

УДК

DOI:

Пухлик С.М.

Одеський національний медичинський університет, г. Одеса, Україна

## Назальные деконгестанты — что выбрать?

**Резюме.** В данной статье представлены современные взгляды на использование топических и системных деконгестантов, особенно у детей. Рассмотрены патогенетические механизмы, а также клинические последствия использования деконгестантов в повседневной практике лор-специалистов и педиатров. Особое внимание уделено вопросам безопасности интраназальных деконгестантов, а также эффективности системных деконгестантов у детей.

**Ключевые слова:** топические и системные деконгестанты; назальная обструкция; вопросы безопасности интраназальных деконгестивных средств; эффективность системной деконгестивной терапии

*Лекарственная безопасность — это не отказ от применения лекарств, а грамотное применение необходимого лекарства в нужный момент.*

*Sidney M. Wolf. Worst pills, Best pills*

В человеческом организме физиологически нормальным является носовой тип дыхания. Около 45 % всего сопротивления дыхательных путей принадлежит полости носа, что обусловлено относительной узостью, изогнутым характером носовых ходов, специфической кривизной стенок. Это сопротивление имеет физиологическое обоснование. Давление струи воздуха на слизистую оболочку носа способствует рефлекторному возбуждению дыхательного рефлекса в результате раздражения окончаний тройничного и, опосредованно, блуждающего нервов.

Наиболее тягостное состояние при патологии полости носа — нарушение носового дыхания. Специалисты расценивают носовую блокаду как ведущий симптом в ринологии. Физиология носового дыхания очень разнообразна. При этом малейшие нарушения носового дыхания могут приводить к нарушению функций не только полости носа и окружающих его структур, но и других систем органов. Носовое дыхание в отличие от ротового является физиологичным. Его нарушение отражается на различных функциях организма. Благодаря сложному анатомическому устройству полости носа создается

возможность обеспечения кондиционирования вдыхаемого воздуха, заключающегося в его согревании, очистке, обезвреживании, увлажнении.

Постоянно открытый рот и связанное с этим напряжение мышц лица вызывают изменение конфигурации растущего черепа ребенка: скелет лица и головы удлиняется, верхняя челюсть выдается вперед, а нижняя отвисает. По этой же причине голова вытянута вверх и вперед. Тургор лицевых мышц ослабевает, вследствие постоянного напряжения сглаживаются носогубные складки и теряется живая мимика. Вдыхаемый воздух недостаточно очищается, согревается и увлажняется, что приводит к постоянному охлаждению полости рта, глотки, гортани. Вдыхаемая масса микроорганизмов и пылевых частиц оседает на слизистой оболочке гортани, трахеи и бронхов, способствуя развитию инфекции нижних дыхательных путей.

Нарушение носового дыхания влияет на дыхательную систему, вызывая дисфункцию внешнего дыхания — ограничение экскурсии грудной клетки, дыхание становится частым и поверхностным, в результате чего уменьшается легочная вентиляция. Происходит снижение газообмена, уменьшение парциального давления кислорода в крови. Затрудненное носовое дыхание вызывает венозный застой в нижних отделах головного мозга и нарушение циркуляции цереброспинальной жидкости, что приводит к нарушению ментальной активности

мозга, ночному недержанию мочи, эпилептиформным феноменам и прочим дисфункциям организма.

Таким образом, полость носа — это уникальный природный «кондиционер», очищающий, увлажняющий и подогревающий вдыхаемый воздух. Специальные клетки слизистой оболочки полости носа, которые называются бокаловидными, постоянно выделяют слизь, содержащую противомикробные вещества. Именно полость носа первой встречает и обезвреживает потенциально опасные бактерии, вирусы и аллергены. Поэтому ринит — острое или хроническое воспаление слизистой оболочки полости носа — наиболее частый симптом практически всех острых респираторных инфекций и аллергии. Ринит проявляется затрудненным носовым дыханием и образованием серозного (водянистого) или слизистого отделяемого.

