

Поллиноз: сезонные и внесезонные проблемы

Супрун Элина Владиславовна — доктор медицинских наук, профессор кафедры общей фармакологии и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармакологии, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Пиминов Александр Фомич — доктор фармацевтических наук, профессор, заведующий кафедрой общей фармакологии и безопасности лекарств Института повышения квалификации специалистов фармакологии, Национальный фармацевтический университет, Харьков

Смена погодных условий является неизбежной и независящей от нашего желания, при этом каждый сезон имеет свои приятные особенности и специфические «неприятности» в виде определенных проблем здоровья. Одним из заболеваний с выраженной сезонностью клинических проявлений является поллиноз.

Поллиноз (от англ. pollen — пыльца) — это группа аллергических заболеваний, вызываемых пыльцой растений и характеризующихся острыми воспалительными изменениями в слизистых оболочках, главным образом дыхательных путей и глаз. Поллиноз относится к числу распространенных аллергических заболеваний. По данным мировой статистики, аллергическим заболеваниям в целом подвержены до 40% населения планеты, при этом каждые 10 лет (за последние 30) частота этих заболеваний удваивается. Это дало ВОЗ основания сделать неутешительный прогноз, что при сохранении данной тенденции к 2015 г. половина жителей Европы будет страдать аллергией в той или иной форме. Специалисты ВОЗ считают, что в течение XXI века аллергические заболевания в мире займут второе место, уступая по распространенности только психическим заболеваниям. К тому же отмечается утяжеление течения аллергии, развитие полисенсibilизации, присоединение различных инфекционных осложнений на фоне иммунологических расстройств. Непосредственно поллиноз официально диагностирован у от 0,5% до 15% всего населения. Однако следует помнить, что симптомы поллиноза неспецифичны (ринит, конъюнктивит и т.д.), и поэтому заболевание нередко пропускается под маской «частых ОРЗ», которые не относят к числу тяжелых заболеваний. При этом сами пациенты со временем привыкают к этому и адаптируются, не воспринимая проявления поллиноза как симптомы серьезного заболевания. В качестве лечебного средства некоторые пациенты самостоятельно длительно и бесконтрольно используют сосудосуживающие капли, что приводит к отсутствию эффекта терапии, развитию медикаментозного ринита и прогрессирующему ухудшению течения заболевания. Поэтому важной задачей работников фармакологии является помощь пациенту в осознании важности своевременной диагностики поллиноза и последующего выбора эффективных средств лечения (см. Алгоритм беседы провизора с посетителем аптеки).

АЛГОРИТМ БЕСЕДЫ ПРОВИЗОРА С ПОСЕТИТЕЛЕМ АПТЕКИ

Диагноз «поллиноз» установлен врачом?	Да →	Вам необходимо принимать только те препараты, которые назначил врач
Нет ↓		
Есть ли у вас симптомы поллиноза: <ul style="list-style-type: none">• щекотание в носу; приступообразное чихание; водянистые выделения из носа (ринорея); заложенность носа;• зуд и жжение в области глаз, слезотечение, светобоязнь;	Нет →	Вам необходимо обратиться к врачу с целью уточнения диагноза и

• кожные проявления аллергии; • бронхиальная астма?		подбора препаратов для лечения.
Да ↓		
Есть ли у вас связь указанных симптомов и возможного контакта с пылью в период цветения ветроопыляемых растений?	Нет →	
Да ↓		
Отмечаете ли Вы четко повторяющуюся сезонность проявления указанных симптомов?	Нет →	
Да ↓		
Вы принимали самостоятельно какие-либо препараты, однако улучшения состояния не отмечаете?	Нет →	
Да ↓		
Вам необходимо обратиться к врачу с целью уточнения диагноза и подбора препаратов для лечения. Возможно, Вам следует принимать АГП (Цетрин®)		

