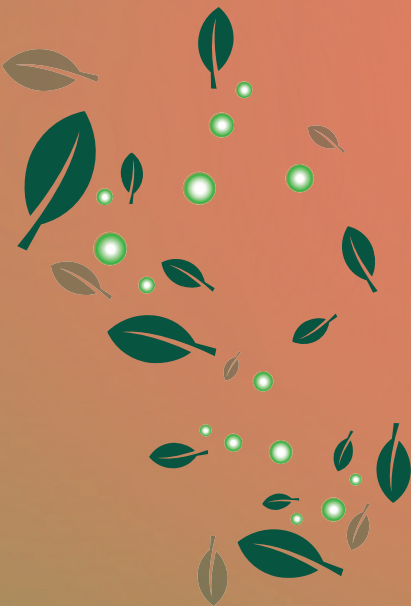


ХЬЮМЕР

ДЕКОНГЕСТАНТ



**ДЛЯ УСУНЕННЯ
ЗАКЛАДНОСТІ НОСА**



**ДЛЯ РОЗРІДЖЕННЯ
СЛИЗУ**



**ДЛЯ ЗАХИСТУ
СЛИЗОВОЇ ОБОЛОНКИ
НОСА**



Опис. Хьюмер Деконгестант назальний спрей по 20 мл у флаконах, **Медичний виріб**. Не є лікарським засобом. Хьюмер Деконгестант використовують при утрудненні носового дихання з ускладненням у формі підвищення секреції слизу, як-от звичайна застуда або риніт, у тому числі гострий або хронічний риносинусит і алергічний риніт. Муцин є фізіологічним компонентом виділень людини. Проте його надмірне вироблення при інфекційних захворюваннях органів дихання призводить до того, що слиз стає надто густим для виведення та спричиняє блокування носових пауз. Хьюмер Деконгестант використовується для лікування захворювань органів дихання, оскільки має потрібну дію: сприяє виведенню надлишкових виділень (змішуючись із муцином у носі у певних пропорціях, Cartomuclil® (Каптомуцил) зменшує в'язкість слизу); гіпертонічний розчин підсилює протизастійну дію, Cartomuclil® (Каптомуцил) — розріджує зайвий слиз; зменшує подразнення слизової оболонки носа. **Склад.** Cartomuclil® (Каптомуцил), вода, натрію сахарин, натрію хлорид, м'ятна смакова добавка, декспантенол, натрію метилпарагідроксibenzoat. **Упаковка.** Флакон 20 мл. **Спосіб використання.** Дорослі та діти віком старше 12 років: 1–2 впорскування в кожен носовий хід 3–4 рази на добу. Діти віком 6–12 років: 1–2 впорскування в кожен носовий хід за необхідності до 2 разів на добу. Дітям віком молодше 12 років використовувати засіб тільки після консультації з лікарем. **Побічні ефекти.** У дозуванні, необхідному для досягнення терапевтичного ефекту, побічні ефекти не спостерігалися, за винятком випадків індивідуальної непереносимості. Якщо симптоми не зникають через 5–7 днів застосування, зверніться до лікаря. Застереження. Не використовувати дітям віком молодше 6 років. Вагітним, жінкам у період грудного вигодовування та дітям віком молодше 12 років використовувати тільки після консультації з лікарем. Не перевищувати рекомендовану дозу. Не використовувати в разі відомої гіперчутливості до функціональних компонентів або будь-якої з допоміжних речовин засобу. У випадку появи будь-яких неочікуваних побічних ефектів припинити застосування та проконсультуватися з лікарем. Через властивості засобу може відчуватися легке печіння під час або протягом короткого часу після використання. Після використання промити насадку теплою водою та висушити тканиною. **Виробник:** S.I.I.T. S.r.l. — Via Ariosto 50/60 — 20090 Trezzano sul Naviglio (MI) — ITALY (ІТАЛІЯ) S.I.I.T. S.p.a., — Via Ariosto, 50/60 — 20090 Trezzano-sul-Naviglio (MI), Італія. Інформація призначена виключно для медичних працівників.

Laboratoires URGO Healthcare — відомий французький виробник медичних товарів, лікувальної косметики та засобів для догляду, який спеціалізується на продуктах для загоєння ран, догляду за шкірою та слизовими оболонками.

Як допомогти хворому на медикаментозний риніт, індукований назальними деконгестантами: клінічне дослідження

С.М. Пухлік, І.В. Дєдікова, О.В. Тітаренко, Ф.Д. Євчев, А.П. Щелкунов

Одеський національний медичний університет, Одеса, Україна

Анотація. Мета: оцінити доцільність і можливості включення медичного виробу Хьюмер Деконгестант (гіперосмолярний розчин з комплексом Cartomucil®) до комплексного лікування медикаментозного риніту (МР), індукованого назальними деконгестантами, основу якого становить відмова від адреноміметиків. **Об'єкт і методи дослідження.** Протягом вересня–грудня 2025 р. обстежено 12 пацієнтів з верифікованим МР (основна група) та 10 практично здорових добровольців (контрольна група). В усіх пацієнтів основної групи комплексний підхід включав поступову або повну відмову від назальних адреноміметиків та використання Хьюмер Деконгестанту в режимі 1–2 впорскування в кожен носовий хід 3–4 рази на добу. Програма обстеження: мукоциліарний кліренс (желатинові плівки з метиленовим синім), суб'єктивна оцінка носового дихання за візуальною аналоговою шкалою (ВАШ) (0–10 балів), передня активна риноманометрія (риноманометр OPTIMUS), ольфактометрія (тест Сніффін Стік, параметри T, D, I, TDI), назоцитограма, відеоендоскопія, оцінка якості життя за SNOT-22. Спостереження тривало 1 міс. **Результати.** До початку комплексного лікування мукоциліарний кліренс у пацієнтів з МР був достовірно гіршим, ніж у групі контролю ($24,5 \pm 0,3$ проти $14,5 \pm 0,2$ хв; $p < 0,01$). Через 15 днів він відновився до $16,8 \pm 0,2$ хв ($p < 0,01$), наблизившись до норми. Показник за ВАШ знизився з $8,3 \pm 0,3$ до $3,1 \pm 0,3$ бала ($p < 0,05$). Сумарний бал SNOT-22 зменшився з $55,22 \pm 1,12$ до $25,33 \pm 1,12$ ($p < 0,01$), що майже втричі перевищує мінімально клінічно значущу різницю (MCID $\approx 8,9$ бала). Покращення нюхової функції мало кондуктивний характер: показники T та I тесту Сніффін Стік достовірно зросли ($p < 0,01$). Риноманометрія підтвердила зниження назального опору без фармакологічної стимуляції α -адренорецепторів. Назоцитограма після курсу наблизилася до умовно нормальної картини. Повністю відмовилися від адреноміметиків 7 (58,3%) пацієнтів, решта суттєво скоротили їх застосування; протягом 1 міс жоден пацієнт не повернувся до попереднього режиму. **Висновки.** Включення Хьюмер Деконгестанту до комплексного лікування МР, що базується на поступовій відмові від назальних адреноміметиків, сприяє відновленню мукоциліарної функції, зниженню назального опору, покращенню нюху кондуктивного характеру та підвищенню якості життя. Дія засобу реалізується через муколітичний вплив комплексу Cartomucil® та осмотичний протинабряковий ефект гіперосмолярного розчину без ризику вазоплегії або медикаментозної залежності.