У детей грудного возраста основной причиной нарушения носового дыхания является острый инфекционный ринит, который протекает тяжело, с преобладанием общих симптомов и частым развитием осложнений. Вследствие узости и малого вертикального размера носовой полости у новорожденных и детей раннего возраста даже небольшой отек слизистой оболочки вызывает нарушение или прекращение носового дыхания. В связи с этим резко затрудняется и даже становится невозможным сосание, нарушается сон, ребенок становится беспокойным, теряет в весе, у него развиваются диспептические явления, повышается температура. Ротовое дыхание приводит к аэрофагии с метеоризмом и еще большим затруднением дыхания, к нарушению общего состояния ребенка. При значительном сужении просвета носовых ходов ребенок откидывает голову назад, чтобы было легче дышать, — ложный опистотонус, появляется напряжение переднего (большого) родничка, возможны судороги.

Из-за отека слизистой носа нарушается адекватный дренаж параназальных синусов, плотного устья слуховой трубы, что может приводить к снижению аэрации среднего уха. Все это создает предпосылки для активации условно-патогенной бактериальной флоры и повышает риск развития осложнений (синусит, евстахиит, средний отит).

У подростков и взрослого населения чаще всего причиной стойкого нарушения носового дыхания являются различные формы хронических насморков, чаще всего вследствие аллергического ринита (до 70 %), вазомоторного ринита (до 20 %), других форм. Нарушение носового дыхания обуславливает развитие целого ряда связанных с ним проблем: отсутствие аппетита, нарушения сна, концентрации внимания и снижение трудоспособности. Все вышперечисленное приводит к тому, что больной с нарушением носового дыхания находится в постоянной стрессовой ситуации, отягочающей течение основного заболевания. Адекватное лечение, восстанавливающее дыхание через нос, приводит к нормализации психоэмоционального состояния таких пациентов.

Таким образом, основным проявлением подавляющего большинства заболеваний полости носа, околоносовых пазух и среднего уха является отек слизистой оболочки. Отек слизистой оболочки полости носа может быть следствием воспаления, вирусного или же бактериального, аллергической реакции на респираторные аллергены. Особым состоянием, проявляющимся в набухании носовых раковин невоспалительного характера, следует считать вазомоторный (нейровегетативный) ринит. Несмотря на разницу патогенетических механизмов упомянутых явлений, общим для всех является симптоматическая терапия назальными деконгестантами. Назальные деконгестанты быстро и эффективно ликвидируют симптомы заложенности носа и ринорею, чем обусловлена их высокая популярность у населения. Большинство деконгестантов продаются в отделах безрецептурного отпуска, и многие больные применяют их самостоятельно, без предварительной консультации с врачом. Именно с этим связано большое количество осложнений и неоднозначное отношение специалистов к этой группе препаратов.

**Назальными деконгестантами** (от *congestion* — «заккупорка, застой») называют группу препаратов, вызывающих вазоконстрикцию сосудов слизистой оболочки полости носа. Они обладают адреналиноподобным действием. Являясь альфа-адреномиметиками, назальные деконгестанты вызывают стимуляцию адренергических рецепторов гладкой мускулатуры сосудистой стенки с развитием обратимого спазма. В зависимости от способа применения различают системные и местные (топические) деконгестанты.

Теперь давайте обсудим проблемы, которые возникают при применении местных сосудосуживающих средств. Мы бы разделили их на 2 группы: 1) местные симптомы; 2) общетоксическое действие деконгестантов.

Местные отрицательные проявления применения сосудосуживающих капель:

- переходящее ощущение жжения, сухости в полости носа и носоглотки;
- синдром рикошета (*rebound-syndrome*);
- нарушение вегетативной регуляции сосудов и желез полости носа с развитием назальной гиперреактивности, медикаментозного ринита;
- угнетение секреторной функции и микроциркуляции, развитие атрофического ринита.

