



Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: мы знаем о них все! Все ли?

Одной из наиболее актуальных проблем практической оториноларингологии остаются воспалительные заболевания околоносовых пазух. Вопросы диагностики и медикаментозной терапии острого, хронического и полипозного риносинуситов, хронического аденоидита, а также аллергического ринита обсуждались на сателлитном симпозиуме компании MSD «Воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух: мы знаем о них все! Все ли?», состоявшемся в рамках XVIII Съезда оториноларингологов России. Особое внимание на симпозиуме было уделено применению интраназальных глюкокортикостероидов.



Профессор Р.С. Козлов

Эпидемиология возбудителей и антибактериальная терапия заболеваний верхних дыхательных путей

Наиболее частые бактериальные инфекции дыхательных путей – это острый средний отит, острый синусит, острый тонзиллит/фарингит, инфекционное обострение ХОБЛ, внебольничная пневмония. Д.м.н., профессор, директор НИИ антимикробной химиотерапии Смоленской государственной медицинской академии Р.С. КОЗЛОВ затронул вопросы этиологии этих заболеваний, подчеркнув необходимость проведения серьезных эпидемиологических и микробиологических исследований. Острые риносинуситы, острые и средние отиты в 40% случаев имеют пневмококковую этио-

логию, на втором месте среди возбудителей – гемофильная палочка. При выборе антимикробной терапии большое внимание следует уделять приобретенной резистентности, подчеркнул Р.С. Козлов. Он привел данные многоцентрового исследования антимикробной резистентности ПеГАС. Самая высокая резистентность наблюдается к ко-тримоксазолу, поэтому его уже не имеет смысла использовать для лечения инфекций дыхательных путей, мочевыводящих путей, желудочно-кишечного тракта. По-прежнему высокой остается устойчивость к тетрациклину. Гемофильная палочка – микроорганизм, более чувствительный к антибиотикам (цефалоспорином третьего поколения, макролидам, респираторным фторхинолонам). Но и она, при сравнительно низком в целом уровне резистентности, демонстрирует высокие показатели устойчивости к ко-тримоксазолу. При этом атипичные возбудители сохраняют стопроцентную чувствительность к современным макролидам, респираторным фторхинолонам и тетрациклинам. Выбор оптимального антимикробного препарата для лечения внебольничных инфекций дыхательных путей определяют несколько факторов. Во-первых, препарат должен обладать исходно высокой активностью в отношении основных микроорганизмов (*Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*). Во-вторых, должен отмечаться низкий уро-



Сателлитный симпозиум компании MSD

вень приобретенной резистентности. В-третьих, препарат должен быть эффективен и безопасен с точки зрения доказательной медицины. При острых средних отитах антибактериальная терапия всегда назначается детям в возрасте до 2 лет и всем пациентам с лихорадкой и болями в ухе. Препаратом выбора является амоксициллин, альтернативными препаратами – амоксициллин/клавуланат, цефтибутен, цефтриаксон. При наличии аллергии на бета-лактамы антибиотики назначаются азитромицин или кларитромицин. При острых синуситах в первую неделю проводится терапия интраназальными глюкокортикостероидами (ИнГКС) и симптоматическая терапия. Назначение антибактериальной терапии целесообразно только при сохранении или прогрессировании симптомов.

Р.С. Козлов подчеркнул, что при выборе препарата обязательно надо учитывать прием антибиотиков в предшествовавшие терапии 30 дней. Если антимикробное лечение не проводилось, предпочтение отдается амоксициллину или цефтибутену, в противном случае назначаются амоксициллин/клавуланат, левофлоксацин, моксифлоксацин. Что касается острого тонзиллита и фарингита, препаратами первой линии терапии остаются феноксиметилпенициллин и бензилпенициллин, альтернативными препаратами – цефтибутен, азитромицин, кларитромицин, спирамицин, клиндамицин.