Поллиноз имеет четко повторяющуюся сезонность, совпадающую с периодом цветения определенных растений. Существует около 700 видов растений и их пыльцы, однако поллиноз вызывается только пылью, обладающей аллергенными свойствами. Огромное количество мелкой и летучей пыльцы продуцируют широко распространенные ветроопыляемые растения. В зависимости от периода цветения этих растений выделяют три пика заболеваемости поллинозом: весенний, летний и осенний. У некоторых больных клинические проявления поллиноза могут отмечаться весь период, начиная с весны до глубокой осени. Пыльца растений имеет сложный антигенный состав и может содержать от 5 до 10 антигенных компонентов. Причиной пыльцевой аллергии являются, как правило, ветроопыляемые растения, поскольку ее концентрация в воздухе гораздо выше, чем концентрация пыльцы, опыляемая насекомыми. Выброс ветроопыляемой пыльцы происходит ранним утром, однако ее концентрация в воздухе обычно становится максимальной днем или ранним вечером. Это обусловлено высокой циркуляцией воздуха именно в эти часы суток. В сухую погоду даже под действием слабого ветра концентрация пыльцы в городах может быть очень высокой. Аллергенные свойства пыльцы могут сохраняться в течение многих часов. При дожде пыльца почти полностью исчезает из воздуха. Для каждого региона характерен свой календарь цветения растений. Так, в весенний период (апрель-май) отмечается цветение деревьев (ольха, орешник, береза, дуб, тополь, ива, клен, сосна, ясень, вяз, осина и другие). В ранний летний период (июнь-июль) цветут злаковые травы (тимофеевка, ежа, райграсс, овсяница, лисохвост, мятлик, костер, кукуруза, рожь посевная). Поздний летний период (июль-август — ранняя осень) характеризуется цветением сорных трав (полынь, лебеда, одуванчик, мать-и-мачеха), в южных регионах цветут амброзия, подсолнечник. Важно помнить, что существует антигенная общность между пылью родственных растений и рядом пищевых продуктов.

Патогенез. Поллиноз является классическим аллергическим заболеванием, патогенетическую основу которого составляют IgE-опосредованные аллергические реакции. Аллергены вместе с воздухом попадают в полость носа, частично оседают на реснитчатом эпителии, вступают в местный контакт и вызывают развитие сенсибилизации организма. При их повторном

попадании на сенсibilизированную слизистую оболочку запускается аллергическая IgE-зависимая реакция. В первой фазе аллергической реакции (иммунологической или ранней) пыльцевые аллергены индуцируют повышенный синтез антител класса IgE, которые фиксируются на поверхности тучных клеток и базофилов с помощью соответствующих рецепторов. Связывание аллергена с IgE запускает активацию и последующую дегрануляцию тучных клеток (патохимическая или поздняя фаза). В межклеточное вещество в огромном количестве выделяются медиаторы воспаления (гистамин, серотонин, лейкотриены и др.), которые индуцируют патофизиологическую фазу — отек слизистых оболочек, повышение продукции слизи, спазм гладких мышц. Эти патофизиологические реакции реализуются после воздействия аллергена и определяют клиническую картину заболевания. Новый контакт с аллергеном только «раздувает пламя аллергии». Остро развившееся воспаление имеет все шансы приобрести затяжной и даже хронический характер.

Изменения в носовой полости у больных поллинозом сопровождаются выраженными функциональными нарушениями, в первую очередь затруднением носового дыхания, снижением остроты обоняния. При этом отмечают снижение барьерных функций слизистой оболочки носа и активизацию микрофлоры, колонизирующей полость носа. Это, в свою очередь, создает благоприятные возможности для реализации механизмов, лежащих в основе патогенетической связи аллергического ринита (поллиноза) и острого и хронического синусита. Доказано значение IgE-опосредованного аллергического воспаления слизистой оболочки носа в формировании такого распространенного заболевания, как средний отит. При этом наряду с механическими причинами, связанными с обструкцией слуховой трубы вследствие отека слизистой оболочки, значительный вклад в патогенез заболевания вносят нарушения иммунных механизмов.

