



Барьерные методы фармакотерапии аллергического ринита

Сегодня все большую популярность приобретает концепция, согласно которой важным звеном патогенеза аллергического ринита является нарушение защитных, или барьерных, функций слизистой оболочки носа. Как восстановить барьерную функцию слизистой оболочки полости носа? Какую тактику предпочесть для профилактики аллергического ринита? Как снизить лекарственную нагрузку и повысить приверженность лечению у больного с аллергическим ринитом? Эти и другие вопросы обсуждались на симпозиуме «Барьерные методы фармакотерапии аллергического ринита», прошедшем 25 сентября 2012 г. в рамках Межрегионального форума «Клиническая иммунология и аллергология – междисциплинарные проблемы» (Казань).

Аллергенное трансбарьерное принуждение к аллергическому ответу



Профессор
И.С. Гущин

На сегодняшний день наиболее распространенным и популярным считается представление об аллергии как ненормальной реакции организма на безобидные вещества (аллергены)¹. Заведующий лабораторией ФГБУ «ГНЦ Институт иммуно-

логии» ФМБА России (Москва), вице-президент РААКИ, член-корреспондент РАМН, д.м.н., профессор Игорь Сергеевич ГУЩИН предложил рассмотреть суть аллергической формы реактивности с точки зрения основных патогенетических звеньев аллергического процесса, которые, в конечном счете, и приводят к клиническим проявлениям болезни. Аллерген, как и любой попавший в организм антиген, фрагментируется в макрофагах до упрощенных пептидов, которые представляются В-лимфоцитам и Th2-лимфоцитам (Т-хелперы 2-го типа), способствующим выработке аллергенспецифического иммуноглобулина Е (IgE). Образовавшись IgE-антитела фиксируются на имеющихся к ним очень высокое сродство специализированных

рецепторах (Fc-эпсилон-рецепторы 1-го типа), расположенных на тучных клетках слизистых оболочек и соединительной ткани. При повторном поступлении аллерген связывается IgE-антителами, происходит активация тучных клеток, в результате чего из них секретируются медиаторы (гистамин, простагландин D2, лейкотриены C4, D4, E4), фактор активации тромбоцитов, которые вызывают повышение сосудистой проницаемости и отек ткани, сокращение гладкой мускулатуры, гиперсекрецию слизистых желез, раздражение периферических нервных окончаний. Эти изменения составляют основу ранней фазы аллергической реакции, проявляющейся уже через 20–30 минут после встречи с аллергеном. Помимо этого, высвобожденные медиаторы привлекают в зону аллергической реакции другие клетки-участницы – базофилы, эозинофилы, моноциты, лимфоциты, нейтрофилы, кото-

¹ Blaser K. Role of T-cell subtypes in allergic inflammations // Chem. Immunol. Allergy. 2008. Vol. 94. P. xi–xv.



Сателлитный симпозиум компании «Замбон»

рые активируются и секретируют провоспалительные медиаторы. Действие этих клеток и их медиаторов формирует позднюю фазу аллергической реакции, которая развивается через 3–6 часов после контакта с аллергеном. Поздняя фаза обуславливает поддержание аллергического воспаления в ткани, хронизацию процесса, формирование тканевой гиперреактивности.

«Подобную реакцию аллерген-специфической гиперчувствительности, представляющую собой аллергенраспознающий и аллергенэлиминирующий механизмы, никак нельзя считать “ненормальной реакцией”, – комментирует профессор И.С. Гуцин. – Еще в конце 70-х годов прошлого века я пришел к выводу, что измененная барьерная проницаемость для аллергенов представляет собой решающую форму предрасположения к аллергии, определяющую, “быть или не быть” аллергическому ответу». Позднее, благодаря данным многочисленных исследований, стало очевидно: нарушение

проницаемости эпидермального барьера, слизистых оболочек может привести к проникновению в организм аллергена, что может послужить первичным дефектом в патогенезе аллергической реакции. Например, повышенная проницаемость эпидермального барьера, как правило, связана с неблагоприятным воздействием окружающей среды или генетическими факторами. Она может быть связана с множественными локусами на хромосоме 1q21, где расположен эпидермальный locus, или с утратой функции гена филагрина. Доказано, что в сравнении со здоровыми лицами у индивидов с атопической предрасположенностью и больных атопическими заболеваниями проницаемость эпителиального барьера слизистой носа, бронхов, желудочно-кишечного тракта гораздо выше, а следовательно, острее проявления аллергического ответа.