Лечение острых и хронических риносинуситов: радость побед и горечь поражений

Продолжил тему фармакотерапии ЛОР-заболеваний д.м.н., профессор кафедры оториноларингологии РМАПО С.Я. КОСЯКОВ. Он отметил, что специфичных клинических симптомов или признаков у острого синусита нет. В связи с этим большое внимание необходимо уделять дифференциальной диагностике, в первую очередь

с ОРВИ, аллергическим ринитом и вазомоторным ринитом. В рекомендациях Комиссии по изучению риносинуситов (EPOS, 2007) указывается, что диагноз острого бактериального синусита следует ставить в тех случаях, когда признаки острого риносинусита наблюдаются более 10 дней от начала появления респираторных симптомов либо если после первичного улучшения в течение 10 дней симптоматика острого риносинусита усугубляется. Для эрадикации инфекции и предотвращения осложнений назначаются антибиотики. С целью уменьшения выраженности и длительности симптомов прописываются топические кортикостероиды (ИнГКС). Адекватный дренаж обеспечивается путем применения деконгестантов, пункции пазухи, проведения процедуры ЯМИК. Эффективность применения ИнГКС при остром синусите в качестве монотерапии или дополнительного к антибиотикам лечения подтверждена в ряде исследований. Метаанализ трех исследований показал, что у пациентов, получавших ИнГКС, симптомы разрешались в большей степени и у большего числа пациентов, чем при приеме плацебо.

Хронический риносинусит – это не одно заболевание, а группа состояний, характеризующихся воспалением слизистой оболочки носа и пазух более 12 недель. При хроническом риносинусите происходит значительное снижение качества жизни, сравнимое с кардиологическими заболеваниями и обструктивной болезнью легких. На сегодняшний день терапия хронического риносинусита включает этиологическое лечение (исключение аллергенов, антибиотикотерапия, хирургические методы) и противовоспалительную терапию (интраназальные стероиды, иммунотерапия, антилейкотриены и др.).

Общепринятый алгоритм терапии хронического риносинусита включает назначение комбинации системных антибиотиков и топических кортикостероидов. Хирургическое вмешательство производится только в случае неэффективности медикаментозной терапии с целью удаления необратимо пораженной ткани, препятствующей дренированию синусов, и восстановления их функции. Однако хирургические методы (FESS – функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух) в значительном числе случаев неэффективны, то есть не приводят к излечению больного. Пациенты с таким «резистентным» риносинуситом составляют от 10 до 50% всех больных, подвергшихся хирургическому вмешательству. С.Я. Косяков охарактеризовал существующие на сегодняшний день методы лечения резистентного риносинусита по степеням доказательности.



Профессор
С.Я. Косяков

Повторное хирургическое вмешательство – слабая степень доказательности. Решение об операции принимается только при наличии симптомов обструкции или нарастании тяжести заболевания. Топическое лечение (использование небулайзеров и введение растворов в пазухи) – средняя степень доказательности и рекомендации. Оно обеспечивает доставку препаратов в высоких концентрациях в очаг заболевания и снижение риска системного действия. Введение солевых растворов (высокая степень рекомендации и средняя степень доказательности)

Повторное хирургическое вмешательство – слабая степень доказательности. Решение об операции принимается только при наличии симптомов обструкции или нарастании тяжести заболевания.

Топическое лечение (использование небулайзеров и введение растворов в пазухи) – средняя степень доказательности и рекомендации. Оно обеспечивает доставку препаратов в высоких концентрациях в очаг заболевания и снижение риска системного действия. Введение солевых растворов (высокая степень рекомендации и средняя степень доказательности)



**Председатель
симпозиума
профессор
А.С. Лопатин**

способствует улучшению мукоцилиарного транспорта, обеспечивает увлажнение слизистой и вымывание токсических раздражающих субстанций с ее поверхности. Однако эффективность процедуры зависит от целого ряда факторов, таких как концентрация раствора, уровень давления, температура, положение головы.

Интраназальные глюкокортикостероиды – высокая степень рекомендации и средняя степень доказательности. Снижают воспаление при хроническом риносинусите и послеоперационные симптомы при введении в пазуху через катетер, характеризуются низким риском системного воздействия.

Интраназальные глюкокортикостероиды (ИнГКС), включая мометазона фуоат, рекомендованы ЕРОС (Европейский позиционный документ по риносинуситам и полипам носа) для лечения острого, хронического риносинусита/полипоза и совершенно безопасны в терапевтических дозах. Топические ИнГКС – группа препаратов с максимальной доказательной базой, высокой топической активностью и пренебрежимо малыми системными эффектами.