Результаты многочисленных исследований показали, что у больных с аллергией в организме присутствует постоянный уровень минимального аллергического воспаления (чем-то оно похоже на тлеющие угли костра). Минимальное персистирующее воспаление является одним из ключевых понятий в аллергологии. MPI (Minimal Persistent Inflammation), или минимальное персистирующее воспаление, может быть определено как воспалительный процесс, который постоянно протекает (даже при полном отсутствии симптоматики) у пациентов с аллергией, подвергающихся воздействию аллергенов. Минимальное персистирующее воспаление характеризуется инфильтрацией тканей воспалительными клетками (эозинофилами и нейтрофилами), а также экспрессией (активацией) молекул межклеточной адгезии (ICAM-1). При этом число пациентов, имеющих сочетанную патологию, — аллергического (поллиноза) и воспалительного генеза — увеличивается. Например, острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) — риновирусная, грипп, парагрипп — обладает способностью индуцировать синтез (IgE) и образование специфических IgE-антител. Поэтому при контакте с вирусной инфекцией у пациентов, склонных к аллергическим реакциям, может наступить усиление аллергических симптомов, а у людей, имеющих предрасположенность к бронхиальной астме, — и появление ее приступов.

Поэтому симптомы аллергии не могут более рассматриваться как единственный маркер аллергического заболевания. Видимые аллергические симптомы — это только верхушка аллергического айсберга. При этом воспаление и сенсibilизация играют огромную роль в патогенезе, практически не проявляются, но обязательно присутствуют при аллергическом заболевании. Работами последних лет установлено, что ICAM-1 (повышение которого связано с наличием минимального персистирующего воспаления) является рецептором для большой группы риновирусов. Это объясняет склонность больных аллергией к частым острым респираторным вирусным инфекциям. Наличие MPI у пациентов с поллинозом не

имеет особых клинических проявлений, однако при попадании в организм аллергена воспалительный процесс вспыхивает с новой силой и проявляется в виде выраженных аллергических реакций. Таким образом, у пациентов формируется замкнутый круг — склонность к аллергии способствует внедрению респираторных вирусов, а затем вирусы способствуют развитию клинических симптомов аллергии. Поэтому такие аллергические заболевания, как поллиноз, бронхиальная астма и атопический дерматит даже в период клинической ремиссии должны рассматриваться как хронические воспалительные заболевания, а пациенты должны получать противовоспалительную терапию.

В последние десятилетия в современной пульмонологии и оториноларингологии важным направлением стала концепция J. Grossman — «one airway, one disease» («единые дыхательные пути, одна болезнь»), согласно которой воспаление верхних и нижних дыхательных путей следует рассматривать как единый патологический процесс. Ярким примером такой взаимосвязи являются аллергический ринит и бронхиальная астма. Это подтверждается многочисленными клиническими наблюдениями — практически у 80–90% пациентов с бронхиальной астмой отмечается аллергический ринит различной степени тяжести, а у 68% детей с аллергическим ринитом выявляется гиперреактивность бронхов, что еще раз подчеркивает их тесную взаимосвязь. Улучшение симптомов ринита сопровождается улучшением симптомов сопутствующей бронхиальной астмы, и наоборот: ухудшение симптомов ринита ассоциировано с утяжелением и персистенцией астматических симптомов. Пациенты с аллергическим ринитом имеют в 3 раза больше шансов заболеть бронхиальной астмой, чем здоровые лица, и, как правило, ринит предшествует формированию бронхиальной астмы (у 32–49% больных).

Классификация. В зависимости от *локализации* патологического процесса выделяют:

- аллергические поражения глаз;
- аллергические заболевания верхних и нижних дыхательных путей;
- аллергические заболевания кожи;
- сочетанные аллергические проявления;
- редкие клинические проявления пыльцевой этиологии.

По *тяжести течения* клинических проявлений пыльцевой аллергии выделяют легкие, среднетяжелые и тяжелые формы поллиноза.

