Б.Н. Біль, к.м.н., кафедра оториноларингології Національної медичної академії післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, Київський міський центр ендоскопічної риноларингології; **А.С. Кушнір, А.М. Назаренко, К.О. Лобко,** Київська міська клінічна лікарня № 9

Ксило-Мефа – новий назальний деконгестант у ринологічній практиці

Гострий риніт є найбільш частим захворюванням верхніх дихальних шляхів. Він може бути самостійною хворобою або одним із симптомів інших інфекційних недуг.

Основним проявом гострих ринітів є порушення носового дихання, викликане посиленням кровонаповнення носових раковин і набряком слизової оболонки, а також збільшення носової секреції. Ці процеси можуть бути зумовлені гострою респіраторною вірусною інфекцією, бактеріальною інфекцією, дією респіраторних алергенів, патологічним рефлексом, що виникає під час переохолодження кінцівок, дією агресивних хімічних сполук у вдихуваному повітрі, травмою.

Б.Н. Біль

Респіраторні вірусні інфекції є найчастішою причиною гострих неспецифічних ринітів. Виділяють декілька стадій гострого риніту: суху, або стадію подразнення (кілька годин), секреторну (3-4 доби) і регресивну (4-6 діб).

Важливою патогенетичною ланкою під час гострого риніту є розвиток набряку слизової оболонки; особливо це виражається у вузьких ділянках – природних вивідних отворах навколоносових пазух, тобто в місцях поширення інфекції на суміжні ЛОР-органи. Різкий набряк слизової оболонки може спричинити не тільки закладення порожнини носа, а й повну блокаду вивідних отворів навколоносових пазух. Унаслідок запальних змін мукоендостального шару протилежні стінки вивідних отворів навколоносових пазух стуляються, в результаті припиняється рух війок епітелію й настає повна обструкція проміжку з гальмуванням дренажно-вентиляційної функції. Збільшення в'язкості та адгезивності патологічно зміненого секрету також паралізує роботу війок миготливого епітелію, спричиняючи застій ексудату. У подальшому розвивається цілий каскад патологічних змін із різними ступенями уражень слизової оболонки пазух і прилеглих тканин, що залежить від виду збудника й реактивності організму, виникає виражене бактеріальне запалення з появою гнійного ексудату, іншими словами – гострий гнійний синусит. У результаті набряку слизової оболонки також порушується діяльність слухової труби, що, у свою чергу, запускає патологічні процеси в порожнині середнього вуха.

На основі вищесказаного стає зрозумілою доцільність застосування на ранніх етапах запального процесу в порожнині носа місцевих протизапальних засобів і топічних деконгестантів. У деяких випадках використання згаданої місцевої медикаментозної терапії дозволяє припинити розвиток патологічного процесу в початковій стадії та надалі уникнути призначення системних антибіотиків, системних протизапальних препаратів, пункції верхньощелепних пазух або парацентезу барабанної перетинки.

Назальні деконгестанти в місцевій терапії ринітів

Назальними деконгестантами (від англ. congestion – закупорка, застій) називають групу препаратів, що викликають констрикцію судин слизової оболонки порожнини носа. Ці препарати є головною ланкою патогенетичної терапії гострих ринітів, запальних захворювань навколоносових пазух і середнього вуха. Маючи α-адреноміметичну активність, назальні деконгестанти стимулюють адренергічні рецептори гладкої мускулатури судинної стінки, викликаючи спазм судин.

До прямих α-адреноміметиків належать похідні феніламіноетанолу (норадреналін, адреналін, фенілефрин) і похідні імідазоліну (нафазолін, ксилометазолін, оксиметазолін, тетризолін).

Важливо пам'ятати, що більшість вазоконстрикторів не рекомендується застосовувати тривалими курсами. Не слід перевищувати вказані в анотації дози, особливо це стосується назальних препаратів у формі крапель, що важко піддаються дозуванню.

Часто до нас звертаються пацієнти, які використовують краплі для носа постійно, упродовж багатьох місяців і навіть років. Це неприпустимо, оскільки судинозвужувальні препарати від риніту у разі тривалого прийому або перевищення дозування спричиняють такі побічні дії:

– порушення вегетативної регуляції судин і залоз порожнини носа з розвитком назальної гіперреактивності, медикаментозного риніту;

– пригнічення секреторної функції та мікроциркуляції, розвиток атрофічного риніту;

– системну симпатоміметичну дію (збудження, головний біль, безсоння, нудоту, серцебиття, підвищення артеріального тиску, тремор, підвищення внутрішньоочного тиску);

– синдром «рикошету»;

– алергічні реакції.

