

ЕФЕКТИВНІСТЬ ТА БЕЗПЕЧНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ СИСТЕМНИХ ДЕКОНГЕСТАНТІВ

*ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»
(директор – акад. НАМН України Д.І. Заболотний)*

Захворювання носа та навколоносових пазух є безперечно найчастішою патологією в дитячому віці. Останніми роками частота захворюваності на гострий риніт, риносинусит, а також їх ускладнення у дітей зростає та складає 35-37% серед усіх захворювань верхнього відділу дихальних шляхів, 50% з яких переходять у хронічне запалення [9].

Основним проявом більшості захворювань порожнини носа та навколоносових пазух є утруднення носового дихання, що пов'язано з набряком та ексудацією в слизовій оболонці порожнини носа. Причиною даних проявів може бути бактеріальне або вірусне запалення, алергічна чи нейровегетативна реакція. Набряк слизової і гіперсекреція в порожнині носа неминуче ускладнюють вентиляцію і погіршують мукоциліарний кліренс, що створює умови для розвитку бактеріальної флори. В результаті виникає таке ускладнення, як гострий синусит, а також при обструкції евстахієвої труби, внаслідок набряку слизової оболонки носової частини глотки, можуть виникати евстахіїт та середній отит.

Відомо, що разом з використанням антибіотикотерапії як етіологічної складової лікування, не менш важливим є призначення ефективної патогенетичної та симптоматичної терапії. Незалежно від причини гострих запалень носа та навколоносових пазух, механізм патогенезу даних станів є однаковим, отже, патогенетичне лікування повинно бути сфокусовано на ліквідації симптомів обструкції і нормалізації дренажу носової порожнини. З цією метою використовуються місцеві і системні деконгес-

танти (від англ. congestion – закупорка, застій, гіперемія) [11].

Деконгестантами називають групу препаратів, що викликають звуження судин слизової оболонки порожнини носа. Вони мають адреналоподібну дію. Будучи альфа-адреноміметиками, деконгестанти викликають стимуляцію адренергічних рецепторів гладкої мускулатури судинної стінки та в найкоротші терміни зменшують набряк слизової оболонки порожнини носа.

Залежно від способу застосування розрізняють системні та місцеві (топічні) деконгестанти. Місцеві деконгестанти (оксиметазолін, ксилометазолін, нафазолін та ін.) відновлюють носове дихання, але тільки цим і обмежується їх дія на прояви риніту. Відомо, що через 8 годин ці препарати викликають ефект рикошету, виникнення реактивної гіперемії слизової оболонки порожнини носа і відновлення виділення секрету, а в разі застосування інданазоліну – навіть зменшення просвіту носових ходів. Крім того, тривале застосування місцевих судинозвужувальних засобів часто призводить до порушення нормального функціонального стану миготливого епітелію (мукоциліарного кліренсу) і атрофії слизової оболонки порожнини носа. При порушенні режиму їх дозування, що досить часто зустрічається в педіатричній практиці, може розвиватися хронічний медикаментозний риніт. В якості основної причини даного стану встановлено виникнення рефрактерності, тобто несприйнятливості судин слизової оболонки порожнини носа до судинозвужуючих засобів, що призводить до розвитку вторинної

назальної вазодилатації. Таким чином, місцеві деконгестанти викликають повторну появу симптомів закладеного носа, нерідко ще й з більшими проявами. Не треба забувати, що діти – це не «маленькі дорослі», у дітей є свої вікові особливості елімінації ліків з організму, та при використанні судинозвужуючих крапель місцево їх дуже легко передозувати [4].

Іншою формою препаратів для лікування риніту є системні деконгестанти. Найвідоміші з них – це фенілефрин, фенілпропаноламін, псевдофедрин. На відміну від місцевих деконгестантів, історія терапії системними судинозвужуючими засобами в отоларингології нараховує більше 100 років. Ще в минулому сторіччі праці вчених довели ефективність їх використання (Roth et al., 1977; Melén et al., 1986), а особливу їх значимість було виявлено при супутній дисфункції слухової труби (Ziment, 1982).

Терапевтичний ефект даних препаратів обумовлений стимуляцією альфа-адренорецепторів судин слизової оболонки носової частини глотки. В результаті виникає звуження судин носа, зменшуються гіперемія і ексудація. Це супроводжується зникненням відчуття «закладеності» носа, ліквідацією ринореї і поліпшенням носового дихання в цілому. Відновлення дренажу навколоносових пазух і евстахієвої труби сприяє зниженню тиску в параназальних порожнинах і в середньому вусі [1, 2].