Наиболее частыми клиническими проявлениями поллиноза являются аллергический ринит/риносинусит, аллергический конъюнктивит, бронхиальная астма, отек Квинке, крапивница, аллергический (контактный) дерматит. Эти клинические проявления пыльцевой аллергии могут возникать изолированно или в сочетании друг с другом. Среди сочетанных форм наиболее часто отмечают риноконъюнктивальный синдром, аллергический ринит и бронхиальную астму, аллергический ринит и кожные проявления аллергии. Реже возникают изменения сердечно-сосудистой, пищеварительной, нервной и мочеполовой систем, обусловленные экспозицией пыльцевых аллергенов.

Клинические проявления поллиноза могут возникнуть в любом возрасте, но чаще всего он развивается у детей в возрасте от 3 до 10 лет. Мальчики болеют чаще девочек. Наиболее частым проявлением поллиноза у детей является аллергический ринит, аллергический конъюнктивит и их сочетание (риноконъюнктивальный синдром). Основными симптомами *аллергического ринита*, связанного с пыльцой растений, являются многократное чиханье, зуд и щекотание в полости носа, реже — ощущение жжения в носу, обильные водянистые выделения из носа (ринорея), заложенность носа и снижение обоняния.

Нередко к основным симптомам присоединяются головная боль и расстройства сна различной степени выраженности. Так, при легком течении аллергического ринита симптомы, которые бы доставляли заметное беспокойство пациенту, отсутствуют. При средней степени тяжести заболевания обычно нарушен сон, симптомы ринита препятствуют полноценному выполнению пациентом своих обязанностей на работе, во время учебы, занятий спортом. Качество жизни значительно ухудшается при тяжелом течении аллергического ринита, когда перечисленные выше признаки существенным образом сказываются на повседневной активности больного, учебе, выполнении профессиональных обязанностей, ограничивают занятия спортом, а нарушения сна приобретают постоянный и выраженный характер. **Аллергический конъюнктивит** пыльцевой этиологии начинается с появления зуда в области глаз и может сопровождаться жжением. Зуд начинается с внутреннего угла глазной щели и затем распространяется на веки. При этом появляется покраснение век с последующим отхождением прозрачного слизистого секрета, возникает слезотечение, светобоязнь, ощущение песка в глазах и болезненные ощущения в области надбровных дуг. В тяжелых случаях развивается блефароспазм, кератит и эрозии. **Риноконъюнктивальный синдром** может сопровождаться повышенной утомляемостью, снижением аппетита, потливостью, плаксивостью, нарушением сна. **Бронхиальная астма** как изолированное проявление пыльцевой аллергии отмечается редко, обычно сочетается с риноконъюнктивальным синдромом, иногда — с кожными проявлениями аллергии. В этом случае основные клинические симптомы пыльцевой бронхиальной астмы проявляются приступами удушья, затрудненным свистящим дыханием, ощущением стеснения в груди и кашлем. **Кожные проявления** пыльцевой аллергии отмечаются в виде крапивницы и отека Квинке и характеризуются появлением волдырных элементов бледно-розового или белого цвета разной величины. Количество этих элементов может быть различным, иногда они носят сливной характер. Элементы крапивницы окружены венчиком гиперемии кожи и сопровождаются зудом или жжением. Одной из форм крапивницы является отек подкожной клетчатки и слизистых оболочек с локализацией процесса в области век, губ, щек, лба и на других участках туловища. **Контактный аллергический дерматит** — редкое проявление поллиноза. Он может возникнуть на открытых участках кожных покровов при контакте с листьями или стеблем растений и проявляется гиперемией кожи с последующими везикулезными высыпаниями на пораженных участках. Отмечается зуд кожи в месте контакта с пыльцевым аллергеном. **Сердечно-сосудистые изменения**, обусловленные пыльцевой аллергией, характеризуются тахикардией, приглушенными тонами сердца, систолическим шумом на верхушке, повышением артериального давления. Эти изменения носят функциональный характер и не отмечаются вне периода цветения. Поллиноз в некоторых случаях сопровождается такими симптомами со стороны **пищеварительной системы**, как тошнота, боль в эпигастриальной области, неустойчивый стул. Они возникают вместе с другими проявлениями поллиноза и могут быть связаны с попаданием пыльцевых и/или пищевых аллергенов в желудочно-кишечный тракт. Изменения **нервной системы** носят функциональный характер и характеризуются появлением в период цветения у детей головной боли, слабости, нарушения сна, повышения температуры тела. Указанные симптомы отмечаются при тяжелом течении поллиноза при массивной концентрации пыльцы в воздухе.

