

**А.Л. Косаковский, Ю.В. Гавриленко**

*Косаковский Анатолий Лукьянович — доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой детской оториноларингологии, аудиологии и фониатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика (Киев), заслуженный рационализатор Украины, отличник изобретательства и рационализации*  
*Гавриленко Юрий Владимирович — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры детской оториноларингологии, аудиологии и фониатрии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика (Киев)*

## Аллергический ринит: этиология, патогенез, клинические проявления и патогенетически обоснованная терапия

### Эпидемиология и медико-социальное значение аллергического ринита

Аллергический ринит (АР) — заболевание слизистой оболочки полости носа, характеризующееся IgE-опосредованным воспалением и наличием ежедневно проявляющихся в течение  $\geq 1$  хотя бы 2 из следующих симптомов: заложенность (обструкция) носа, выделения из носа (ринорея), чихание, зуд в носу.

В настоящее время АР представляет глобальную проблему здравоохранения многих стран мира — этим заболеванием страдает до 40% населения планеты (Schoenwetter W.F., 2000). Результаты многолетних эпидемиологических исследований подтверждают прогрессирующий рост заболеваемости АР.

Социально-экономическое бремя АР утяжеляется вследствие его ассоциации с такими заболеваниями, как бронхиальная астма, синусит, средний отит, назальные полипы и др. (Mucci T. et al., 2011; Bousquet J. et al., 2012; Kariyawasam H.H., Rotiroti G., 2013). Поэтому знание алгоритмов диагностики и лечения АР необходимо как узким специалистам, так и врачам общей практики.

Основными факторами риска развития АР являются отягощенный семейный анамнез, сенсибилизация организма, активное или пассивное курение, плохое качество воздуха в помещении, загрязнение атмосферы, неблагоприятные климатические условия.

Симптомы АР, ежедневно беспокоящие пациентов, способствуют невротизации, нарушению повседневной деятельности и сна, ухудшению физического, профессионального и социального функционирования, тем самым резко ухудшая качество жизни. Кроме того, нередко для устранения симптомов АР пациенты ежедневно принимают лекарственные препараты, обладающие рядом побочных эффектов.

Таким образом, по степени распространенности, медико-социальной значимости, влиянию на здоровье и качество жизни паци-

ентов проблема АР может считаться одной из самых актуальных.

### Современная классификация АР

Ранее выделяли две основные формы АР: сезонный, обусловленный сенсибилизацией к аллергенам пыльцы растений, и круглогодичный, развивающийся вследствие реакции на бытовые аллергены. Впоследствии эта классификация была пересмотрена с учетом симптомов и показателей качества жизни пациентов. Выделены интермиттирующий и персистирующий АР (на основании частоты/длительности симптомов), а также легкий и тяжелый (в зависимости от выраженности клинических проявлений) (табл. 1).

### Этиология АР

Основными этиологическими факторами АР являются:

1. Пыльца растений. Характерны три основных сезона поллинозиса, определяющие три пика манифестации симптомов АР: в весеннее время он связан с пылением деревьев (береза, ольха, орешник, дуб), в первой половине лета — злаковых растений (ежа, тимофеевка, рожь), в конце лета и осенью — сорных трав (полынь, подорожник, амброзия). Пыльца может переноситься ветром на значительное расстояние и вызывать появление симптомов АР в необычное время.

2. Аллергены клещей домашней пыли (видов *Dermatophagoides pteronyssinus* и *Der-*

*matophagoides farinae*), эпидермальные аллергены животных, реже — библиотечной пыли, плесневых грибов, насекомых. Хотя споры грибов и аллергены клещей домашней пыли относят к круглогодичным аллергенам, их количество в окружающем воздухе также зависит от времени года. Обычно оно снижается в зимние месяцы и увеличивается летом и осенью. Таким образом, персистирующий АР может иметь волнообразное течение и сопровождаться сезонными вспышками.

3. Факторы профессионального характера — у лиц, по роду деятельности постоянно контактирующих с разными группами аллергенов, например мукой, медикаментами, пухом, пером, животными, латексом и другими аллергенами (зоотехники, работники хлебозаводов, фармацевты, медицинские работники и др.) (Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации, 2006).

