



ГБОУ ДПО
«Российская
медицинская
академия
последипломного
образования»,
кафедра детской
оториноларингологии

Назальный спрей мометазона фууроата в терапии хронического аденоидита у детей

Д.А. Тулупов, Е.П. Карпова

Адрес для переписки: Денис Андреевич Тулупов, tulupovdenis@yandex.ru

В статье представлен обзор клинических исследований применения назального спрея мометазона фууроата у детей. Показано, что использование назального спрея Назонекс® как в комплексном лечении, так и в некоторых случаях в качестве монотерапии хронических заболеваний носоглотки у детей является эффективным и безопасным, позволяя в большинстве случаев избежать проведения аденотомии.

Ключевые слова: хронический аденоидит, гипертрофия аденоидных вегетаций, мометазона фууроат

Заболевания органов лимфо-глоточного кольца занимают первое место по распространенности среди всех ЛОР-заболеваний в детской оториноларингологии. Так, по данным отечественных авторов, в общей детской популяции доля детей с хроническим аденоидитом колеблется от 20 до 50% [1, 2]. Основным направлением современной фармакотерапии ринологической патологии на сегодняшний день считается противовоспалительная терапия [3]. Сильнейшими из существующих средств с противовоспалительным эффектом являются глюкокортикостероидные препараты. По причине серьезных побочных эффектов длительные курсы таблетированных и инъекционных форм стероидных препаратов не применяются в современной педиатрической оториноларингологии. Появившиеся несколько позднее ингаляционные и интраназальные формы стероидных препаратов значительно снизили риск развития системных побоч-

ных эффектов при сохранении сильнейшего местного противовоспалительного действия.

В настоящее время интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС) – это немногочисленная, но достаточно неоднородная группа лекарственных средств. Обладая схожими фармакодинамическими свойствами, ИнГКС различаются по некоторым фармакокинетическим показателям, прежде всего по значению системной биодоступности. Именно показатель системной биодоступности во многом определяет риск развития многих побочных эффектов у препаратов данной группы. «Старые» ИнГКС на основе беклометазона, будесонида или триамцинолона, имеющие системную биодоступность от 34 до 46%, при длительном применении нередко подавляли функцию коры надпочечников, что при резкой отмене препарата приводило к регрессу ринологической симптоматики, а в тяжелых случаях – к развитию симптомов надпочечниковой не-

достаточности [4, 5]. Кроме того, существуют данные о том, что длительное применение этих препаратов приводит к замедлению роста детей. Высокий риск побочных эффектов назальных форм препаратов беклометазона и будесонида сказался на количестве показаний к их применению. Так, в педиатрической практике эти препараты применяются лишь в терапии аллергического ринита у детей старше 6 лет, короткими курсами.

Препараты нового поколения ИнГКС, к которым относят флутиказона пропионат, флутиказона фууроат и мометазона фууроат, практически лишены вышеупомянутых нежелательных эффектов. Строение молекулы активного вещества этих препаратов обеспечивает их низкую биодоступность (от 1% у флутиказона пропионата до менее 0,1% у мометазона фууроата), что обуславливает отсутствие системного действия. При наличии соответствующих показаний, соблюдении схем приема такие препараты могут применяться на протяжении длительного времени. Также отметим: имея низкую системную биодоступность, препараты нового поколения ИнГКС отличаются высокой аффинностью к кортикостероидным рецепторам, что определяет их высокий клинический эффект [4, 5].

Однако на сегодняшний день, согласно инструкции по медицинскому применению препарата, и флутиказона пропионат, и флутиказона фууроат применяются только в лечении аллергического ринита.



При этом накоплен значительный клинический опыт применения мометазона фууроата (препарат Назонекс®) в лечении неаллергической воспалительной ринологической патологии у детей и взрослых: Назонекс® – единственный препарат, для которого зарегистрировано это показание. Подчеркнем, в России Назонекс® является единственным назальным стероидом, в качестве показаний к применению у которого официально зарегистрирован острый риносинусит (в том числе в качестве монотерапии при легком течении) и обострение хронического риносинусита. Несмотря на то что патология носоглотки (гипертрофия аденоидных вегетаций и аденоидит) не входит в число официально зарегистрированных показаний к применению Назонекса, имеется достаточное количество клинических исследований, доказавших эффективность назального спрея мометазона в лечении воспалительных заболеваний носоглотки у детей. В первом крупном рандомизированном плацебоконтролируемом исследовании итальянских оториноларингологов интраназальное применение мометазона фууроата в лечении детей с обструктивной гипертрофией аденоидных вегетаций в дозировке 100 мкг в сутки в течение 40 дней дало значительное улучшение функции носового дыхания у 77% пациентов за счет уменьшения размера аденоидной ткани при отсутствии положительной динамики в группе контроля [6]. Анализ результатов другого крупного рандомизированного исследования также показал выраженный положительный эффект применения назального спрея мометазона фууроата (по 100 мкг в сутки 8 недель) в лечении назальной обструкции у детей, вызванной гипертрофией аденоидных вегетаций. Более того, результаты этой работы показали отсутствие эффекта от лечения низкими дозами назального спрея беклометазона [7]. Этот факт не дает права экстраполировать результаты исследований применения мометазона фууроата в лечении аденоидитов на другие ИнГКС, эффективность