Ключові слова: медикаментозний риніт, назальні деконгестанти, мукоциліарний кліренс, ВАШ, SNOT-22, Хьюмер Деконгестант, Cartomucil®.

Вступ

Фізіологічне значення носового дихання

Носове дихання є фундаментальним фізіологічним механізмом, що відіграє ключову роль у нормальному рості та розвитку людини, формуванні дихальної, нервової та краніофасіальної систем, а також у забезпеченні якості життя в підлітковому й дорослому віці. На відміну від ротового, носове дихання забезпечує оптимальний опір дихальних шляхів, фізіологічний ритм вентиляції легень і повноцінну альвеолярну оксигенацію — що має вирішальне значення як для метаболічних потреб зростаючого організму, так і для розвитку центральної нервової системи [1, 2].

Порушення носового дихання зумовлені різними причинами. При анатомічних аномаліях — викривленні носової перегородки, гіпертрофії носових раковин тощо — методом вибору є хірургічна корекція. Проте найбільшу частку пацієнтів із порушеним носовим диханням становлять особи з гострим та хронічним ринітом, у лікуванні яких хірургічні підходи практично не застосовуються, а основний акцент робиться на консервативну терапію.

Деконгестанти: класифікація та механізм дії

Деконгестанти — лікарські засоби, що звужують судини слизової оболонки носа, зменшуючи набряк і тимчасово покращуючи носове дихання. За способом застосування вони поділяються на:

- *місцеві (топічні)* — назальні спреї та краплі (оксиметазолін, ксилометазолін, нафазолін та ін.);
- *системні (пероральні)* — таблетки та капсули (псевдо-ефедрин, фенілефрин).

Ці препарати не усувають запалення, а лише тимчасово полегшують симптом закладеності носа. Тому їх застосування при гострому риносинуситі розглядається виключно як симптоматичне.

Топічні деконгестанти мають добре задокументований профіль небажаних ефектів при тривалому застосуванні: реактивна гіперемія, сухість та подразнення слизової оболонки, транзиторне порушення мукоциліарної функції та — найбільш клінічно значущий — медикаментозний риніт (МР) як наслідок хронічного рикошетного набряку. З огляду на це міжнародні настанови обмежують тривалість безперервного застосування топічних деконгестантів 5–7 днями [3–5].

Медикаментозний риніт: поширеність, фактори ризику та масштаб проблеми

Попри наявність чітких застережень щодо тривалості застосування, значна частина пацієнтів їх ігнорує. За даними міжнародних досліджень, близько 40% користувачів назальних деконгестантів застосовують їх у дозах, що перевищують рекомендовані, а понад 30% — довше за встановлений термін; при цьому 60% пацієнтів взагалі не були поінформовані про ризики неправильного застосування [4]. Закономірним наслідком є розвиток МР, індукованого назальними деконгестантами.

Традиційно поширеність МР оцінювали в межах 1–9% звернень у клініки отоларингології [3, 5], однак ці дані є заниженими через безрецептурну доступність препаратів. Популяційне дослідження K.S. Avdeeva та співавторів (2022) дозволило суттєво переглянути цю картину: МР виявився другим за частотою фенотипом неалергічного риніту в загальній популяції (14%), поступаючись лише ідіопатичному риніту (39%). Автори розцінили таку поширеність як тривожну, оскільки МР є потенційно запобіжним станом [6].

Суттєво також, що МР найчастіше розвивається у молодих і осіб середнього віку з однаковою частотою у чоловіків і жінок. Серед встановлених факторів ризику — куріння, тривожні розлади та вихідне запалення слизової оболонки носа (зокрема алергічний або вазомоторний риніт); саме наявність назальної гіперреактивності як фону суттєво підвищує схильність до формування стійкої медикаментозної залежності [3, 4, 7].

Масштаб проблеми підкреслюють і ринкові показники. Глобальний ринок топічних деконгестантних спреїв становив 3,2 млрд дол. США у 2024 р. і, за прогнозами, досягне 4,8 млрд дол. до 2030 р. при середньорічних темпах зростання 7,1% [8]. З урахуванням пероральних форм і комбінованих препаратів загальні обсяги ринку деконгестантів оцінюються в 13,25 млрд дол. (2025 р.) [9].

Патогенез медикаментозного риніту

МР (синоніми: «синдром рикошету», «хімічний риніт») є неалергічною формою хронічного риніту, що розвивається внаслідок тривалого або надмірного застосування топічних α -адреноміметиків. Додатковий внесок в ушкодження слизової оболонки вносить консервант бензалконію хлорид, що входить до складу більшості комерційних назальних спреїв [3, 5, 7].

Патогенез МР пояснюється двома взаємодоповнювальними гіпотезами.

Перша базується на пригніченні ендогенної продукції норадреналіну: тривале застосування екзогенних α -адреноміметиків призводить до зниження синтезу та вивільнення власного медіатора в адренергічних нейронах слизової оболонки носа. Цей механізм є зворотним і відзначається навіть у здорових осіб.

Друга гіпотеза пов'язана зі зниженням чутливості рецепторів гладких м'язів судин до ендогенного норадреналіну. Десенситизація α -адренорецепторів призводить до стійкого розширення кавернозних судин носових раковин, збільшення об'єму крові в них та набряку слизової оболонки. Саме цей механізм формує стійку медикаментозну залежність — передусім у пацієнтів із вихідною назальною гіперреактивністю [3, 9].

Зниження кровотоку в слизовій оболонці носа спричиняє локальну гіпоксію та дисрегуляцію нейрогенних механізмів. Формується синдром рикошету (rebound

syndrome): пацієнт, прагнучи полегшити закладеність, вираженість якої збільшується після відміни чергової дози, збільшує кратність і підвищує дозу препарату. Паралельно прогресують сухість, печіння і кровоточивість слизової оболонки, знижуються її захисні функції [3, 9].

Таким чином, людина потрапляє в замкнене коло: що частіше та у вищих дозах застосовуються топічні деконгестанти, то глибші структурні та функціональні порушення слизової оболонки носа і важче самостійно відмовитися від препарату. У частини пацієнтів залежність набуває настільки вираженого характеру, що вони самостійно звертаються по хірургічну допомогу — зокрема, вазотомію носових раковин — прагнучи позбутися необхідності в деконгестантах.

Терапевтична проблема та обґрунтування дослідження

Ключова терапевтична проблема при МР — відміна симпатоміметиків з одночасним відновленням судинного тону та стану слизової оболонки порожнини носа. Просте роз'яснення пацієнту необхідності припинити крапати є недостатнім без конкретного алгоритму підтримки та засобів полегшення симптомів у перехідний період.

Відмова від назальних деконгестантів є основою та обов'язковою умовою лікування МР, щодо якої існує консенсус у міжнародній літературі, незважаючи на відсутність уніфікованих клінічних настанов. Лікування передбачає поступове зниження дози деконгестанту в поєднанні з топічними кортикостероїдами, сольовими промиваннями для полегшення симптомів відміни і медикаментозного навантаження та, за потреби, системними кортикостероїдами. За даними загальнонаціонального опитування канадських оториноларингологів, відміна або поступове скасування деконгестанту застосовується у 96% випадків, що є найпоширенішим підходом до лікування МР [3, 4, 10, 11].