Полипозный риносинусит: вчера, сегодня, завтра

Полипозный риносинусит – заболевание, гораздо более распространенное, чем это принято считать. Клинические проявления полипозного риносинусита встречаются примерно у 3%, а по некоторым данным – у 5% населения. Однако, как подчеркнул д.м.н., профессор, заведующий кафедрой болезней уха, горла и носа Первого МГМУ им. И.М. Сеченова А.С. ЛОПАТИН, это только клинически манифестированные формы. Если провести более детальное исследование (выявление полипозных изменений в пазухах носа на примере нескольких аутопсий), то полипы обнаруживаются у 12% населения. Если применить более современную эндоскопическую технику, то можно обнаружить полипозные изменения при эндоскопической диссекции в назоэтмоидальных блоках в 35% случаев. Первый консенсусный документ по полипозному риносинуситу появился в европейском журнале «Ринология» в 1994 году. В нем подчеркивалось, что проблема полипозного риносинусита должна рассматриваться скорее с терапевтических позиций, а не как заболевание, изначально требующее хирургического лечения. В этом же документе было сказано, что дальнейший прогресс в лечении этого заболевания связан с созданием новых препаратов, а не с совершенствованием хирургических методов.

В настоящее время по-прежнему отсутствуют достаточно эффективные схемы лечения, которые позволяли бы не просто контролировать симптомы заболевания, а излечивать его, отметил профессор Лопатин. Мы не знаем истинной причины, которая приводит к возникновению полипов в полости носа. Однако патогенез заболевания хорошо изучен – в основе его лежит Th2-зависимое воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух. В качестве нехирургических методов лечения полипозного риносинусита применяются следующие:

- кортикостероиды (системные, топические);
- противогрибковые препараты (топические и системные);
- десенсибилизация аспирином;
- ингаляции фуросемида.

Системные кортикостероиды используются редко, в основном в пред- или послеоперационном периоде, а также у пациентов с бронхиальной астмой. Топические глюкокортикостероиды – это группа препаратов, которая имеет максимальную доказательную базу эффективности при этом заболевании. Предпочтение отдается лекарственным средствам с высокой местной активностью и минимальной биодоступностью. Следует сказать, что далеко не все интраназальные кортикостероиды имеют официально зарегистрированные показания для использования при полипозном риносинусите. В их число входят беклометазон и будесонид (препараты с более высокой системной биодоступностью) и мометазона фуоат – современный ИнГКС, имеющий наивысшую степень доказательности при полипозном риносинусите, а также пренебрежимо малую системную биодоступность. Более низкая системная биодоступность мометазона фуоата уменьшает риск системных побочных эффектов.

Единственное на сегодняшний день плацебоконтролируемое исследование системной противогрибковой терапии (тербенафин в течение 6 недель) не подтвердило ее эффективность при полипозном риносинусите. То же самое касается и топической противогрибковой терапии. Раствор амфотерицина в концентрации 100 мг/мл, которая используется для промывания полости носа, не останавливает рост полипов.

Каковы перспективы лечения полипозного риносинусита? Длительная терапия макролидами, эффективность которой была доказана при лечении хронического риносинусита, при полипозном синусите не рекомендовала себя. Кроме того, существуют данные, что длительное



Сателлитный симпозиум компании MSD

Таблица 1. Клинические эффекты фармакологических препаратов для лечения аллергического ринита

Характеристика	Пероральные Н1	Интраназальные Н1	Интраназальные ГСК	Деконгестанты	Интраназальные кромоны
Ринорея	++	++	+++	0	+
Чихание	++	++	+++	0	+
Зуд	++	++	+++	0	+
Заложенность	0	+	+++	++++	+
Конъюнктивит	++	0	++	0	
Начало действия	1 ч	15 мин	12 ч	5–15 мин	Различное
Длительность действия	12–24 ч	6–12 ч	6–12 ч	3–6 ч	2–6 ч

лечение макролидами действует на нейтрофильное воспаление, а на эозинофильное – нет.

Ключевые аспекты терапии были отражены в клинических рекомендациях по лечению полипозного риносинусита, разработанных в прошлом году. Во-первых, хирургическое лечение должно быть минимально инвазивным и максимально щадящим по отношению к внутриносовым структурам. Во-вторых, в лечении всех типичных форм двустороннего полипозного риносинусита рекомендуются интраназальные кортикостероиды. При начальных стадиях заболевания без выраженной назальной обструкции ИнГКС применяются в качестве стартовой терапии (мометазона фуруат – 400 мкг/сут) длительным курсом (6 месяцев и более). В ряде случаев (неэффективность терапии ИнГКС, выраженная назальная обструкция, подготовка к операции и терапия в послеоперационном периоде) может применяться системная кортикостероидная терапия. Инъекции депонированных кортикостероидов не должны назначаться, поскольку они сопряжены с высоким риском осложнений.

