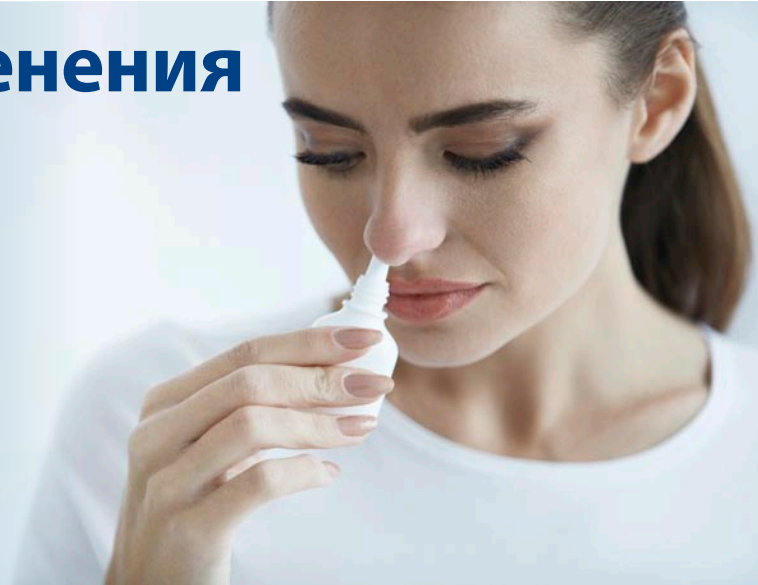


Назальные деконгестанты: ограничения применения

При легких формах ОРВИ лечение как взрослых, так и детей, как правило, ограничивается назначением симптоматических средств. Ринит — наиболее частая клиническая форма ОРВИ — воспаление слизистой оболочки полости носа. Применение местных сосудосуживающих препаратов (назальных деконгестантов) не только улучшает самочувствие, но и предупреждает развитие возможных осложнений. При этом их применение (как и любых других ЛС) имеет свои ограничения



ПРОИЗВОДНЫЕ НАФАЗОЛИНА

В педиатрической практике используют преимущественно местные деконгестанты. При этом в последние годы при ОРВИ практически не применяют препараты, содержащие адреналин и эфедрин, а предпочтение отдают имидазолинам, к которым относятся такие препараты, как оксиметазолин, ксилометазолин, тетризолин, инданазолин и нафазолин [1]. Однако, несмотря на сходный механизм действия, данные ЛС имеют существенные отличия, которые и определяют их клиническую эффективность.

Производные нафазолина, тетризолина и инданазолина характеризуются непродолжительностью сосудосуживающего эффекта (не более 4–6 ч), 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. Необходимо отметить, что в ряде стран производные нафазолина не рекомендованы для использования в педиатрической практике.

КСИЛОМЕТАЗОЛИН

К назальным деконгестантам средней продолжительности действия (до 8–10 ч) относятся производные ксилометазолина. Эти препараты не рекомендовано применять у детей в возрасте до 2 лет. У детей в возрасте от 2 до 12 лет может быть использован 0,05% раствор ксилометазолина, а старше 12 лет — 0,1% раствор. Учитывая продолжительность действия данных ЛС, кратность их применения не должна превышать трех раз в сутки.

Длительное и чрезмерное использование производных ксилометазолина может сопровождаться головной болью, вызванной сегментарным спазмом сосудов головного мозга, и даже приводить к ишемическому инсульту. Однако системные побочные эффекты этих препаратов не нашли научного подтверждения и, вероятнее всего, могут быть обусловлены постоянным и выраженным затруднением носового дыхания, которое вызывает медикаментозную зависимость [2].

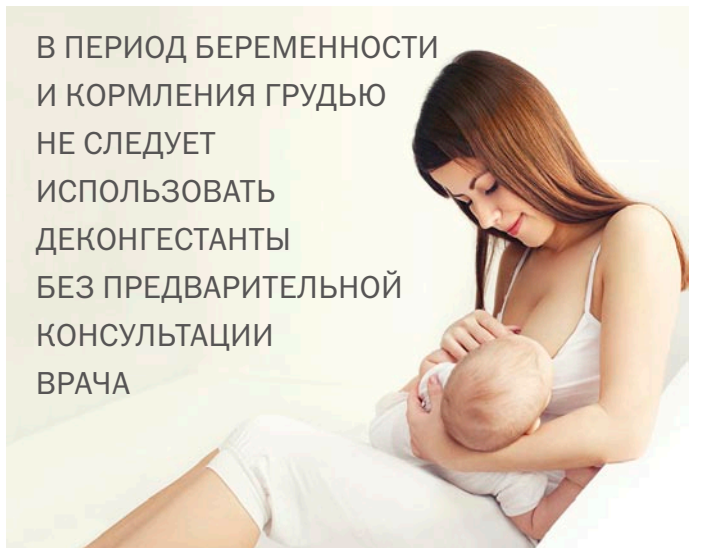
Противопоказаниями к применению ксилометазолина являются гиперчувствительность, сухой и хронический ринит, глаукома, заболевания сердечно-сосудистой системы.

ОКСИМЕТАЗОЛИН

Производные оксиметазолина относятся к топическим сосудосуживающим препаратам, продолжительность действия которых сохраняется на протяжении 10–12 ч. Благодаря этому клинический эффект достигается при более редком введении — обычно их достаточно использовать не чаще 2–3 раз в течение суток. Следует отметить, что препараты оксиметазолина при применении в рекомендованных дозах не вызывают нарушений мукоцилиарного клиренса.