Серед засобів, що нещодавно з'явилися на вітчизняному ринку, заслуговує на увагу Хьюмер Деконгестант — назальний спрей на основі гіперосмолярного розчину з патентованим мукоактивним комплексом Captomucil® (Каптомуцил). На відміну від звичних деконгестантів, цей засіб є медичним виробом, а не судинозвужувальним лікарським засобом.

Згідно з матеріалами виробника [12], механізм дії Хьюмер Деконгестанту реалізується через два взаємопов'язані фізико-хімічні ефекти: Captomucil® взаємодіє з муцином — основним компонентом носових виділень, знижуючи в'язкість слизу та полегшуючи його евакуацію; гіперосмолярна сольова основа сприяє осмотичному виведенню надмірної рідини з набряклої слизової оболонки, що опосередковано зменшує відчуття закладеності. Таким чином, виріб діє не шляхом прямого судинозвуження, а через покращення реологічних властивостей назального секрету та мукоциліарного дренажу.

Враховуючи патофізіологічне обґрунтування та безпечний профіль продукту, ми вважали за доцільне оцінити можливість використання Хьюмер Деконгестанту в комплексній терапії МР, індукованого назальними деконгестантами.

Об'єкт і методи дослідження

Для виконання поставлених завдань протягом вересня–грудня 2025 р. обстежено та проліковано 12 пацієнтів різного віку та статі з верифікованим діагнозом медика-



ментозного риніту (основна група) (табл. 1, 2). Для порівняння за об'єктивними показниками (риноанометрія, ольфактометрія, дослідження мукоциліарного кліренсу, риноцитограма) сформовано контрольну групу з 10 практично здорових добровольців (див. табл. 1). Дослідження проводили відповідно до принципів біоетики, викладених у Гельсінській декларації Всесвітньої медичної асоціації та Загальній декларації з біоетики і прав людини (ЮНЕСКО).

З метою виключення супутньої патології, що могла б самостійно зумовлювати порушення носового дихання, з дослідження були виключені пацієнти з алергічним ринітом, викривленням носової перегородки та хронічним риносинуситом.

Усім пацієнтам основної групи призначали Хьюмер Деконгестант як основний засіб з одночасною відміною (повною або поступовою) назальних адrenomіметиків. Пацієнтам, в яких повна одномоментна відміна деконгестантів виявлялася непереносимою, дозволялося розведення звичного препарату дистильованою водою у співвідношенні 1:1 з подальшим переходом на 1:2 через 1 тиж.

Програма обстеження включала:

- суб'єктивну оцінку носового дихання за Візуально-аналоговою шкалою (ВАШ, 0–10 балів) у динаміці по днях;
- оцінку якості життя за опитувальником SNOT-22 на початку лікування (візит 1-й) та через 14 днів (візит 2-й);
- дослідження мукоциліарного кліренсу за допомогою желатинових плівок з метиленовим синім — до використання Хьюмер Деконгестанту, через 1 та 5 год після, а також через 7 і 15 днів від початку використання;
- передню активну риноанометрію на риноанометрії OPTIMUS (Україна, свідоцтво про державну реєстрацію № 14777/2010; діапазон вимірювання витрати повітря $\pm 1200 \text{ см}^3/\text{с}$, диференціального тиску $\pm 1200 \text{ Па}$, частота опитування 100 Гц) — до і через 30–60 хв після використання Хьюмер Деконгестанту, а також після 15-денного курсу;
- ольфактометрію за розширеним тестом Сніффін Стік (Sniffin' Sticks, фірма «Бюрхард», Гамбург, Німеччина) з визначенням трьох параметрів: поріг (Т), дискримінація (D), ідентифікація (I) та сумарного індексу TDI — до та після курсу лікування;
- назоцитограму — до та після 14–21 дня використання Хьюмер Деконгестанту;
- відеоендоскопічний моніторинг слизової оболонки носа.

Спостереження пацієнтів тривало протягом 1 міс від початку лікування, включаючи дистанційний контроль (переважно телефонний) після завершення активної фази терапії.

Статистичну обробку результатів проводили методами описової статистики; достовірність відмінностей оцінювали за критерієм Стьюдента. Відмінності вважали статистично значущими при $p < 0,05$.

Результати та їх обговорення

Стан мукоциліарного кліренсу

Для оцінки впливу Хьюмер Деконгестанту на функцію миготливого епітелію досліджували мукоциліарний кліренс за допомогою желатинових плівок з метиленовим синім. Результати реєстрували до використання та через 1 і 5 год після нього (табл. 3, рис. 1).

Таблиця 1 Характеристика обстежених

Показник	Основна група (n=12)	Контрольна група (n=10)
Чоловіки, n (%)	5 (41,7)	4 (40,0)
Жінки, n (%)	7 (58,3)	6 (60,0)
Вік до 20 років, n (%)	2 (17)	1 (10,0)
Вік 21–30 років, n (%)	3 (25)	9 (90,0)
Вік 31–40 років, n (%)	5 (42)	–
Вік старше 40 років, n (%)	2 (16)	–

Таблиця 2 Характеристика пацієнтів основної групи за клінічними показниками

Показник	Градація	n
Вік, років	18–30	5
	31–40	5
	Старше 40	2
Тривалість прийому деконгестантів	До 6 міс	4
	1–2 роки	5
	Більше 2 років	3
Частота прийому за добу, разів	2–3	3
	3–5	5
	Більше 5	4
Препарат	Нафазолін	3
	Ксилометазолін	5
	Оксиметазолін	4

Таблиця 3 Динаміка мукоциліарного кліренсу у хворих на МР під впливом Хьюмер Деконгестанту

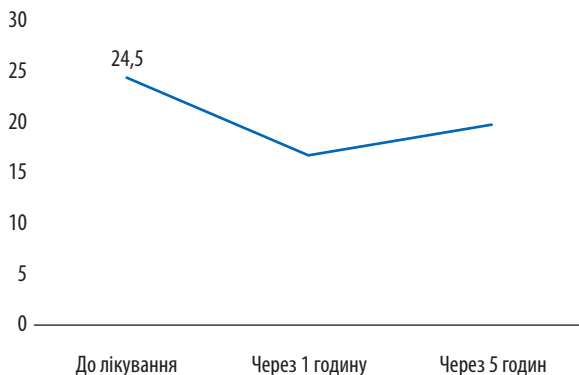
Час дослідження	Основна група	Контрольна група	p
До введення	22–26 хв (середня $24,5 \pm 0,3$)	13–16 хв (середня $14,5 \pm 0,2$)	$< 0,01$
Через 1 год	16–18 хв (середня $16,7 \pm 0,1$)	12–14 хв (середня $12,7 \pm 0,3$)	$< 0,01$
Через 5 год	18–21 хв (середня $19,8 \pm 0,2$)	18–20 хв (середня $18,8 \pm 0,2$)	$> 0,05$

Вихідні показники мукоциліарного кліренсу у пацієнтів з МР були достовірно гіршими, ніж у групі контролю: час транспорту в середньому становив $24,5 \pm 0,3$ проти $14,5 \pm 0,2$ хв відповідно ($p < 0,01$), тобто майже вдвічі повільніший. Це закономірний наслідок тривалого застосування α -адrenomіметиків: хронічна ішемія слизової оболонки під їх впливом спричиняє реперфузійне ушкодження та порушення іонного транспорту, що в кінцевому підсумку знижує частоту биття війок і гальмує мукоциліарний транспорт.

