

*І.В. ГОГУНСЬКА, Д.Д. ЗАБОЛОТНА, І.С. ЗАРИЦЬКА*

## **НАЗАФОРТ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СЕЗОННИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ З СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО ПИЛКУ БУР'ЯНІВ**

*ДУ “Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України”  
(дир. – акад. НАМН України, проф. Д.І. Заболотний)*

Алергічний риніт (АР) – це запальне, IgE-опосередковане захворювання, що характеризується закладеністю носа, ринореєю, чханням та/або свербінням порожнини носа, постназальним затіканням слизу та є одним з найпоширеніших хронічних захворювань, що вражає дорослих та дітей [1-4].

За різними даними, поширеність АР серед дитячого населення України сягає від 4 до 40%, а серед дорослого – від 10 до 20%. На думку С.Д. Юр'єва та співавторів (2019), в Україні спостерігається гіподіагностика АР, оскільки більшість дорослого населення з легкими проявами АР до лікарів-алергологів не звертається, використовуючи самолікування різними антигістамінними засобами [5, 6].

У значної частини пацієнтів при АР у патологічний процес залучається не тільки порожнина носа, але й слизова оболонка навколоносових синусів, глотки, гортані, кон'юнктиви, середнього вуха тощо.

Незважаючи на те, що у переважній більшості пацієнтів АР не є тяжким захворюванням, він чинить значний вплив на якість життя (ЯЖ), психологічний стан і соціальне функціонування пацієнта [7]. Близько 55% хворих на АР відзначають серйозні порушення ЯЖ [8]. Згідно з даними дослідження ERAР, 35% хворих на цілорічний АР відзначають негативний вплив захворювання на сон, 70% – кар'єру, 90% – особисте життя [9]. Дослідження ERASM показало, що більш ніж 70% хворих на сезонний АР відзначають порушення настрою та сну в сезон паліації [10]. Як правило, ступінь пору-

шень сну прямо корелює з тяжкістю захворювання, призводить з часом до зниження продуктивності праці та ризику розвинення супутніх захворювань [4, 9-11]. За результатами аналізу даних шкали глобального клінічного враження (CGI) в групах пацієнтів з хронічними захворюваннями було зроблено висновок, що АР чинить більший вплив на якість життя та продуктивність праці, ніж цукровий діабет та гіпертонічна хвороба [12].

Класифікація симптомів пацієнта з алергією за частотою та тяжкістю дозволяє зробити більш адекватний підбір лікування. Частоту симптомів алергічного риніту поділяють на періодичну (<4 дні на тиждень або <4 тижні/рік) та стійку (>4 днів на тиждень та >4 тижні/рік) [13].

В Україні, за даними досліджень Б.М. Пухлика, В.В. Роднікової та інших авторів, найбільш частою причиною полінозу (у напрямку зниження) є пилок бур'янів (амброзії, полину, лободи), дерев (берези, тополі, ліщини) та злакових [14]. Зміни клімату сприяють все більшому розповсюдженню в Україні карантинного бур'яну амброзії, пилок якого є клінічно найбільш важливим джерелом сезонних аероалергенів та зумовлює тяжкі випадки алергічного риніту, заострення астми й алергічного кон'юнктивіту [15].

Таким чином, актуальність проблеми алергічної патології у світовому масштабі важко переоцінити, що призводить до потреби вдосконалення як тактики лікування пацієнтів, так і безпосередньо лікарських

засобів. Міжнародні погоджувальні документи та рекомендації на засадах доказової медицини регламентують тактику лікування тієї чи іншої алергічної патології та охоплюють різноманітні групи препаратів, які впливають на ланки патогенезу захворювання. В Україні діагностику та лікування АР рекомендується виконувати за критеріями Міжнародного погоджувального документу ARIA (2016, 2020) і вітчизняного уніфікованого клінічного протоколу “Алергічний риніт” (2016) [4, 16-17].

Вибір фармакотерапії для пацієнтів з АР залежить від декількох факторів, зокрема віку, провідних симптомів, тяжкості симптомів, АР-контролю, побажань пацієнта й вартості. Контакт з алергенами, ступінь забруднення і симптоми постійно змінюються, потребуючи корекції лікування. У рамках проекту MASK система підтримки прийняття клінічних рішень базується на алгоритмі, який допомагає лікарям вибрати фармакотерапію для пацієнтів з АР і стратифікувати тяжкість захворювання [18] (рис. 1).

