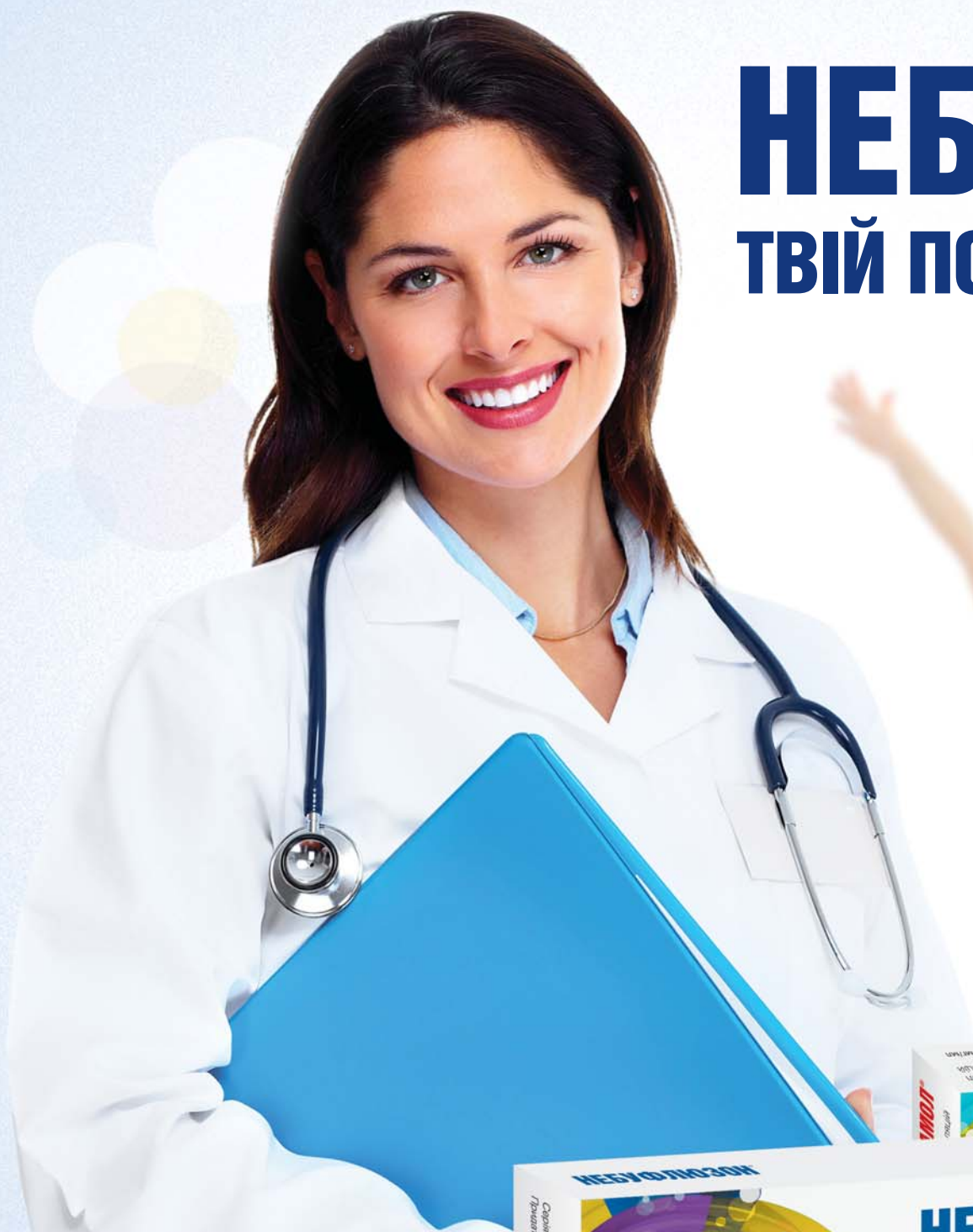


НЕБУФЛЮЗОН®

ТВІЙ ПОДИХ НА ПОВНУ СИЛУ



НЕБУФЛЮЗОН — ПЕРШИЙ ВІТЧИЗНЯНИЙ ІГКС
НЕБУТАМОЛ — ШВИДКА ДОПОМОГА ПРИ ЗАГОСТРЕННІ БРОНХІАЛЬНОЇ
АСТМИ ТА ХОЗЛ
ВИСОКА ЛЕГЕНЕВА БІОДОСТУПНІСТЬ

