ацетил-p-бензохинонимина, который обезвреживается глутатионом и выводится с мочой или желчью [24].

Риск гепатотоксичности значительно возрастает при одновременном применении препарата с большим количеством лекарственных средств (ЛС), способных влиять на его выведение из организма и (или) активность CYP2E1 [24]. Индукция изофермента CYP2E1, возникающая, например, под влиянием фенобарбитала, фенитоина, рифампицина, изониазида и ряда других препаратов, приводит к значительному увеличению доли парацетамола, метаболизирующегося с образованием биологически активного промежуточного продукта. Детям, получающим ЛС, влияющие на активность CYP2E1, рекомендуют уменьшать дозу парацетамола и сокращать до минимума продолжительность его применения.

Образование токсичного метаболита возможно также при недостаточном питании [25–27], дефиците белка в диете [25–27], ожирении [27], плохо контролируемом сахарном диабете [28]. У пациентов с хронической белковой недостаточностью наряду с увеличением уровня токсического метаболита вследствие уменьшения образования глутатиона снижается и детоксификация парацетамола [25]. Есть данные о том, что концентрация парацетамола в крови значительно увеличивается при высокой температуре тела и у детей младшего возраста [29].

Определить идеальную дозу парацетамола для детей очень сложно в связи с возрастными особенностями фармакокинетики и ее изменениями по мере роста ребенка [30]. Например, клиренс парацетамола у новорожденных составляет 62% такового у детей более старшего возраста, а объем распределения препарата — 174% [31]. Метаболизм парацетамола качественно различается у новорожденных и детей старшего возраста, а также у взрослых [31]. У новорожденных преобладают процессы сульфатирования, а у детей старше 12 лет — глюкуронирования. Несмотря на низкую активность CYP2E1 в неонатальном периоде, у новорожденных могут образовываться гепатотоксичные метаболиты парацетамола [32, 33], что в сочетании с пониженным клиренсом препарата и его метаболитов может способствовать поражению печени, особенно при применении в течение более 2–3 дней [31]. Еще более выраженные отличия фармакокинетики характерны

для недоношенных детей, причем они наблюдаются по крайней мере на протяжении всего первого года жизни [34]. Особенности фармакокинетики у детей определяются именно возрастом и не зависят от роста и массы тела ребенка [34], в связи с чем стандартный расчет доз парацетамола (на 1 кг массы тела или 1 м<sup>2</sup> поверхности тела) может привести к передозировке. Возможно, этим объясняется то, что среди детей с острой печеночной недостаточностью на фоне длительного применения парацетамола 46,8% – больные до 2 лет [20]. Кроме того, детям не рекомендуется применять парацетамол в суппозиториях, так как его всасывание со слизистой оболочки прямой кишки крайне вариабельно и непредсказуемо, а биодоступность препарата при таком пути введения колеблется от 24 до 98% [35].

В педиатрии к самым частым медицинским ошибкам относится непреднамеренная передозировка парацетамола вследствие одновременного назначения 2 и более препаратов, содержащих данное действующее вещество [25]. Наиболее распространенными ошибками родителей при лечении детей парацетамолом являются неправильное дозирование, в том числе вызванное путаницей с разными концентрациями жидких лекарственных форм и объемами мерных емкостей, а также неадекватная продолжительность применения [26, 36].

Food and Drug Administration – FDA – Агентством по контролю пищевых продуктов и лекарственных средств (США) с целью предотвращения ошибок дозирования производителями жидких педиатрических лекарственных форм предложено перейти на выпуск препаратов с одной концентрацией вместо множественных и снабдить их надежными мерными устройствами [37]. FDA рассматривает и другие предложения консультативной комиссии. Среди них – разработка отдельной инструкции по дозированию препарата у детей до 2 лет, в которой учтены не только возраст, но и масса тела ребенка, необходимость выпуска всех пероральных детских лекарственных форм в одной дозировке и стандартизация мерных устройств [38]. В ноябре 2011 г. Агентство по надзору за оборотом лекарств и товаров медицинского назначения (Medicines and Healthcare Products Regulatory Agency – MHRA) Великобритании снизило вдвое разовые дозы жидких лекарственных форм парацетамола, рекомендуемые детям в возрасте от 1 года до 2 лет (до 5 мл), и на 1/3 (до 7,5 мл) – в возрасте от 2 до 4 лет\*.