«Таким образом, аллергия представляется нам как вынужденная реакция организма на поступление аллергенов в определенном

Аллергия представляется нам как вынужденная реакция организма на поступление аллергенов в определенном дозовом и временном режиме при несостоятельности барьерных систем организма, а значит, основные способы контроля аллергии должны быть направлены на восстановление барьера и устранение воздействия аллергена.

дозовом и временном режиме при несостоятельности барьерных систем организма. В этой связи основные способы контроля аллергии должны быть направлены на восстановление барьера и устранение воздействия аллергена, а также на переключение иммунного ответа на новый тип (АСИТ) и подавление активности важнейших медиаторов», – отметил в завершение своего выступления профессор И.С. Гуцин.

Значение защиты слизистой носа в терапии аллергического ринита

В начале своего доклада профессор кафедры аллергологии ГБОУ ДПО «Российская медицинская академия последипломного образования» (Москва), д.м.н. Наталья Михайловна НЕНАШЕВА дала оценку медико-социальной значимости аллергического ринита (АР). Сегодня АР является самым распространенным в мире аллергическим заболеванием – им страдают порядка 615 млн человек. Наиболее уязвимы в отношении АР жители развитых стран: в США им болеют 10–30% взрослых и 40% детей, в Англии – 24% населения, в Германии – 13–19,6%, в России – 12–24%. В большей степени АР подвержены дети. Так, согласно данным ФГУ «ЦНИИОИЗ», в 2009 г. в на-

шей стране АР был диагностирован у 193,6 детей и подростков и у 50,5 взрослых на 100 тысяч населения.

АР существенно снижает качество жизни больных и провоцирует развитие таких заболеваний ЛОР-органов, как острый и хронический риносинусит, средний экссудативный отит, аллергический конъюнктивит. В последние годы доказана тесная связь АР с бронхиальной астмой (БА): у 40% больных АР выявляется БА, 80% пациентов с БА страдают АР. «Результаты исследования, проведенного на нашей кафедре, говорят о том, что у 98% больных атопической астмой имеется аллергический ринит», – подчеркнула докладчик. Таким образом, по степени распро-



Профессор
Н.М. Ненашева

странности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни больных проблема АР может считаться одной из самых актуальных.

Известно, что в основе лечения АР лежат элиминационные мероприятия и фармакотерапия. Однако, как показывают данные американского исследования (Allergies in America:

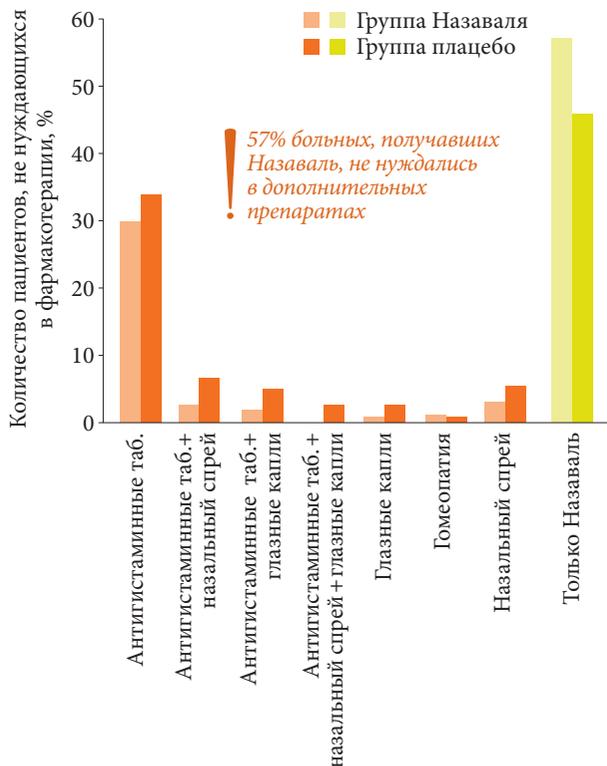


Рис. 1. Потребность в применении фармакотерапии аллергического ринита у пациентов с поллинозом на фоне приема Назавалья в сравнении с плацебо

