

DOI: 10.15690/pf.v14i4.1765

Т.В. Куличенко, И.В. Артемова, С.А. Мухортова

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Мнение педиатра

Контактная информация:

Куличенко Татьяна Владимировна, доктор медицинских наук, заведующая отделением неотложной педиатрии Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, тел.: +7 (499) 134-30-83, e-mail: tkulichenko@yandex.ru

Статья поступила: 09.08.2017 г., принята к печати: 28.08.2017 г.

(Для цитирования: Куличенко Т.В., Артемова И.В., Мухортова С.А. Мнение педиатра. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 311–313. doi: 10.15690/pf.v14i4.1765)

Миф № 1. Любую простуду следует лечить при помощи небулайзерных ингаляций

В последние годы небулайзер приобрел репутацию уникального средства для лечения практически всех болезней, сопровождающихся насморком или кашлем. По крайней мере, такой вывод можно сделать, анализируя назначения врачей при всем спектре детских респираторных инфекций.

В поисках «волшебного средства от всех болезней» педиатры обладают неистощимой фантазией. К сожалению, при этом не учитываются этиология и основы патогенеза заболевания. Как, например, ингаляция мелкодисперсного аэрозоля, предназначенного для лечения обструкции нижних дыхательных путей, может излечить от насморка? Тем не менее бронходилататоры (самый популярный — Беродуал) назначаются сегодня практически на любую локализацию респираторной инфекции. Почему в случае того же назофарингита (насморка) обязательно нужно прописать муколитик? Для чего используется амброксол в ингаляциях при коклюше? Препараты амброксола назначаются подавляющему большинству пациентов с любыми респираторными инфекциями, причем нередко в двух-трех формах одновременно (например, в ингаляциях и перорально в жидкой и таблетированной формах). Удивительно, при всей полезности и нужности в определенных ситуациях небулайзеры существенно расширили перечень избыточных, нецелесообразных назначений в реальной клинической практике.

При таком необдуманном подходе к назначениям мы неизбежно приходим к полипрагмазии. По нашим данным, полипрагмазия в стационарах второго и третьего уровня медицинской помощи достигает 78–86% в разных регионах РФ [1]. Полипрагмазия определяет ятрогенный риск — увеличивает риск развития побочных реакций на лекарства. Но у стремления полечить любого пациента как можно обильнее и интенсивнее есть еще одно следствие. Мы, именно мы — врачи, приучили наших пациентов к такому неизбирательному, бездумному подходу в выборе лекарств. Именно поэтому у нас в стране так часты самоназначения весьма

серьезных (и, к сожалению, легко доступных в аптечной сети) препаратов. Здесь «порочный круг» замыкается: приходя к врачу в следующий раз, пациент уже не приемлет короткого списка назначений. Так формируется убеждение: чем меньше лекарств доктор назначил, тем доктор хуже. И доктор снова старается соответствовать ожиданиям пациента...

Какова мораль? — Как говорил герой одного славного известного фильма: «Учите матчасть!» В данном случае имеем в виду понимание этиологии и патогенеза болезни, а также знание инструкций к назначаемым лекарствам.

Миф № 2. При крупе и бронхите очень эффективны небулайзерные ингаляции нафтизина и различных «сложных лекарственных смесей»

Другие особенности нашего клинического мышления — изобретение невероятных лекарственных комбинаций и изыскание новых чудодейственных свойств у препаратов, созданных для других целей. Как бы странно ни звучало это утверждение, как еще можно охарактеризовать рутинное назначение аминокaproновой кислоты при обычном насморке?

Небулайзерные ингаляции с нафтизином были анонсированы в одном из методических пособий, изданных крупным научным медицинским центром РФ в 1996 г. Не обсуждая возможность появления таких клинических рекомендаций и их доказательную базу, необходимо сказать, что инструкции к нафазолину и ко всем его препаратам, включая нафтизин, прописывают только один способ введения — интраназальный, в виде капель в нос. Широкое распространение ингаляций с нафтизином при крупе и бронхите до сих пор не удается победить никакими федеральными клиническими рекомендациями [2]. Вместе с тем — это применение лекарства *off label*. Кроме того, именно нафтизин даже в виде назальных капель является одной из самых частых причин лекарственных отравлений у детей [3].