Диагностика поллиноза включает три этапа. Прежде всего (1-й этап) необходимо предположить поллиноз. На 2-м этапе следует подтвердить его и определить причинно-значимый пыльцевой аллерген, вызывающий обострение заболевания. На 3-м этапе оценивают степень тяжести заболевания, определяют тактику краткосрочной и долгосрочной терапии.

Общие принципы терапии поллиноза. Необходимо облегчить симптомы заболевания и воспрепятствовать развитию воспаления, поэтому воздействие всех методов терапии должно быть направлено на отдельные этапы воспалительной реакции. Комплекс терапевтических мероприятий включает такие методы как:

- устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми аллергенами;
- рациональная фармакотерапия;
- аллергенспецифическая иммунотерапия;
- обучение пациентов.

Также выделяют три направления в лечении поллиноза: терапию острого периода, проведение противорецидивного лечения с помощью фармакологических средств, аллергенспецифическую иммунотерапию.

Терапия **острого периода** поллиноза в первую очередь включают мероприятия, направленные на устранение или уменьшение контакта с причинно-значимыми пыльцевыми аллергенами. Нельзя забывать, что именно концентрацией аллергенов в окружающем воздухе определяются степень тяжести и течение поллиноза. **Элиминация** (удаление причинно-значимых аллергенов) относится к этиопатогенетическим методам лечения аллергии. Конечно, в большинстве случаев полностью исключить контакт с аллергеном по практическим или экологическим причинам невозможно. Однако даже частичное выполнение мер, элиминирующих аллерген, облегчает течение заболевания, уменьшает потребность в большом количестве потребляемых лекарственных средств, в том числе и сильнодействующих. Больные поллинозом в период цветения должны находиться дома (максимально избегать прогулок, особенно в утреннее и дневное время, когда отмечается максимальная концентрация пыльцы в воздухе), при этом окна и двери должны быть плотно закрыты.

Медикаментозные методы лечения занимают важнейшее место в контроле над симптомами аллергии. Для острого периода таких проявлений поллиноза, как аллергический ринит/конъюнктивит, крапивница, ангионевротический отек, согласно международным и национальным согласительным документам, рекомендуется применение неседативных антигистаминных препаратов (АГП) (II поколения и АГП — активных метаболитов) и интраназальных глюкокортикостероидов. Эффективность препаратов кромоглициевой кислоты (кромонов) оценивается существенно ниже: для достижения лечебного эффекта необходимо регулярное продолжительное (а при лечении поллиноза — заблаговременное) введение рекомендуемых терапевтических доз препаратов этой группы. В качестве симптоматической терапии часто используются деконгестанты, которые вызывают сужение сосудов в носу, уменьшение отека слизистой оболочки, тем самым уменьшая ощущение заложенности носа. Курс лечения не рекомендуют продолжать более 7-10 дней, учитывая риск развития медикаментозного ринита с отчетливым усилением заложенности носа (феномен «рикошета»).

После купирования острых проявлений аллергического ринита в качестве **противорецидивного** лечения на период цветения причинно-значимых растений назначают пероральные блокаторы H₁-гистаминовых рецепторов в связи с их противовоспалительной и противоаллергической активностью, связанной с комплексным механизмом действия и влиянием на разнообразные медиаторы и этапы аллергического каскада. Длительность курсового лечения колеблется от 1 до 3 месяцев.