Длительное время парацетамол рассматривался в качестве одного из самых безопасных анальгетиков у пациентов с БА, в том числе с повышенной чувствительностью к АСК. Однако у 20–30% пациентов проявляется дозозависимая перекрестная чувствительность, поэтому больным БА, не переносящим АСК, для подтверждения безопасности парацетамола необходимо проводить пероральный провокационный тест на чувствительность [39]. Более того, в многочисленных исследованиях у взрослых и детей показана связь между применением парацетамола и повышением риска развития БА и других аллергических заболеваний. Эта связь подтверждена и результатами недавно опубликованного метаанализа [40]. В него было включено 13 перекрестных исследований, 4 когортных и 2 исследования типа случай-контроль, в которых участвовали 425 140 обследованных разного возраста, включая беременных. Риск развития БА под влиянием парацетамола был повышен и у взрослых, и у детей – отношение шансов для

всех участников составило 1,63 (95% доверительный интервал – ДИ – 1,46–1,77), для детей, принимавших препарат за 1 год до установления диагноза БА, – 1,60 (95% ДИ – 1,48–1,74), для детей, принимавших его на первом году жизни, – 1,47 (95% ДИ – 1,36–1,56).

В фармакоэпидемиологических исследованиях прослеживается взаимосвязь между уровнем потребления парацетамола и распространенностью БА в разных регионах мира, а также между тенденцией к повышению использования парацетамола в последние десятилетия и ростом заболеваемости БА [41]. Считают, что патогенез воспаления дыхательных путей и бронхообструкции, возникающих под влиянием парацетамола, связан с оксидативным стрессом, развивающимся на фоне дефицита глутатиона в легких, и усилением ответа Т-хелперов 2-го типа, приводящим к увеличению продукции цитокинов и как следствие – развитию аллергических реакций [41]. Несмотря на накапливающуюся информацию, причинно-следственная связь между приемом парацетамола и развитием БА и других аллергических заболеваний остается недоказанной и вызывает большое беспокойство у экспертов, считающих необходимыми соответствующие целенаправленные рандомизированные исследования [40–42].

В последнее время большие усилия были направлены на определение риска развития аллергических заболеваний или БА у детей, внутриутробно подвергшихся воздействию парацетамола. Результаты этих исследований противоречивы, тем не менее в большинстве из них такая связь найдена [43–49], подтверждена она и результатами метаанализа [40].

Высказывается мнение, что в связи с серьезными побочными эффектами и высоким риском передозировки с тяжелыми последствиями, включая летальный исход, безрецептурный статус парацетамола и АСК не оправдан [50, 51].

### БЕЗОПАСНОСТЬ ИБУПРОФЕНА

Безопасность ибупрофена у взрослых и детей хорошо изучена в клинических и фармакоэпидемиологических исследованиях. Их результаты позволили рассматривать ибупрофен при применении в низких (безрецептурных) дозах как самый безопасный препарат из группы НПВП. В большом рандомизированном клиническом исследовании с участием 8677 взрослых пациентов применение парацетамола в дозе 1,2 г/сут в течение 1–7 дней для лечения различных заболеваний позволяло предотвратить 5 значительных побочных эффектов на каждые 100 пациентов по сравнению с применением АСК в суточной дозе 3 г и 4 побочных эффекта по сравнению с парацетамолом (3 г/сут) [52].

В ряде метаанализов и систематических обзоров продемонстрирована достаточно высокая желудочно-кишечная безопасность препарата у взрослых, превосходящая таковую других НПВП [53–57]. У детей желудочно-кишечная переносимость НПВП даже при длительном применении при ревматических заболеваниях лучше, чем у взрослых [58]. Анализ побочных эффектов ибупрофена у взрослых и детей при использовании в дозах, рекомендованных для безрецептурного применения, в течение 7 дней не выявил ни одного случая желудочно-кишечного кровотечения, а также летальных исходов или госпитализаций, обусловленных побочным действием препарата [59].

Хорошая переносимость и высокая безопасность ибупрофена при использовании в качестве анальгетического и антипиретического средств у детей и взрослых подтверждена также результатами метаанализа 85 рандомизированных клинических исследований. Согласно заключению этого метаанализа, ибупрофен при лечении боли и лихорадки проявляет

\*[<http://www.mhra.gov.uk/home/groups/comms-ic/documents/website/resources/con134921.pdf>]

одинаковую с парацетамолом безопасность. Метаанализ 12 рандомизированных сравнительных клинических исследований по применению парацетамола и ибупрофена в педиатрии для лечения лихорадки или боли показал, что их безопасность и переносимость у детей не отличается от таковой в группе плацебо, в том числе в отношении побочных эффектов со стороны желудочно-кишечного тракта и почек [61].