Ингаляции сложными смесями практикуются обычно при обструктивном ларинготрахеите. Рецептuru таких

311

ПЕДИАТРИЧЕСКАЯ ФАРМАКОЛОГИЯ / 2017 / ТОМ 14 / № 4

Tatyana V. Kulichenko, Inna V. Artemova, Svetlana A. Mukhortova

National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

The Pediatrician's Point of View

(For citation: Tatyana V. Kulichenko, Inna V. Artemova, Svetlana A. Mukhortova. The Pediatrician's Point of View. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (4): 311–313. doi: 10.15690/pf.v14i4.1765)

Рис. 1. Рецепт ингаляций через небулайзер для детей с респираторными инфекциями: инструкция на стене процедурного кабинета одной из детских больниц

Fig. 1. Formulation for inhalations via a nebulizer for children with respiratory infections: an instruction on the wall of a treatment room in one of the children's hospitals



«сложных ингаляций» может отличаться составом и дозировками, не содержит в основе никаких научных исследований и не имеет аналогов ни в одной другой стране с развитой системой здравоохранения.

Качественный и количественный состав таких «сложных ингаляций» удивляет своим разнообразием. На рис. 1 представлена фотография, сделанная авторами статьи в процедурном кабинете одной из детских больниц: по этому рецепту ингаляции в этой больнице назначались всем детям с пневмониями, бронхитами, ларинготрахеитами. При этом ни в одном национальном руководстве или федеральных клинических рекомендациях такие способы лечения не упоминаются [2, 4, 5].

Главный вопрос заключается даже не столько в эффективности таких ингаляций, сколько в их безопасности. Не проводилось ни одного исследования по безопасности таких «сложных смесей», при их изготовлении дозирование лекарств осуществляется «на глазок», взаимодействие лекарственных средств в получаемом растворе не учитывается.

Недопустимость такой практики очевидна. Такие назначения опасны, имеют сомнительную эффективность, а также существенно и необоснованно увеличивают стоимость лечения. Более того, перечень лекарств, которые имеют доказанную эффективность при респираторной патологии у детей, очень небольшой. Большинство средств «от простуды», «от кашля» и просто витаминов не ускоряют выздоровление [6].

Миф № 3. В стационарах небулайзерная терапия должна проводиться физиотерапевтами «на время»

По мере роста доступности небулайзерной терапии в стационарах нашей страны распространилась практика назначения и осуществления небулайзерных ингаляций в отделениях физиотерапии. В таких случаях

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Куличенко Т.В., Байбарина Е.Н., Баранов А.А., и др. Оценка качества стационарной помощи детям в регионах Российской Федерации // *Вестник Российской академии медицинских наук*. — 2016. — Т.71. — №3 — С. 214–223. doi: 10.15690/vramn688. [Kulichenko TV, Baibarina EN, Baranov AA, et al. Pediatric health quality assessment in different regions of Russian Federation. *Annals*

Рис. 2. Проведение небулайзерных ингаляций «на время» в кабинете физиотерапии одной из детских больниц

Fig. 2. Conducting «timed» nebulizer inhalations in a physiotherapy room in one of the children's hospitals



пациентам с любой патологией ингаляции назначаются врачом-физиотерапевтом, а не лечащим педиатром или инфекционистом. Дети с различными респираторными инфекциями получают ингаляционную терапию в общих для всех физиокабинетах, вне зависимости от характера и контагиозности респираторной инфекции, послужившей основанием для такого лечения. Кроме того, такая «небулайзерная физиотерапия» проводится только в часы работы физиокабинета и его персонала. По-видимому, определяющую роль в распространении такой странной практики играет стойкая ассоциация в головах врачей: «небулайзер – ингалятор – физиопроцедура».

Небулайзер следует рассматривать как один из способов доставки лекарственного препарата пациенту. Небулайзер может быть очень полезен для пациентов с тяжелой дыхательной недостаточностью: он удобен тем, что ингаляция может осуществляться в максимально удобном положении для пациента. Это переносной аппарат, и ребенка с респираторной инфекцией, будь то круп или бронхит, можно ингалировать в палате, соблюдая эпидемический режим и комфортность лечения для пациента. Время проведения ингаляции ограничивается периодом образования аэрозоля в небулайзере. Оно не может быть выставлено по будильнику или песочным часам (рис. 2)!

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Авторы данной статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

ORCID

Т.В. Куличенко

<http://orcid.org/0000-0002-7447-0625>

of the Russian academy of medical sciences. 2016;71(3):214–223. (In Russ.) doi: 10.15690/vramn688.

2. Клинические рекомендации. Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей. — М.: Союз педиатров России; 2016. [Klinicheskie rekomendatsii. Ostryi obstruktivnyi laringit [krup] i epiglottit u detei. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2016. (In Russ.)]

Доступно по: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_oosl.pdf. Ссылка активна на 13.07.2017.

