

## СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТА НАЗАВАЛЬ В КАЧЕСТВЕ ПРОФИЛАКТИКИ ВОЗНИКНОВЕНИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКОГО РИНИТА У ДЕТЕЙ

### COMPARATIVE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PRESCRIBING THE DRUG NASAVAL AS A PREVENTION OF ALLERGIC RHINITIS IN CHILDREN

**A. Dalgatova**  
**S. Musaeva**  
**A. Asalievna**  
**U. Shikhavova**  
**N. Khasbulatova**  
**M. Jamalova**

*Summary.* A comparative assessment of the effectiveness of prescribing the drug nazaval as a prevention of allergic rhinitis in children living in the city of Khasavyurt of the Republic of Dagestan (RD) and suffering from an allergic reaction to ragweed blooming was carried out. To this end, the results of studies of 156 patients in three groups were studied.

*Keywords:* allergic rhinitis, nazaval, ambrosia, antihistamines.

**Далгатова Асера Арабхановна**

К. м. н., профессор РАЕ, ФБГОУ ВО «Дагестанский  
государственный медицинский университет» МЗ РФ  
asera.dalgatova@mail.ru

**Мусаева Сарат Феликсовна**

ФБГОУ ВО «Дагестанский  
Государственный медицинский университет»  
МЗ РФ

musaeva\_dgmu@mail.ru

**Асалиева Аида Руслановна**

ФБГОУ ВО «Дагестанский  
Государственный медицинский университет»  
МЗ РФ

asalievna\_lech\_@mail.ru

**Шихавова Умсапият Руслановна**

ФБГОУ ВО «Дагестанский  
Государственный медицинский университет»  
МЗ РФ

Shikhvova@mail.ru

**Хасбулатова Ниара Хасбулатовна**

ФБГОУ ВО «Дагестанский  
Государственный медицинский университет»  
МЗ РФ

niara\_pharma\_@mail.ru

**Джамалова Милена Георгиевна**

ФБГОУ ВО «Дагестанский  
Государственный медицинский университет»  
МЗ РФ

djamalova\_1@mail.ru

*Аннотация.* Проведена сравнительная оценка эффективности назначения препарата назаваль в качестве профилактики возникновения аллергического ринита у детей, проживающих в г. Хасавюрт Республики Дагестан (РД) и страдающих аллергической реакцией на цветение амброзии. С этой целью изучены результаты исследований 156 пациентов в трех группах.

*Ключевые слова:* аллергический ринит, назаваль, амброзия, антигистаминные препараты.

**В** структуре аллергических заболеваний аллергический ринит имеет высокий удельный вес. Поздняя диагностика и несвоевременное лечение зачастую является причиной серьезных осложнений со стороны ЛОР органов, а также он может быть одним из проявлений бронхиальной астмы и других заболеваний дыхательной системы [1, 2, 5]. Аллергиче-

ский ринит — заболевание, проявляющееся воспалением слизистой носа в ответ на воздействие какого-то вещества (аллергена). Симптомы включают чихание, заложенность носа, зуд в носу, небе, першение в горле, отечность и покраснение глаз, а также отделяемое из носа. Также могут присутствовать неспецифические симптомы, такие как сонливость, слабость, утомляе-

мость. Заболевание это не опасное для жизни, но иногда ему сопутствует бронхиальная астма и/или склонность к анафилактическим реакциям [4, 6].

Чаще всего аллергический ринит вызван воздействием ингаляционных аллергенов, то есть тех, которые находятся в воздухе. Это может быть домашняя пыль, частицы шерсти домашних животных, химические вещества, пыль на производстве (например, цементная) и другие вещества, но самым распространенным триггером заболевания является пыльца растений. Обострение при аллергическом рините, вызванным воздействием пыльцы растений (такой ринит называют поллинозом) возникает в период цветения различных растений, начиная с ранней весны и до глубокой осени [7, 9, 14].

Может быть два сезонных обострения, например, весной или в начале лета в период цветения растений, а потом в конце лета или осенью, когда эти растения начинают высыхать, и их частицы разносятся с ветром.

Встречается форма аллергического ринита, когда симптомы возникают только в помещениях или в определенных местах, иногда заболевание может беспокоить весь год или цикличность обострений не обусловлена сезоном цветения.

Для диагностики заболевания важно тщательно опросить пациента, чтобы максимально сузить поиск возможных аллергенов.

Подтверждается аллергическая реакция на конкретный аллерген с помощью определения специфических антител к иммуноглобулину E (IgE) или кожных проб с аллергенами.