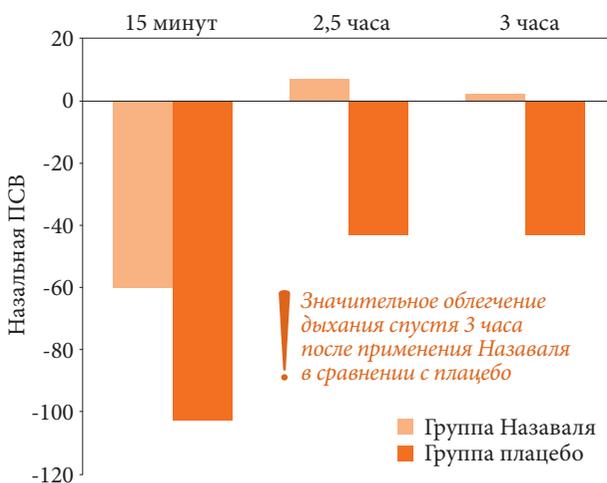


Рис. 2. Динамика назальной пиковой скорости выдоха (ПСВ) на фоне применения Назавалья и плацебо у здоровых добровольцев после провокации специфическим аллергеном*

* Адаптировано по [4].

a landmark survey of nasal allergy sufferers), проведенного в 2006 г. с участием 2500 больных АР, большинство пациентов проявляют низкую приверженность лечению. В ходе исследования были выявлены следующие причины, по которым пациенты с АР прекращали принимать лекарственные препараты: наличие побочных эффектов (25%), неспособность обеспечивать 24-часовую эффективность (32%), отсутствие эффекта (37%). Однако даже высококомплаентные пациенты не получают существенного облегчения симптомов на фоне традиционной медикаментозной терапии АР. Согласно результатам последних исследований, порядка 20% больных со среднетяжелой и тяжелой степенью АР продолжают страдать от недуга, несмотря на полное соблюдение режима фармакотерапии². «Видимо, нужно не просто купировать симптомы и последствия воспаления, а постараться предотвратить поступление аллергенов в организм с помощью создания барьера в слизистой оболочке носа, в чем может помочь Назаваль – микродисперсный порошок целлюлозы в спрее-дозаторе», – комментирует профессор Н.М. Ненашева.

Назаваль (продается в 50 странах по всему миру, в том числе с 2009 г. и в России) предназначен для защиты слизистой оболочки носа от контакта с поллютантами и аэроаллергенами, поэтому показан для профилактики АР. При контакте с любой влажной поверхностью, включая слизистую носа, частицы микроцеллюлозы абсорбируют воду и превращаются в гель, который выводится при помощи механизма мукоцилиарного клиренса. «Целлюлоза состоит из длинных полимерных цепей, которые скреплены внутримолекулярными связями. Посредством включения в ее состав гидрофильных групп

она постепенно разбухает и становится хорошо растворимым в воде полимером. Порошок попадает на слизистую оболочку носовых ходов, соединяется со слизью и образует прозрачный гелеобразный защитный слой, не мешающий дыханию и обонянию. Он выстилает носовую полость и служит барьером, препятствующим проникновению из воздуха в организм аэроаллергенов, поллютантов и других микрочастиц», – рассказывает профессор Н.Н. Ненашева.

Таким образом, Назаваль состоит только из натуральных компонентов, не оказывает системное действие, поэтому может использоваться у особых контингентов больных, в том числе у женщин в период беременности и кормления грудью. Назаваль не вызывает сонливости, не влияет на аппетит. Назаваль отличается быстрым началом действия – облегчение симптомов наступает в течение от 10 мин до 3 часов, а также уникальной системой дозирования, размещенной внутри флакона. Система позволяет впрыскивать точно отмеренную дозу микродисперсной целлюлозы, обеспечивая равномерное распределение порошка в полости носа. Средний размер микрочастиц целлюлозы составляет 118 мкм (от 5 до 500 мкм), что позволяет им проникать только в носоглотку, не достигая трахеи, бронхов, бронхиол и альвеол. Рекомендованная дозировка – по одному впрыску в каждый носовой ход 3–4 раза в день.