Через 1 год після введення Хьюмер Деконгестанту час транспорту в основній групі достовірно скоротився до $16,7 \pm 0,1$ хв ($p < 0,01$), що свідчить про швидкий вплив на слизову оболонку. Через 5 год показник дещо підвищився до $19,8 \pm 0,2$ хв, проте різниця з контрольною групою ($18,8 \pm 0,2$ хв) вже не була статистично значущою ($p > 0,05$), що відображає поступове вирівнювання функціонального стану епітелію.

Для оцінки динаміки відновлення мукоциліарної функції на тлі курсового використання Хьюмер Деконгестанту досліджували мукоциліарний кліренс через 7 та 15 днів від початку використання з одночасною відміною (повною або поступовою) назальних адrenomіметиків (табл. 4, рис. 2).

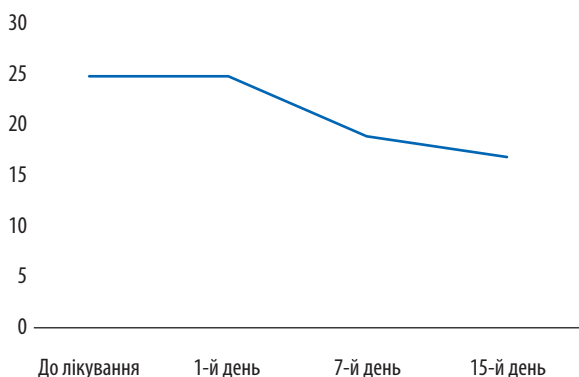
Рисунок 1 Динаміка активності мукоциліарного епітелію під впливом Хьюмер Деконгестанту у хворих на МР



Таблиця 4 Динаміка мукоциліарного кліренсу у хворих на МР протягом 2 тиж використання Хьюмер Деконгестанту

Час дослідження	Середній час транспорту	p
До початку застосування	22–26 хв (середня 24,5±0,3)	–
Через 7 днів	18–19 хв (середня 18,7±0,1)	>0,05
Через 15 днів	16–17 хв (середня 16,8±0,2)	<0,01

Рисунок 2 Динаміка активності мукоциліарного епітелію у хворих на МР під впливом Хьюмер Деконгестанту протягом 2 тиж



На 7-й день використання Хьюмер Деконгестанту час мукоциліарного транспорту скоротився з 24,5±0,3 до 18,7±0,1 хв, тобто на 23,7% від вихідного рівня. Проте ця динаміка ще не досягла статистичної значущості (p>0,05). Така картина цілком закономірна: саме в цей період більшість пацієнтів перебуває у фазі рикошетного набряку після зниження частоти застосування адреноміметиків, а слизова оболонка лише починає відновлювати нормальну йонну регуляцію та гідратацію перичиліарного шару.

До 15-го дня час транспорту достовірно знизився до 16,8±0,2 хв (p<0,01) — скорочення на 31,4% від вихідного значення. Важливо, що цей показник наближається до нижньої межі діапазону контрольної групи (13–16 хв), що свідчить про практично повне відновлення мукоциліарної активності. Порівняння 7-го та 15-го днів між собою демонструє прискорення транспорту ще на 10,2% за 2-й тиждень, тобто відновлення має наростаючий характер і не досягає плато до кінця курсу.

Відеоендоскопічне спостереження (рис. 3) підтверджує ці дані на морфологічному рівні: до початку використання слизова оболонка носових раковин виглядає набряклою, ціанотичною, з ознаками судинного повнокрів'я; після 15-денного курсу відзначаються зменшення набряку, нормалізація забарвлення та покращення рухливості секрету.

Таким чином, порушення функції миготливого епітелію, що розвиваються внаслідок тривалого застосування назальних адреноміметиків, мають зворотний характер. Регулярне використання Хьюмер Деконгестанту в режимі 1–2 впорскування в кожен носовий хід 3–4 рази на добу забезпечує поступове, статистично достовірне відновлення мукоциліарного кліренсу протягом 15 днів — як за рахунок муколітичного впливу комплексу Captomucil® на в'язкість секрету, так і завдяки осмотичній дії гіперосмолярного розчину, що відновлює гідратацію перичиліарного шару і тим самим нормалізує частоту та координацію биття війок.

Суб'єктивна оцінка носового дихання за ВАШ

Закладеність носа є суб'єктивним відчуттям перешкоди потоку повітря через ніс, тому для її кількісної оцінки ми використовували ВАШ від 0 (відсутність закладеності) до 10 (повна закладеність) у динаміці по днях від початку використання Хьюмер Деконгестанту (табл. 5, рис. 4).

При 1-му візиті середній бал ВАШ становив 8,3±0,3, що відображає виражену назальну обструкцію, характерну для МР. На 7-й день відзначається зниження до 5,7±0,2, однак ця динаміка ще не досягає статистичної значущості (p>0,05) — що відповідає перехідному періоду, коли рикошетний набряк після відміни деконгестантів ще неповністю розривався. До 15-го дня показник достовірно знизився до 3,1±0,3 (p<0,05), що свідчить про клінічно значуще покращення носового дихання.

Поряд з динамікою за ВАШ фіксували суб'єктивні відчуття пацієнтів у різні часові проміжки після використання Хьюмер Деконгестанту.

У перші хвилини — протягом 1 год більшість пацієнтів відзначали короткочасне відчуття печіння або пощипування в носі, рефлекторну ринорею та відчуття очищення носової порожнини. Через 5 год після використання пацієнти повідомляли про суб'єктивне полегшення носового дихання, зменшення відчуття залежно від деконгестантів, зниження сухості та в'язкості секрету, а також про покращення відчуття проходження повітря без звернення до судинозвужувальних засобів. Після 15-денного курсу пацієнти відзначали зменшення закладеності за ВАШ, зниження частоти звернень до деконгестантів, покращення якості сну та суб'єктивно краще сприйняття запахів.

Для комплексної оцінки симптоматичної динаміки також аналізували зміни інших клінічних проявів МР за ВАШ (табл. 6, рис. 5).

Характерною і клінічно важливою закономірністю є початкове погіршення показників на 5-й день за всіма симптомами, крім виділень з носа. Це типова картина синдрому відміни деконгестантів — рикошетний набряк слизової оболонки при зниженні частоти застосування адреноміметиків. Пацієнтів необхідно попереджати про цей феномен заздалегідь, оскільки саме в цей період найвища ймовірність повернення до деконгестанту.

