

Мнение неонатолога

Контактная информация:

Давыдова Ирина Владимировна, доктор медицинских наук, заведующая отделением восстановительного лечения детей раннего возраста с перинатальной патологией Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, тел.: +7 (499) 134-01-67, e-mail: davydova@nczd.ru

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

(Для цитирования: Давыдова И.В., Зими́на Е.П., Белоусова Т.В. Мнение неонатолога. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 316–317. doi: 10.15690/pf.v14i4.1768)

Миф № 1. Любой лекарственный препарат в жидкой форме может быть проингалярован через небулайзер, попадет в нижние отделы дыхательных путей и подействует лучше другого лекарства

Девочка М., 10 мес. Боле́на острой респираторной вирусной инфекцией, протекающей в форме ларингита. Мамой проведено самолечение: ингаляции через небулайзер физиологическим раствором с добавлением камфорного масла. После однократной ингаляции состояние ребенка резко ухудшилось, развился приступ удушья. Бригадой скорой медицинской помощи девочка была доставлена в реанимационное отделение стационара с явлениями дыхательной недостаточности III степени. Дальнейшее лечение ребенка потребовало значительно большего количества усилий, времени и затрат, по сравнению с требовавшимся лечением ларингита.

Вывод очевиден и прост: ингаляции препаратов, не являющихся официальными и предназначенными для введения в организм ребенка через небулайзер, противопоказаны! Это мнение разделяется многими экспертами, а клинические рекомендации для врачей не содержат сомнительных прописей для ингаляций [1].

Миф № 2. Ингаляции можно проводить любым способом, включая народные средства доставки препарата в дыхательные пути (над кипящей в кастрюле водой, через носик чайника и т.д.). Небулайзер можно заменить на другие приспособления — был бы пар

Мальчик Д., 12 мес. Страдает бронхолегочной дисплазией (новая форма, среднетяжелое течение), обострение на фоне острой респираторной вирусной инфекции протекает с бронхообструктивным синдромом. Участковым врачом назначен Пульмикорт в виде ингаляций через небулайзер по 250 мкг 2 раза в день. Бабушкой принято решение проводить ингаляции, на

ее взгляд, более эффективным и доступным методом — над кастрюлей с кипятком с добавлением той же дозы Пульмикорта, вдыхая пары. Результат таких ингаляций — госпитализация ребенка в стационар с дыхательной недостаточностью II–III степени на фоне термического ожога верхних дыхательных путей и кожных покровов лица и шеи.

Небулайзерная терапия эффективна и безопасна. Небулайзер нельзя заменить подручными парообразующими средствами.

Миф № 3. Муколитические препараты при ингаляциях через небулайзер эффективны в любом возрасте, при всех респираторных болезнях и в любое время суток

Девочка Л., 6 мес. Страдает бронхолегочной дисплазией (новая форма, тяжелое течение). Обострение на фоне острой респираторной вирусной инфекции протекает с выраженным бронхообструктивным синдромом. Кашель частый, малопродуктивный, откашливание неэффективное. Участковым врачом назначены ингаляции через небулайзер: Беродуал по 5 капель в 1 мл физиологического раствора 2 раза в день, через 20 мин — Пульмикорт по 250 мкг 2 раза в день (утром и вечером) и Лазолван по 2 мл 2 раза в день (днем и вечером). На 2-е сут терапии состояние ребенка ухудшилось, участился кашель, который приобрел продуктивный характер, но откашливание не приводило к улучшению в связи с обилием мокроты, в легких появилось большое количество влажных разнокалиберных хрипов, выросла дыхательная недостаточность. Потребовалось стационарное лечение. В данном случае, хотя амброксол был назначен по показаниям, был нарушен режим проведения ингаляций: не позднее чем за 3 ч до дневного и ночного сна.