Общетоксическое действие местных сосудосуживающих препаратов практически ничем не отличается от неблагоприятного действия системных деконгестантов. Для последних описаны такие побочные действия:

- прием системных деконгестантов вызывает сужение всех кровеносных сосудов и стимулирует ЦНС: могут появиться нервозность, раздражительность, беспокойство и бессонница. Возможные побочные проявления в результате системной вазоконстрикции включают повышение артериального давления, увеличение частоты сердечных сокраще-

ний, нарушение сердечного ритма, сердцебиение. К заболеваниям, которые могут усугубиться при приеме симпатомиметиков, относятся гипертония, сердечные заболевания, сахарный диабет и гипертиреозидизм;

— стимуляция деконгестантами альфа-адренергических рецепторов может приводить к сокращению мочевого сфинктера, препятствуя оттоку мочи у мужчин.

Наиболее широко применяемыми системными противоотечными средствами для носа являются эфедрин, фенилэфрин, фенилпропаноламин и псевдоэфедрин. Как все симпатомиметики, их не следует принимать людям, страдающим гипертонией, гипертиреозом, коронарной болезнью сердца или диабетом, а также больным, принимающим ингибиторы моноаминоксидазы (используемые в качестве антидепрессантов).

Как было сказано выше, назальные деконгестанты быстро и эффективно ликвидируют симптомы заложенности носа и ринорею, чем обусловлена их высокая популярность у населения. Именно с этим связано большое количество осложнений и неоднозначное отношение специалистов к этой группе препаратов. Давайте попробуем разобраться с возникающими вопросами:

— Какие назальные деконгестанты сегодня доступны взрослым и детям?

— Почему в странах Европы, Америки и даже Африки невозможно купить местные назальные деконгестанты, а общедоступны только системные, а в нашей стране все с точностью наоборот?

Давайте подробнее разберемся с топическими назальными деконгестантами. Чем вышеуказанные препараты (не будем говорить о торговых названиях), помимо химического состава, отличаются друг от друга?

**Производные нафазолина, тетризолина, инданазолина** характеризуются непродолжительным сохранением сосудосуживающего эффекта (не более 4–6 часов), что требует более частого их использования — до 4 раз в сутки. Установлено, что среди всех назальных деконгестантов эти препараты оказывают наибольшее токсическое действие на клетки реснитчатого эпителия слизистой оболочки носа. Следует отметить, что в ряде стран производные нафазолина не рекомендованы для использования в педиатрической практике.

К назальным деконгестантам средней продолжительности действия (до 8–10 часов) относятся **производные ксилометазолина**. Эти препараты не рекомендованы для применения у новорожденных, младенцев и у детей первых 2 лет жизни. У детей в возрасте от 2 до 12 лет может использоваться 0,05% раствор ксилометазолина, а у детей старше 12 лет — 0,1% раствор. Учитывая продолжительность действия препаратов, кратность их применения не должна превышать 3 раз в сутки.

**Производные оксиметазолина** относятся к топическим сосудосуживающим препаратам, продолжи-

тельность действия которых сохраняется на протяжении 10–12 часов. Благодаря этому клинический эффект достигается при более редком введении — обычно бывает достаточным их использование не чаще чем 2–3 раза в течение суток.

Назальные формы фенилэфрина, в свою очередь, считаются наиболее безопасными. Обладая мягким вазоконстрикторным эффектом (длительность — до 6 ч), это лекарственное средство не вызывает значительного уменьшения кровотока в слизистой, реже провоцирует развитие синдрома рикошета.

Таким образом, по срокам применения препарата мы в разных инструкциях видим разные цифры: в некоторых странах назальные топические деконгестанты детям до 12 лет вообще не рекомендованы, в нашей стране их разрешают применять даже у новорожденных. У младших детей используются именно капли, их в отличие от аэрозоля хотя бы можно дозировать, т.е. контролировать.

Отрицательным фактором применения местных сосудосуживающих средств является «высушивание» слизистой оболочки носа. За счет анемизации сокращается выработка секрета бокаловидными клетками и слизистыми железами. Останавливается также и мерцательный эпителий, затрудняется самоочищение пазух носа. Это побочное действие часто является причиной развития бактериального процесса в околоносовых пазухах. Поэтому появились препараты [1], которые наряду с действующим веществом содержат увлажняющие компоненты.