Несмотря на то что Назаваль является медицинским изделием и не относится к фармакологическим препаратам, уже имеется обширный опыт клинических исследований, в которых изучалась эффективность этого препарата инертной целлюлозы для профилактики АР. В 2006 г. в Великобритании было проведено первое

² WHO Collaborating Center for Asthma and Rhinitis, Bousquet J., Anto J.M. et al. Severe chronic allergic (and related) diseases: a uniform approach – a MeDALL – GA²LEN – ARIA position paper // Int. Arch. Allergy Immunol. 2012. Vol. 158. № 3. P. 216–231.

³ Emberlin J.C., Lewis R.A. A double blind, placebo controlled trial of inert cellulose powder for the relief of symptoms of hay fever in adults // Curr. Med. Res. Opin. 2006. Vol. 22. № 2. P. 275–285.



Сателлитный симпозиум компании «Замбон»

двойное слепое плацебоконтролируемое исследование применения Назавала для облегчения симптомов АР³. У 97 пациентов с поллинозом в течение 4 недель в период обострения заболевания оценивалась эффективность Назавала в сравнении с плацебо. Результаты исследования показали, что на фоне приема Назавала сокращалось применение фармакологических препаратов для лечения АР – 57% больных, получавших Назаваль, не нуждались в дополнительных препаратах (рис. 1).

В других двух двойных слепых плацебоконтролируемых исследованиях с участием здоровых добровольцев изучались протекторные свойства Назавала при индуцировании симптомов АР провокационным тестом. Анализ результатов показал, что на фоне применения Назавала практически полностью прекращалось развитие симптомов АР, а значительное облегчение дыхания наступало уже через 3 часа после провокации специфическим аллергеном^{4,5} (рис. 2).

С 2009 г. в России также проведено достаточное количество исследований по изучению уникальных возможностей Назавала. Например, группа авторов (И.В. Сидоренко, Т.В. Захаржевская, В.К. Трескунов) в ходе открытого несравнительного исследования изучала эффективность и безопасность Назавала у 48 пациентов (25 взрослых и 23 ребенка) с персистирующим АР⁶. В ходе исследования было показано, что Назаваль уменьшает выраженность симптомов АР уже на первой неделе применения и улучшает качество жизни пациентов с АР более чем в 2 раза. Большинство

Таблица 1. Оценка эффективности и переносимости Назавала врачом и пациентами

Оценка эффективности врачом и пациентами			
Эффективность, %	Взрослые	Дети	Всего
Очень хорошая	45	38	41
Хорошая	50	62	57
Посредственная	5	–	2
Без эффекта	–	–	–
Оценка переносимости врачом и пациентами			
Переносимость, %	Взрослые	Дети	
Очень хорошая	95	87	
Хорошая	5	9	
Посредственная	–	4	
Плохая	–	–	
Описание нежелательных эффектов	Образование корочек в носу 4 первых дня терапии – 2 пациента, жжение в носу – 1 пациент	Жжение в носу – 1 пациент, зуд в носу, чихание в течение 1 часа после применения – 1 пациент	

врачей и пациентов оценили эффективность и переносимость Назавала как «очень хорошую» и «хорошую» (табл. 1).

Профессор Н.М. Ненашева ознакомила участников симпозиума с результатами одного из последних исследований – 2011 года, – в котором изучалась эффективность микродисперсного порошка целлюлозы в составе комплексной терапии у 30 пациентов, страдающих АР средней степени тяжести в стадии обострения⁷. Пациенты были разделены на 2 группы: 1-я группа (10 человек) получала стандартную терапию (антигистаминные препараты II поколения группы цетиризина, сорбенты, топические глюкокортикостероиды), 2-я группа (20 человек) помимо основной терапии получала микродисперсный порошок целлюлозы (Назаваль) по 1 впрыску в каждую нозовую ход 3 раза в день.