Вважається, що побічні впливи частіше виникають під час використання судинозвужувальних засобів короткої дії (нафазоліну, тетризоліну). Вони можуть викликати набряк слизової оболонки порожнини носа. Тому перевага надається деконгестантам більш тривалої дії, наприклад ксилометазоліну; це дає можливість зменшити кратність призначень. Слід зазначити, що середньотерапевтична доза деяких судинозвужувальних засобів короткої дії наближається до токсичної дози. Можливість генералізованого звуження судин і порушення загальної циркуляції крові під час всмоктування зі слизової оболонки носа робить обмеженим застосування таких засобів у педіатричній практиці; зокрема, вони протипоказані дітям перших років життя.

Побічні ефекти можуть бути пов'язані з наявністю консервантів (наприклад, бензалконію хлориду; рис.), що часто входять до складу спреїв і крапель для забезпечення стабільності активної субстанції після відкриття флакона.

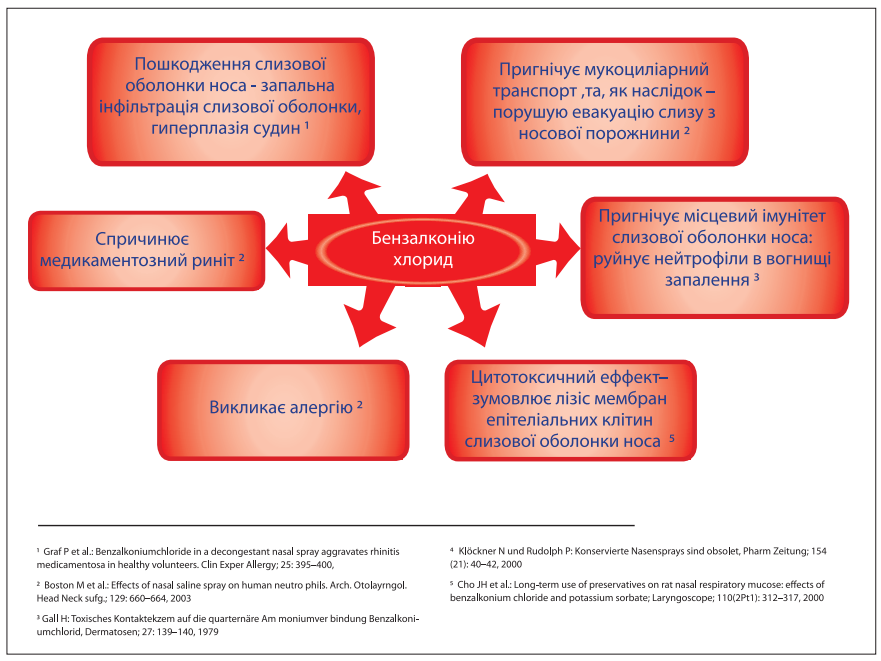

Рис. Побічні ефекти консервантів

Слід відзначити, що основною проблемою застосування місцевих судинозвужувальних засобів є висушування слизової оболонки носа. Ця побічна дія часто є причиною розвитку бактеріального процесу в навколоносових пазухах. Тому перспективним є використання засобів, які, окрім діючої речовини, містять зволожуючі компоненти (наприклад, гліцерин).

На сьогодні до оптимального топічного деконгестанту висуваються такі основні вимоги: наявність вираженого місцевого протинабрякового ефекту, відсутність місцевої негативної дії (пошкоджувальної, пригнічувальної, подразнювальної), морфологічного або функціонального ушкодження слизової оболонки порожнини носа і резорбтивного ефекту.

Ксило-Мефа – новий ефективний деконгестант

Із широкого арсеналу місцевих протинабрякових засобів нашу увагу

привернув препарат Ксило-Мефа, який містить ксилометазолін. Лікарський засіб випускають у вигляді спрею. Ксило-Мефа 0,05% показаний для застосування у дітей віком від 2 років, Ксило-Мефа 0,1% – у дітей віком від 6 років і у дорослих.

Відсутність у складі Ксило-Мефа консервантів покращує профіль безпеки препарату.

Це стало можливим завдяки запатентованій інноваційній технології флакона, що складається зі срібної спіралі, герметичного клапана та фільтра.