Наиболее серьезной проблемой, конечно, является развитие медикаментозной зависимости.

Механизм связан с возникновением рефрактерности сосудов слизистой оболочки носа к адренемиметикам, что приводит к развитию вторичной назальной вазодилатации. Клинически медикаментозный ринит характеризуется повторным появлением гиперемии и отека слизистой носа с нарушением носового дыхания и заложенностью, несмотря на проводимую терапию. В результате сосуды вторично расширяются и становятся нечувствительными к терапии деконгестантами. Чаще развитие данного осложнения встречается при использовании препаратов короткого действия [3].

Нашими работами совместно с А.В. Гапанюком [4–6] доказано, что привыкание к адреналиноподобным веществам, которыми являются деконгестанты, очень быстро происходит у ваготоников (лица, у которых превалирует парасимпатический тип вегетативной нервной деятельности), для которых характерно пониженное давление, брадикардия, сонливость в первой половине дня, активность в вечернее время, повышенная чувствительность к холоду, «мокрые» ладони и пр. У подобных людей прием назальных деконгестантов, помимо негативного воздействия на слизистую оболочку носа, вызывает нормализацию АД, повышение жизненного тонуса, физическую активность, блеск в глазах, интерес к жизни и пр. Эти капли могут заменить несколько чашек кофе. И вот такие пациенты, пользу-

ясь доступностью, безрецептурностью топических сосудосуживающих средств, используют их все более активно, часто, срок улучшения носового дыхания все больше сокращается, симптомы местного раздражения, высушивания и общетоксического воздействия усиливаются. Часто без медицинской помощи (а это различные внутриносые операции на носовых раковинах, направленные на отслаивание слизистой оболочки от кости и разрыв сосудисто-нервных связей) больные не могут самостоятельно прекратить прием этих капель. У них также отмечаются симптомы «ломки» при попытке бросить капли. Чем такая привязанность отличается от алкоголизма и наркомании?..

Следует отметить, что практически никогда медикаментозный ринит не развивается у детей до 10 лет. Это связано, опять же, с состоянием вегетативной нервной системы — дети в таком возрасте все симпатотоники (повышенная физическая активность, тахикардия, ранний подъем после сна и пр.), и поэтому «подсесть» на капли маленьким детям очень сложно — симптом рикошета при отказе от капель проходит быстро, особенно при высокой физической активности, а общетоксическое и стимулирующее воздействие очень возможно. Учитывая, что практически все вещества, попавшие на слизистую оболочку носа, сразу же всасываются и через несколько минут оказываются в русле крови, они способны оказывать и системное неблагоприятное действие, которое больше приписывают системным деконгестантам.

Анализ историй болезни детей, попавших в токсикологические отделения, показал, что нередко причинами отравления были передозировка деконгестантов, их бесконтрольное применение и использование «взрослых» дозировок в педиатрической практике. Относительная площадь слизистой оболочки полости носа у детей значительно меньше, чем у взрослых. При попадании на слизистую оболочку полости носа грудного ребенка «стандартного» количества сосудосуживающего средства он получает дозу в 30 раз выше, чем взрослый, в пересчете на 1 кг массы тела. Причинами бесконтрольного использования сосудосуживающих капель являются: незнание родителей о побочном действии этих медикаментов, их широкая доступность вследствие безрецептурной продажи, отсутствие должного контроля за применением сосудосуживающих капель со стороны медицинских работников. При анализе клинических проявлений установлена двухфазность течения отравления деконгестантами. В первой фазе действия альфа-адреномиметиков отмечались общая слабость, тошнота, рвота, головокружение, головная боль, беспокойство и чувство страха. У детей определялась умеренная бледность кожных покровов (спазм периферических сосудов), тахикардия (усиление сократительной способности миокарда и повышение артериального давления). При нарастании концентрации деконгестантов в крови развивалась

вторая фаза с типичными симптомами отравления: мышечная гипотония, усиление бледности кожных покровов, снижение температуры тела, брадикардия и др. Поэтому желательно ограничивать использование деконгестантов у детей первых лет жизни.

