



ГБОУ ДПО
«РМАПО»
Минздрава
развития России

О роли назального спрея мометазона фуората в терапии хронической патологии носоглотки у детей

Д.м.н., проф. Е.П. КАРПОВА, к.м.н. Д.А. ТУЛУПОВ

Важнейшим направлением медикаментозного лечения ринологической патологии является противовоспалительная терапия с использованием современных интраназальных глюкокортикостероидов, обладающих низкой системной биодоступностью и высокой аффинностью к кортикостероидным рецепторам, что определяет высокую клиническую эффективность препаратов. В статье приведены результаты исследований применения назального спрея мометазона фуората (Назонекс) в лечении детей с назальной обструкцией и нарушением дыхания во время сна, связанным с аллергическим ринитом, гипертрофией аденоидных вегетаций, экссудативным средним отитом и риновирусной инфекцией. Использование спрея Назонекс при хронической и острой патологии носоглотки у детей является эффективным, безопасным, во многих случаях позволяет избежать оперативных вмешательств.

В настоящее время основным направлением медикаментозного лечения ринологической патологии считается противовоспалительная терапия [1, 2]. Наиболее мощным противовоспалительным эффектом, как известно, обладают глюкокортикостероидные препараты. Однако длительные курсы таблетированных и инъекционных форм стероидных препаратов приводят к развитию серьезных побочных эффектов и в современной педиатрической оториноларингологии не применяются. Использование топических (ингаляционных и интраназальных) форм стероидных препаратов позволяет значительно снизить риск развития системных побочных эффектов при сохранении местного противовоспалительного действия. Современные интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС) – это небольшая и достаточно неоднородная

группа лекарственных средств для введения в полость носа. Обладая схожими фармакодинамическими свойствами, ИнГКС различаются по некоторым фармакокинетическим характеристикам, прежде всего – по показателям системной биодоступности (согласно Инструкциям по медицинскому применению препаратов) (табл. 1).

Системная биодоступность ИнГКС – это количество основного действующего вещества, проникающего в системный кровоток, выраженное в процентах от введенной интраназально дозы препарата. Первые топические ИнГКС на основе беклометазона, будесонида или триамцинолона, биодоступность которых составляла от 34 до 44%, при длительном применении нередко подавляли функцию коры надпочечников, что в тяжелых случаях приводило к развитию симптомов надпочечниковой недостаточности [3].

В педиатрической практике также было отмечено, что длительное применение ИнГКС первого поколения приводило к замедлению роста детей. Высокий риск побочных эффектов назальных форм препаратов беклометазона и будесонида ограничил количество показаний к их применению. Сегодня данные препараты применяются в педиатрической практике лишь короткими курсами в комплексной терапии аллергического и вазомоторного ринита [2].

Препараты нового поколения ИнГКС, к которым относят флутиказона пропионат, флутиказона фуорат и мометазона фуорат, практически лишены вышеупомянутых нежелательных эффектов. Строение молекулы активного вещества этих препаратов обеспечивает его ограниченную биодоступность (от 2% у флутиказона пропионата до $\leq 0,1\%$ у мометазона фуората) и, следовательно, минимальную частоту системных побочных эффектов. При наличии соответствующих показаний такие препараты могут применяться на протяжении длительного времени. Необходимо также отметить, что препараты нового поколения ИнГКС, обладающие низкой системной биодоступностью, характеризуются высокой аффинностью к кортикостероидным рецепторам, что определяет их высокую клиническую эффективность [3]. Однако достаточный опыт применения препаратов флутиказона накоплен только в лечении аллергического ринита. В то же время эффективность мометазона фуората доказана в лечении и профилактике значительно большего числа ринологиче-



ских заболеваний воспалительной природы у детей и взрослых. Так, в России мометазона фуруат (Назонекс) является единственным назальным стероидом, который зарегистрирован по пяти показаниям: лечение (у детей с 2-летнего возраста) и профилактика (у детей с 12-летнего возраста и взрослых) аллергического ринита, лечение острого риносинусита (в том числе в качестве монотерапии при легком течении) и обострение хронического риносинусита (у детей с 12-летнего возраста и взрослых), а также полипоз носа (у пациентов старше 18 лет).