Безопасность ибупрофена убедительно продемонстрирована в крупномасштабном рандомизированном двойном слепом исследовании, включавшем более 84 тыс. детей [62]. Риск госпитализации в связи с желудочно-кишечным кровотечением, почечной недостаточностью, анафилаксией или синдромом Рейе был одинаковым в группах, получавших парацетамол и ибупрофен. Более того, у детей с высоким риском БА (n=1879), принимавших противовоспалительные препараты, при использовании ибупрофена наблюдалась тенденция к меньшей частоте госпитализаций и обращений к врачу, чем при применении парацетамола [63]. Поскольку исследование не включало контрольную группу (плацебо), не удалось определить, действительно ли парацетамол повышает краткосрочную заболеваемость БА, а ибупрофен снижает ее. Однако в любом случае полученные данные свидетельствуют об относительной безопасности использования ибупрофена у детей, страдающих БА.

В большом рандомизированном контролируемом исследовании Boston University Fever Study изучали риск серьезных побочных явлений при применении парацетамола и ибупрофена в качестве жаропонижающих средств у детей [64]. Не было выявлено статистически значимых различий между препаратами по показателям госпитализации вследствие серьезных побочных явлений в целом и госпитализации вслед-

ствие БА, а также по частоте посещений врача в связи с болью в животе или диспепсией. При использовании обоих препаратов не отмечено клинически значимых нарушений функции почек. Однако при БА, леченной ибупрофеном, понадобилось значительно меньше ( $p=0,02$ ) посещений врача, чем при лечении парацетамолом (соответственно 3,0 и 5,1%). Опубликованные в литературе и содержащиеся в электронных базах данные свидетельствуют о более низком риске развития БА под влиянием ибупрофена и даже позволяют предположить наличие у него протективного эффекта [63, 65].

Согласно данным французских исследователей, переносимость ибупрофена в педиатрии лучше, чем у взрослых пациентов [65].

При применении ибупрофена у детей до 2 лет в дозах, рекомендованных для безрецептурного отпуска, не описано случаев развития синдрома Рейе, анафилаксии или острой почечной недостаточности [18]. Тем не менее во избежание нежелательных реакций со стороны почек при применении ибупрофена рекомендуется следить за потреблением ребенком жидкости и поддерживать в период лечения адекватную гидратацию [67].

Более низкая нефротоксичность ибупрофена по сравнению с другими НПВП явилась основанием для его применения в неонатологии с целью закрытия открытого артериального протока у недоношенных детей [68]. Согласно результатам недавно проведенного метаанализа 20 рандомизированных и квазирандомизированных исследований, ибупрофен не уступает по эффективности при данной патологии индометацину и позволяет снизить риск развития некротизирующего энтероколита и транзиторной почечной недостаточности у детей [69].

**НУРОФЕН®**  
для детей

до **8** часов  
без жара  
и боли



**ПРЕПАРАТ ПЕРВОГО ВЫБОРА  
ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЖАРА И БОЛИ У ДЕТЕЙ\***

**Нурофен® для детей. Без сахара, спирта и красителей.**

Кроме того, ибупрофен не оказывает неблагоприятного влияния на рост и развитие головного мозга у новорожденных и не повышает риск возникновения нейропатологии [70]. Даже длительная терапия высокими дозами ибупрофена при муковисцидозе достаточно хорошо переносится детьми. В 2 многоцентровых исследованиях применение препарата в средней дозе 20–30 мг/кг 2 раза в сутки ассоциировалось с небольшим повышением риска желудочно-кишечных кровотечений, при этом низкая их частота и польза терапии существенно превышали связанный с ней риск [71].

Низкий потенциал токсичности ибупрофена обусловлен сочетанием его фармакодинамических (множественные механизмы противовоспалительного действия и умеренное угнетение активности циклооксигеназы – ЦОГ-1 и ЦОГ-2) и фармакокинетических свойств (короткий период полувыведения, отсутствие токсичных метаболитов, более низкий, чем у парацетамола, объем распределения, не позволяющий предположить его проникновение в клетки) [72, 73].

Важными преимуществами ибупрофена перед АСК и парацетамолем являются более широкий диапазон терапевтического действия и меньшая токсичность при передозировке. По мнению ряда авторов, ибупрофен превосходит парацетамол по безопасности как при острой, так и при хронической передозировке. По данным Национальной информационной службы Великобритании по отравлениям, передозировка ибупрофена – относительно распространенное явление, тем не менее крайне редко приводящее к серьезным побочным реакциям [74]. При передозировке ибупрофена (в отличие от передозировки АСК и парацетамола) не включаются дополнительные патофизиологические механизмы, а только усиливаются свойственные ему фармакологические эффекты. Анализ 1033 случаев передозировки ибупрофена показал, что у 705 (65%) пациентов симптомы интоксикации полностью отсутствовали, у 199 (18%) они были легкими и у 23 (2%) – умеренными [74].