Нередко заболевание может вызываться не одним аллергеном, а несколькими, возможна перекрестная реакция с близкими аллергенами. В некоторых случаях не удается выявить с помощью анализов специфический аллерген, но клиническое исчезновение симптомов в ответ на пробное лечение подтверждает диагноз аллергического ринита.

Также для диагностики может использоваться определение уровня общего IgE, эозинофильного катионного белка (ЕСР), выявление повышенного уровня эозинофилов в общем анализе крови. Рентгенография и компьютерная томография может понадобиться, если предполагается, что аллергический ринит вызвал осложнения, например, синусит.

Лечебные мероприятия при аллергическом рините начинаются с прекращения воздействия аллергена,

что далеко не всегда возможно выполнить физически. Как и в былые времена — лучшим терапевтическим средством против аллергии является разобщение пациента с аллергеном. Но что делать, если у ребенка аллергия на цветение амброзии, а у родителей нет возможности вывезти ребенка из города в период цветения?

Важнейшее место в плане аллергизации детей в нашем регионе отводится амброзии. Амброзия — это сорное растение, произрастающее в южных регионах Российской Федерации (Краснодар, Ставрополь, Поволжье, Дагестан и др.). Растет она на любой почве и при любых условиях. Пыльца с потоками ветра разносится на сотни километров. Период активного цветения выпадает на август-сентябрь, когда выделяется огромное количество пыльцы этого растения. Последнее десятилетие аллергия на амброзию становится все более серьезной и охватывает с каждым годом сотни новых пациентов. Специалистами Управления Россельхознадзора по РД проведены рейдовые мероприятия на выявление амброзии полыннолистной в городах и районах Республики Дагестан. По результатам обследования общая площадь земель, зараженных злостным сорняком, составляет более 700 гектаров. В нашей республике, в частности, амброзия особенно распространена в городах Хасавюрте, Кизилюрте и Махачкале, где в целом проживают более одного миллиона населения.

Для профилактики и в комплексной терапии аллергического ринита: зуда в носу, отека слизистой носа и нарушения носового дыхания, обильных, жидких, прозрачных выделений из носа, приступов чихания и др. в последние годы чаще прибегают к использованию препарата назаваль [3, 10, 12]. Назаваль действует как естественный барьер по отношению к аэроаллергенам, препятствуя развитию аллергии. Применяется при аллергическом рините для защиты слизистой носа от аэроаллергенов и поллютантов, а также других агрессивных факторов внешней среды, вдыхаемых с воздухом. Перед применением следует провести гигиеническую очистку полости носа. Профилактически при аллергии на пыльцу растений (сезонная аллергия) рекомендуется начать использовать назаваль заблаговременно, за 1–2 недели до предполагаемого начала сезона опыления. При круглогодичном рините (аллергии на домашнюю пыль, животных и др.) назаваль можно использовать ситуационно за 5–10 минут до предполагаемого контакта с аллергеном. Профилактическое применение препарата снижает риск обострения аллергического ринита [8, 11, 13].

В связи с изложенным, **целью настоящего исследования** было изучение эффективности профилактического назначения препарата назаваль среди детей, проживающих в городе Хасавюрт Республики Дагестан

Таблица 1. Состав назального секрета у детей в норме

Возраст (годы)	эозинофилы	нейтрофилы	лимфоциты
0–1	1–5%		3–5%
1–3	До 7%	1–3%	1–3%
4–18	1–5%	1–5%	5–10%

и страдающих аллергическим ринитом в результате реакции на цветение амброзии.

Обследование прошли 156 пациентов, с диагнозом аллергический ринит. Отбор больных в исследование проводился из числа лиц, неоднократно обращавшихся за консультацией в Республиканский детский пульмонологический центр (РДПЦ) г. Махачкалы по поводу обострения аллергического ринита. Критериями включения в исследование были: а) аллергическая реакция, связанная с цветением амброзии; б) возраст от 7-ми до 18 лет; в) проживание в г. Хасавюрт. Пациенты были распределены на три группы: в первую группу были включены 72 (46,1%) пациентов, которые за 3–4 недели до начала цветения получали назаваль (в возрастной дозировке). Во вторую группу вошли 46 (29,5%) пациентов, получавших за 3–4 недели до начала цветения амброзии антигистаминные препараты зиртек/кларитин (внутри, в возрастной дозировке). В третью группу вошли 38 (24,3%) детей, получавших назаваль в сочетании с антигистаминными препаратами (в возрастной дозировке).