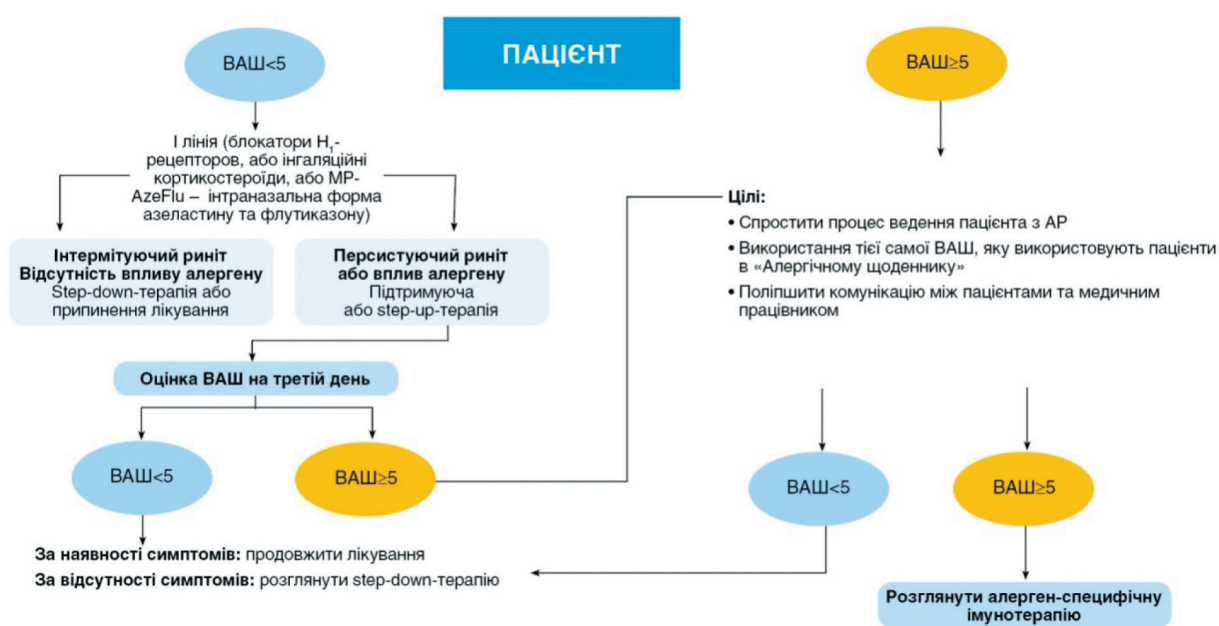


Рис. 1. Системи підтримки прийняття клінічних рішень щодо АР (див. J. Bousquet et al., 2016 [18]).

До рекомендованих лікарських засобів (ЛЗ) першої лінії лікування АР відносяться блокатори H1-рецепторів або антигістамінні препарати (АГП). Сучасні АГП другого покоління практично не проникають крізь гематоенцефалічний бар'єр, не мають седативного та холінолітичного впливу, практично не впливають на психомоторні функції. АГП другого покоління левоцетиризин розпочинає діяти раніше та діє триваліше щодо вираженості симптомів АР порівняно з деякими іншими антигістамінними засобами. Левоцетиризин проявляє здатність збільшувати прохідність верхніх дихальних шляхів у пацієнтів з сезонним АР, що досягається за рахунок протизапальної дії. Цей факт ви-

гідно відрізняє левоцетиризин від деяких інших представників АГП [19].

Одним з найважливіших вимог при АР є максимальне уникнення контакту з алергеном (елімінація). Це особливо важливо в тих випадках, коли існують певні обмеження для застосування фармакологічних засобів. Альтернативні методи лікування та профілактики АР зокрема скеровані на створення бар'єру, який перешкоджає контакту алергенів зі слизовою оболонкою верхніх дихальних шляхів (ВДШ) і впливу на неї [20-21]. Такий бар'єр може бути створений при використанні назального засобу, який є мікронізованою гідроксипропілметилцелюлозою (ГПМЦ). ГПМЦ вступає в реакцію з воло-

гою поверхнею ендотелію порожнини носа, де формує прозорий гелеподібний захисний бар'єр, який запобігає контакту між інгаляційними алергенами та слизовою оболонкою, дегрануляції тучних клітин та вивільненню імуноглобуліну Е та гістаміну. Середній розмір мікрочастинок целюлози складає 118 мкм (від 5 до 500 мкм), що заважає її проникненню в трахею, бронхи та альвеоли.

Застосування ГПМЦ для профілактики АР розпочалось у Великобританії ще у 1994 р. У 2002 р. цей продукт отримав дозвіл на маркетування і надійшов у продаж у Великобританії під торговим найменуванням Nasaleze. ГПМЦ для назального застосування зареєстровано більше ніж у 50 країнах світу. В Україні ГПМЦ зареєстрований у 2019 р. під торговою назвою “Назафорт захист від алергії” (далі “Назафорт”), діюча речовина – мікронізована гідроксипропілметилцелюлоза (ГПМЦ) – 788 mg (мг); допоміжна речовина: екстракт м'яти перцевої – 12 mg (мг), виробник “Назалезе Лімітед” (Великобританія).

З 2003 р. проведено більше 20 клінічних досліджень засобу “Nasaleze/ Назаваль”, у яких підтверджено ефективність та безпеку застосування ГПМЦ в лікуванні пацієнтів з АР [22-26]. Зокрема, у дослідженні J.C. Emberlin, R.A. Lewis (2005) наведено вагомі докази того, що застосування “Назалезе” (ГПМЦ) зменшує потребу в протиалергічних ЛЗ при наявності симптомів полінозу [27].

### **Матеріали та методи**

Метою проведеного спостережного клінічного дослідження була оцінка ефективності та безпеки застосування назального спрею “Назафорт” в лікуванні хворих на сезонний алергічний риніт з сенсibiliзацією до пилку бур'янів.

До двох груп дослідження залучено 60 пацієнтів з сезонним алергічним ринітом (САР), у яких було підтверджено сенсibiliзацією до пилку бур'янів.

### **Критерії включення:**

1. Хворі на сезонний алергічний риніт з сенсibiliзацією до пилку амброзії і полину, яка підтверджена даними шкірних проб та/або результатами визначення загального та/або специфічних імуноглобулінів Е.

2. Чоловіки та жінки віком від 18 до 55 років.

3. Вираженість симптомів АР за візуально-аналоговою шкалою (ВАШ) менше 5 балів на момент скринінгу.

4. Наявність клінічних симптомів алергічного риніту (закладеність носа, ринорея, свербіння в порожнині носа, чхання), причому вираженість закладеності носа не менше 2 балів, а вираженість всіх симптомів в сумі становить не менше 6 балів на момент скринінгу.

### **Критерії виключення:**

1. Будь-які захворювання або стани порожнини носа і глотки, які можуть перешкоджати оцінці ефективності (наприклад, вірусний або бактеріальний риносинусит, викривлення носової перегородки та/або гіпертрофія носових раковин з порушенням носового дихання, назальні поліпи);

2. Необхідність в призначенні не рекомендованих методів лікування під час проведення дослідження;

3. Пацієнти з бронхіальною астмою.