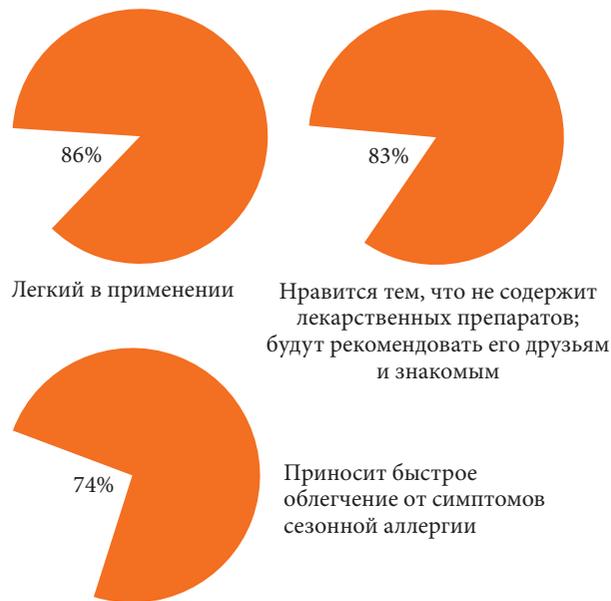


Рис. 3. Результаты опроса 190 пользователей Назавала*

* Источник: www.nasaleze.com.

⁴ Emberlin J.C., Lewis R.A. A double blind, placebo-controlled cross over trial of inert cellulose powder by nasal provocation with grass pollen to assess efficacy of the product in controlling the symptoms of hay fever // EAACI abstracts. Vienna, Austria, 2006. P. 370.

⁵ Emberlin J.C., Lewis R.A. A double blind, placebo-controlled cross over trial of cellulose powder by nasal provocation with Der p1 and Der f1 // Curr. Med. Res. Opin. 2007. Vol. 23. № 10. P. 2423–2431.

⁶ Захаржевская Т.В., Сидоренко И.В., Трескунов В.К., Караулов А.В. Эффективность и безопасность назального спрея «НАЗАВАЛЬ» в профилактике и лечении персистирующего аллергического ринита // Российский аллергологический журнал. 2009. № 5. С. 82–86.

⁷ Пенечко Е.М., Сизякина Л.П. Эффективность микродисперсного порошка целлюлозы в комплексной терапии больных интермиттирующим аллергическим ринитом // Российский аллергологический журнал. 2011. № 3. С. 101–104.



Таблица 2. Динамика симптомов аллергического ринита у больных, получавших традиционную фармакотерапию без добавления и с добавлением Назавала

Симптомы, баллы	Стандартная терапия (до лечения)	Стандартная терапия (после лечения)	Стандартная терапия + Назаваль (до лечения)	Стандартная терапия + Назаваль (после лечения)
Ринорея	3,1 ± 0,3	1,7 ± 0,5*	3,2 ± 0,7	***0,7 ± 0,1**
Чихание	2,7 ± 0,9	1,7 ± 0,6	2,8 ± 0,5	***0,7 ± 0,3**
Зуд в носу	1,5 ± 0,1	0,8 ± 0,1	1,9 ± 0,2	***0,4 ± 0,1**
Заложенность носа	3,5 ± 0,8	1,5 ± 0,3*	3,3 ± 0,5	***0,6 ± 0,3**
Зуд глаз	1,7 ± 0,5	1,5 ± 0,4	1,5 ± 0,2	1,4 ± 0,1
Першение в горле	1,4 ± 0,2	0,9 ± 0,3	1,4 ± 0,1	0,9 ± 0,3

* Отмечены статистически достоверные различия у больных, находящихся на стандартной терапии, по сравнению с результатами до лечения ($p < 0,05$).

** Отмечены статистически достоверные различия у больных, находящихся на стандартной терапии с добавлением Назавала, по сравнению с результатами до лечения ($p < 0,05$).