Системні деконгестанти приймаються перорально, в результаті чого вони не викликають функціональних та морфологічних змін в слизовій оболонці порожнини носа, не спричинюють формування медикаментозного риніту, мають низький ризик передозування. Отже, це вказує на їх більшу зручність у використанні порівняно з місцевими деконгестантами.

Системні деконгестанти набули особливо широкої популярності в країнах Європи, де вони включені до протоколу лікування гострого синуситу та гострого отиту разом з антибактеріальними засобами. Крім того, в європейських країнах системні деконгестанти, за рекомендаціями EPOS, рекомендовані для застосування при гострих синуситах (рекомендації рівня А, що є найвищим рівнем доказовості) [5].

Згідно з концепцією ARIA, системні деконгестанти показані при будь-якій формі і тяжкості алергічного риніту в якості симптоматичної терапії, але не більше 10 днів. Застосування місцевих деконгестантів при алергічному риніті, згідно з рандомізованими дослідженнями, заборонено внаслідок високого ризику медикаментозного риніту [6].

В Україні, на відміну від країн Європи, застосування системних деконгестантів є порівняно нижчим. На це є декілька причин, однією з яких є недостатня обізнаність пацієнтів, а іноді і самих лікарів в ефективності та безпечності даних препаратів. Як говорить статистика, великий відсоток українців більше довіряють порадам знайомих та засобам масової інформації, ніж доведеним медичним дослідженням. При виникненні симптомів закладеності носа у дитини більшість батьків купує один з препаратів місцевих деконгестантів, радіючи вдаваному полегшенню, та в більшості випадків призводячи до порушення тендітної слизової оболонки порожнини носа дитини. Інша частина батьків боїться системного впливу деконгестантів, хоча знову ж ці погляди засновані не на статистично значущих медичних дослідженнях.

У 1976 р управління з контролю за харчовими продуктами і лікарськими засобами США (FDA) ухвалило рішення про безпечність та ефективність деконгестантів для перорального застосування, а також їх безрецептурний відпуск [8].

Найбільш доцільним для застосування в педіатричній практиці визнано фенілефрин, який діє через альфа-адренорецептори слизової оболонки дихальних шляхів, не впливаючи при цьому на бета-адренорецептори серця, а також в терапевтичних дозах не викликає стимуляцію ЦНС. Іншими словами, фенілефрин не підвищує артеріальний тиск та частоту серцевих скорочень, не викликає появу негативних симптомів у дітей [10, 13].

В ретроспективному дослідженні Uniformed University of the Health Sciences в США (1966-2003) було продемонстровано відсутність побічної дії системних деконгестантів при їх прийомі у віковій та добовій дозі, крім того, було доведено їх безпеч-

ність для пацієнтів з артеріальною гіпертензією [12].

В рандомізованому сліпому подвійному дослідженні ефективності фенілефрину за участю 17 пацієнтів з утрудненим носовим диханням, було виявлено значне зниження симптомів при прийомі фенілефрину, на відміну від плацебо. Цікаво, що результат лікування не залежав від дози препарату, а був однаково ефективним у всіх випадках прийому фенілефрину [3, 7].

В Україні є тільки один безрецептурний системний деконгестант для лікування риніту – препарат «Мілі Носик» («Мілі Хелскере Лтд.», Велика Британія) у формі крапель для перорального прийому. Препарат використовується для дітей старше 4 років. До складу Мілі Носик входить фенілефрин та хлорфенамін maleat, що робить препарат ще більш ефективним завдяки антигістамінному засобу. Дана комбінація препаратів дозволяє підвищити ефективність лікування риніту, а також попередити

ускладнення. Дозування препарату: 4-6 років – по 1 мл; 6-12 років – 1,5 мл; у дітей старше 12 років – по 1,5-2 мл 3 рази на добу. Максимальна тривалість лікування становить 4-5 діб.

Отже, системні деконгестанти є сучасним патогенетичним засобом лікування гострих ринітів, риносинуситів, а також є засобом попередження таких ускладнень, як середній отит та евстахіїт. Препарат Мілі Носик має переваги при лікуванні різних захворювань носа в дитячій отоларингології, коли необхідне стійке та швидке відновлення носового дихання. Особливо показаний прийом препарату при схильності дитини до алергічних реакцій. Мілі носик має форму крапель для внутрішнього прийому, таким чином позбавляє дитину від неприємних відчуттів при закапуванні носа. До препарату додається градуйована піпетка, що забезпечує зручність та безпечність його використання. Не зайвим буде відмітити приємний фруктовий смак та яскраву упаковку препарату.