При вираженості симптомів АР менше за 5 балів відповідно до шкали ВАШ рекомендується призначення антигістамінних препаратів, інтраназальних кортикостероїдів або їх комбінації (Bousquet J. et al., 2016) [4].

З огляду на рекомендації керівництва ARIA (2016, 2020), до клінічного дослідження було залучено 60 хворих на алергічний риніт з вираженістю симптомів за шкалою ВАШ менше за 5 балів.

Пацієнти були розподілені рівномірно на основну та контрольну групи по 30 осіб в кожній. Хворі основної групи отримували щоденно таблетки левоцетиризину у дозі 10 мг та тричі на добу – інсуфляції “Назафорт” у кожну половину порожнини носа. Пацієнти в контрольній групі отримували лише таблетку левоцетиризину 10 мг щодня. Лікування у кожній групі тривало 30 діб. Усі пацієнти основної та контрольної групи закінчили повний курс лікування та обстеження у повному обсязі.

Динаміку симптомів САР оцінювали на 10-у, 20-у та 30-у добу лікування за критеріями, що подані нижче.

1. Об'єктивні клінічні ознаки АР, які оцінюються лікарем після виконання ри-

носкопії та/або ендоскопії порожнини носа за загальноприйнятими методиками:

- набряк слизової оболонки порожнини носа;
- кількість секрету в порожнині носа.

Ступінь вираженості ознаки визначається в балах за шкалою, де 0 – відсутність ознаки; 1 – слабкий ступінь вираженості; 2 – помірний ступінь вираженості; 3 – значний ступінь вираженості.

2. Суб'єктивні клінічні ознаки АР, які оцінюються пацієнтом:

- закладеність носа;
- ринорея;
- свербіння в порожнині носа;
- чхання.

Для контролю наведених вище чотирьох основних симптомів АР використовувався загальноприйнята бальна система – шкала загальної тяжкості симптомів риніту TNSS (загальна оцінка назальних симптомів), відповідно до якої виділяється 4 рівня за значеннями балів від 0 до 3 [29-30]:

0 – відсутність симптомів (відсутність проявів);

1 – легкі симптоми (мінімальні прояви, легко переносяться);

2 – помірні симптоми (помірна вираженість симптомів);

3 – виражені симптоми (симптоми, які важко переносити; погіршують якість життя та / або порушують сон).

Таким чином, максимальна можлива загальна кількість симптомів за шкалою TNSS становить 12 балів.

3. Оцінка ступеню поліпшення стану пацієнта за шкалою CGI-I (шкала глобального клінічного враження, підшкала оцінки ступеню поліпшення стану).

Після закінчення курсу лікування пацієнтові пропонується порівняти свій стан до та після лікування, а також оцінити, наскільки він змінився:

- виражено покращився;
- помітно покращився;
- дещо покращився;
- залишився без змін;
- дещо погіршився;
- став помітно гірше;
- дуже сильно погіршився.

З семи можливих градацій позитивною відповіддю на лікування вважається відповідність категоріям “виражене поліпшення” або “помітне поліпшення”. В іншому випадку відповідь на лікування розглядається як негативний результат.

4. Оцінка вираженості симптомів АР за шкалою ВАШ.

Оцінка ступеню тяжкості симптомів АР за шкалою ВАШ виконується самим пацієнтом, який відмічає відповідь на питання “Наскільки симптоми пов’язані з АР турбують Вас сьогодні?” на відрізок у 10 сантиметрів, де один сантиметр відповідає одному балу (рис. 2). При цьому варіант відповіді “не турбують взагалі” приймається за 0 балів, а відповідь “дуже сильно турбують”, приймається за 10 балів, як це рекомендовано у останньому керівництві ARIA[16].

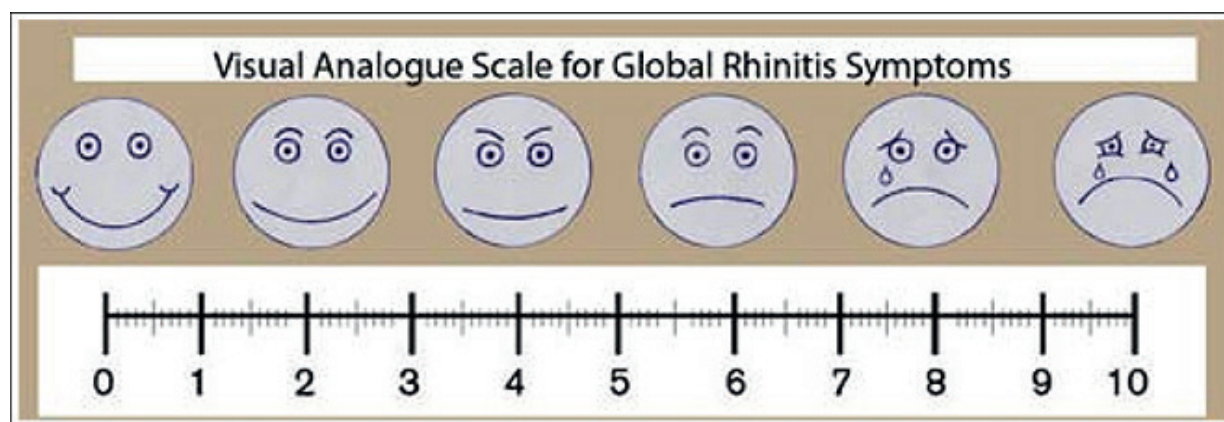


Рис. 2. Візуально-аналогова шкала для оцінки симптомів АР.

Клініко-демографічні дані пацієнтів, які були залучені до дослідження, підсумовані у табл. 1.