Полученные данные подвергали статистической обработке по рекомендациям математико-статистической обработки данных медицинских исследований [15] с использованием компьютерной программы «StatistikaV.5.5A».

Периодичность обследования составляла: на 1 неделе от появления первых клинических проявлений заболевания и на 24–25 день от начала заболевания. Родители пациентов были предупреждены, о целесообразности приема препаратов до начала цветения; отбор пациентов по группам производился с учетом пожеланий пациентов.

Проведена сравнительная оценка эффективности назначения препарата назаваль, в качестве профилактики возникновения аллергического ринита у детей, проживающих в Хасавюрте и страдающих аллергической реакцией на цветение амброзии. С этой целью изучены результаты исследований 156 пациентов в трех группах вышеуказанных групп пациентов.

Установлено, что у группы пациентов, получавших назаваль отмечалось: при легкой и средней степени тя-

жести — у 65%- отсутствие проявлений; у 35% — ослабление клинических проявлений. При тяжелой степени у 15% пациентов отмечалось ослабление симптомов аллергии. У группы пациентов, получавших антигистаминные препараты за 3–4 недели до начала цветения амброзии, отмечалось: при легком и среднетяжелом течении заболевания — у 70% исследуемых — отсутствие возникновения признаков аллергического ринита в период цветения; у 30-ти% — уменьшение клинических проявлений (остаются небольшая заложенность носа, без признаков зуда и чихания). При тяжелом течении — у 28% пациентов — ослабление клинических проявлений. У группы пациентов, получавших назаваль в сочетании с антигистаминными препаратами, отмечалось: при легком и среднетяжелом течении заболевания — отсутствие клинических проявлений у 67% пациентов и ослабление проявлений заболевания у 33% пациентов. При тяжелой степени тяжести имеется незначительное уменьшение симптоматики, сохраняются отек, чихание, но без затрудненного дыхания.

Всем пациентам во всех трех группах на первой неделе и на 24–25 день от начала заболевания проводилось исследование на IgE, а также цитологическое исследование секрета из полости носа на наличие эозинофилов. В табл. 1 представлены данные по содержанию эозинофилов, нейтрофилов и лимфоцитов в назальном секрете различных возрастных групп в норме.

Следует отметить следующие степени эозинофилии:

- ◆ Лёгкая — увеличение эозинофилов до 10%;
- ◆ Умеренная — 10–15%;
- ◆ Выраженная — более 15%.

При подготовке к обследованию нужно строго соблюдать следующее:

За 24 часа до взятия мазка не использовать местно-гормональные спреи, мази, солевые растворы, антигистаминные препараты.

Норма уровня Ig E старше 9-ти лет составляет 0–87 МЕ/мл.

При исследовании 156 пациентов у 85% больных выявлено повышение уровня Ig E за 3–4 недели до начала цветения амброзии:

Таблица 2. Первая группа (пациенты, получавшие назаваль по 1 впр. 3–4 раза в день)

	За 3–4 недели до цветения	1–2 неделя цветения	24–25 день от начала цветения
Ig E общий	150МЕ/л	130МЕ/мл	80МЕ/мл
Эозинофилы в мазке	10%	7%	5%

Таблица 3. Вторая группа (пациенты, получавшие антигистаминные препараты кларитин/зиртек в возрастной дозировке)

	За 3–4 недели до цветения	1–2 неделя цветения	24–25 день от начала цветения
Ig E общий	200 МЕ/мл	150 МЕ/мл	130 МЕ/мл
Эозинофилы в мазке	25%	20%	20%

Таблица 4. Третья группа (пациенты, получавшие назаваль + антигистаминные препараты)

Ig E общий	200 МЕ/мл	100 МЕ/мл	70 МЕ/мл
Эозинофилы в мазке	25%	30%	30%

- ◆ в 1 группе –150 МЕ/мл
- ◆ во 2 группе –200 МЕ/мл
- ◆ в 3 группе –200 МЕ/мл

В течение 1–2 недели от начала цветения у обследуемых детей отмечалось некоторое уменьшение уровня Ig E, которое соответственно составляло:

- ◆ в 1 группе –130 МЕ/мл
- ◆ во 2 группе –150 МЕ/мл
- ◆ в 3 группе –100 МЕ/мл

Следующее снижения уровня IgE у пациентов наблюдалось на 24–25 день от начала цветения амброзии (примерно через месяц):

- ◆ в 1 группе — 80 МЕ/мл;
- ◆ во 2 группе — 130 МЕ/мл;
- ◆ в 3 группе — 70 МЕ/мл.

Таким образом можно заметить четкую тенденцию по снижению IgE после начала проведения терапии во всех трех группах.