Особое значение в лечении поллиноза уделяют **патогенетическому лечению**. Ключевым звеном в развитии поллиноза является гистамин. Он способен оказывать влияние на дыхательные пути (вызывая отек слизистой оболочки носа, бронхоспазм, гиперсекрецию слизи), кожу (зуд, уртикарно-гиперемическую реакцию), желудочно-кишечный тракт (кишечные колики, стимуляцию желудочной секреции), сердечно-сосудистую систему (расширение капилляров, повышение проницаемости сосудов, гипотензию, нарушение сердечного ритма), гладкие мышцы (спазм). Наиболее важным в действии АГП считается блокирование H_1 -рецепторов клеточных мембран. Освобождаемый в результате этого в очаге воспаления гистамин не находит точек приложения для поддержания или развития аллергического процесса.

Многочисленными исследованиями доказано, что одним из наиболее эффективных и безопасных АГП является цетиризин, производное гидроксизина. За счет своего двойного действия (антигистаминного и противовоспалительного) цетиризин предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций, оказывает противозудное и противовоспалительное действие, уменьшает заложенность носа. Начало эффекта наступает уже через 20 минут и продолжается более суток. Применять цетиризин можно длительно, при необходимости — несколько месяцев. Цетиризин практически не вызывает сонливости, не увеличивает вязкости бронхиального секрета.

Назначение цетиризина оправдано у всех больных с ОРВИ и бронхиальной астмой, аллергическим ринитом, атопическим дерматитом, а также только склонных к развитию аллергических реакций, и детей с высоким риском развития аллергии (например из семей аллергиков). Возможность длительного приема цетиризина у детей с аллергическими заболеваниями и гиперплазией аденоидных вегетаций (аденоидов) для улучшения носового дыхания (в течение 2–3 мес) позволяет существенно уменьшить размер аденоидов за счет снижения активности отечно-воспалительных реакций со стороны лимфоидной ткани, а также предупредить продолжение роста аденоидов в послеоперационный период у детей, перенесших аденотомию.

Специалистами всего мира широко обсуждается целесообразность применения АГП при бронхиальной астме. Важный вывод был сделан Van De Venne и соавт. (2001). Ими было показано, что введение цетиризина (применяли оригинальный препарат) в схему комплексной терапии персистирующей бронхиальной астмы способствует уменьшению потребности в бронхолитиках и существенно улучшает степень контроля симптомов бронхиальной астмы как у взрослых, так и у детей. Анализ S. Spector и соавт. бронходилатирующего эффекта комбинированной терапии цетиризином и альбутеролом (β_2 -агонистом короткого действия) у больных легкой и среднетяжелой атопической бронхиальной астмой показал, что цетиризин не потенцировал и не ингибировал бронходилатирующее действие альбутерола, однако комбинированный прием обладал большей эффективностью, синергично дополняя действие друг друга.

В Украине зарегистрирован препарат **Цетрин**[®] («Др. Редди'с Лабораторис Лимитед»), действующим веществом которого является цетиризин — активный метаболит гидроксизина, блокатор H_1 -гистаминовых рецепторов и конкурентный антагонист гистамина.

Фармакологические и клинические исследования демонстрируют быстрое наступление эффекта и продолжительное терапевтическое действие препарата — эффект проявляется уже через 20 минут и продолжается более суток. Применять **Цетрин**[®] можно длительно, при необходимости — несколько недель. **Цетрин**[®] практически не вызывает сонливости, не увеличивает вязкость бронхиального секрета. Показанием для назначения **Цетрина** служат круглогодичный, сезонный аллергический конъюнктивит и ринит; хроническая

рецидивирующая крапивница; ангионевротический отек. Препарат назначают в комплексной терапии аллергического дерматоза, атопического дерматита. Назначение **Цетрина**, безусловно, оправдано у всех больных с ОРВИ и аллергией или из группы риска развития аллергических заболеваний.