Починаючи з 10-го дня, всі показники демонструють стійке і клінічно значуще покращення. До 15-го дня найбільш виражену позитивну динаміку виявили за показниками головного болю (зниження на 70% від вихідного)

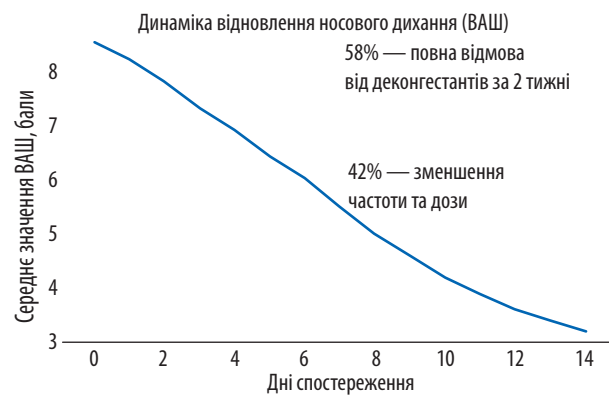
Таблиця 5 Оцінка стану носового дихання за ВАШ у хворих на МР

Дні від початку використання	Середній бал	p
1-й	8,3±0,3	–
7-й	5,7±0,2	>0,05
15-й	3,1±0,3	<0,05

Рисунок 3 Відеоендоскопічне спостереження у хворого на МР



Рисунок 4 Динаміка носового дихання у хворих на МР при регулярному використанні Хьюмер Деконгестанту протягом тривалого часу за ВАШ

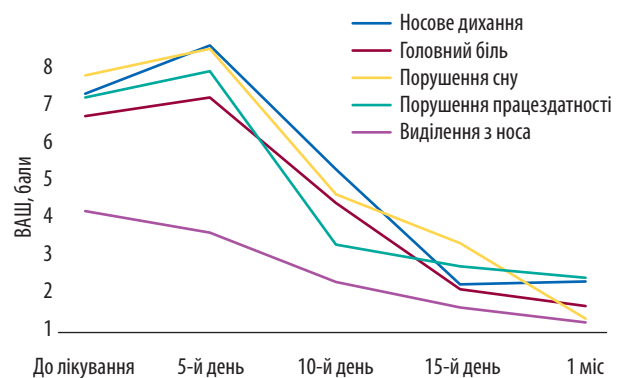


та носового дихання (зниження на 71%). Порушення сну і працездатності регресують дещо повільніше, що відображає системний характер впливу назальної обструкції на загальний стан пацієнта. Виділення з носа були найменш вираженим симптомом на старті (4,1 бала) і стабільно регресували протягом усього курсу.

Таблиця 6 Динаміка клінічних симптомів за ВАШ у хворих на МР в процесі використання Хьюмер Деконгестанту

Термін	Носове дихання	Головний біль	Порушення сну	Порушення працездатності	Виділення з носа
До використання	7,2	6,6	7,7	7,1	4,1
Через 5 днів	8,5	7,1	8,4	7,8	3,5
Через 10 днів	5,2	4,3	4,5	3,2	2,2
Через 15 днів	2,1	2,0	3,2	2,6	1,5
Через 1 міс	2,2	1,5	1,2	2,3	1,1

Рисунок 5 Динаміка основних клінічних симптомів у хворих за ВАШ у процесі використання Хьюмер Деконгестанту



Дані через 1 міс свідчать про збереження досягнутого результату: жоден із показників не демонструє погіршення порівняно з 15-м днем, що підтверджує стійкість ефекту після завершення активного курсу використання Хьюмер Деконгестанту.

Риноманометрія

Для об'єктивної оцінки стану носового дихання у всіх пацієнтів основної групи проводили передню активну риноманометрію на риноманометрі OPTIMUS (Україна, свідоцтво про державну реєстрацію № 14777/2010). Технічні характеристики приладу наведені в розділі «Об'єкт і методи дослідження».

Дослідження проводили у три часові точки: до 1-го використання Хьюмер Деконгестанту, через 30–60 хв після нього та після завершення 15-денного курсу.

До використання у всіх пацієнтів основної групи реєстрували значно підвищений назальний опір, що підтверджує виражену назальну обструкцію функціонального характеру (рис. 6).

Через 30–60 хв після одноразового використання Хьюмер Деконгестанту відзначали помірне зниження загального назального опору (рис. 7). Важливо підкреслити, що цей ефект є менш вираженим, ніж після застосування судинозвужувальних крапель, однак принципово відрізняється від них за механізмом: зниження опору досягається не за рахунок фармакологічної вазоконстрикції, а шляхом розрідження та евакуації в'язкого секрету, що частково обтурує носові ходи. Саме тому ефект розвивається поступово і не супро-

вджується рикошетним набряком після його завершення.

Після 15-денного курсу використання Хьюмер Деконгестанту риноманометрія демонструє статистично значуще зниження назального опору з покращенням об'ємного потоку повітря через обидві половини носа без будь-якої фармакологічної стимуляції α -рецепторів (рис. 8). Цей результат узгоджується з даними про відновлення мукоциліарного кліренсу і суб'єктивним покращенням носового дихання за ВАШ у ті самі терміни.

Принципово важливим є характер виявленої обструкції: у жодного з пацієнтів основної групи не виявлено

Рисунок 6 Передня риноманометрія до використання Хьюмер Деконгестанту

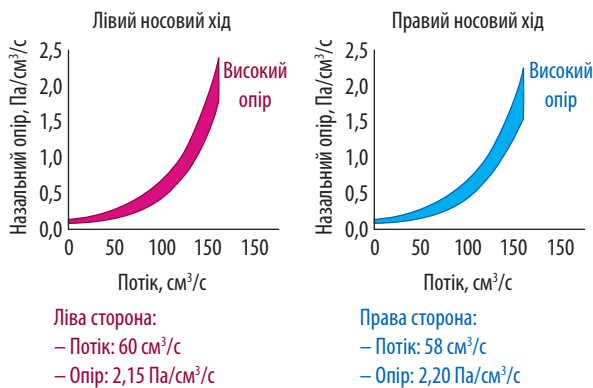


Рисунок 7 Передня риноманометрія через 60 хв після введення Хьюмер Деконгестанту

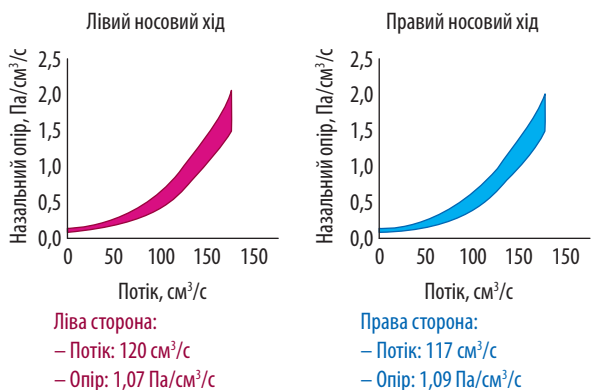
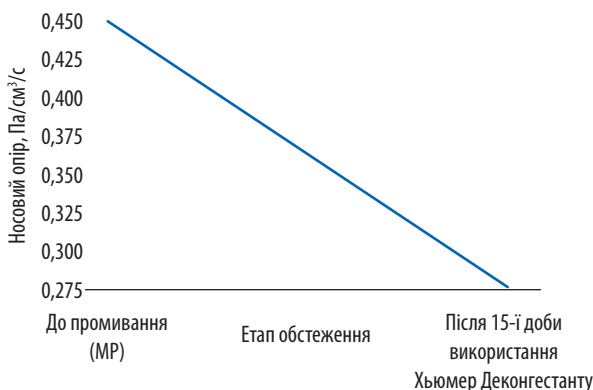


Рисунок 8 Порівняння носового дихання до та після введення в ніс Хьюмер Деконгестанту протягом тривалого часу



ознак фіксованої органічної обструкції, що не піддається деконгестації. Це підтверджує переважно функціональний, вазомоторний механізм назальної обструкції при МР і свідчить про потенційну зворотність стану без хірургічного втручання за умови своєчасного та послідовного використання Хьюмер Деконгестанту з одночасною відміною адrenomіметиків.