НЕБУФЛЮЗОН (ФЛЮТИКАЗОНУ ПРОПІОНАТ) 1 МГ / МЛ ОДНОДОЗОВІ КОНТЕЙНЕРИ ПО 2 МЛ № 10
НЕБУТАМОЛ (САЛЬБУТАМОЛ) 1 МГ/МЛ РОЗЧИН ДЛЯ ІНГАЛЯЦІЙ ЧЕРЕЗ НЕБУЛАЙЗЕР

СКЛАД: діюча речовина: флютиказонпропіонат 1 мл суспензії містить флютиказонпропіоната 1 мг.
ДОПОМІЖНІ РЕЧОВИНИ: декаметоксин / полісорбат -80 / натрію дигідрофосфат дигідрат / натрію гідрофосфат безводний / натрію хлорид / вода для ін'єкцій.
КЛІНІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ: Показання: Дорослі та діти старше 16 років: профілактичне застосування при важкому ступені астми (хворі, які потребують високих доз інгаляційних або пероральних кортикостероїдів), лікування загострень астми. Діти віком від 4 до 16 років: лікування загострень астми. Застосовують дітям від 4 років. Побічні реакції: кандидоз порожнини рота і глотки / з боку імунної системи: повідомлялося про реакції гіперчутливості нижчеподаними проявами / з боку ендокринної системи: можлива системна дія, дуже рідко включає синдром Кушинга, кушингоїдні ознаки, пригнічення надниркових залоз / з боку дихальної системи: захриплість голосу.
КАТЕГОРІЯ: відпускається за рецептом.

Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

РП МОЗ України № UA/12542/01/01 РП МОЗ України № UA/12488/01/01 від 10.09.12



Неотложная помощь детям с бронхообструкцией: возможности небулайзерной терапии

Бронхообструктивный синдром (БОС) – это собирательный термин, под которым подразумевается определенный комплекс клинических симптомов, связанных с нарушением бронхиальной проходимости, таких как приступообразный кашель, экспираторная одышка, приступы удушья. В основе развития бронхиальной обструкции лежат различные патогенетические механизмы, которые условно можно разделить на функциональные, или обратимые (бронхоспазм, воспалительная инфильтрация, отек, мукоцилиарная недостаточность, гиперсекреция вязкой слизи), и необратимые (врожденные стенозы бронхов, их облитерация и др.) (А.С. Сенаторова, Д.А. Хоружевский, 2007).

Существует множество причин развития БОС у детей, но наиболее часто встречается функциональный БОС, который возникает на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ), а также характерен для острого обструктивного бронхита (ООБ), рецидивирующего обструктивного бронхита (РОБ) и обострения бронхиальной астмы (БА). По данным ряда авторов, БОС встречается у 25-31% детей, госпитализированных по поводу ОРВИ (В.К. Таточенко, 2006; А.В. Зубаренко, 2007). Зачастую БОС является ведущим в клинической картине заболевания и определяет степень его тяжести. Наиболее этиологически значимыми вирусами, участвующими в развитии БОС при ОРИ, являются респираторно-синцитиальный вирус, риновирус, аденовирус, вирус парагриппа 3 типа, несколько реже – вирусы гриппа и энтеровирус, коронавирусы. Имеются убедительные доказательства роли микоплазменной и хламидийной инфекции в развитии БОС (Ю.Л. Мизерницкий, 2002; Г.А. Самсыгина, 2006; В.К. Котлуков, 2006). Известно, что повторные эпизоды бронхиальной обструкции у детей способствуют формированию бронхиальной гиперреактивности и могут создавать предпосылки для развития рецидивирующих и хронических форм бронхитов или БА (Н.А. Геппе, А.Б. Малахов, 2012).

Согласно современным представлениям в механизме развития функционального БОС основную роль играют такие патологические процессы, как воспаление, гиперреактивность бронхов и бронхоконстрикция. При этом ведущим механизмом развития БОС при ОРИ считается именно воспалительный процесс, обусловленный патогенным воздействием респираторных вирусов на мерцательный эпителий слизистой оболочки дыхательных путей. В результате повреждающего действия инфекционных агентов запускается каскад иммунологических реакций, способствующих выходу в периферический кровоток медиаторов воспаления. Гистамин, лейкотриены, простагландины способствуют усилению проницаемости сосудов, появлению отека слизистой оболочки бронхов, гиперсекреции вязкой слизи, развитию гиперреактивности бронхов и бронхоспазма (С.В. Зайцева, 2013).