*** Отмечены статистически достоверные различия у больных, находящихся на стандартной терапии с добавлением Назавала, по сравнению с результатами стандартной терапии ($p < 0,05$).

Как видно из данных таблицы 2, в группе пациентов, находившихся на стандартной терапии, отмечалась положительная динамика в течении АР, но достоверно значимые изменения произошли к концу наблюдения только в таких симптомах, как ринорея и заложенность носа. Во 2-й группе улучшение состояния отмечалось уже к концу первой недели от начала приема микродисперсного порошка целлюлозы. Анализ результатов через 4 недели наблюдения показал, что редукция таких симптомов АР, как ринорея, чихание, зуд в носу и его заложенность, была в 2,5 раза более выраженной у пациентов, полу-

чавших Назаваль в дополнение к стандартной терапии, по сравнению с пациентами 1-й группы. При анализе результатов анкетирования (пациенты в начале и конце исследования заполняли анкету качества жизни больного АР) в группе, получавшей микродисперсный порошок целлюлозы, было выявлено статистически достоверное улучшение таких субъективных показателей, как виды деятельности, сон, общие симптомы, практические проблемы, носовые симптомы, эмоциональное состояние ($p < 0,05$ по сравнению с исходными показателями). При этом в группе пациентов, находившихся на стандартной терапии, диагностически значимых изменений не произошло. Повышение качества жизни пациентов в группе Назавала свидетельствует об эффективности лечения при добавлении в состав комплексной терапии микродисперсного порошка целлюлозы. «Таким образом, на сегодняшний день существует большая доказательная база эффективности и безопасности Назавала в профилактике аллергического ринита, – констатировала профессор Н.М. Ненашева. – В начале своего доклада я приводила данные, свидетельствующие о невысокой

приверженности больных АР традиционной фармакотерапии. Применение Назавала позволит снизить лекарственную нагрузку на пациентов с АР и повысит их приверженность лечению». В подтверждение своих слов профессор Н.М. Ненашева привела данные опроса, проведенного среди 190 пользователей Назавала: 86% респондентов отметили удобство его применения, 83% среди преимуществ назвали то, что он не содержит лекарственных препаратов, 74% – то, что Назаваль быстро приносит облегчение симптомов сезонного АР (рис. 3).

В конце своего выступления профессор Н.М. Ненашева подчеркнула, что защита слизистой оболочки носа с помощью Назавала (микродисперсного порошка целлюлозы в спрее-дозаторе) обеспечивает дополнительный эффект в отношении профилактики АР, а в составе комплексной лекарственной терапии способствует более быстрому купированию клинических проявлений заболевания и улучшению качества жизни больных. Преимуществом средства Назаваль является высокая безопасность и возможность его применения у детей, у беременных и кормящих женщин.

Защита слизистой оболочки носа с помощью Назавала обеспечивает дополнительный эффект в отношении профилактики аллергического ринита, а в составе комплексной лекарственной терапии способствует более быстрому купированию клинических проявлений заболевания и улучшению качества жизни больных.



Сателлитный симпозиум компании «Замбон»

Профилактика обострений аллергического ринита: выбор между фармакологическим воздействием и элиминационными мероприятиями

Аллергический ринит – иммуноглобулин-Е-опосредованное воспаление слизистой оболочки полости носа – относится к хроническим заболеваниям, характеризующимся низким качеством жизни больных. «Согласно данным многочисленных исследований, – говорит старший научный сотрудник отделения аллергологии ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России (Москва), к.м.н. Светлана Михайловна ШВЕЦ, – качество жизни пациентов с АР страдает так же, как у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и сахарным диабетом. АР негативно влияет на повседневную активность, работоспособность и академическую успеваемость, на психоэмоциональное состояние больных. Плохо контролируемые симптомы АР могут быть причиной бессонницы или сонливости. Так, 77% больных АР имеют проблемы со сном». Развитие АР происходит под воздействием ингаляционных аллергенов (пищевые практически не вызывают ринит!). Ингаляционные аллергены можно разделить на аллергены жилища (клещи домашней пыли и другие насекомые, перхоть домашних животных и др.) и аллергены окружающей среды (пыльца, плесень, профессиональные аллергены). Алгоритм ведения больных АР включает использование таких методов, как элиминация аллергена, фармакотерапия, аллергенспецифическая иммунотерапия (АСИТ), а также обучение пациентов. С.М. Швец более детально остановилась на профилактике АР, которая подразделяется на первичную, вторичную и третичную профилактику. Первичная профилактика предполагает проведение мероприятий,