## Характеристика пацієнтів у групах дослідження

Характеристика	Основна група (n=30)	Контрольна група (n=30)
Кількість чоловіків/жінок	17/13	16/14
Середній вік (роки)	30,0±5,5	28,9±6,3
<b>Симптоми САР до лікування:</b>		
- ринорея	90 %	93,3%
- закладеність носа	86,7%	83,4%
-чихання	46,7%	46,7%
-свербіння у порожнині носа	33,4 %	30 %
<b>Сенсибілізація до пилку бур'янів*:</b>		
- амброзія	25	26
- полин	10	8
- соняшник	8	9
Сенсибілізація до пилку трав*	10	12
Сенсибілізація до пилку дерев*	10	9
Сенсибілізація до кліщів домашнього пилу*	8	10

Примітки:

- \* - у частини пацієнтів має місце поєднання симптомів;
- Чисельні дані наводяться як середнє значення із стандартним відхиленням; частота як кількість і відсоток досліджуваних з певними варіаціями (змiнами).

Усі пацієнти, які були залучені до дослідження, на момент початку лікування вже мали підтвердження сенсибілізації до пилку бур'янів за результатами алерготестування (шкірні прик-тести або визначення специфічного IgE). Більшість пацієнтів у дослідженні (73,4 %) демонстрували полівалентну сенсибілізацію (див. табл. 1).

Усі пацієнти, залучені до дослідження, мали прояви алергії у вигляді назальних симптомів. Очні симптоми спостерігались менш ніж у чверті пацієнтів в кожній групі. Згідно з даними анамнезу, майже третина пацієнтів обох груп (29,7%) повідомляли про наявність алергічних захворювань у близьких родичів, що свідчить про їх генетичну схильність до формування алергічної патології. Серед пацієнтів у дослідженні тривалість захворювання на САР з сенсибілізацією до пилку бур'янів становила від одного до 22 років.

Достовірність отриманих результатів оцінювалась за критерієм Стьюдента.

### **Результати та їх обговорення** **Результати об'єктивного обстеження пацієнтів у групах дослідження**

Після початку лікування в обох групах дослідження спостерігалось швидке зниження вираженості таких об'єктивних ознак АР, як “набряклість слизової оболонки порожнини носа” та “кількість секрету в порожнині носа”. Під час першого огляду після початку лікування (10-а доба) як в основній групі пацієнтів (левоцетиризин + Назафорт), так і в контрольній групі (левоцетиризин) на момент виконання риноскопії середній бал вищезначених об'єктивних ознак АР зменшився більш ніж вдвічі. Виявлено, що протягом дослідження (від 10-ї доби до останньої – 30-ї доби спостереження) динаміка зменшення середнього балу об'єктивних ознак АР залишалась більш вираженою в основній групі дослідження (рис. 3), однак статистична достовірність згаданих відмінностей підтверджена не була.

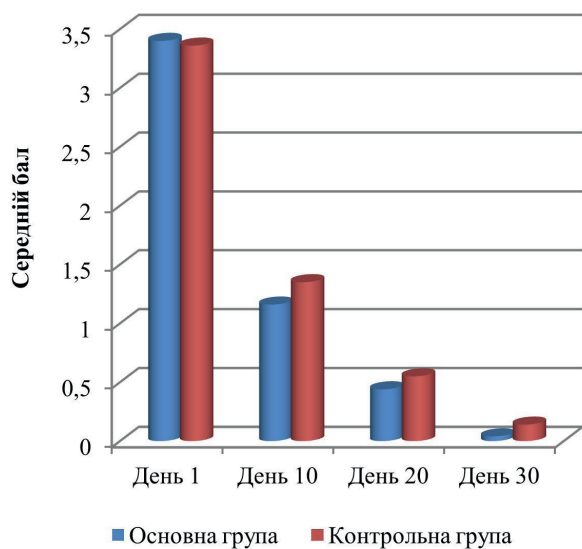
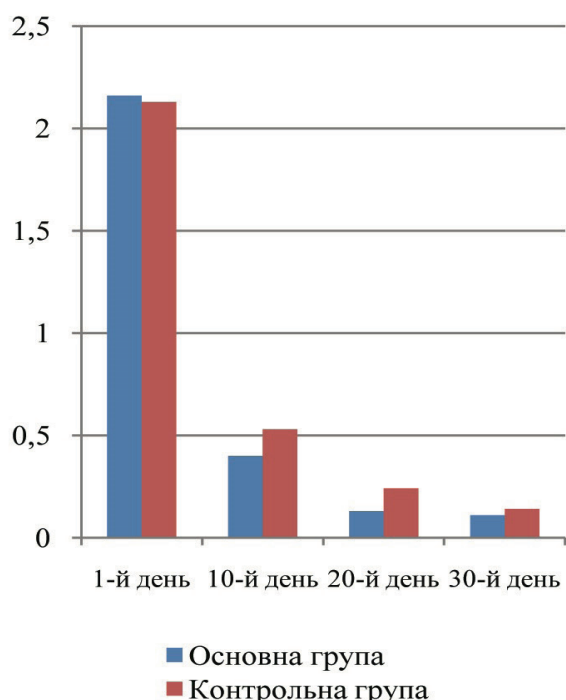