Оксиметазолин, как и все назальные деконгестанты длительного действия (производные ксилометазолина), обладает низкой биодоступностью — лишь незначительная часть введенного

В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ
И КОРМЛЕНИЯ ГРУДЬЮ
НЕ СЛЕДУЕТ
ИСПОЛЬЗОВАТЬ
ДЕКОНГЕСТАНТЫ
БЕЗ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЙ
КОНСУЛЬТАЦИИ
ВРАЧА



в полость носа раствора всасывается из слизистой оболочки и попадает в системный кровоток. По результатам исследований с меченым радиоактивным изотопом оксиметазолина установлено, что данный препарат практически не обладает системным действием [2].

Оксиметазолин противопоказан при воспалении слизистой оболочки носовых ходов без выделения секрета, хронической сердечной недостаточности, гипертиреозе, сахарном диабете, а также повышенной чувствительности к препарату.

КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Фенилэфрин + диметиндена малеат

В ЛОР-практике у детей и взрослых применяют некоторые формы комбинированных назальных деконгестантов. Так, в состав современных комбинированных препаратов могут входить фенилэфрин, избирательно стимулирующий α_1 -адренорецепторы сосудистой стенки, и диметиндена малеат, который блокирует H_1 -гистаминовые рецепторы слизистой оболочки полости носа. Такие препараты выпускаются в форме капель, геля и спрея. Капли разрешены к применению в любом возрасте, в том числе и у новорожденных, а в форме геля или спрея — показаны с 6 лет [3]. Поскольку в их состав входит фенилэфрин, то совместное применение с ингибиторами МАО противопоказано. С осторожностью следует назначать лицам, которые принимают трициклические антидепрессанты и гипотензивные средства группы блокаторов β -адренорецепторов. Использовать препарат не рекомендовано в период беременности и кормления грудью, а также он противопоказан при атрофическом рините.

Ксилометазолин + ипратропия бромид

Комбинация ксилометазолина и ипратропия бромида оказывает более выраженное действие на секреторную активность желез слизистой оболочки носа, чем некомбинированные препараты ксилометазолина. При этом следует помнить, что препарат назначают пациентам старше 18 лет по одной дозе в каждую ноздрю не чаще трех раз в сутки [2].

Препарат противопоказан при повышенной чувствительности к его компонентам, а также к атропину и подобным средствам (гиосциамину, скополамину), острых заболеваниях сердечно-сосудистой системы, гипертиреозе, глаукоме, сухом рините.

Ксилометазолин + декспантенол

Комбинацию ксилометазолина и декспантенола в форме спрея можно применять у детей старше 6 лет, детские формы препарата — с 2 лет. Ксилометазолин облегчает носовое дыхание, устраняя отек и улучшая выведение выделений из носа, а декспантенол защищает слои эпителия от пересыхания и способствует заживлению ран. Противопоказаниями к применению являются сухое воспаление слизистой оболочки носа (rhinitis sicca), острые заболевания сердечно-сосудистой системы, гипертиреоз, закрытоугольная глаукома, состояния после трансфеноидальных операций. В состав препарата входит бензалкония хлорид, поэтому его не следует назначать пациентам с повышенной чувствительностью к данному веществу.

НАРУШЕНИЕ РЕЖИМА ДОЗИРОВАНИЯ

При строгом соблюдении рекомендованного режима дозирования, способов применения (интраназальное введение в форме капель или спрея) и продолжительности использования в течение не более 3–5 дней побочные и нежелательные явления при использовании местных сосудосуживающих препаратов возникают редко. Кратковременные курсы лечения оксиметазолином и ксилометазолином не приводят к сколько-нибудь значительным



По форме выпуска различают деконгестанты в форме капель и спрея. Предпочтение следует отдавать назальным деконгестантам в форме спрея, поскольку эта лекарственная форма более удобна в использовании. Спрей обеспечивает равномерное орошение слизистой оболочки носа и точное дозирование препарата, что снижает риск передозировки и развития побочных эффектов. Как правило, использование спреев разрешено у детей старше 2 лет

функциональным и морфологическим изменениям в слизистой оболочке носа [2].

При нарушении режима дозирования местных сосудосуживающих препаратов может развиваться медикаментозный ринит, который клинически проявляется повторной гиперемией и отеком слизистой оболочки носа с нарушением носового дыхания и заложенности, несмотря на проводимую терапию. Данное осложнение чаще развивается при использовании препаратов короткого действия. При длительном и бесконтрольном применении местных деконгестантов возможно развитие атрофии слизистой оболочки носа.

Нарушения рекомендуемого режима дозирования (повышение разовой дозы или частоты использования) могут привести к передозировке препарата с развитием серьезных патологических состояний вплоть до угнетения ЦНС, гипотермии и развития комы.

Следует также помнить о недопустимости использования местных сосудосуживающих средств одновременно с приемом трициклических антидепрессантов (амитриптилин, кломипрамин и др.) или ингибиторов МАО (метролиндол и др.) в связи с высоким риском развития нежелательных явлений [1].

Подготовила Александра Демецкая, канд. биол. наук

Литература

1. Заплатников А.Л., Овсянникова Е.М. Рациональное применение назальных деконгестантов при острых респираторных вирусных инфекциях у детей // РМЖ. — 2004. — № 1. — С. 36.
2. Лопатин А.С. Назальные деконгестанты: старые препараты и новые формы // Оториноларингология. — 2011. — № 6 (65). — С. 17–23.
3. Пухлик С.М. Назальные деконгестанты — за и против // Ринология. — 2008. — № 4. — С. 36–51.
4. Сампиева К.Т., Ивашев М.Н. Классификация деконгестантов // Международный журнал экспериментального образования. — 2016. — № 6–1. — С. 84–84.