Аллергический ринит и его взаимосвязь с другими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей: медикаментозная терапия

Слизистая оболочка полости носа имеет хорошо развитую сосудистую сеть. При воздействии медиаторов воспаления ее сосуды рас-

ширяются, повышается их проницаемость, жидкая часть плазмы крови выходит за пределы сосудистого русла в ткани и развивается воспалительный отек, который клинически проявляется заложенностью носа. Д.м.н., профессор, заместитель директора по научно-координационной работе Санкт-Петербургского НИИ уха, горла, носа и речи С.В. РЯЗАНЦЕВ подчеркнул, что эффективность тех или иных препаратов при аллергическом рините напрямую зависит от их способности подавлять действие медиаторов воспаления. В международных и отечественных стандартах в качестве препаратов выбора при персистирующем и интермиттирующем аллергическом рините средней и тяжелой степени рекомендованы интраназальные глюкокортикостероиды, которые за счет уменьшения воспаления устраняют заложенность носа, ринорею и зуд (табл. 1).

ИнГКС – мощные блокаторы воспаления. АRIA рекомендует применять их в качестве средства профилактики аллергического ринита вне сезона и в качестве терапии в течение сезона. Использование ИнГКС позволяет значительно сократить количество проявлений и тяжесть симптоматики. Поскольку воспаление при аллергическом рините носит персистирующий характер, терапия пациентов с круглогодичным аллергическим ринитом должна быть длительной, учитывая, что ИнГКС доказали свою хорошую переносимость как у взрослых, так и у де-



Профессор С.В. Рязанцев

тей. Профессор Рязанцев указал следующие преимущества ИнГКС в лечении воспалительных заболеваний, сопровождающихся заложенностью носа:

- уменьшение кровенаполнения кровеносных сосудов и их сужение;
- уменьшение воспаления;
- быстрое наступление эффекта;
- хорошая местная переносимость;
- благоприятный профиль системной безопасности;
- применение один раз в сутки и неограниченная длительность терапии.

Было проведено достаточное количество исследований, которые доказали эффективность мометазона фуруата при аллергическом рините. Действие мометазона фуруата обеспечивают следующие



А.В. Лосев механизмы: уменьшение инфильтрации эозинофилами, усиление апоптоза эозинофилов, влияние на продукцию цитокинов и медиаторов воспаления, уменьшение сосудистой проницаемости. Для пациента важно, чтобы эффект от препарата наступал быстро, сохранялся в течение длительного времени и при этом препарат не оказывал побочных действий на слизистую оболочку носа. Кроме назальных, характерных для аллергического ринита признаков – заложенности и воспаления – пациента могут беспокоить неназальные симптомы. Был проведен метаанализ 4 исследований III фазы у пациентов с сезонным аллергическим ринитом, который показал уменьшение выраженности глазных симптомов (зуд, покраснение, слезотечение) при терапии мометазона фууроатом (НАЗОНЕКС). В заключение профессор Рязанцев подчеркнул, что кортикостероидная терапия оправдана при широком спектре патологии ЛОР-органов, поскольку при целом ряде состояний в основе процесса лежит воспаление.

Лечение хронических аденоидитов у детей

Патогены, попадающие на поверхность слизистой оболочки полости носа, благодаря мукоцилиарному транспорту попадают в область глоточных миндалин. Стимуляция иммунных механизмов приводит к увеличению размеров (или количества) лимфоидных фолликулов, что клинически проявляется гиперплазией глоточных миндалин. При продолжающемся массивном инфекционном или неинфекционном воздействии в глоточной миндалине возникает сначала острый, потом хронический воспалительный процесс, так называемый хронический аденоидит, который приводит к воспалительному отеку глоточной миндалины. А.В. ЛОСЕВ и соавторы из Белорусской медицинской академии последипломного образования (Минск, Республика Беларусь), проанализировав данные международных исследований, провели собственное исследование лечения хронического аденоидита мометазона фууроатом, который уменьшает активацию иммунокомпетентных клеток, продукцию цитокинов и медиаторов воспаления, оказывает противовоспалительное действие, уменьшает отек и размеры глоточной миндалины. На основании результатов этого исследования Министрством здравоохранения Республики Беларусь утверждена инструкция по консервативному лечению хронического воспаления глоточных миндалин у детей мометазона фууроатом (в России хронический аденоидит не является зарегистрированным показанием к применению мометазона фууроата или какого-либо другого ИнГКС).