Цетрин[®] выпускается в форме таблеток и сиропа. У детей препарат применяют в форме сиропа, который не содержит сахара и красителей. Сироп **Цетрин**[®] позволяет дать ребенку точную дозу лекарства, что невозможно при делении таблетки на несколько частей. Препарат безопасен, поэтому сироп разрешен к применению у детей уже с 2 лет. Рекомендуемая доза для детей в возрасте 6–12 лет — по ½ таблетки (5 мг) 2 раза в сутки, для детей в возрасте старше 12 лет и взрослых — по 1 таблетке (10 мг) 1 раз в сутки. Сироп принимают независимо от употребления пищи, рекомендуемая доза для детей в возрасте 2–6 лет составляет 2,5 мг (2,5 мл) 1 раз в сутки, для детей в возрасте старше 6 лет и взрослых — 10 мг (10 мл) 1 раз в сутки, максимальная суточная доза для взрослых — 20 мг.

Таким образом, поллиноз является классическим аллергическим заболеванием с выраженной сезонностью и многообразными клиническими проявлениями. Пациенты с поллинозом в некоторых ситуациях не в состоянии самостоятельно оценить тяжесть своих проблем со здоровьем и нуждаются в квалифицированной помощи — врачебной консультации и активной рекомендации специалистов в сфере фармации. Ранняя диагностика и оптимальный комплексный подход к терапии поллиноза позволяют полностью контролировать все симптомы заболевания, а также в некоторых случаях предотвратить развитие перехода легких форм поллиноза в тяжелые, присоединение новых симптомов и развитие бронхиальной астмы. В выборе рациональной терапии поллиноза, особенно для детей, необходимо руководствоваться принципами безопасности и эффективности. Опыт применения **Цетрина**[®] (цетиризин) свидетельствует о том, что препарат хорошо контролирует симптомы аллергии, способствует улучшению качества жизни пациента и может быть рекомендован как в качестве монотерапии, так и в комплексной терапии поллиноза. Высокий профиль безопасности делает возможным применение **Цетрина**[®] в педиатрической практике.

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКИХ И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

ЦЕТРИН®. Код АТС: R06A E07. Р.с. № UA/6789/02/01 от 01.02.2013 г. по 01.02.2018 г.; № UA/6789/01/01 от 10.08.2012 г. по 10.08.2017 г. **Состав и формы выпуска:** ЦЕТРИН таблетки — таблетки, покрытые пленочной оболочкой, № 20, по 10 мг цетиризина гидрохлорида; ЦЕТРИН сироп — сироп 5 мл/5 мг цетиризина гидрохлорида, по 30 мл или по 60 мл во флаконах. **Показания:** назальные симптомы сезонного и хронического аллергического ринита (ринорея, зуд в носу, чихание); неназальные симптомы, связанные с сезонным и круглогодичным аллергическим конъюнктивитом; экзема, кожный зуд, ангионевротический отек, крапивница различных типов, включая хроническую и идиопатическую крапивницу. **Побочные эффекты:** ЦЕТРИН® в рекомендованных дозах обычно хорошо переносится пациентами. Возможны следующие побочные эффекты: общие нарушения и связанные со способом применения препарата — утомляемость, астения, недомогание, отек; нарушения со стороны нервной системы — головокружение, головная боль, парестезии, судороги, дискинезия, дистония, обморок, тремор, сонливость, тревожность, агрессивность, спутанность сознания, депрессия, галлюцинации, бессонница, тик; нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта — боль в животе, сухость во рту, тошнота, диарея; нарушения со стороны дыхательной системы — фарингит, ринит; нарушения со стороны сердца — тахикардия; со стороны системы крови и лимфатической системы — тромбоцитопения; со стороны органа зрения — нарушение аккомодации, нечеткость зрения, произвольные движения глазного яблока; нарушения со стороны почек и мочевыделительной системы — дизурия, энурез; нарушения со стороны кожи и подкожной ткани — зуд, сыпь, крапивница, ангионевротический отек, местная медикаментозная сыпь; нарушения со стороны иммунной системы — гиперчувствительность, анафилактический шок, со стороны печени и билиарной системы — нарушение функции печени (повышение уровня трансаминаз, щелочной фосфатазы, γ -глутамилтрансферазы и билирубина). *Полная информация о лекарственном средстве содержится в инструкции по медицинскому применению.*