Рис. 3. Динаміка середнього балу даних риноскопії у групах дослідження

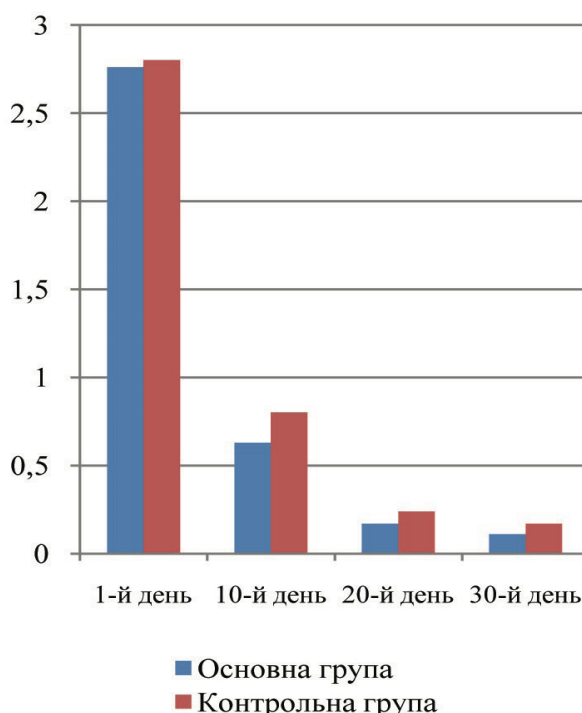
Звертає увагу, що у чотирьох хворих контрольної групи і тільки у одного пацієнта основної групи на 30-у добу лікування кількість секрету було оцінено в один бал, що можна пояснити додатковою позитивною дією “Назафарту” на ексудацію слизової оболонки порожнини носа при АР.

**Оцінка ефективності лікування в групах дослідження за результатами загальної шкали назальних симптомів**

Серед пацієнтів у групах дослідження спостерігався позитивний результат від проведеного лікування у вигляді суб’єктивного відновлення носового дихання, зменшення ринореї, свербіння у носі та чихання. Аналіз показників суб’єктивної оцінки проводився за динамікою вираженості середнього балу окремих вище згаданих симптомів та їх сумарною динамікою у групах дослідження.



А



В

Рис. 4. Динаміка середнього балу симптомів в групах дослідження А – “закладеність носа”, В – “ринорея”.

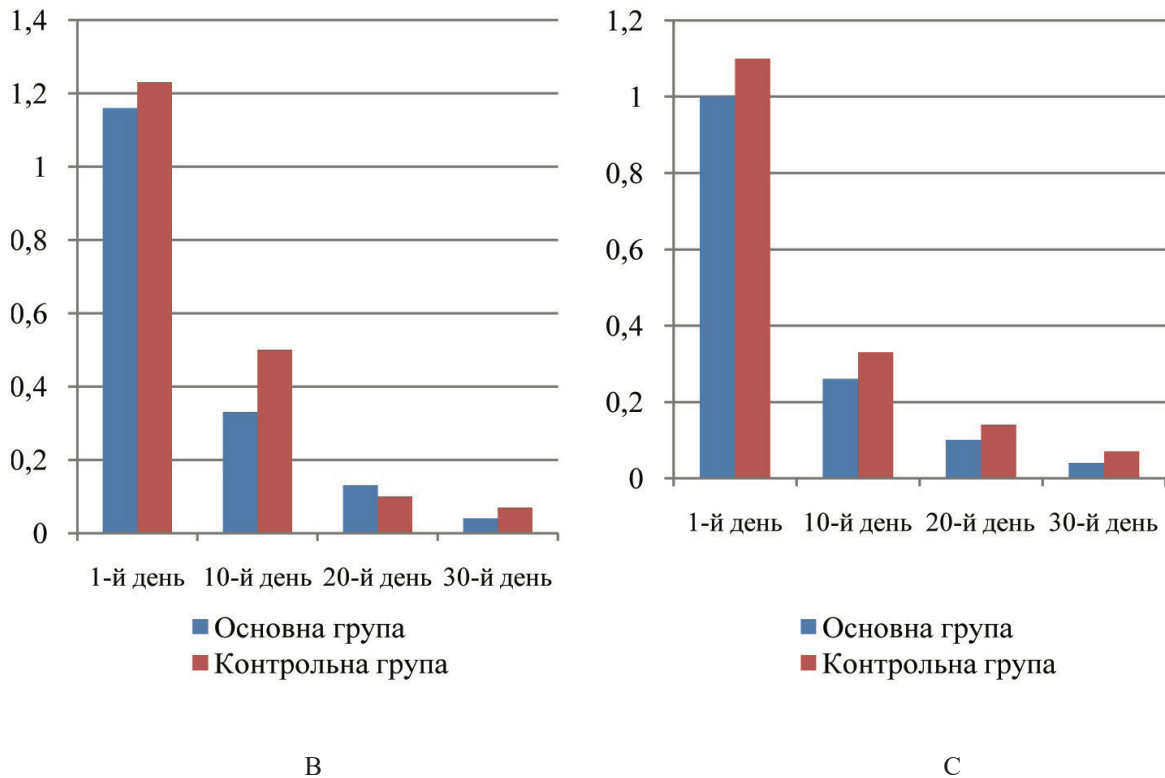


Рис. 4. Динаміка середнього балу симптомів в групах дослідження С – “чихання”, D – “свербіння в порожнині носа”.

В обох групах дослідження не спостерігалось достовірної різниці у вираженості згаданих симптомів до початку лікування: найбільш вираженими та частими були симптоми “ринорея” та “закладеність носа”.

Як видно з даних, представлених на рис. 4, в процесі подальшого спостереження за пацієнтами виявлено, що значне покращення носового дихання та зменшення кількості виділень з порожнини носа було досягнуте вже на момент другого візиту (10-а доба спостереження) у пацієнтів обох груп. В основній групі вираженість назальних симптомів зменшилась на 73,8%, а в групі контролю – на 71,7%.

Однак, як на момент другого візиту, так і при оцінці під час 3-го (20-а доба) та 4-го (30-а доба) візитів, у пацієнтів основної групи спостерігалась виражена тенденція до більш швидкого зниження середнього балу окремих симптомів, які оцінювались за шкалою TNSS.

До лікування середній сумарний бал назальних симптомів (TNSS) не відрізнявся

достовірно у групах дослідження та становив  $7,100 \pm 1,125$  та  $7,267 \pm 1,015$  в основній та контрольній групах, відповідно. Для порівняння динаміки TNSS в основній та контрольній групах був використаний критерій t-Стюдента для залежних вибірок. Дані представлено в табл. 2.