Нарушения рекомендуемого режима дозирования (увеличение разовых доз или частоты использования) могут привести к передозировке с развитием таких серьезных патологических состояний, как гипотермия и угнетение ЦНС, вплоть до развития комы. Очень трудно дозировать носовые капли, они незаметно стекают в носоглотку, и родители не всегда соблюдают указанную дозу.

Следует указать на некоторые малоизвестные осложнения от приема назальных капель — это осложнения от различных добавок, входящих в капли для придания вкусовых, увлажняющих, дезинфицирующих и других свойств. Число их огромно, их действие на организм малоизучено.

### **Пероральные противоотечные средства для носа**

Наиболее широко применяемыми противоотечными средствами для носа являются эфедрин, фенилэфрин, фенилпропаноламин и псевдоэфедрин. Напомним, что, как все симпатомиметики, их не следует принимать людям, страдающим гипертонией, гипертиреозом, коронарной болезнью сердца или диабетом, а также больным, принимающим ингибиторы моноаминоксидазы (используемые в качестве антидепрессантов) [7].

#### **Эфедрин**

Вследствие его стимулирующего действия эфедрин обычно не следует принимать после 4 часов дня. Он противопоказан женщинам, кормящим грудью. Его безопасность в период беременности не установлена, и обычно он не назначается людям старше 60 лет [8, 9].

#### **Фенилэфрин**

Фенилэфрин обычно не назначается при беременности, поскольку он может вызывать пороки сердца у нерожденного ребенка. Он также не рекомендуется для младенцев, и его неблагоприятные действия чаще всего наблюдаются у людей старше 60 лет [9].

#### **Псевдоэфедрин**

Применение псевдоэфедрина связывалось с редкими случаями возникновения визуальных галлюцинаций у детей [9].

### **FDA предупреждает**

После первоначального обзора нерепрециптурных препаратов, проводимого FDA, было отмечено [7], что препараты назальной группы антизастойного действия не рекомендуются к применению пациентам с повышенным артериальным давлением

или сердечно-сосудистыми заболеваниями. Однако исследования, проведенные FDA, показали, что пациенты с сердечно-сосудистыми заболеваниями имели определенную реакцию на назальные препараты антизастойного действия местного применения. Исследования свидетельствовали о том, что все спреи и капли (особенно оксиметазолин) могут вызывать брадикардию, тахикардию, гипертонию и гипотонию. Таким образом, предупреждения должны распространяться и на эту группу назальных препаратов.

Эти препараты можно купить без рецепта. Однако это не означает, что они совершенно безвредны для всех без исключения. В каких случаях не следует применять назальные деконгестанты?

Если у пациента повышенное артериальное давление или сердечно-сосудистые заболевания, то он не должен употреблять подобные препараты без консультации со специалистом. Деконгестанты обеспечивают «разгрузку» носовых проходов путем сокращения кровеносных сосудов носа, однако это не означает, что они не могут привести к сужению сосудов в других частях тела, что, в свою очередь, приведет к повышению артериального давления и усилению работы сердца. Пациентам, страдающим диабетом, не рекомендуется применение назальных деконгестантов по причине их воздействия на уровень глюкозы в крови. Пациентам с заболеванием щитовидной железы также не рекомендуется применение этих препаратов, поскольку велик риск развития побочных эффектов. Назальные препараты деконгестантного действия также могут вызывать затруднения мочеиспускания. Поэтому пациентам, уже имеющим подобные сложности вследствие увеличения простаты, также не следует их применять. Симпатомиметические амины, такие как эфедрин, псевдоэфедрин и фенилпропаноламин, составляют группу риска повышения артериального давления.