Всем больным во всех трех группах было проведено цитологическое исследование секрета из полости носа на наличие эозинофилов:

Следует отметить, что по данным проведенных исследований в 1 группе пациентов, получавших назаваль за 3–4 недели до начала цветения амброзии отмечалось повышение содержания эозинофилов до 10%. Далее, после начала использования назаваль на 1–2 неделе от начала цветения количество эозинофилов уменьшилось до 7%. Следующее снижение количества эозинофилов отмечалось на 24–25 день от начала цветения (до 5%).

Таким образом, учитывая, что на данный момент неизвестны случаи передозировки препаратом Назаваль, либо возникновение каких-либо побочных реакций, а также препарат можно использовать в детском возрасте, для получения максимального эффекта препарат нужно использовать перед каждым контактом детей с аллергенами. Это связано с тем, что препарат защищает от развития аллергии, действует как естественный барьер по отношению к аэроаллергенам, препятствуя развитию аллергии у детей.

Показана сравнительная эффективность назначения препарата назаваль в качестве профилактики возникновения аллергического ринита у детей, страдающих аллергической реакцией на цветение амброзии в условиях Республики Дагестан.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асланова А.Ю., Алискандиев А.М., Израилов М.И. и др. Применение внутривенного иммуноглобулина пентаглобин в комплексном лечении тяжелых внебольничных пневмоний у детей //Российский педиатрический журнал. 2019. Т. 22. № 1. С. 28–32.
2. Арсланова А.Ю., Алискандиева З.А., Исмаилова Ф.Э. Эпидемиологические аспекты внебольничной пневмонии у детей и подростков Республики Дагестан //Российский педиатрический журнал, 2019. Т. 22. № 6. С. 349–353.
3. Детские болезни: учебник/ под ред. Р.Р. Кильдияровой. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. — 832 с.

4. Дробик О.С., Насунова А.Ю. Аллергический ринит: взгляд аллерголога //Вестник оториноларингологии. 2014, № 2. С. 82–85.
5. Зайцева О.В. Подходы к диагностике и лечению аллергического ринита // Вестник оториноларингологии. — 2011, № 5. С. 62–65.
6. Инфекционные болезни: национальное руководство. /Под ред. Н.Д. Ющука, В.Д. Венгерова. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. — 1056 с.
7. Исмаилова Ф.Э., Нагиева С.Э. Вскармливание детей грудного возраста /Учебно-методическое пособие. Изд-во: Дагестанский государственный медицинский университет. Махачкала, 2018. — 75 с.
8. Лопатин А.С. Аллергический ринит //Русский медицинский журнал. — 2003. Т. 11, № 8. — С. 446–452.
9. Нагиев Э.Р. Роль критических систем в определении устойчивости организма к воздействию экстремальных факторов внешней среды. Изд-во: Дагестанский государственный медицинский университет. Махачкала: 2006. — 183 с.
10. Нагиев Э.Р., Арбуханова М.С. Фармацевтическая биохимия. / Изд-во: Дагестанский государственный медицинский университет. Махачкала: 2018. — 80 с.
11. Нагиев Э.Р., Исмаилова Ф.Э. Пособие по возрастной биохимии /Учебное пособие. Издательство: Дагестанский государственный медицинский университет. Махачкала: 2009. — 251 с.
12. Педиатрия. Национальное руководство /под ред. Баранова А.А. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2015. — 768 с.
13. Справочник врача-педиатра. Учебное пособие /под ред. Кильдияровой Р.Р., Колесниковой М.Б. 3-е издание, переработанное и дополненное. — М.: ГЕОТАР-Медиа, 2017. — 256 с.
14. Шабалов Н.П. Детские болезни: учебник для медицинских вузов в 2 т, 8-издание, переработанное и дополненное. — СПб, 2019. — 896 с.
15. Юнкеров В.И., Григорьев С.Г. Математико-статистическая обработка данных медицинских исследований. — СПб: Военно-медицинская академия. 2002. — 266.

© Далгатова Асера Арабхановна ( asera.dalgatova@mail.ru ), Мусаева Сарат Феликсовна ( musaeva\_dgmu@mail.ru ),  
Асалиева Аида Руслановна ( asalieva\_lech@mail.ru ), Шихавова Умсапият Руслановна ( Shikhvova@mail.ru ),  
Хасбулатова Ниара Хасбулатовна ( niara\_pharma@mail.ru ), Джамалова Милена Георгиевна ( djamalova\_1@mail.ru ).  
Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»



Дагестанский государственный медицинский университет