Механізм дії Ксило-Мефа полягає в активації α-адренорецепторів судин слизової оболонки носа, внаслідок чого зменшуються гіперемія та набряк слизової оболонки, знижується рівень назальної секреції, покращується респіраторна функція, поліпшуються дренаж навколоносових пазух і аерація середнього вуха.

Нами застосовувався препарат Ксило-Мефа у випадку таких нозологій, як:

– гострі риніти, викликані бактеріальною або вірусною інфекцією;

– сезонні алергічні риніти (не більше 7 днів, у поєднанні з топічними або системними антигістамінними препаратами);

– цілорічні алергічні риніти (симптоматично, короткими курсами – не більше 7 днів, до настання дії патогенетичних препаратів, а саме топічних глюкокортикостероїдів);

– гострі синусити (обов'язков в комбінації з препаратами інших груп: протизапальними, антибактеріальними, секретолітичними);

– хронічні синусити (під час загострень, короткими курсами 5-7 днів);

– гострі отити (для відновлення вентиляційної функції слухової труби);

– у разі підготовки хворого до діагностичних процедур у носових ходах;

– під час післяопераційного ведення хворих після ринологічних втручань.

Дорослим призначали Ксило-Мефа 0,1% по 1-2 вприскування в кожну ніздрю 3 рази на добу, дітям віком від 2 років – Ксило-Мефа 0,05% по 1 вприскуванню 1-2 рази на добу.

Ефективність препарату Ксило-Мефа у пацієнтів із гострим ринітом

Ефективність Ксило-Мефа за наявності гострих ринітів у 34 дорослих і 23 дітей віком від 2 років оцінювали за клінічною картиною захворювання. Препарат починав діяти через кілька хвилин, лікувальний ефект тривав до 10 год. Це проявлялося у зникненні закладеності носа, зниженні гіперемії слизової оболонки, відсутності виділень із носа протягом 3-4 год і в значному зменшенні їх кількості в наступні 4-5 год.

Використання Ксило-Мефа перед сном забезпечувало відсутність закладеності носа протягом ночі. Покращувався загальний стан пацієнтів, зменшувалися головний біль і закладеність вух, зникала гугнявість, що свідчило про покращення дренажу навколоносових пазух та вентиляції порожнин середнього вуха. Повне зникнення симптомів риніту (набряку, гіперемії слизової оболонки порожнини носа), відсутність катаральних виділень, відновлення респіраторної функції носа спостерігалися в більшості дітей і дорослих через 3-5 діб.

Застосування Ксило-Мефа під час гострого синуситу та гострого отиту

Як назальний деконгестант ми призначали Ксило-Мефа 36 хворим на гострі параназальні синусити (ГПС) і 35 – на гострі середні отити (ГСО). Для вивчення ефективності лікування всі пацієнти були обстежені з використанням клінічних, об'єктивних отоларингологічних, інструментальних і лабораторних методів. Усім хворим на ГПС та ГСО проводили комплексне лікування, характер якого залежав від стадії захворювання. У пацієнтів із синуситами проводили місцеве санаційне лікування вражених пазух: пункції гайморових пазух – 41,6% випадків, у решти хворих – промивання за методом Проєтця. У 9 (25,7%) пацієнтів із гострими гнійними середніми отитами відповідно до показань проводили тимпанопункцію або парацентез. Усі хворі отримували етіотропну антибактеріальну, патогенетичну (Ксило-Мефа 0,1% спрей у порожнину носа, муколітики, протизапальні, десенсибілізуючі, протинабрякові засоби), симптоматичну терапію, фізіопроцедури.

Для того щоб оцінити динаміку захворювання, звертали увагу на суб'єктивні відчуття пацієнта (зменшення закладеності носа, покращення носового дихання, припинення виділень, зникнення болю у вусі, поліпшення загального стану), об'єктивно – зменшення гіперемії, інфільтрації слизової оболонки порожнини носа, наявність слизових або слизово-гнійних виділень, покращення слуху, дані рентгенологічних і лабораторних досліджень.