которых не была исследована у пациентов с данным заболеванием. Исследование корейских оториноларингологов продемонстрировало высокий клинический эффект применения назального спрея мометазона фууроата (по 100 мкг в сутки на 4 недели) в лечении назальной обструкции и синдрома обструктивного апноэ сна у детей с гипертрофией аденоидных вегетаций. Особенностью данной работы было то, что в исследовании были включены дети с сопутствующими острыми (острый риносинусит) и обострением хронических заболеваний полости носа и околоносовых пазух (аллергический ринит, хронический риносинусит), наличие которых не повлияло на результат лечения [8]. Оптимальное сочетание применения ИнГКС с носовым душем соляными растворами в терапии хронических заболеваний носоглотки было подтверждено в работе бразильских оториноларингологов. В этом клиническом исследовании принял участие 51 ребенок с клиническими проявлениями гипертрофии аденоидных вегетаций и хронического аденоидита. В результате было установлено, что проводимое пациентам в течение 40 дней однократное орошение полости носа изотоническим соляным раствором уменьшило выраженность таких симптомов, как кашель, ринорея и, в меньшей степени, назальная обструкция. Однако по данным эндоскопического исследования не было выявлено уменьшения размеров аденоидной ткани. Добавление в схему терапии тех же пациентов назального спрея мометазона фууроата в дозе 100 мкг в сутки однократно после проведения носового душа через 40 дней привело к достоверному ($p < 0,01$) уменьшению выраженности всех назальных симптомов и сокращению размеров аденоидов [9]. В одном из последних исследований была подтверждена клиническая эффективность мометазона фууроата в лечении хронического аденоидита у подростков. Так, назначение назального спрея мометазона фууроата школьникам (возраст от 12 до 18 лет) с клини-

чески подтвержденным хроническим аденоидитом на шестинедельный курс привело к значительному снижению выраженности симптомов заболевания и уменьшению размеров аденоидных вегетаций. При этом достигнутый результат лечения сохранялся у пациентов даже через 3 недели после завершения применения назального спрея мометазона фууроата [10]. Появившиеся данные о высоком риске формирования хронического гнойного среднего отита при проведении тимпаностомии изменили отношение к данной операции и сформировали большой практический интерес к консервативным подходам в лечении экссудативного среднего отита у детей, развившегося как осложнение хронических заболеваний носоглотки [11]. В рандомизированном исследовании турецких оториноларингологов было установлено, что применение назального спрея мометазона фууроата (по 100 мкг в сутки на 6 недель) способствует устранению назофарингеальной обструкции, что в 42,2% случаев привело к восстановлению функции слуховой трубы и позволило избежать аденотомии, тогда как в группе контроля (без лечения) улучшение состояния среднего уха отмечали лишь у 14,5% пациентов [12]. Учитывая главенствующую роль вирусов в развитии хронических заболеваний носоглотки у детей, обращают на себя внимание данные лабораторного исследования, в котором было установлено, что мометазона фууроат снижает экспрессию молекулы ICAM-1 (intercellular adhesion molecule-1 – фактор межклеточной адгезии 1) риновирусов, обеспечивающей адгезию вируса к эпителиальной клетке, а также нарушает претранскрипционные механизмы в цикле развития вирусной инфекции [13]. Следовательно, можно предположить, что применение ингаляционных и назальных форм мометазона фууроата, вопреки сформированному ранее мнению, не снизит иммунитет, повышая риск простудного заболевания, а, наоборот, снизит риск возникновения ОРВИ у пациентов.

недидактика



Таким образом, можно сделать вывод о том, что использование назального спрея Назонекс® как в комплексном лечении, так и в некоторых случаях в качестве монотерапии хронических заболеваний носоглотки у детей является эффективным и безопасным, позволяя в большинстве случаев избежать проведения аденотомии. В свете современной концепции о необходимости сохранения глоточной миндалины как органа регионарного мукозального иммунитета у детей дошкольного возраста важность

этих сведений трудно переоценить [14].