3. Коваленко Л.А., Суходолова Г.Н., Страхов С.И., Симаков А.А. Острые отравления химической этиологии среди детского населения города Москвы // *Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского*. — 2013. — Т.92. — №5 — С. 59–62. [Kovalenko LA, Sukhodolova GN, Strakhov SI, Simakov AA. Ostrye otravleniya khimicheskoi etiologii sredi detskogo naseleniya goroda Moskvy. *Pediatriia*. 2013;92(5):59–62. (In Russ).]

4. Клинические рекомендации. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей. — М.: Союз педиатров России; 2016. [Klinicheskie rekomendatsii. Ostraya respiratornaya virus-

naya infektsiya (ORVI) u detei. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2016. (In Russ).] Доступно по: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_orvi.pdf. Ссылка активна на 13.07.2017.

5. Клинические рекомендации. Острый бронхит у детей. — М.: Союз педиатров России; 2016. [Klinicheskie rekomendatsii. Ostryi bronkhit u detei. Moscow: Soyuz pediatrov Rossii; 2016. (In Russ).] Доступно по: http://www.pediatr-russia.ru/sites/default/files/file/kr_obr.pdf. Ссылка активна на 13.07.2017.

6. Smith SM, Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter (OTC) medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;(8):CD001831. doi: 10.1002/14651858.CD001831.pub4.

DOI: 10.15690/pf.v14i4.1766

Т.А. Полунина

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей, Москва, Российская Федерация

Мнение отоларинголога

Контактная информация:

Полунина Татьяна Андреевна, кандидат медицинских наук, заведующая отделением восстановительного лечения детей с болезнями ЛОР-органов и челюстно-лицевой области Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, тел.: +7 (499) 134-08-41, e-mail: tapolunina@rambler.ru

Статья поступила: 09.08.2017 г., принята к печати: 28.08.2017 г.

(Для цитирования: Полунина Т.А. Мнение отоларинголога. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 313–314. doi: 10.15690/pf.v14i4.1766)

Миф № 1. Ингаляции с мирамистином показаны при затруднении носового дыхания, болях в горле

Данная рекомендация очень распространенная, но не имеет никакого научного обоснования. В официальной инструкции к препарату ингаляционный путь введения не предусмотрен. Такие симптомы, как затруднение носового дыхания и боль в горле, чаще всего встречаются у детей на фоне острых респираторных вирусных инфекций. Противовирусная активность мирамистина позиционируется производителем, но не имеет доказательной базы, точнее, исследований этой самой противовирусной активности при ингаляционном введении препарата у детей вообще не существует. Для лечения тонзиллитов и назофарингитов рекомендуется форма для местного применения. Назначение препарата в ингаляциях через небулайзер (или другой ингалятор) относится к терапии *off label* со всеми вытекающими последствиями такой практики.

Миф № 2. Ингаляции с ванкомицином при затяжном аденоидите как альтернатива промыванию носоглотки методом перемещения

Обычно такие удивительные назначения врачи обосновывают неэффективностью всех доступных официальных антибактериальных интраназальных средств. Нерациональное использование антибиотиков — крайне актуальный вопрос во всех отраслях медицины.

Ванкомицин является антибиотиком резерва, обычно назначается при стафилококковых инфекциях (особенно при метициллинрезистентных ее формах) в отделениях интенсивной терапии. Ингаляционное введение не исследовалось, не обосновано, не прописано в инструкции к препарату. При отсутствии эффекта от разрешенных назальных спреев и физиотерапевтических манипуляций следует рассмотреть вопрос об аденотомии, а не придумывать новые способы введения всех известных антибиотиков.

Миф № 3. Небулайзер «вдохнул» новую жизнь в старый народный метод лечения простуды: ингаляция раствора вода+соль+сода+йод (когда-то подобный раствор применялся для полоскания горла)

Так трудно отказаться от старых привычек! Даже если все уже давно забыли, кто и зачем придумал этот метод лечения, он все равно имеет право на жизнь. Ни о каких исследованиях эффективности и безопасности при этом не может идти и речи. Зато недешевый небулайзер можно испортить насовсем такими ингаляциями. Да и здоровье своего ребенка тоже!

Миф № 4. Ингаляции с Будесонидом через небулайзер обязательно должны назначаться при осиплости голоса

Ингаляции Будесонида в высоких дозах, действительно, используются во всем мире для лечения

Tatyana A. Polunina

National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

The Otolaryngologist's Point of View

(For citation: Tatyana A. Polunina. The Otolaryngologist's Point of View. *Pediatricheskaya farmakologiya* — *Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (4): 313–314. doi: 10.15690/pf.v14i4.1766)