Выбор врача понятен — амброксол (в данном случае, Лазолван) оказывает не только муколитическое, но мукокинетическое действие, улучшая мукоцилиарный клиренс, что делает его препаратом выбора при

Irina V. Davydova¹, Elena P. Zimina¹, Tamara V. Belousova²

¹ National Medical Research Center of Children's Health, Moscow, Russian Federation

² Novosibirsk State Medical University, Novosibirsk, Russian Federation

The Neonatologist's Point of View

(For citation: Irina V. Davydova, Elena P. Zimina, Tamara V. Belousova. The Neonatologist's Point of View. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (4): 316–317. doi: 10.15690/pf.v14i4.1768)

патологии нижних дыхательных путей с образованием вязкой мокроты. Нужно помнить, что необходимы коррекция дозы муколитического препарата в зависимости от гестационного возраста ребенка и его возраста на момент проведения ингаляционной терапии, а также соблюдение режима ингаляций — не позднее чем за 3 ч до дневного или ночного сна с целью представления времени на откашливание разжиженной мокроты [2].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Овсянников Д.Ю. Небулайзерная терапия у новорожденных детей // *Практическая пульмонология*. — 2012. — Т.45. — №2 — С. 7–10. [Ovsyannikov D.Yu. Nebulaizernaya terapiya u novorozhdennykh detei. *Prakticheskaya pul'monologiya*. 2012;45(2):7–10. (In Russ).]

ИСТОЧНИК ФИНАНСИРОВАНИЯ

Не указан.

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

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

ORCID

И. В. Давыдова <http://orcid.org/0000-0002-7780-6737>

2. Chalumeau M, Cheron G, Assathiany R, et al. Mucolytic agents for acute respiratory tract infections in infants: a pharmaco-epidemiological problem? *Arch Pediatr*. 2002;9(11):1128–1136. doi: 10.1016/S0929-693X(02)00091-X.

DOI: 10.15690/pf.v14i4.1769

Ю.Г. Левина

Национальный медицинский исследовательский центр здоровья детей,
Москва, Российская Федерация

Мнение аллерголога

Контактная информация:

Левина Юлия Григорьевна, кандидат медицинских наук, врач-аллерголог отделения восстановительного лечения детей с аллергическими болезнями и заболеваниями органов дыхания Национального медицинского исследовательского центра здоровья детей Минздрава России

Адрес: 119991, Москва, Ломоносовский проспект, д. 2, тел.: +7 (499) 134-03-92, e-mail: levina@nczd.ru

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

(Для цитирования: Левина Ю.Г. Мнение аллерголога. *Педиатрическая фармакология*. 2017; 14 (4): 317–319. doi: 10.15690/pf.v14i4.1769)

В настоящее время небулайзеры имеются практически во всех семьях, где ребенок страдает бронхиальной астмой. Применение небулайзеров и дозированных аэрозольных ингаляторов со спейсером идеально для больных астмой, т.к. доставка лекарственных препаратов в мелкие дыхательные пути осуществляется максимально, а побочные эффекты минимизируются. Однако частое и длительное использование небулайзеров для доставки лекарственных препаратов нередко бывает необоснованным.

Миф № 1. При обострении бронхиальной астмы у детей ингаляции короткодействующих β_2 -агонистов через небулайзер эффективнее, чем из дозированного аэрозольного ингалятора через спейсер

Результаты 27 рандомизированных исследований у 1897 детей старше 2 лет, проведенных в период с 1989 по 2013 г. в разных странах мира, показали, что ингаляции короткодействующих β_2 -агонистов (КДБА) через спейсер сравнимы по эффективности с небулайзерной терапией. Метод доставки КДБА не влиял на частоту госпитализаций в стационар. Длительность

пребывания в отделении неотложной помощи была значительно короче, когда для ингаляции применялся спейсер. Средняя продолжительность пребывания в отделении неотложной помощи у детей, получавших небулайзерную терапию, составляла 103 мин, а у детей, получавших ингаляции через спейсер, — на 33 мин меньше. Значения пиковой скорости выдоха и объема форсированного выдоха за 1 сек были одинаковыми при применении этих двух способов доставки. Частота сердечных сокращений, так же как и риск развития тремора, были ниже у детей, применявших для ингаляции спейсер. В исследования не включались дети с жизнеугрожающими обострениями [1].

При легком и среднетяжелом обострении астмы эффективность терапии КДБА в виде дозированного аэрозольного ингалятора (ДАИ) со спейсером аналогична таковой при использовании небулайзера (**уровень доказательности А**) [2, 3].

Несмотря на эти факты, небулайзерная терапия остается главным выбором при лечении обострений астмы во многих больницах.

В 2009–2012 гг. в отделении неотложной педиатрии и в общем педиатрическом отделении Университетского медицинского центра Израиля было про-

Yuliya G. Levina

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

The Allergist's Point of View

(For citation: Yuliya G. Levina. The Allergist's Point of View. *Pediatricheskaya farmakologiya — Pediatric pharmacology*. 2017; 14 (4): 317–319. doi: 10.15690/pf.v14i4.1769)