В России зарегистрирован оригинальный ибупрофен, разработанный в Великобритании, – препарат Нурофен®, профиль эффективности и безопасности которого подтвержден многочисленными рандомизированными клиническими фармакоэпидемиологическими исследованиями. Для детей младшей возрастной группы разработан специальный препарат – Нурофен® для детей (с 3 мес), доступный в 2 лекарственных формах: суспензия для приема внутрь (100 мг/5 мл) и ректальные суппозитории по 60 мг.

Таким образом, ибупрофен (Нурофен® для детей) характеризуется благоприятным профилем безопасности, обусловленным сочетанием его фармакодинамических и фармакокинетических свойств. Безопасность ибупрофена в педиатрии продемонстрирована в многочисленных исследованиях и метаанализах. Накапливающиеся данные позволяют предположить, что по соотношению польза/риск он имеет преимущества перед другими анальгетиками/антипиретиками и может рассматриваться в качестве препарата выбора у детей.

*Список литературы см. на сайте редакции: [www.rusvrach.ru](http://www.rusvrach.ru)*

#### ABOUT THE SAFETY OF ANALGESICS IN CHILDREN

Professor E. Ushkalova, MD  
Acad. V.I. Kulakov Research Center of Obstetrics, Gynecology, and Perinatology

*Safety problems limit the use of many analgesics and nonsteroidal anti-inflammatory drugs in pediatrics. Since the 1980s when a cause-and-effect relation was found between acetylsalicylic acid intake and Reye's syndrome, paracetamol has become the most widely used antipyretic in pediatrics. However, its use is associated with significant morbidity and mortality primarily caused by hepatotoxicity in overdose. Moreover, the results of numerous pharmacoepidemiological studies may suggest that the use of paracetamol is associated with an increased risk of asthma in adults and children, including those exposed to intrauterine paracetamol. In this connection, ibuprofen as an alternative to paracetamol attracts increasingly more attention. The paper gives the data of randomized controlled and pharmacoepidemiological studies that confirm the safety and good tolerability of ibuprofen in pediatric care.*

**Key words:** analgesics, pediatrics, safety, paracetamol, ibuprofen.

## НЕЗАПЛАНИРОВАННАЯ БЕРЕМЕННОСТЬ: СОЦИАЛЬНЫЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

**Л. Савина**

Кафедра акушерства, гинекологии, перинатологии  
и репродуктологии СЗГМУ им. И.И. Мечникова,  
Санкт-Петербург  
E-mail: lv-savina@yandex.ru

*Незапланированная или нежеланная беременность является одной из основных проблем современной женщины, фактором, негативно влияющим на ее репродуктивное здоровье и качество жизни.*

**Ключевые слова:** незапланированная беременность, социальные и психологические факторы, репродуктивная функция, невынашивание.

**В**о всем мире, в том числе в России, большое значение имеет планирование семьи. В нашей стране при поддержке Правительства РФ принимаются соответствующие федеральные программы, но, к сожалению, по данным National Survey of Family Growth (NSFG), Россия остается лидером по количеству аборт.

В литературе [1, 2, 5, 7] приводятся данные о повышенной частоте неблагоприятных исходов незапланированной беременности, повышении риска рождения ребенка с дефицитом массы тела на фоне курения и употребления алкоголя матерью во время беременности [13]. Отмечается, что если беременность была незапланированной, но желанной, повышенные риски не встречаются [10, 11]. При незапланированной беременности увеличивается частота преждевременных родов. Кроме того, незапланированная беременность неблагоприятно сказывается на психологическом благополучии беременной. Так, женщины с незапланированной беременностью, по нашим данным и данным литературы [6, 10, 14], более чувствительны, чем женщины с запланированной беременностью, к стрессовым психосоциальным факторам: у них выше уровень депрессивных симптомов, личностной и ситуационной тревожности, эмоционального дискомфорта, невротизации, степень депрессивных расстройств. Незапланированная беременность также неблагоприятно отражается на режиме грудного вскармливания, что было показано в ряде работ [4, 9, 12]; такие дети получали искусственное питание.

Мы поставили перед собой цель изучить состояние репродуктивной функции женщин с незапланированной беременностью, оценить влияние социальных и психологических факторов на течение беременности, родов, состояние ребенка.

В исследование были включены 312 женщин, обратившихся в женскую консультацию по поводу незапланированной беременности (основная группа) при сроке 6–11 нед, и 100 женщин с запланированной беременностью (контроль). Беременные ответили на 35 вопросов медико-социального и психологического характера специальной анкеты.