Учитывая, что по инструкции производителя (РФ) мометазона фууроат при нелеченом воспалительном процессе полости носа должен применяться с осторожностью, А.В. Лосевым и соавт. был разработан следующий алгоритм лечения. На первом этапе проводилась эли-

минационная терапия назальным спреем, содержащим антибиотик группы аминогликозидов, курсом 7 дней. Далее в течение 1–2 месяцев назначался мометазона фууроат в стандартной возрастной дозировке. Всего в исследовании приняли участие 180 детей в возрасте от 3 до 7 лет с гипертрофией глоточных миндалин 1–3-й степени на фоне хронического воспаления. После курса лечения мометазона фууроатом у пациентов наблюдалось значимое уменьшение всех симптомов хронического аденоидита. У 74,5% детей улучшилось носовое дыхание, уменьшились выделения из носа, исчезли воспалительные изменения в носоглотке, сократились размеры глоточной миндалины. Если после курса терапии хронический аденоидит у ребенка обострялся, проводили повторный курс лечения (но не более трех курсов в год). Если у пациента после лечения наблюдалось улучшение и положительный отдаленный результат, его продолжали наблюдать в динамике. Если терапия топическими кортикостероидами обеспечивала нормальное носовое дыхание и снижение частоты обострений хронического аденоидита, принималось решение об отказе от хирургического лечения. Если динамики не наблюдалось или после улучшения наблюдался отрицательный отдаленный результат, проводили аденотомию. Таким образом, в проведенном исследовании применение топических глюкокортикостероидов приводило к уменьшению диффузного интерстициального отека стромы, что способствовало сокращению размеров аденоидных вегетаций и при этом не снижало иммунологическую активность глоточной миндалины. Использование мометазона фууроата в 74,5% случаев позволяло добиться купирования клинических проявлений хронического аденоидита, что позволило рекомендовать его для лечения гипертрофии аденоидов в качестве альтернативы оперативному лечению. ☺

Назонекс®

(мометазона фуоат)

назальный спрей на водной основе

эксперт в устранении
заложенности носа



- при сезонном аллергическом рините
- при круглогодичном аллергическом рините
- при обострении синуситов*
- при полипозе носа

- ✓ Назонекс® быстро* и эффективно уменьшает заложенность носа¹
- ✓ Назонекс® достоверно уменьшает симптомы аллергического конъюнктивита²
- ✓ Назонекс® эффективно предупреждает развитие симптомов САР³
- ✓ Назонекс® эффективно уменьшает размер и предупреждает рецидивы полипов^{3,4}
- ✓ Назонекс® обладает наилучшим профилем местной и системной безопасности:
 - Самая низкая системная биодоступность ($\leq 0,1\%$) в группе назальных стероидов⁸
 - Не вызывает атрофию слизистой оболочки носа⁵
- ✓ Назонекс® — интраназальный кортикостероид, разрешенный к применению у детей с 2-х лет⁸
- ✓ Назонекс® прост и удобен в применении^{6,7}:
 - 98% пациентов считают Назонекс® простым и удобным в применении.

*Острый рецидивирующий синусит, как в комбинации с антибиотиками, так и в монотерапии

SP-PR-NAS-14-06-10

Реклама

Краткая инструкция по медицинскому применению Назонекс® (Nasonex®)

НАЗОНЕКС® — мометазон (mometasone), спрей назальный дозированный.