Проведены клинические исследования, результаты которых свидетельствуют об эффективности назального спрея мометазона в лечении сопутствующей патологии носоглотки у детей, в частности, гипертрофии аденоидных вегетаций (гипертрофия глоточной миндалины, ГГМ) и аденоидита, хотя в данный момент эти состояния как отдельные нозологические формы не входят в число официально зарегистрированных показаний к применению Назонекса. В первом рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании итальянских оториноларингологов интраназальное применение мометазона фуруата в дозировке 100 мкг в сутки в течение 40 дней у детей с обструктивной гипертрофией аденоидных вегетаций привело к значительному улучшению функции носового дыхания у 77,7% пациентов за счет уменьшения размера аденоидной ткани, при этом в группе контроля (плацебо) положительной динамики не отмечалось (группа мометазона: $n = 30$, группа плацебо: $n = 30$) [4]. Анализ результатов другого рандомизированного исследования также показал выраженный положительный эффект применения назального спрея мометазона фуруата (по 100 мкг в сутки на 8 недель) в лечении детей с назальной обструкцией, вызванной гипертрофией аденоидных вегетаций. Результаты этих и ряда других исследований ИнГКС были включены в Кохрейновский (Cochrane) обзор. Вывод, сделанный в результате анализа: у детей с умеренно выражен-

ной и тяжелой ГГМ применение назальных стероидов может быть рекомендовано в качестве альтернативы хирургическому лечению в тех случаях, когда оперативное вмешательство не является срочным или по каким-то причинам недоступно; в то же время данная область применения ИнГКС нуждается в дальнейшем изучении [5].

Недавно было завершено проспективное наблюдательное исследование корейских оториноларингологов, проведенное с участием 41 ребенка в возрасте 2–11 лет с нарушением дыхания во время сна (sleep-disordered breathing, SDB), связанным с гипертрофией аденоидных вегетаций. Оценка состояния проводилась с помощью шкалы качества жизни при обструктивном апноэ сна (OSA-18) и боковой рентгенографии шеи. Пациенты получали назальный спрей мометазона фуруата в дозе 100 мкг в сутки в течение 4 недель. Результаты исследования продемонстрировали значительный клинический эффект мометазона фуруата при нарушении дыхания во время сна, который оценивался как по шкале OSA-18, так и с помощью определения аденоидально-назофарингеального (AN) соотношения на рентгенограммах. Примечательно, что лечение было эффективным независимо от наличия у детей сопутствующей патологии – синусита, аллергического ринита и ожирения [6].

Появившиеся данные о высоком риске формирования хронического гнойного среднего отита при проведении тимпаностомии [7] обусловило большой практический интерес к консервативному лечению экссудативного среднего отита у детей, развившегося как осложнение хронической патологии носоглотки. В рандомизированном исследовании турецких оториноларингологов было установлено, что применение назального спрея мометазона фуруата (по 100 мкг в сутки в течение 6 недель) достоверно чаще (42,2% случаев) приводило к разрешению среднего отита по сравнению с группой контроля (без лечения) (14,5%; $p < 0,001$) [8].

С учетом ведущей роли вирусной инфекции в развитии хронической

Таблица 1. Интраназальные глюкокортикостероиды

Действующее вещество	Показатель системной биодоступности	Возрастные ограничения к применению
Мометазона фуруат	менее 0,1%	2 года
Флутиказона фуруат	менее 0,5%	2 года
Флутиказона пропионат	2%	4 года
Будесонид	34%	6 лет
Беклометазон	44%	6 лет

патологии носоглотки у детей заслуживают внимания данные лабораторного исследования, в котором было установлено, что мометазона фуруат снижает экспрессию молекулы ICAM-1, обеспечивающей адгезию риновирусов к эпителиальной клетке, а также нарушает претранскрипционные механизмы в цикле развития вирусной инфекции [9]. Эти данные позволяют предположить, что применение ингаляционных и назальных форм мометазона фуруата, вопреки сформированному ранее мнению, не подавляет местный иммунитет, увеличивая риск простудного заболевания или его осложнений, а, наоборот, снижает риск возникновения у пациента ОРВИ или их последствий.

Таким образом, можно сделать вывод, что использование назального спрея мометазона фуруата (препарат Назонекс) как в комплексном лечении, так и в качестве монотерапии (в неосложненных случаях), при хронической и острой патологии носоглотки у детей является эффективным, безопасным и в большинстве случаев позволяет избежать оперативных вмешательств. В современной концепции сохранения глоточной миндалины как органа регионарного мукозального иммунитета у детей дошкольного возраста возможность применения назальной формы мометазона фуруата является ключевым моментом [10]. Большой интерес также представляют дальнейшие исследования клинической эффективности назального спрея мометазона фуруата в комплексном лечении экссудативного среднего отита у детей. ●

Литература
→ С. 59