На 10-у добу лікування виявлено достовірну різницю середнього сумарного балу назальних симптомів:  $1,667 \pm 0,606$  та  $2,033 \pm 0,669$  ( $p < 0,01$ ) при порівнянні результату у основній та контрольній групах (табл. 2). При аналізі загальних середніх назальних балів на момент третього та четвертого візитів (20-а та 30-а доба) простежувалась тенденція до більш вираженого зниження показника серед пацієнтів основної групи, однак різниця не була достовірною.

Таким чином, можна вважати, що більш значний і швидкий ефект лікування у основній групі може бути додатково обумовлений “бар’єрним” ефектом “Назафортю.”

## Динаміка TNSS в групах дослідження

Доба дослідження	Середнє значення TNSS		Емпіричне значення критерію	Рівень значимості
	основна група	контрольна група		
1-а	7.1±1.125	7.267±1.015	0.518	0.609
10-а	1.667±0.606	2.033±0.669	2.796	0.009**
20-а	0.567±0.568	0.6±0.675	0.177	0.861
30-а	0.267±0.45	0.433±0.568	1.409	0.169

Примітка: \*\* -  $p < 0,01$  на 10-у добу дослідження при порівнянні показників основної та контрольної груп.

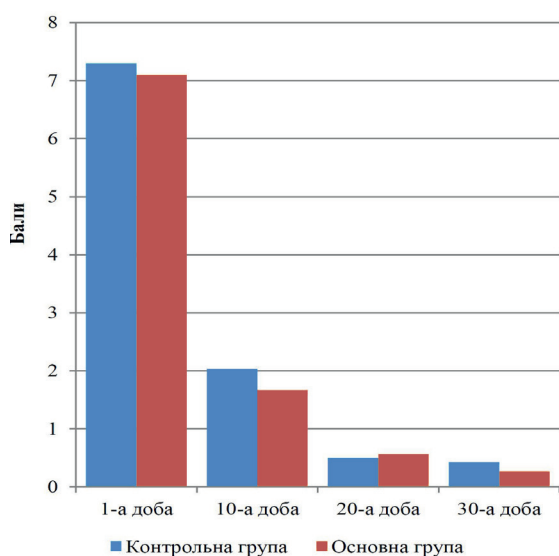


Рис. 5. Динаміка загального середнього балу назальних симптомів (TNSS) у хворих на АР в групах дослідження.

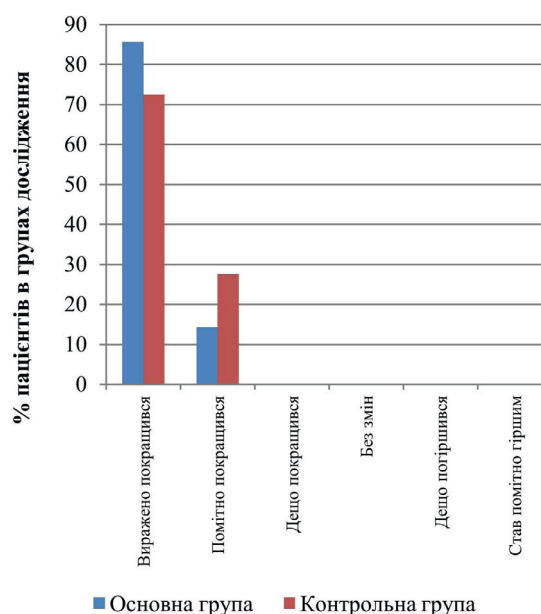


Рис. 6. Оцінка динаміки поліпшення стану пацієнта за шкалою CGI-I.

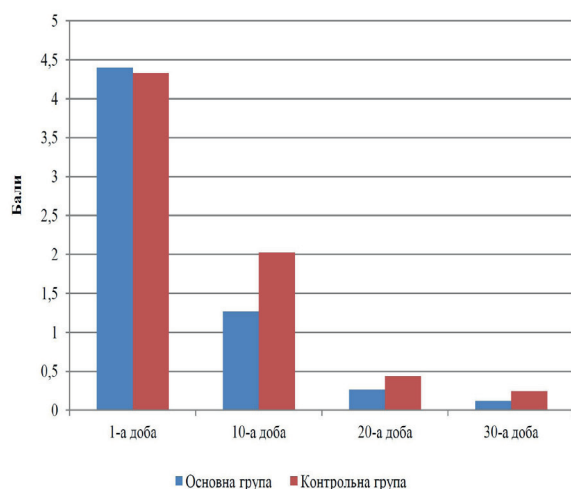


Рис. 7. Динаміка балів ВАШ в групах дослідження.

### Оцінка ефективності лікування за шкалою CGI-I

Дані опитування пацієнтів груп дослідження за шкалою CGI-I (шкала глобального клінічного враження), підшкала оцінки ступеню поліпшення стану) [12] фіксувалися до початку лікування та на 30-у добу лікування. Після аналізу отриманих даних виявлено, що відповідь на лікування була позитивною у всіх пацієнтів, які закінчили лікування, тобто відповідали категоріям “виражене покращення” або “помітне покращення”.

Стан на 30-у добу лікування був оцінений як “виражено покращився” 24 пацієнтами основної групи (85,7%) та 21 пацієнтом



контрольної групи (72,41%). Таким чином, наведені дані шкали CGI-I підтверджують вищу ефективність лікування в групі пацієнтів, які застосовували назафорт.

**Оцінка ефективності лікування у групах дослідження за візуально-аналоговою шкалою**

Стійка тенденція до більш високої ефективності лікування в основній групі (левоцетиризин та назафорт) підтверджена після аналізу динаміки оцінки за ВАШ в дослідженні (рис. 7).