Нюхова функція

Нюхову функцію досліджували за допомогою розширеного тесту Сніффін Стікс (Sniffin' Sticks, «Бюрхард», Гамбург, Німеччина) з визначенням трьох параметрів: порогу сприйняття запахів (Т), дискримінації (D) та ідентифікації (I), а також сумарного індексу TDI. Тест виконували з використанням трьох наборів по 12 олівців, просочених різними пахучими речовинами. Обстежено пацієнтів основної групи та добровольців контрольної групи (табл. 7).

Вихідний стан нюхової функції у пацієнтів з МР відповідає гіпосмії кондуктивного типу. Найбільш виражені зміни стосуються порогового тесту Т та ідентифікаційного тесту I, які достовірно відрізняються від контролю ($p < 0,01$). Дискримінаційний тест D знижений помірно і різниця з контролем не досягає статистичної значущості ($p > 0,05$), що є типовим для кондуктивної, а не нейросенсорної природи порушення: здатність розрізняти запахи потерпає менше, ніж їх сприйняття та впізнавання. Сумарний індекс TDI відповідає діапазону легкої–помірної гіпосмії ($p < 0,05$).

Після 15-денного курсу використання Хьюмер Деконгестанту з одночасною відміною адrenomіметиків показники нюхової функції достовірно покращилися (табл. 8).

Порівняння показників до і після курсу демонструє достовірне покращення за пороговим тестом Т та ідентифікаційним тестом I ($p < 0,01$), а також за сумарним індексом TDI ($p < 0,05$). Приріст показників відносно вихідного рівня становив 73,4–247,4% залежно від параметра. Дискримінаційний тест D покращився помірно, без досягнення статистичної значущості ($p > 0,05$), що узгоджується з кондуктивним механізмом порушення.

Ключова клінічна інтерпретація отриманих результатів полягає в наступному: Хьюмер Деконгестант не впливає на нейросенсорний апарат нюхового аналізатора, однак зменшення набряку слизової оболонки та покращення прохідності носових ходів забезпечують кращий доступ одорантів до нюхової щілини. Саме тому найбільш чутливим і клінічно значущим показником ефективності є ідентифікаційний тест I, а характер відновлення нюху підтверджує функціональну, а не органічну природу його порушення при МР.

Таким чином, використання Хьюмер Деконгестанту у хворих на МР супроводжується достовірним покращенням нюхової функції переважно кондуктивного характеру, що є прямим наслідком зменшення назальної обструкції — без ознак нейросенсорного ушкодження як до, так і після курсу.

Стан слизової оболонки носа (назоцитограма)

Цитологічне дослідження мазків зі слизової оболонки носа дозволило охарактеризувати морфологічний субстрат МР та оцінити динаміку його змін на тлі використання Хьюмер Деконгестанту.

До початку використання назоцитограма у пацієнтів основної групи відображала картину неалергічного вазоплегічного запалення з переважанням дегенеративних змін епітелію: мінімальна або відсутня еозинофілія; дис-

Таблиця 7 Стан нюхової функції у хворих на МР до використання Хьюмер Деконгестанту порівняно з контрольною групою

Показник	Контрольна група	Основна група	p
Пороговий тест, T	1,9±0,2	5,3±0,3	<0,01
Дискримінаційний тест, D	1,4±0,3	2,4±0,2	>0,05
Ідентифікаційний тест, I	3,3±0,2	12,1±1,1	<0,01
TDI	3,6±1,9	7,7±1,5	<0,05

Таблиця 8 Стан нюхової функції у хворих на МР до та після курсу використання Хьюмер Деконгестанту

Показник	До застосування	Після курсу	p
Пороговий тест, T	5,3±0,3	1,6±0,2	<0,01
Дискримінаційний тест, D	2,4±0,2	1,3±1,0	>0,05
Ідентифікаційний тест, I	12,1±1,1	4,6±1,1	<0,01
TDI	7,7±1,5	3,5±1,0	<0,05

Таблиця 9 Динаміка клітинного складу назоцитограми після курсу використання Хьюмер Деконгестанту

Показник	Зміни після курсу
Війчасті епітеліоцити	Значне збільшення інтактних клітин
Дециліація	Різно зменшується або відсутня
Дистрофічні зміни	Мінімальні
Келихоподібні клітини	Зменшення відносної кількості
Нейтрофіли	Поодинокі або відсутні
Еозинофіли	Відсутні
Макрофаги	Поодинокі
Клітинний детрит	Значно менше
Слиз	Рідший, однорідний

Таблиця 10 Результати відмови від назальних деконгестантів після 2-тижневого використання Хьюмер Деконгестанту

Характеристика	Градація	n	Відмовились		
			Повністю	Частково (1:1)	Частково (1:2)
Вік, років	18–30	5	1	3	1
	31–40	5	4	1	0
	Старше 40	2	2	0	0
Тривалість прийому	До 6 міс	4	4	0	0
	1–2 роки	5	3	1	1
	Більше 2 років	3	0	2	1
Частота прийому, разів на добу	2–3	–	5	3	0
	3–5	–	1	1	0
	Більше 5	–	1	1	0
Препарат	Нафазолін	3	2	1	0
	Ксилометазолін	5	3	2	0
	Оксиметазолін	4	2	2	0

трофія війчастого епітелію з дециліацією та вакуолізацією цитоплазми; відносна гіперплазія келихоподібних клітин; помірна нейтрофільна домішка як ознака хронічного подразнення; велика кількість густого слизу з клітинним

детритом. Мінімальність запальної клітинної реакції підтверджує функціональну, а не імунну природу МР.

Після курсу лікування із регулярним використанням Хьюмер Деконгестанту не менше 14–21 дня назоцитограма зазнала суттєвих позитивних змін (табл. 9).

Після курсу назоцитограма у хворих на МР не містить еозинофілів — на відміну від алергічного риніту — і не демонструє нейтрофільного зсуву, характерного для інфекційного риніту. Цитологічна картина наближалася до умовно нормальної, що підтверджує відновлення морфологічної цілісності слизової оболонки.

Механізм позитивного впливу Хьюмер Деконгестанту на цитологічну картину реалізується через кілька взаємопов'язаних ефектів: відновлення війчастого шару та перичіліарного гідратаційного шару; нормалізацію співвідношення війчастих та келихоподібних клітин; зменшення вираженості хронічного неспецифічного запалення; усунення залишкового ушкоджувального впливу адреноміметиків на епітелій.

Цитологічні зміни добре корелюють з клінічним покращенням стану: зменшенням залежності від деконгестантів, нормалізацією мукоциліарного кліренсу та поліпшенням показників риноманометрії.

Результати відмови від назальних деконгестантів

Пацієнтам, в яких повна одномоментна відмова від адреноміметиків виявлялася непереносимою, дозволялося розведення звичного деконгестанту дистильованою водою у співвідношенні 1:1 з переходом на 1:2 через 1 тиж. Результати за основними клінічними характеристиками наведені в табл. 10.

Після 2-тижневого використання Хьюмер Деконгестанту повністю відмовилися від адреноміметиків 7 (58,3%) пацієнтів, частково відмовилися — 5 (41,7%): з них 4 (33,3%) перейшли на розведення 1:1 та 1 (8,3%) — на розведення 1:2.