Эти данные также были подтверждены многолетним опытом клинической работы сотрудников кафедры детской оториноларингологии Российской медицинской академии последиplomного образования. Согласно нашему опыту, применение назального спрея мометазона фууроата Назонекс® в лечении воспалительных процессов в носоглотке и сопряженных осложнений у детей старше 2 лет в большинстве случаев сопровождалось выраженным клиническим

эффектом. В рамках наших клинических наблюдений ни у одного пациента мы не отмечали признаков системных побочных реакций, связанных с применением препарата Назонекс®. В сферу научных интересов нашей кафедры входит проведение дальнейших рандомизированных сравнительных исследований эффективности назального спрея мометазона фууроата в лечении неаллергических заболеваний полости носа и носоглотки у детей младше 12 лет и в комплексном лечении экссудативного среднего отита у детей. ✨

Литература

1. Борзов Е.В. Распространенность патологии ЛОР-органов у детей // Новости оториноларингологии и логопатологии. 2002. № 1. С. 3–5.
2. Рымина М.А., Чаукина В.А. Хронические воспалительные заболевания глотки у детей // Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. С. 336–356.
3. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2012 // Rhinol. Suppl. 2012. № 23. P. 1–298.
4. Wolthers O.D. Relevance of pharmacokinetics and bioavailability of intranasal corticosteroids in allergic rhinitis // Recent Pat. Inflamm. Allergy Drug Discov. 2010. Vol. 4. № 2. P. 118–123.
5. Sastre J., Mosges R. Local and systemic safety of intranasal corticosteroids // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2012. Vol. 22. № 1. P. 1–12.
6. Berlucchi M., Salsi D., Valetti L. et al. The role of mometasone furoate aqueous nasal spray in the treatment of adenoidal hypertrophy in the pediatric age group: preliminary results of a prospective, randomized study // Pediatrics. 2007. Vol. 119. № 6. P. e1392–e1397.
7. Zhang L., Mendoza-Sassi R.A., César J.A. et al. Intranasal corticosteroids for nasal airway obstruction in children with moderate to severe adenoidal hypertrophy // Cochrane Database Syst. Rev. 2008. № 3. CD006286.
8. Jung Y.G., Kim H.Y., Min J.Y. et al. Role of intranasal topical steroid in pediatric sleep disordered breathing and influence of allergy, sinusitis, and obesity on treatment outcome // Clin. Exp. Otorhinolaryngol. 2011. Vol. 4. № 1. P. 27–32.
9. Rezende R.M., Silveira F., Barbosa A.P. et al. Objective reduction in adenoid tissue after mometasone furoate treatment // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2012. Vol. 76. № 6. P. 829–831.
10. Yilmaz H.B., Celebi S., Sahin-Yilmaz A. et al. The role of mometasone furoate nasal spray in the treatment of adenoidal hypertrophy in the adolescents: a prospective, randomized, cross-over study // Eur. Arch. Otorhinolaryngol. 2013.
11. Van der Veen E.L., Schilder A.G., van Heerbeek N. et al. Predictors of chronic suppurative otitis media in children // Arch. Otolaryngol. Head Neck Surg. 2006. Vol. 132. № 10. P. 1115–1118.
12. Cengel S., Akyol M.U. The role of topical nasal steroids in the treatment of children with otitis media with effusion and/or adenoid hypertrophy // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. 2006. Vol. 70. № 4. P. 639–645.
13. Papi A., Papadopoulos N.G., Degitz K. et al. Corticosteroids inhibit rhinovirus-induced intercellular adhesion molecule-1 up-regulation and promoter activation on respiratory epithelial cells // J. Allergy Clin. Immunol. 2000. Vol. 105. № 2. Pt 1. P. 318–326.
14. Brandtzaeg P. Immune functions of nasopharyngeal lymphoid tissue // Adv. Otorhinolaryngol. 2011. Vol. 72. P. 20–24.

Mometasone furoate nasal spray for treatment of chronic adenoiditis in children

D.A. Tulupov, Ye.P. Karpova

State Budgetary Educational Institution for Continuing Professional Education 'Russian Medical Academy of Postgraduate Education', Pediatric Otorhinolaryngology Department

Contact person: Denis Andreyevich Tulupov, tulupovdenis@yandex.ru

Clinical studies of mometasone furoate nasal spray in children are reviewed. Use of Nasonex® nasal spray alone or as part of combination therapy in children with chronic nasopharyngeal diseases is effective and safe, and may prevent adenotomy in the majority of cases.

Key words: chronic adenoiditis, adenoid hypertrophy, mometasone furoate