Исходя из вышеизложенного, очевидно, что оказание неотложной помощи детям с БОС на догоспитальном этапе является одной из актуальных задач современной педиатрии. Зачастую у врачей нет времени на дифференциальную диагностику БОС, и неотложная терапия должна быть начата непосредственно после выявления его симптомов (С.В. Зайцева, О.А. Муртазаева, 2012). Терапия БОС при ОРИ всегда является комплексной и включает назначение бронхолитиков, противовоспалительных средств, муколитиков, препаратов, улучшающих дренажную

функцию бронхов, активную пероральную регидратацию, постуральный дренаж и др. Повысить эффективность лечения детей с БОС и снизить частоту госпитализаций в настоящее время реально за счет использования новых технологий лечения, в первую очередь – небулайзерной терапии. На сегодня именно небулайзерная терапия рассматривается как наиболее современный и эффективный метод ингаляционной терапии у детей с заболеваниями органов дыхания. Безусловно, главным преимуществом небулайзерной терапии является возможность доставки лекарственных средств в виде частиц мелкодисперсного аэрозоля непосредственно в нижние дыхательные пути (в мелкие бронхи, бронхиолы и альвеолы), что позволяет достигать локально более высокой концентрации лекарственных веществ и значительно снижать риск развития системных побочных эффектов. Применение небулайзеров особенно эффективно у детей раннего возраста, поскольку в отличие от техники использования дозированных аэрозольных ингаляторов техника небулайзерной терапии не зависит от способности ребенка совершить адекватный дыхательный маневр. Благодаря своей простоте и надежности небулайзерная терапия может использоваться не только в условиях педиатрического стационара, но и в домашних условиях обученными родителями. Кроме того, преимуществами небулайзерной терапии являются возможность доставки большей дозы препарата и получение эффекта за более короткий промежуток времени (Н.Г. Колосова, Н.А. Геппе, 2011).

С помощью небулайзеров можно вводить широкий спектр лекарственных средств (могут быть использованы все стандартные растворы для ингаляций), а также их комбинаций (возможность одновременного применения двух и более лекарственных препаратов), что очень важно при проведении неотложной терапии БОС у детей. **Небулайзерная терапия с использованием комбинаций лекарственных средств в форме растворов для ингаляций позволяет быстро и эффективно купировать БОС.** В частности, в настоящее время все большее распространение в клинической практике получает комбинированное применение для купирования БОС у детей небулизированных форм салбутамола и флютиказона (Небутамол® + Небуфлюзон®).

Следует отметить, что среди бронхолитиков при БОС у детей наиболее широко используются короткодействующие β_2 -адреномиметики, например, препараты на основе селективного β_2 -агониста салбутамола (Небутамол®). Небутамол® обладает выраженным бронхолитическим действием, а также положительно влияет на мукоцилиарный клиренс, стимулируя секрецию слизи и активность реснитчатого эпителия. Поскольку действие препарата

Небутамол® начинается уже через 4-5 мин после ингаляции и продолжается 4-6 ч, его с полным основанием можно рассматривать в качестве препарата первого выбора при оказании экстренной медицинской помощи детям с БОС. Небутамол® можно применять у детей начиная уже с 18 мес. Стандартная разовая доза салбутамола, ингалируемого с помощью небулайзера составляет 2,5 мг, но она может быть увеличена до 5 мг. Ингаляцию препарата Небутамол® можно повторять до 4 раз в сутки. При этом в первый час лечения при тяжелом приступе удушья можно проводить до трех ингаляций салбутамола (Небутамол®) через небулайзер в той же дозе через каждые 20 мин (Л.Я. Барская и соавт., 2014).