Аналіз за клінічними характеристиками виявив кілька закономірностей. Найлегше відмовилися від деконгестантів пацієнти віком 31–40 років (4 з 5), тоді як у молодих пацієнтів віком до 30 років результати були гіршими, що може бути пов'язано з більш вираженою вегетативною дисфункцією з переважаючим парасимпатикотонією в цій віковій групі. Серед пацієнтів із тривалістю прийому до 6 міс усі 4 повністю відмовилися від адреноміметиків; при стажі більше 2 років повної відмови не досягнув жоден. Найгірші результати зафіксовані у пацієнтів, які застосовували нафазолін — препарат з найкоротшою тривалістю дії та найбільш вираженим рикошетним ефектом. Натомість серед пацієнтів із кратністю прийому до 3 разів на добу повна відмова досягнута в усіх випадках.

Дистанційний контроль усіх 12 пацієнтів протягом наступного місяця підтвердив стійкість досягнутого результату: жоден пацієнт не повернувся до попереднього режиму застосування деконгестантів. Більше того, 2 пацієнти, які на момент завершення активного курсу застосовували розведення 1:1, самостійно перейшли на розведення 1:2, тобто продовжили зменшення частки симпатоміметика.

Якість життя за опитувальником SNOT-22

Якість життя пацієнтів оцінювали за опитувальником SNOT-22 — валідованим інструментом для самостійного заповнення, що вимірює вираженість ринологічних симптомів та їх вплив на повсякденне функціонування.

Таблиця 11 Динаміка показників SNOT-22 у хворих на МР

Показник	Візит	n	Середнє	Стандартне відхилення
Порушення відчуття смаку / запаху	V1	12	4,00	0,72
	V2	12	1,00	0,00
Недостатньо тривалий нічний сон	V1	12	3,70	0,57
	V2	12	1,05	0,22
Зниження працездатності	V1	12	3,65	0,58
	V2	12	1,05	0,22
SNOT-22 сума	V1	12	55,22	1,12
	V2, p<0,01	12	25,33	1,12

Кожен із 22 пунктів оцінюють за шкалою від 0 (немає проблеми) до 5 («проблема максимально виражена»). Опитування проводили двічі: при 1-му візиті (V1) та через 14 днів від початку використання Хьюмер Деконгестанту (V2) (табл. 11).

До початку використання пацієнти демонстрували високі сумарні бали SNOT-22 ($55,22 \pm 1,12$), що відображає виражену назальну обструкцію, суттєве порушення сну, зниження якості життя та емоційний дистрес, пов'язаний із залежністю від деконгестантів. Після 14-денного курсу використання Хьюмер Деконгестанту сумарний бал знизився до $25,33 \pm 1,12$ ($p < 0,01$) — майже на 30 балів, що майже втричі перевищує мінімальну клінічно значущу різницю (MCID $\approx 8,9$ бала) для цього опитувальника.

Аналіз за доменами SNOT-22 дозволяє деталізувати характер досягнутого покращення.

У ринологічному домені (пункти 1–6) зафіксовано значне зменшення закладеності носа, помірне зменшення виділень та постназального затікання, різке зниження або зникнення потреби в деконгестантах. Динаміка чхання була незначною, що відповідає неалергічній природі МР. Протинабряковий ефект без вазоконстрикції, який забезпечує комплекс Сартомусіл® у гіперосмолярному розчині, є патогенетично обґрунтованим саме для цієї форми риніту.

У домені вушних та лицьових симптомів (пункти 7–10) відзначали помірне зниження відчуття тиску в обличчі та зменшення вираженості головного болю — переважно у пацієнтів із супутньою венозною повнотою. Динаміка вушних симптомів була незначною.

У домені сну та функціональної активності (пункти 11–18) покращення засинання, скорочення кількості нічних пробуджень та зменшення денної втомлюваності корелюють зі зменшенням назальної обструкції, що узгоджується з даними ВАШ та риноманометрії в ті самі терміни. Зниження працездатності регресувало помірно, що відображає системний і поступовий характер відновлення.

Психоемоційний домен (пункти 19–22) виявився особливо значущим для пацієнтів із тривалим зловживанням деконгестантами: зафіксовано зменшення роздратованості, зниження тривожності щодо неможливості дихати без крапель та часткове відновлення відчуття контролю над симптомами. Цей ефект є важливим, оскільки психологічна залежність від деконгестантів нерідко стає основною перешкодою для їх відміни.

Разом з тим у частини пацієнтів після завершення курсу зберігалися помірні залишкові симптоми: періодична закладеність, сухість слизової оболонки та нічний дискомфорт, що свідчить про необхідність індивідуалізації

тривалості використання Хьюмер Деконгестанту залежно від стажу та інтенсивності попереднього застосування адrenomіметиків.

Таким чином, 2-тижневе використання Хьюмер Деконгестанту у хворих на МР супроводжується достовірним і клінічно значущим зниженням сумарного балу SNOT-22 переважно за рахунок зменшення вираженості ринологічних симптомів, нормалізації сну та зниження психоемоційного дистресу, пов'язаного із залежністю від деконгестантів. Отримані результати підтверджують патогенетичну обґрунтованість використання гіперосмолярного розчину з комплексом Сартомусіл® як компонента відновлювальної терапії МР.

Висновки

МР, індукований назальними деконгестантами, є складною проблемою, що поєднує місцеве вазоплегічне ушкодження слизової оболонки носа та психологічну залежність від адrenomіметиків. Ефективна допомога таким пацієнтам передбачає насамперед роз'яснення механізму дії деконгестантів та їх наслідків для слизової оболонки і загального стану організму, активну підтримку у процесі відмови від симптоміметиків, а також призначення Хьюмер Деконгестанту як засобу, що полегшує перехідний період.

Після 2-тижневого використання Хьюмер Деконгестанту 58,3% пацієнтів повністю відмовилися від назальних адrenomіметиків, решта — суттєво скоротили їх застосування шляхом поступового розведення. Протягом 1-місячного спостереження жоден пацієнт не повернувся до попереднього режиму застосування деконгестантів. Водночас із відмовою від адrenomіметиків відзначали покращення носового дихання, нормалізацію сну та відновлення нюхової функції.

Використання Хьюмер Деконгестанту забезпечує достовірне покращення показників мукоциліарного транспорту, відновлення координації биття війок та нормалізацію фізико-хімічних властивостей назального секрету, що підтверджує патогенетичну обґрунтованість його призначення при МР. За даними риноманометрії, зниження назального опору після курсу використання досягається без фармакологічної стимуляції α -адренорецепторів і не супроводжується рикошетним набряком.

Покращення нюхової функції після курсу використання Хьюмер Деконгестанту має переважно кондуктивний характер і проявляється достовірним підвищенням показників порогового та ідентифікаційного субтестів тесту Сніффін Стікс ($p < 0,01$), що відображає відновлення доступу одорантів до нюхової щілини внаслідок зменшення набряку слизової оболонки.

2-тижневе використання Хьюмер Деконгестанту супроводжується достовірним зниженням сумарного балу SNOT-22 з $55,22$ до $25,33$ ($p < 0,01$) — майже на 30 балів, що майже втричі перевищує мінімальну клінічно значущу різницю (MCID $\approx 8,9$ бала). Покращення охоплює ринологічний домен, показники сну та психоемоційний стан, зокрема тривожність щодо неможливості дихати без крапель.