Достовірно більш вираженим було зниження оцінки пацієнтів за шкалою ВАШ в основній групі на 10-у добу дослідження (табл. 3).

В проведеному дослідженні спостерігався сприятливий профіль переносимості та безпеки досліджуваного назального спрею “Назафорт”. Тільки двоє хворих основної групи (6,6%) повідомили про неприємні відчуття, які, на їх думку, могли бути пов’язані з застосуванням назального спрею “Назафорт”. 1 пацієнт під час третього та четвертого візитів скаржився на посилення відчуття стікання слизу по задній стінці глотки, яке його турбувало до початку лікування; 1 хвора на час останнього візиту (30-а доба лікування) скаржилась на підвищену в’язкість слизу в носовій порожнині. Пацієнти характеризували згадані симптоми як слабо виражені та не припиняли застосування “Назафорту”.

Таблиця 3

Динаміка балів ВАШ в групах дослідження

Доба дослідження	Середнє значення ВАШ		Емпіричне значення критерію	Рівень значимості
	основна група	контрольна група		
1-а	4,4±0,814	4,333±0,88	-0,812	0,423
10-а	1,267±0,521	2,033±1,273	3,218	0,003**

Примітка: \*\* -  $p < 0,01$  на 10-у добу дослідження при порівнянні показників основної та контрольної груп.

**Висновки**

Таким чином, в дослідженні продемонстровано, що застосування назального спрею “Назафорт” у комбінації з левоцетиризином в лікуванні хворих на САР сприяє більш вираженому та швидкому регресу об’єктивних та суб’єктивних клінічних проявів захворювання.

Отримані результати можна розглядати як непряме підтвердження відомих даних про бар’єрну властивість “Назафорту” при його інсуфляції в порожнині носа, що перешкоджає контакту алергену з шоковим органом.

1. Seidman MD, Gurgel RK, Lin SY, Schwartz SR, Baroody FM, Bonne JR, et al. Guideline Otolaryngology Development Group. AAO-HNSF. Clinical practice guideline: allergic rhinitis. Otolaryngol Head Neck Surg. 2015 Feb;152(1 Suppl): S1-43. doi: 10.1177/0194599814561600.
2. Min YG. The pathophysiology, diagnosis and treatment of allergic rhinitis. Allergy Asthma Immunol Res. 2010 Apr;2(2):65-76. doi: 10.4168/aaair.2010.2.2.65.
3. Mattos JL, Woodard CR, Payne SC. Trends in common rhinologic illnesses: analysis of U.S. health-care surveys 1995-2007. Int Forum Allergy Rhinol. Jan-Feb 2011;1(1):3-12. doi: 10.1002/alr.20003.
4. Brożek JL, Bousquet J, Agache I, Agarwal A, Bachert C, Bosnic-Anticevich S, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines – 2016 revision. J Allergy Clin Immunol. 2017 Oct;140(4):950-958. doi: 10.1016/j.jaci.2017.03.050.
5. Yurjev SD, Kurchenko AI, Fedoruk GV. [Algorithm of selecting patients with allergic rhinitis and sensitization to house dust mites to conduct allergen immunotherapy]. Immunology and allergology: science and practice. 2019;(1):46-53. [Article in Ukrainian].
6. Zubchenko SO, Yuriev SD. Assessment diagnostic criterion patients with different clinical and laboratory manifestations of sensitization to house dust mites efficiency and forecasting allergen specific immunotherapy based on allergies component diagnostic. Int. Rev. Allergol. Clin. Immunol. Family Med. 2015;21(4):109-16.
7. Makarenko OV, Solomko DS. Pharmacoeconomic evaluation of allergic rhinitis treatment. Pharmacology and drug toxicology. 2014;39(3):82-7.
8. Szelenyi I. Allergic rhinitis: meaningful and less meaningful combination treatments including remissions. Pharmazie. 2014 Jun;69(6):414-6.
9. Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, Klossek JM, Groupe Pragma. [ERAP, a pharmaco-epidemiologic survey on perennial allergic rhinitis in every day medical practice in France]. Presse Med. 2003 Jun 28;32(23):1066-73. [Article in French].
10. Demoly P, Allaert FA, Lecasble M, PRAGMA. ERASM, a pharmacoepidemiologic survey on management of intermittent allergic rhinitis in every day general medical practice in France. Allergy. 2002 Jun;57(6):546-54. doi: 10.1034/j.1398-9995.2002.t01-1-13370.x.
11. Allam J-P, Wuestenberg E, Wolf H, Klimek L, Decot E, Horn A, et al. Immunologic response and safety in birch pollen sublingual versus oral vestibule immunotherapy: a pilot study. J Allergy Clin Immunol. 2014 Jun;133(6):1757-9.e3. doi: 10.1016/j.jaci.2014.03.026.
12. de la HozCaballer B, Rodríguez M, Fraj J, Cerecedo I, Antolín-Amérigo D, Colás C. Allergic rhinitis and its impact on work productivity in primary care practice and a comparison with other common diseases: the Cross-sectional study to evaluate work Productivity in allergic Rhinitis compared with other common diseases (CAPRI) study. Am J Rhinol Allergy. Sep-Oct 2012;26(5):390-4. doi: 10.2500/ajra.2012.26.3799.
13. Bousquet J, Khaltayev N, Cruz AA, Denburg J, Fokkens WJ, Togias A, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy. 2008 Apr;63 Suppl 86:8-160. doi: 10.1111/j.1398-9995.2007.01620.x.
14. Rodinkova VV. [Scientific substantiation of the monitoring and prevention system of the impact of allergenic factors of biological origin on the health of the urban population of Ukraine] [dissertation]. Kiev; 2015. 40 p. [In Ukrainian].
15. Garib V, Zubchenko S, Chopyak V, Gajewska V, Gajewsky V. [The molecular overview of sensitization to weed pollen allergens and its possible clinical application in Ukraine for the optimal allergoimmunotherapy]. Zhurnal vushnyh, nosovyh ta gorlovyh hvorob. 2016;(6):28-41. [In Ukrainian].
16. Bousquet J, Schünemann HJ, Togias A, Bachert C, Erhola M, Hellings PW, et al. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol. 2020 Jan;145(1):70-80.e3. doi: 10.1016/j.jaci.2019.06.049.
17. Unified clinical protocol for primary, secondary (specialized) and tertiary (highly specialized) medical care "Allergic rhinitis". Rinologiya. 2017(3-4):19-43.
18. Bousquet J, Schunemann HJ, Hellings PW, Arnavielhe S, Bachert C, Bedbrook A, et al. MACVIA clinical decision algorithm in adolescents and adults with allergic rhinitis. J Allergy Clin Immunol. 2016;138(2):367-374. doi: 10.1016/j.jaci.2016.03.025.
19. Ciprandi G, Cirillo IG, Vizzaccaro A, Tosca MA. Levocetirizine improves nasal symptoms and airflow in patients with persistent allergic rhinitis: a pilot study. Eur Ann Allergy Clin Immunol. 2005 Jan;37(1):25-9.
20. Tarasova GD, Zaitseva OV, Torgovanova EA. [Preventive barrier for allergic rhinitis]. Russian Journal of Allergy. 2012;(2):69-72. [Article in Russian]. doi: <https://doi.org/10.36691/RJA745>.
21. Geppe NA, Snogotskaya MN, Konopelko OY. [New in the prevention and treatment of seasonal