направленных на улучшение здоровья человека и общества в целом при отсутствии у индивидуумов признаков сенсибилизации (адекватное питание, физическая активность и эмоциональное благополучие, вакцинация против инфекционных заболеваний и охрана окружающей среды). В рамках вторичной профилактики пациентам, у которых имеются признаки сенсибилизации, но еще отсутствуют симптомы заболевания, проводят мероприятия по ранней диагностике АР и восстановлению нарушенного здоровья. Вторичная профилактика предполагает контроль за размножением клещей домашней пыли, обеспечение раздельного проживания пациента и домашних животных, выезд пациента в другую климатическую зону на период цветения причинно-значимых растений, заблаговременное, до начала обострения, применение рекомендованной терапии, раннее проведение АСИТ и другие мероприятия. Третичной профилактикой АР являются меры, направленные на уменьшение клинических проявлений, предупреждение отдаленных последствий и адаптацию пациентов к заболеванию. Традиционные элиминационные мероприятия достаточно трудоемки, требуют от пациента усердия и не всегда приводят к полному исчезновению симптомов болезни. Более того, элиминационные мероприятия значительно снижают качество жизни больного АР. В этой связи не удивительно, что больные АР демонстрируют низкую приверженность этому виду профилактики обострений заболевания. Согласно данным европейского исследования, в котором приняли участие 7000 больных АР



К.м.н.
С.М. Швец

из 10 стран Евросоюза, лишь 17% больных используют специальные постельные принадлежности, 15% отказались от ковров в доме, 28% чаще убираются в квартире, 22% держат окна закрытыми, 18% отказались от занятий на свежем воздухе, 25% – от контакта с домашними животными, 10% – от посещения друзей и родственников⁸. Учитывая, что нарушение барьерных функций (повышенная проницаемость) слизистой оболочки носа у больных АР является важнейшим звеном формирования аллергического ответа, докладчику представляется весьма перспективным применение микродисперсного порошка целлюлозы (Назаваль), механизм действия которого направлен на создание в полости носа естественного барьера, защищающего дыхательные пути от попадания аллергена на слизистую оболочку. Как следствие – Назаваль предотвращает развитие аллергической реакции. С.М. Швец ознакомила участников симпозиума с результатами исследования, проведенного в ФГБУ «ГНЦ Институт иммунологии» ФМБА России под руководством д.м.н., профессора Н.И. Ильиной, целью которого являлась оценка эффективности препарата целлюлозы растительного происхождения (Назаваль) у больных АР. В исследовании, которое проводилось вне сезона пыления, вошли 30 больных

⁸ Chivato T., Valovirta E., Dahl R. et al. Allergy, living and learning: diagnosis and treatment of allergic respiratory diseases in Europe // J. Investig. Allergol. Clin. Immunol. 2012. Vol. 22. № 3. P. 168–179.

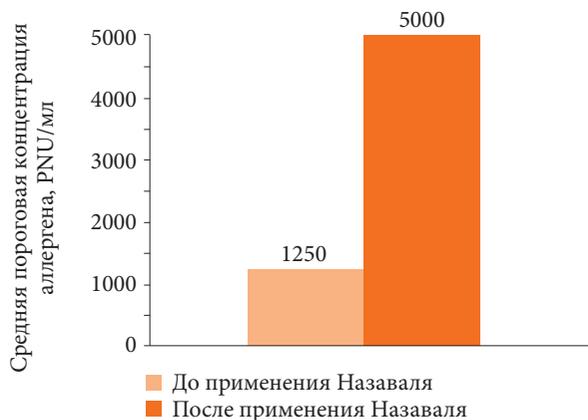


Рис. 4. Динамика пороговых концентраций аллергенов до и после применения Назаваль