Література

1. Острые респираторные вирусные инфекции у детей // Нисевич Н.И., Учайкин В.Ф. Инфекционные болезни у детей. – М.: Медицина, 1985. – С. 55-73.
2. Лайко А.А. Лікування гострого риніту у дітей раннього віку / А.А. Лайко, О.Ю. Бредун // Матеріали Х з'їзду оториноларингологів України. – 2005. – С. 121-122.
3. Пухлік С.М. Назальні деконгестанти – за та проти / Пухлік С.М. // Ринологія. – 2008. – №4.
4. Рязанцев С.В. Современные деконгестанты в комплексной терапии острых и хронических заболеваний ЛОР-органов / С.В. Рязанцев // Рос. оториноларингология. – 2005. – № 6 (19).
5. Рязанцев С.В. Сравнение российских стандартов лечения острых синуситов с международной программой EPOS / С.В. Рязанцев // Consilium Medicum. – 2008. – Т. 10, № 10.
6. Bousquet J. Allergic rhinitis and its impact on asthma. ARIA workshop report / J. Bousquet, P. van Cauwenberge, N. Khaltaev // J. Allergy Clin. Immunol. – 2001. – Vol.108. – P.147-334.
7. Cohen B.M. Clinical and physiologic “significance” in drug-induced changes in nasal flow/resistance / B.M. Cohen // Eur. J. Clin. Pharmacol. – 1972. – №5. – P. 81-86.
8. Establishment of a monograph for OTC cold, cough, allergy, bronchodilator and antiasthmatic products. Federal Register. – 1976; 41: 38399-400.
9. Kaliner M. Medical management of sinusitis / M. Kaliner // Am. J. Med. Sci. – 1998. – P.21-28.
10. Taverner D. Nasal decongestants for the common cold / D. Taverner, J. Latte, M. Draper // Cochrane Database Syst. Rev. – 2004;(3):CD001953.
11. Tran N.P. Management of rhinitis: allergic and non allergic / N.P. Tran, J. Vickery, M.S. Blaiss // Allergy Asthma Immunol Res. – 2011. – Jul;3(3):148-56.
12. Salerno S.M. The impact of oral phenylpropanolamine on blood pressure: a meta-analysis and review of the literature» / S.M. Salerno, J.L. Jackson // Journ. of Human Hypertension. – 2005. – Vol. 19. – P. 643-652.
13. Schroeder K. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings / K. Schroeder, T. Fahey // Cochrane Database Syst Rev. – 2004. – Vol.18, №4: CD001831.

References

1. Nisevich NI, Uchaykin VF. Acute respiratory infections in children In: Infectious diseases in children. Moscow: Medicine; 1985. P. 55-73. Russian.
2. Layko AA, Bredun AY. Treatment of acute rhinitis in infants. Proceedings of X Congress of ENT Ukraine. 2005. P. 121-2. Ukrainian.
3. Puhlyk SM. Nasal decongestants - for and against. Rynologija. 2008;(4):36-51. Ukrainian
4. Ryazantsev SV. Modern decongestants in the treatment of acute and chronic diseases of upper respiratory tract. Russian otorhinolaryngology. 2005;19(6). Russian
5. Ryazantsev SV. Comparing Russian standards of treatment of acute sinusitis with an international program EPOS. Consilium Medicum. 2008;(10):87-90. Russian
6. Bousquet J., van Cauwenberge P., Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. ARIA workshop report. J Allergy Clin Immunol. 2001;108:147-334.
7. Cohen BM. Clinical and physiologic “significance” in drug-induced changes in nasal flow/resistance. Eur J Clin Pharmacol. 1972; 5:81-6.
8. Establishment of a monograph for OTC cold, cough, allergy, bronchodilator and antiasthmatic products. Federal Register. 1976;41:38399-400
9. Kaliner M. Medical management of sinusitis. Am J Med Sci. 1998 Jul;316(1):21-8.
10. Taverner D, Latte J, Draper M. Nasal decongestants for the common cold. Cochrane Database Syst Rev. 2004;(3):CD001953
11. Tran NP, Vickery J, Blaiss MS. Management of rhinitis: allergic and non allergic. Allergy Asthma Immunol Res. 2011 Jul;3(3):148-56.
12. Salerno SM, Jackson JL. The impact of oral phenylpropanolamine on blood pressure: a meta-analysis and review of the literature. Journal of Human Hypertension. 2005;19:643-52. doi:10.1038/sj.jhh.1001869; published online 21 April 2005
13. Schroeder K, Fahey T. Over-the-counter medications for acute cough in children and adults in ambulatory settings. Cochrane Database Syst Rev. 2004 Oct 18; (4):CD001831).

Надійшла до редакції 29.08.16

© Б.М. Миронюк, М.Б. Хоменко, В.С. Тертишна, 2016