Во время применения назальных деконгестантов нужно избегать употребления антиаллергических, антиагматических, противопростудных средств и средств для похудения, в состав которых входят: псевдоэфедрин, фенилпропаноламин, фенилэфрин или эфедрин. Также необходимо избегать применения стимулянтов, таких как кофеин. Необходимо быть особенно внимательным к травосодержащим лекарственным препаратам, так называемым натуральным лекарствам, в состав которых входят хвойник, гуарана или семена колы [7].

### **Особенности применения назальных деконгестантов у детей**

Повышенная проницаемость слизистых оболочек у детей грудного возраста, а также склонность к развитию генерализованных реакций при использовании местных вазоактивных средств делают применение сосудосуживающих средств небезопасным, с угрозой развития тяжелых побочных реакций даже в случае легкой передозировки пре-

парата. В настоящее время ВОЗ проводит кампанию «Создать лекарства для детей» (Make medicines child size), цель которой состоит в стимулировании разработок препаратов в детских дозировках и расширении их доступности в развивающихся странах [10]. Дети — это не просто «маленькие взрослые», у них по-другому осуществляется метаболизм лекарств в организме, и, назначая ребенку часть от взрослой дозировки, врач каждый раз оказывается в сложной ситуации. Любое предписание можно считать применением не по назначению до тех пор, пока не проведены официальные клинические испытания препаратов с участием детей и они не зарегистрированы для применения у этой категории больных. Необходимо использовать препараты, разрешенные для применения в детском возрасте. Разведение родителями более концентрированных растворов, предназначенных для взрослых, строго запрещается, так как это несет опасность передозировки лекарственного средства с риском развития тяжелых осложнений.

В отечественных протоколах по лечению гриппа и других ОРВИ при заложенности носа у детей до 6 месяцев рекомендовано увлажнять слизистую оболочку носа физиологическим раствором натрия хлорида, а сосудосуживающие назальные капли можно назначать только детям старше 6 месяцев, но применять их не дольше 3 дней.

Кратковременные курсы лечения топическими деконгестантами не приводят к функциональным и морфологическим изменениям в слизистой оболочке носа. Длительное же (> 10 дней) использование местных вазоконстрикторов может приводить к тахифилаксии, выраженному отеку слизистой оболочки носа. Деконгестанты следует использовать с осторожностью у детей младше года, потому что терапевтический интервал этих средств узок.

Побочные реакции при применении фенилэфрина сходны с таковыми с таковыми эфедрина и адреналина, однако возбуждение, тревожность, раздражительность, повышение артериального давления возникают редко. Таким образом, быстрое выведение фенилэфрина делает его применение более безопасным у маленьких детей, у которых длительный деконгестивный эффект нежелателен, велика опасность развития негативных явлений и легка передозировка действующего вещества. Мягкий эффект фенилэфрина делает его более предпочтительным для использования в детском возрасте [10].

Наши попытки разобраться с вопросом «Почему во всем мире доступны в широком ассортименте системные деконгестанты, а продажа топических средств возможна только рецептурная, а в нашей стране все наоборот?» ни к чему не привели. Мы не нашли ответа, почему 10 лет назад исчезли из продажи сиропы с системным деконгестивным эффектом, которые, как уже отмечалось выше, более безопасны в связи с меньшим количеством осложнений. Эти средства продаются во всем цивилизованном

мире в каждом продуктовом магазине, наряду с газетам, даже в суровых странах мусульманского мира, где борьба с наркотиками и алкоголем очень актуальна. Может, нам помогут ответить на этот вопрос знающие люди из Министерства здравоохранения, которое инициировало соответствующие запреты в нашей стране?