Фармакологическое действие: Мометазон — синтетический глюкокортикостероид (ГКС) для интраназального введения с противовоспалительным и противоаллергическим действием в дозах, при которых не возникает системных эффектов, имеет пренебрежимо малую биодоступность ($\leq 0,1\%$). **Показания к применению:** Сезонный и круглогодичный аллергические риниты у взрослых, подростков и детей с 2-летнего возраста. Острый синусит или обострение хронического синусита у взрослых (в том числе пожилого возраста) и подростков с 12 лет — в качестве вспомогательного терапевтического средства при лечении антибиотиками. Профилактическое лечение сезонного аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения у взрослых и подростков с 12 лет (рекомендуется за две-четыре недели до предполагаемого начала сезона пыления). Полипоз носа, с нарушением носового дыхания и обоняния, у взрослых (от 18 лет). **Противопоказания:** Гиперчувствительность к какому-либо из веществ, входящих в состав препарата. Присутствие нелеченной местной инфекции с вовлечением в процесс слизистой оболочки носовой полости. Недавнее оперативное вмешательство или травма носа с повреждением слизистой оболочки носовой полости — до заживления раны (в связи с ингибирующим действием ГКС на процессы заживления). Детский возраст (при сезонном и круглогодичном аллергических ринитах — до 2 лет, при остром синусите или обострении хронического синусита — до 12 лет, при полипозе — до 18 лет) — в связи с отсутствием соответствующих данных. **С осторожностью** при туберкулезной инфекции (активной или латентной) респираторного тракта, нелеченной грибковой, бактериальной, системной вирусной инфекции или инфекции, вызванной *Herpes simplex* с поражением глаз (в виде исключения возможно назначение препарата при перечисленных инфекциях по указанию врача). **Применение во время беременности и лактации:** НАЗОНЕКС® следует назначать беременным или кормящим грудью только в случае, если ожидаемая польза от назначения препарата оправдывает потенциальный риск для плода или младенца. **Способ применения:** Лечение сезонного или круглогодичного аллергического ринита. Взрослые и подростки с 12 лет: профилактическая и терапевтическая доза — 2 ингаляции (50 мкг каждая) в каждую ноздрю 1 раз в день (200 мкг/сутки). По достижении эффекта возможно уменьшение дозы до 100 мкг в сутки. При недостаточной эффективности доза может быть увеличена до 400 мкг/сутки. После уменьшения симптомов — снижение дозы. Дети 2–11 лет: рекомендуемая суточная доза — 100 мкг. **Вспомогательное лечение острого синусита или обострения хронического синусита.** Взрослые и подростки с 12 лет: рекомендуемая суточная доза — 400 мкг. При необходимости — до 800 мкг. После уменьшения симптомов заболевания рекомендуется снижение дозы. **Лечение полипоза носа.** Взрослые от 18 лет: рекомендуемая терапевтическая доза 400 мкг в сутки. После уменьшения симптомов — снижение — до 200 мкг в сутки. **Побочное действие:** головная боль, носовые кровотечения, фарингит, жжение в носу, раздражение слизистой оболочки носа, изъязвление слизистой оболочки носа. Редко — реакции повышенной чувствительности немедленного типа (бронхоспазм, одышка), очень редко — анафилаксия, ангионевротический отек, нарушения вкуса и обоняния. Очень редко при интраназальном применении ГКС отмечались случаи перфорации носовой перегородки и повышения внутриглазного давления. **Взаимодействие с другими препаратами.** Не было отмечено.

Список литературы

1. Berkowitz RB, Roberson S, Zora J, et al. Mometasone furoate nasal spray is rapidly effective in the treatment of seasonal allergic rhinitis in an outdoor (park), acute exposure setting. *Allergy Asthma Proc* 1999;20:167-172. 2. Schenkel E, LaForce C, Gates D: Mometasone furoate nasal spray is effective in relieving the ocular symptoms associated with seasonal allergic rhinitis. *Allergy Clin Immunol Int* 2007;19:50-53. 3. Small at all. Efficacy and safety of mometasone furoate nasal spray in nasal polyposis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005; vol 116(6): 1275-81. 4. Stjärne P, Olsson P. Efficacy of Mometasone Furoate Nasal Spray in the Postsurgical Treatment of Nasal Polyposis. *EAACI*, 2008. 5. Minshall E, Ghaffar O, Cameron L, et al. Assessment by nasal biopsy of long-term use of mometasone furoate aqueous nasal spray (Nasonex) in the treatment of perennial rhinitis. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118(5):648-654. 6. Nasonex Claims Evaluation. *Synovate Market Research*, 2006. 7. www.arthritis.org. 8. Инструкция по медицинскому применению препарата Назонекс®. Регистрационный номер — ПН№014744/01



ООО «МСД Фармасьютикалс»

Россия, 119049, Москва, ул. Шаболовка, д. 10, корп. 2

Тел.: (495) 916-71-00. Факс: (495) 916-70-94