Позитивні зміни з боку порожнини носа відзначені у всіх пацієнтів із гострими параназальними синуситами, яким призначали Ксило-Мефа 0,1%. Уже на 3-5-ту добу від початку лікування значно покращувалося носове дихання, риноскопічно зменшувався набряк слизової оболонки порожнини носа. Зникнення об'єктивних ознак запального процесу, що свідчило про видужання хворих, спостерігалося переважно на 7-8-му добу від початку лікування. У більшості пацієнтів, які використовували назальний деконгестант Ксило-Мефа, позитивні зміни з боку клінічної картини захворювання визначалися вже на 3-ю добу після призначення лікування. Швидше відновлювалася прохідність слухової труби, зникала закладеність вуха, значно покращувалася гострота слуху. Повне одужання наступало в більшості випадків на 8-9-ту добу лікування.

Жодних побічних дій та ускладнень під час застосування назального спрею Ксило-Мефа ми не спостерігали.

Висновки

Як свідчать результати спостереження, назальний деконгестант Ксило-Мефа є досить ефективним і безпечним засобом для зняття назальної обструкції в комплексному лікуванні хворих на гострі риніти, параназальні синусити та середні отити. Завдяки швидкому й тривалому (до 10 год) зменшенню набряку слизової оболонки порожнини носа покращується дренажно-вентиляційна функція природних отворів навколоносових пазух і глоткового отвору слухової труби, що пришвидшує одужання.

До переваг спрею Ксило-Мефа належать такі: рівномірне зрошування слизової оболонки носа; можливість досягати верхніх ділянок носової порожнини; чіткі дозування кількості речовини; наявність зволожувального компоненту – гліцерину, який запобігає висушуванню і сприяє кращому розподілу судинозвужувального інгредієнта на слизовій оболонці порожнини носа, а отже, тривалішому лікувальному ефекту.

Як уже було зазначено, через відсутність консервантів Ксило-Мефа можна віднести до препаратів із високим рівнем безпеки. Особлива будова флакона зберігає спрей Ксило-Мефа придатним для використання протягом 12 міс після його відкриття. Це забезпечує також економічність лікування, зважаючи на те що гострий риніт у середньостатистичної людини буває кілька разів на рік. До сказаного можна додати швейцарську якість, яка відома в усьому світі.

Таким чином, висока ефективність і високий рівень безпеки, економічність і зручність у використанні назального спрею Ксило-Мефа повністю відповідають вимогам, що висуваються до назальних деконгестантів. Це дозволяє рекомендувати назальний спрей Ксило-Мефа до широкого застосування в лікувальній практиці як у дорослих, так і у дітей.

Список літератури знаходиться в редакції.

АНОНС

Національна академія медичних наук України
Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска НАМН України

Національний науковий центр «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України

повідомляє,
що у 2011 р. будуть проведені такі заходи.

- Підсумкова наукова конференція ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України «Актуальні питання сучасної кардіології», присвячена пам'яті М.Д. Стражеска (15 березня, м. Київ)
- Ревматологічний симпозіум «Обґрунтування і клінічне застосування нових технологій у ревматології» (17-18 березня, м. Київ)
- Науково-практична конференція «X Київський курс з коронарних реваскуляризацій» (7-8 квітня, м. Київ)
- Науково-практична конференція «Хронічна серцева недостатність як мультидисциплінарна проблема: практичні аспекти» (14-15 квітня, м. Київ)
- Науково-практична конференція «Інтервенційні та медикаментозні підходи до ведення хворих із порушеннями ритму серця» (26-27 травня, м. Київ)
- Науково-практична конференція «Невідкладні стани в кардіології» (2-3 червня, м. Київ)
- Науково-практична конференція «Сучасні методи діагностики та лікування артеріальної гіпертензії» (9-10 червня, м. Київ)
- XII Національний конгрес кардіологів України (21-23 вересня, м. Київ)
- Всеукраїнська науково-практична конференція Асоціації ревматологів України «Аутоімунні ревматичні хвороби: сучасні напрями ранньої діагностики та лікування, моніторинг стану пацієнтів і попередження ускладнень» (20-21 жовтня, м. Київ)
- Науково-практична конференція «Серцево-судинні захворювання у віковому аспекті: особливості діагностики та лікування» (10-11 березня, м. Запоріжжя)

Контактна інформація
03680, м. Київ-151, вул. Народного ополчення, 5
Тел.: +38 (044) 275-66-22
Факс: +38 (044) 275-42-09
E-mail: stragh@bigmir.net

Наш сайт www.health-ua.com В среднем более 8000 посещений в день* • Архив «Медичної газети «Здоров'я України» с 2003 года *http://top.bigmir.net/report/58476