Сегодня на отечественном фармацевтическом рынке существует единственный деконгестант для системного применения — препарат Мили Носик («Мили Хелскере Лтд.», Великобритания). Таким образом, Мили Носик — это единственные в Украине капли для лечения ринитов, которые назначаются внутрь. Препарат является безрецептурным и разрешен детям в возрасте от 4 лет. В состав Мили Носик входит фенилэфрин и хлорфенирамина малеат. Одновременное использование деконгестанта и антигистаминного средства для лечения ринитов различной этиологии, включая аллергический ринит, более эффективно, чем монотерапия данными препаратами, особенно в педиатрической практике [11]. Синергия действующих веществ позволяет не только оптимизировать общее состояние ребенка, но и предупредить развитие возможных осложнений. Дозировка и режим использования препарата Мили Носик: 4–6 лет — по 1 мл, 6–12 лет — по 1,5 мл, старше 12 лет и взрослым — по 1,5–2 мл 3 раза в сутки. Максимальная продолжительность лечения — 4–5 дней.

В данной работе мы представляем результаты применения препарата Мили Носик у детей с острыми риносинуситами. Дети находились на стационарном лечении в детском отделении ГКБ № 3. Под нашим наблюдением находилось 20 детей в возрасте от 4 до 13 лет, из них 12 — в возрасте от 4 до 6 лет. У 14 детей диагностирован острый гнойный этмоидит, у 6 — хронический экссудативный этмоидальный и верхнечелюстной синусит в стадии обострения. Клиническая картина была классической и характеризовалась затруднением носового дыхания, головной болью, значительными выделениями из носа, повышенной температурой тела. При риноскопии отмечались гиперемия слизистой оболочки, отек нижних и средних носовых раковин, обильные слизисто-гнойные выделения в полости носа. Все больные получали стандартное противовоспалительное лечение, включавшее антибиотики, носовой душ, пробиотики, а в качестве средства восстановления носового дыхания был назначен препарат Мили Носик в возрастной дозировке (например, ребенок 6 лет получал препарат по одной мерной пипетке *per os* 3 раза в день). Местное лечение применялось в течение 5 дней. Контрольную группу составили 20 детей с таким же диагнозом, в комплекс лечения которых в качестве сосудосуживающего средства был включен детский нафтизин 0,05%, который применялся по 2–3 капли в каждую половину носа 3 раза в день. Эффективность лечения оценивали на основе изменения жалоб больных, объективных данных, нормализации риноскопической

картины и дополнительных исследований (клинический анализ крови, цитологическое исследование слизи носа, исследование дренажной функции мерцательного эпителия на основании сахаринового теста). После применения препарата Мили Носик *per os* в связи с выраженным уменьшением отека слизистой носа восстановление носового дыхания наступало через 10–15 минут и сохранялось в течение 6 часов. Головная боль исчезала на следующий день. К 5-му дню лечения у детей стабильно улучшалось носовое дыхание, исчезали выделения из носа, слизистая оболочка носа приобретала нормальную розовую окраску. Дополнительное местное лечение не требовалось. В контрольной группе положительная динамика наступала на 1–2 дня позже, в 4 случаях возникла необходимость замены нафтизина препаратом, состоящим из фенилэфрина и диметиндена для назального применения. Ни одного случая побочных реакций при использовании пероральных деконгестантов мы не наблюдали. Таким образом, преимуществом применения препарата Мили Носик у детей является хорошая его переносимость (отсутствует раздражение слизистой оболочки носа), пероральный прием, приятный вкус и запах, что облегчает лечение ребенка, а также более быстрое восстановление функции носового дыхания за счет улучшения функции мерцательного эпителия.

Мы рекомендуем применение препарата Мили Носик в детской практике, в том числе у детей младшего возраста, при различных патологиях носа, когда требуется быстрое и устойчивое восстановление носового дыхания. Особенно показано применение Мили Носик у детей с предрасположенностью к аллергическим состояниям. Не секрет, что такая простая процедура, как закапывание капель в нос, может превратиться в настоящее испытание не только для малыша, но и для родителей. Оптимальным решением этой проблемы и стало создание комбинированного препарата Мили Носик. Мили Носик в форме капель для перорального приема обеспечит не только удобство и безопасность применения, но и строгую точность дозирования лекарственных средств, так как к нему прилагается градуированная пипетка. А малиновый вкус и яркая упаковка упростят процедуру, сделав лечение легким и приятным. Таким образом, учитывая высокий риск токсического действия, а также недостаток данных, касающихся дозировки препаратов у детей младше двух лет, специалисты рекомендуют родителям во всех случаях простуды у ребенка консультироваться с педиатром, а также точно соблюдать рекомендованные им дозы лекарств.