При тяжелом течении БОС у детей с респираторной инфекцией требуется дополнительное назначение ингаляционных глюкокортикостероидов (ИГКС). В терапии острого БОС у детей также рекомендуется использовать ИГКС именно через небулайзер. При этом ИГКС целесообразно назначать через 15-20 мин после ингаляции бронхолитика (Л.Я. Барская и соавт., 2014). ИГКС восстанавливают чувствительность бронхов к бронходилататорам, уменьшают отек слизистой оболочки бронхов, образование мокроты, снижают гиперреактивность дыхательных путей, усиливают мукоцилиарный транспорт. ИГКС хорошо переносятся при длительном лечении и не обладают минералокортикоидной активностью. Ярким представителем ИГКС, рекомендованным в вышеупомянутых методических рекомендациях для комбинированного применения с бронхолитиками (Небутамол®), является Небуфлюзон® (флютиказона пропионат). Он специально выпускается в лекарственной форме суспензии для ингаляций в одноразовых контейнерах по 2 мл и предназначен для введения с помощью струйных небулайзеров – например, небулайзеров линии Юлайзер™ производства отечественной компании «Юрия-Фарм». Эти небулайзеры все шире используются в Украине и уже успели хорошо себя зарекомендовать как при домашнем использовании в рамках амбулаторного лечения (современный, простой в применении небулайзер Ulaizer® Home), так и в условиях оказания экстренной медицинской помощи в специализированных отделениях детских стационаров (ультракомпактный, удобный для переноса небулайзер Ulaizer® First Aid). Следует отметить, что к каждому небулайзеру линии Юлайзер™ выпускаются отдельные комплекты, которые можно приобрести в виде наборов для индивидуального использования «Кит Юлайзер» (небулайзерная камера, загубник, воздушная трубка и 2 воздушных фильтра) и «Юлайзер» (небулайзерная камера, загубник). Каждый пациент должен иметь индивидуальную

небулайзерную камеру и маску/загубник, потому что использование чужих небулайзерных камер, загубников и масок связано с риском заражения патогенными микроорганизмами. Пациентам, получающим долгосрочную небулайзерную терапию, следует менять небулайзерную камеру и загубник/маску каждые 3 мес.

Препарат Небуфлюзон® разрешен к применению у детей уже с 4-летнего возраста. Он вводится в дозе 1 мг 2 раза в сутки. Высокая эффективность применения препарата Небуфлюзон® через небулайзеры Юлайзер-про® в комплексной терапии ООБ и РОБ у детей в возрасте 4-12 лет была убедительно подтверждена в ходе клинического исследования, проведенного учеными-педиатрами Харьковского национального медицинского университета (Л.Я. Барская и соавт., 2014). Было показано, что на фоне проводимого лечения с использованием небулайзерной терапии препаратом Небуфлюзон® уже начиная со 2-4 суток у большей части детей (78,4%) отмечались улучшение общего состояния, положительное изменение реологических свойств мокроты, изменение характера кашля в сторону продуктивного, а также уменьшение признаков БОС. К 4,1±1,0 дню у 81,7% детей с ООБ и у 76,6% больных РОБ исчезали физикальные изменения в легких. Ни у одного из участников исследования на протяжении лечения не отмечалось побочных явлений, указанных в инструкции, что свидетельствовало о высоком профиле безопасности небулайзерной терапии препаратом Небуфлюзон®.

Таким образом, применение небулайзерной терапии с целью неотложной терапии БОС на догоспитальном этапе, а также в комплексном лечении заболеваний органов дыхания, сопровождающихся развитием бронхообструкции, позволяет быстро оказать детям высокоэффективную и квалифицированную медицинскую помощь, которая соответствует современным международным стандартам и ожиданиям родителей маленьких пациентов. Своевременно начатая уже на амбулаторном этапе небулайзерная терапия с использованием комбинаций ингаляционных лекарственных средств (например, Небутамол® + Небуфлюзон®) дает возможность не только повысить эффективность лечения респираторных заболеваний, сопровождающихся БОС, но и уменьшить частоту госпитализации детей в педиатрические стационары, снизить потребность в парентеральном введении лекарственных препаратов. Надежная доставка препаратов в форму небул непосредственно в нижние дыхательные пути, обеспечиваемая с помощью небулайзеров линии Юлайзер™, дает возможность и врачам, и родителям быть уверенными в быстром достижении ожидаемого от лечения эффекта. Так почему бы всем нам не начать использовать современные медицинские технологии, к которым, несомненно, относится небулайзерная терапия, в своей клинической практике уже сегодня?

Подготовила Елена Терещенко