АР (12 мужчин и 18 женщин, средний возраст – $28,5 \pm 2,9$ лет) со средней продолжительностью заболевания $10,7 \pm 2,5$ года (от 3 до 24 лет). Во время первого визита пациенту проводились измерение назального форсированного инспираторного потока (PNIF), провокационный назальный тест с тест-контрольной жидкостью (в случае отрицательного результата – повторное измерение PNIF) и провокационный назальный тест с дозированными причинно-значимыми аллергенами, начиная с минимального разведения 1/512, с постепенным повышением дозы аллергена до получения положительного результата (после нанесения каждой дозы аллергена повторно измеряли PNIF). Затем доза, на которую у больных отмечалась положительная реакция, фиксировалась. Во время второго визита

у участников исследования оценивалось исходное состояние и измерялся PNIF, проводилось впрыскивание Назаваль по 1 дозе в каждый носовой ход. Спустя 20 минут после применения Назаваль проводились провокационные назальные тесты со специфическим аллергеном до получения положительного результата с последующим измерением PNIF.

Результаты исследования продемонстрировали высокую эффективность средства Назаваль: из 30 пациентов эффективность применения Назаваль отмечена у 28 человек (93,3%), что проявилось статистически достоверным уменьшением назальной реактивности на причинно-значимый аллерген (рис. 4). Так, средняя пороговая концентрация аллергена при проведении провокационных назальных тестов исходно составила 1250 PNU/мл, а после применения Назаваль – 5000 PNU/мл, при этом 4 пациента не отметили развития симптомов даже при провокации аллергеном в максимальной концентрации – 10 000 PNU/мл. Лучшие результаты были получены у пациентов с изолированной пыльцевой сенсибилизацией и легким течением ринита.

На основании результатов исследования эффективности препарата целлюлозы растительного происхождения (Назаваль) у больных АР докладчик делает следующие выводы:

- Назаваль в условиях провокации аллергеном обладает

профилактическим действием и предотвращает развитие аллергической реакции;

- эффективность средства выше у пациентов с сезонным аллергическим ринитом;
- Назаваль необходимо применять до начала и продолжать в течение периода контакта с причинно-значимым аллергеном;
- необходимо учитывать, что после каждого высмаркивания следует повторить впрыскивание препарата для возобновления образования защитного слоя;
- преимуществом Назаваль является высокая степень безопасности, поскольку он содержит инертный натуральный мелкодисперсный порошок целлюлозы и не обладает системным действием, что позволяет назначать Назаваль детям, женщинам во время беременности и лактации.

«В ходе нескольких исследований^{8,9} были выявлены факторы, влияющие на восприятие больным препарата в форме назального спрея и в конечном счете определяющие приверженность больных АР лечению. Прежде всего, это эффективность, простота и удобство применения, отсутствие запаха, вкуса, раздражения слизистой оболочки носа и невысокая стоимость. Все эти характеристики в полной мере присущи Назаваль, поэтому он должен стать одним из самых востребованных медицинских средств у больных аллергическим ринитом», – отметила С.М. Швец.

Заключение

Подводя итоги симпозиума, член-корреспондент РАМН, профессор И.С. Гущин акцентировал внимание врачей на механизме действия Назаваль. Микродисперсный порошок целлюлозы, попадая на слизистую оболочку носа, создает естествен-

ный барьер, защищая дыхательные пути от аллергенов и других поллютантов, тем самым предотвращая развитие аллергического ответа. Данные зарубежных и российских исследований свидетельствуют о целесообразности использования Назаваль для пре-

дупреждения развития клинических проявлений сезонного или интермиттирующего АР, а также уменьшения выраженности симптомов круглогодичного или персистирующего АР. Учитывая хорошую эффективность и высокий профиль безопасности Назаваль, его можно рекомендовать для профилактики аллергического ринита. ☀

⁹ Gerson I., Green L., Fishken D. Patient preference and sensory comparisons of nasal spray allergy medications // J. Sens. Stud. 1999. Vol. 14. № 4. P. 491–496.