- allergic rhinitis]. *Lechaschi Vrach*. 2010;(1):39-42. [Article in Russian].
22. A nasally applied cellulose powder in seasonal allergic rhinitis (SAR) in children and adolescents; reduction of symptoms and relation to pollen load Poster presented at EAACI, 2010. *Paediatric Allergy and Immunology*. 2011;22(1):594-9.
  23. A Nasally Applied Cellulose Powder in Seasonal Allergic Rhinitis in Adults with Grass Pollen Allergy: A Double-Blind, Randomized, Placebo-Controlled, Parallel-Group study. *International Archives of Allergy and Immunology*. 2014; 163(1):313-8.
  24. Inert Cellulose Powder in the Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis *Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine*. 2017;(7):1.
  25. Josling P, Steadman S. Use of Cellulose Powder for the Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis. *Adv Ther*. Jul-Aug 2003;20(4):213-9. doi: 10.1007/BF02850092.
  26. Åberg N, Ospanova S, Nikitin N, Emberlin J, Dahl A. A nasally applied cellulose powder in seasonal allergic rhinitis in adults with grass
  27. pollen allergy: a double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study. *Int Arch Allergy Immunol*. 2014;163(4):313-8. doi: 10.1159/000360734.
  28. Minov JB, Karadzinska-Bislimovska J, Petrova T, Vasilevska K, Stoleski S, Mijakoski D. Inert Cellulose Powder in the Treatment of Seasonal Allergic Rhinitis. *Journal of Pulmonary & Respiratory Medicine*. 2017;(7):1.
  29. 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. Poster presented: World Allergy Congress in Munich 2005. Published: *Current Medical Research and Opinion*. 2006;22(2):275-85.
  30. Juniper EF, Stahl E, Doty RL, et al. Clinical outcomes and adverse effect monitoring in allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2005 Mar;115(3 Suppl 1):S390-413. doi: 10.1016/j.jaci.2004.12.014.
  31. Yashina LA, Ignatieva VI. [Possibilities of azelastine in the treatment of seasonal allergic rhinitis in the format of the new study MP4001]. *Asthma and allergy*. 2013;(1):55-8. [Article in Russian].

Надійшла до редакції 16.12.2020

©І.В. Гогунська, Д.Д. Заболотна, І.С. Зарицька

## НАЗАФОРТ В ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА СЕЗОННИЙ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ З СЕНСИБІЛІЗАЦІЄЮ ДО ПИЛКУ БУР'ЯНІВ

*Гогунська ІВ, Заболотна ДД, Зарицька ІС  
ДУ "Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України"  
email: innagogunskaya@gmail.com*

### *А н о т а ц і я*

В статті наведено результати дослідження по застосуванню назального спрею "Назафорт захист від алергії" в лікуванні хворих на сезонний алергічний риніт. В групі пацієнтів, які використовували "Назафорт" у комбінації з левоцетиризином, спостерігався більш виражений та швидкий регрес об'єктивних та суб'єктивних клінічних проявів захворювання у порівнянні з групою хворих, які отримували тільки левоцетиризин. Отримані результати можна розглядати як непряме підтвердження відомих даних про бар'єрну властивість "Назафорта" при його інсуфляції в порожнині носа, що перешкоджає контакту алергену з шокним органом.

**Ключові слова:** сезонний алергічний риніт, лікування, "Назафорт".

## NAZAFORT IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH SEASONAL ALLERGIC RHINITIS WITH SENSITIZATION TO WEED POLLEN

*Gogunskaya I, Zabolotna D, Zarytska I  
State Institution "O. S. Kolomyichenko Institute of Otolaryngology  
of National Academy of Medical Sciences of Ukraine"  
email: innagogunskaya@gmail.com*

### *A b s t r a c t*

The article presents the results of a study on the use of nasal spray Nazafort allergy protection in the treatment of patients with seasonal allergic rhinitis. The group of patients who used Nazafort in combination with levocetirizine showed a more pronounced and rapid regression of objective and subjective clinical manifestations of the disease compared with the group of patients who received only levocetirizine. The results obtained can be considered as indirect confirmation of the known data on the barrier property of Nazafort in its insufflation in the nasal cavity, which prevents contact of the allergen with the shock organ.

**Key words:** seasonal allergic rhinitis, treatment, Nazafort.