Включення Хьюмер Деконгестанту до комплексного лікування МР, основу якого становить поступова відмова від назальних адrenomіметиків, сприяє полегшенню симптомів відміни, відновленню мукоциліарної функції та підвищенню якості життя пацієнтів. Такий ефект зумовлений поєднанням муколітичних властивостей комплексу Сартомусіл® та осмотичного протинабрякового ефекту гі-



перосмолярного сольового розчину без ризику розвитку вазоплегії чи медикаментозної залежності.

Конфлікт інтересів

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Дотримання етичних норм

Дослідження проводилося з використанням даних первинної медичної документації та включало клінічні спостереження пацієнтів. Дослідження проведено відповідно до етичних стандартів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації про етичні принципи проведення наукових медичних досліджень за участю людини, директиви Європейського товариства 86/609 про участь людей у медико-біологічних дослідженнях, а також наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23.09.2009 р. № 690. Усі обстежені пацієнти надали письмову інформовану згоду на участь у дослідженні та оприлюднення його результатів.

Використання штучного інтелекту

У процесі проведення дослідження та підготовки цього рукопису не використовували жодних інструментів або сервісів генеративного штучного інтелекту для виконання будь-яких завдань, перелічених у Таксономії делегування завдань генеративному штучному інтелекту (GAIDeT, 2025 р.). Усі етапи роботи — від концептуалізації до фінального редагування — виконані без залучення генеративного штучного інтелекту виключно авторами.

Первинні дані та матеріали

У роботі використано результати власних клінічних досліджень, систематизовані та проаналізовані авторами. Первинні дані включають узагальнені показники пацієнтів, лабораторні результати, протоколи та отримані дані обстежень. Усі матеріали збережені в архіві дослідницької групи та можуть бути надані за обґрунтованим запитом до авторів, з урахуванням вимог конфіденційності та етичних норм.

Інформація про фінансування

Фінансування дослідження проводилося при сприянні Представництва «Дельта Медікел Промоушнз АГ» згідно з договором.

Список використаної літератури

- Hall J.E., Hall M.E. (2020) Guyton and Hall Textbook of Medical Physiology. 14th ed. Philadelphia: Elsevier. 1152 p.
- West J.B., Luks A.M. (2015) West's Respiratory Physiology: The Essentials. 10th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer. 224 p.
- Zeitlin J., Shermetaro C., Sutton A.E. (2026) Rhinitis Medicamentosa. [Updated 2026 Mar 23]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing.
- Stinson R.J., Sadofsky L.R. (2025) Part II — imidazolines and rhinitis medicamentosa: how can we tackle the rebound dilemma? Front. Pharmacol., 16: 1655254. doi: 10.3389/fphar.2025.1655254.
- Graf P. (2005) Rhinitis medicamentosa: a review of causes and treatment. Treat. Respir. Med., 4(1): 21–29. doi: 10.2165/00151829-200504010-00003.
- Avdeeva K.S., Fokkens W.J., Segboer C.L., Reitsma S. (2022) The prevalence of non-allergic rhinitis phenotypes in the general population: A cross-sectional study. Allergy, 77(7): 2163–2174. doi: 10.1111/all.15223.
- Богомолів А.Є., Зайков С.В., Зубченко С.О. (2021) Rhinitis medicamentosa: принципи діагностики та лікування. Астма та Алергія, 4: 50–54. doi: 10.31655/2307-3373-2021-4-50-54.
- Grand View Research (2024) Decongestant Sprays — Global Market Statistics, 2024–2030. www.grandviewresearch.com/horizon/statistics/inhalation-nasal-spray-generic-drugs-market/drug-class/decongestant-sprays/global.

- Global Nasal Decongestant Market Forecast (2024) Future Market Report. www.futuremarketreport.com/industry-report/decongestant-market.
- Yang X., Ereemeeva K., Svistushkin V. et al. (2025) Variants of rhinitis medicamentosa treatment: a systematic review. Eur. Arch. Otorhinolaryngol., 282(9): 4407–4416. doi: 10.1007/s00405-025-09344-6.
- Fowler J., Chin C.J., Massoud E. (2019) Rhinitis medicamentosa: a nationwide survey of Canadian otolaryngologists. J. Otolaryngol. Head Neck Surg., 48(1): 70. doi: 10.1186/s40463-019-0392-1.
- Хьюмер Деконгестант: інструкція для медичного застосування [Електронний ресурс]. Франція: Urgo Healthcare.

How to Help a Patient with Rhinitis Medicamentosa Induced by Nasal Decongestants: A Clinical Study

S.M. Pukhlik, I.V. Diedykova, O.V. Titarenko, F.D. Yevchev, A.P. Shchelkunov

Odesa National Medical University, Odesa, Ukraine

Abstract. Objective: to evaluate the feasibility and rationale for including the medical device Humer Decongestant (hyperosmolar solution with Captomucil® complex) as a component of a comprehensive approach to decongestant-induced rhinitis medicamentosa (RM), the cornerstone of which is the cessation of adrenomimetics. **Materials and methods.** Between September and December 2025, 12 patients with verified RM (study group) and 10 healthy volunteers (control group) were examined. All study group patients received a comprehensive approach comprising gradual or complete cessation of nasal adrenomimetics alongside application of Humer Decongestant (1–2 sprays per nostril, 3–4 times daily). Assessment included: mucociliary clearance (gelatin films with methylene blue), subjective nasal airflow assessment by VAS (0–10), anterior active rhinomanometry (OPTIMUS rhinomanometer), olfactometry (Sniffin' Sticks test; T, D, I, TDI parameters), nasal cytology, videoendoscopy, and quality of life assessment by SNOT-22. Follow-up duration was one month. **Results.** At baseline, mucociliary clearance in RM patients was significantly impaired compared to controls (24.5±0.3 min vs. 14.5±0.2 min, p<0.01). After 15 days it recovered to 16.8±0.2 min (p<0.01), approaching normal values. VAS score decreased from 8.3±0.3 to 3.1±0.3 (p<0.05). Total SNOT-22 score declined from 55.22±1.12 to 25.33±1.12 (p<0.01), nearly three times exceeding the minimal clinically important difference (MCID≈8.9). Olfactory improvement was of conductive type, with significant increases in Sniffin' Sticks T and I scores (p<0.01). Rhinomanometry confirmed reduced nasal resistance without pharmacological α-receptor stimulation. Post-treatment nasal cytology approached a conditionally normal pattern. Complete cessation of adrenomimetics was achieved in 7 (58.3%) patients; the remainder substantially reduced their use. No patient resumed prior decongestant use during the one-month follow-up. **Conclusions.** Incorporating Humer Decongestant into a comprehensive approach to RM alongside adrenomimetic withdrawal facilitates mucociliary restoration, reduction of nasal resistance, conductive olfactory improvement, and quality-of-life enhancement. Its effects are mediated through the mucolytic action of Captomucil® and the osmotic decongestant effect of the hyperosmolar solution, without risk of vasoplegia or drug dependence.

Keywords: rhinitis medicamentosa, nasal decongestants, mucociliary clearance, VAS, SNOT-22, Humer Decongestant, Captomucil®.