«Лучшее, что родители могут сделать для ребенка, это обеспечить его достаточным количеством питья, множеством поцелуев и временем, поскольку большинство инфекций имеют вирусную природу и проходят в течение нескольких дней. Лекарства потенциально более опасны, чем инфекции, которые вы пытаетесь лечить», — заключил директор нью-

йоркського дитячого госпіталю Маймоніда Michael Marcus (цит. по Овчаренко Л.С. с соавт.). Трудно здесь что-то еще добавить...

**Конфликт интересов.** Не заявлен.

## Список литературы

1. Рязанцев С.В. Современные деконгестанты в комплексной терапии острых и хронических заболеваний ЛОР-органов // *Российская оториноларингология*. — 2005. — № 6 (19).
2. BMA and the Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, British National Formulary, London, BMA and the Pharmaceutical Press, No 23, Mar 1992, p. 130.
3. Нурмухаметов Р.Х. Сосудосуживающие средства (деконгестанты) // *Consilium provizor*. — 2001. — Т. 1, № 1. — /media/provisor/01\_01/21.shtml.
4. Гапонюк А.В., Пухлик С.М., Калиновская Л.П. // *Рос. ринология*. — 2005. — № 2. — С. 44.
5. Пухлик С.М. К вопросу об идиопатическом рините // *Рос. ринология*. — 1997. — № 2.

6. Пухлик С.М., Гапонюк А.В. Изменения состояния слизистой оболочки носа под воздействием назальных деконгестантов // *Вестник Винницкого государственного медицинского университета*. — 1999. — № 2.

7. Final monograph for OTC nasal decongestant drug products; Final rule // *Fed. Reg.* — 1994. — 59. — 43386-43412.

8. Cold, cough, allergy, bronchodilator, and antiasthmatic drug products for over-the-counter human use; Amendment of monograph for OTC nasal decongestant drug products // *Fed. Reg.* — 1998. — 63. — 40647-40650.

9. Pray Steven W. Влияние назальных препаратов на артериальное давление. — *School of Pharmacy, Southwestern Oklahoma State University, Weatherford, USA*.

10. Овчаренко Л.С., Вертегел А.А., Андриенко Т.Г. и др. Назальные деконгестанты и солевые растворы для лечения ринитов у детей: безопасность и перспективы // *Здоровье Украины*. — 2008. — № 18/1. — С. 42-43.

11. Крук М.Б., Цимар А.В. Комплексна терапія гострих синуситів // *Матеріали X з'їзду оториноларингологів України*. — 2005. — С. 117-118.

Получено 12.03.2019 ■

Пухлик С.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

## Назальні деконгестанти — що вибрати?

**Резюме.** У даній статті подані сучасні погляди на використання топічних і системних деконгестантів, особливо у дітей. Розглянуто патогенетичні механізми, а також клінічні наслідки використання деконгестантів у повсякденній практиці лор-фахівців і педіатрів. Особливу увагу приділено питанням безпеки інтраназальних деконгес-

тантів, а також ефективності системних деконгестантів у дітей.

**Ключові слова:** топічні і системні деконгестанти; назальна обструкція; питання безпеки інтраназальних деконгестивних засобів; ефективність системної деконгестивної терапії

S.M. Pukhlik

Odessa National Medical University, Odessa, Ukraine

## Nasal decongestants — what to choose?

**Abstract.** This article presents current views on the use of topical and systemic decongestants, especially in children. The pathogenetic mechanisms as well as the clinical effects of their use in everyday practice of ENT-specialists and pediatricians are considered. Particular attention is paid to the issues of the

safety of topical decongestants and efficacy of systemic decongestants in children.

**Keywords:** topical and systemic decongestants; nasal obstruction; safety of intranasal decongestants; efficacy of systemic decongestive treatment