### Клиническая картина АР

Основные клинические симптомы АР:

- ринорея (водянистые выделения из носа);
- чихание — нередко приступообразное, чаще в утренние часы, пароксизмы чихания могут возникать спонтанно;
- зуд, реже — ощущение жжения в носу (иногда сопровождается зудом неба и глотки). Зуд в полости носа может проявляться характерным симптомом — «аллергическим салютом» (по-

**Таблица 1** Классификация АР (Bousquet J. et al., 2008)

АР в зависимости от частоты/длительности симптомов	
интермиттирующий	персистирующий
<4 дней в неделю или <4 нед в году	>4 дней в неделю или >4 нед в году
Течение АР	
легкое	умеренное/тяжелое
Отсутствие нарушений сна, дневной активности/досуга	Наличие $\geq 1$ признака: - нарушение сна
Полноценная учеба и работоспособность	- нарушение дневной активности/досуга
Симптомы не вызывают беспокойства пациента	- снижение способности к обучению и производительности труда - симптомы носят мучительный характер

стоянное почесывание кончика носа с помощью ладони движением снизу вверх), в результате чего у части больных появляется поперечная носовая складка, расчесы, царапины на носу;

- заложенность носа, характерное дыхание ртом, сопение, храп, изменение голоса;
- снижение обоняния.

Дополнительные симптомы АР, развивающиеся вследствие обильного выделения секрета из носа, нарушения дренирования околоносовых пазух и проходимости слуховых (евстахиевых) труб:

- раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа;
  - носовые кровотечения вследствие форсированного сморкания и ковыряния в носу;
  - боль в горле, покашливание (проявления сопутствующих аллергического фарингита, ларингита);
  - боль и треск в ушах (особенно при глотании), нарушение слуха (проявления аллергического тубоотита).
- Общие неспецифические симптомы, отмечаемые при АР, включают:
- слабость, недомогание, раздражительность;
  - головную боль, повышенную утомляемость, нарушение концентрации внимания;
  - нарушение сна, подавленность настроения;
  - редко — повышение температуры тела.

**Патогенез**

Результаты многочисленных исследований показали, что у пациентов с аллергическими заболеваниями в организме постоянно присутствует минимальный уровень аллергического воспаления, или минимальное персистирующее воспаление (minimal persistent inflammation). Последнее характеризуется инфильтрацией тканей воспалительными клетками (эозинофилами и нейтрофилами), а также активацией молекул межклеточной адгезии (intercellular adhesion molecules — ICAM)-1.

Эти белковые молекулы располагаются на клеточной мембране фибробластов, эндотелиоцитов, тканевых макрофагов, дендритных клеток и служат для механического взаимодействия клеток между собой. ICAM частично представлены на наружной поверхности мембраны, однако их запас обычно накапливается в везикулах внутри клетки.

При развитии иммунных реакций на внедрение инородного агента ICAM из везикул доставляются на наружную поверхность клеточной мембраны, число их увеличивается, активность ICAM-1 возрастает, за счет чего обеспечивается более высокая способность клеток к миграции и адгезии. Уровень ICAM-1 повышается также при аллергических состояниях (Eccles R., 2005).

На сегодняшний день установлено, что важнейшую роль в развитии и поддержании аллергической патологии играет такой медиатор, как гистамин. Этот биогенный амин накапливается в тучных клетках и базофилах в виде гранул, а под влиянием определенных факторов высвобождается из них. В качестве

основных факторов, способствующих дегрануляции гистамина, выступают иммунологические механизмы, а также влияние физических раздражителей, анафилоксинов, прохладно- и изогенных гистаминолибераторов.

После дегрануляции гистамина происходит связывание его с соответствующими рецепторами и запуск внутриклеточных механизмов реализации его физиологических эффектов.

Исходя из представления о роли гистамина, в патогенезе воспалительных и аллергических реакций рационально применение антигистаминных препаратов в схемах их лечения.

**Блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов в лечении при АР. Цетиризин**

Современные антигистаминные средства тормозят выделение медиаторов системного аллергического воспаления, включая цитокины и хемокины (триптаза, лейкотриен С<sub>4</sub>, простагландин D<sub>2</sub>, интерлейкин-3, -4 и -8, фактор некроза опухоли, гранулоцитарно-макрофагальный колоние-стимулирующий фактор, регулятор активности нормальной экспрессии и секреции Т-клеток). Эффект снижения уровня лейкотриенов при применении цетиризина обусловлен уменьшением перемещения лейкотриенпродуцирующих клеток (эозинофилы, базофилы и макрофаги) к месту аллергического ответа, а также блокадой высвобождения лейкотриена С<sub>4</sub> из тучных клеток.

Авторы Руководства ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) предлагают на начальном этапе лечения пероральное применение блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов у взрослых пациентов и детей с интермиттирующим и персистирующим АР (Brozek J.L. et al., 2010).

На сегодняшний день известно >150 представителей блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов, традиционно применяемых с целью купирования клинических проявлений АР (табл. 2, 3).

Блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов I поколения на протяжении нескольких десятков лет широко применяли в лечении больных АР, однако в настоящее время их использование ограничено ввиду нежелательных побочных эффектов. К числу последних относят:

- кратковременность противогистаминного эффекта и необходимость многократного приема в течение суток;
- отмечаемые у некоторых представитель этой группы препаратов побочные действия со стороны сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, органа зрения, мочевыделительной системы;
- местноанестезирующее действие;
- сухость слизистой оболочки;
- седативный эффект;
- формирование тахифилаксии и необходимость смены препаратов в ходе курсового лечения.

Указанные ограничения касаются практически всех блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов I поколения. Их применение при АР оправдано главным образом с учетом

**Таблица 2** Химическая и функциональная классификация блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов (Simons F.E., 2004)

Химический класс	Функциональный класс	
	Препараты I поколения	Препараты II поколения
Алкиламины	Бромфенирамин, хлорфенирамин, диметинден, фенирамин, трипролидин	Акривастин
Пиперазины	Буклизин, циклизин, гидроксизин, меклозин, оксатомид	Цетиризин, левоцетиризин
Пиперидины	Азатадин, ципрогептадин, кетотифен	Астемизол, дезлоратадин, эбастин, фексофенадин, левокабастин, лоратадин, мизоластин, олопатадин, терфенадин
Этаноламины	Карбиноксамин, клемастин, дименгидринат, дифенгидрамин, доксиламин, фенитлоксамин	—
Этилендиамины	Антазолин, пирирамин, трипеленамин	—
Фенотиазины	Метдилазин, прометазин	—
Другие	Доксепин	Азеластин, эмедастин, эпинастин

**Таблица 3** Сравнительная характеристика блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов I и II поколения

Свойства	Препараты	
	I поколения	II поколения
Седативный эффект и влияние на когнитивные функции	Есть (при применении в минимальных дозах)	Нет (при применении в терапевтических дозах)
Селективность в отношении H <sub>1</sub> -гистаминовых рецепторов	Нет	Да
Фармакокинетические исследования	Мало	Много
Фармакодинамические исследования	Мало	Много
Научные исследования различных доз	Нет	Да
Исследования у детей, в том числе новорожденных, и лиц пожилого возраста	Нет	Да
Применение у беременных	Категория В (дифенгидрамин, хлорфенирамин), категория С (гидроксизин, кетотифен)*	Категория В (лоратадин, цетиризин, левоцетиризин), категория С (дезлоратадин, азеластин, фексофенадин, олопатадин)*

\*По FDA (Food and Drug Administration — Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными средствами); категория В — тератогенного действия препарата не выявлено; категория С — исследования не проводили.

экономии и доступности лекарственных препаратов для пациентов (последнее, однако, также является спорным).

В отличие от своих родоначальников, большинство современных блокаторов  $H_1$ -гистаминовых рецепторов, как показано в исследованиях их фармакологических особенностей, эффективности и безопасности, относительно свободны от вышеперечисленных побочных эффектов. Так, представители II поколения препаратов данного класса характеризуются высокоспецифичным сродством к  $H_1$ -рецепторам, достаточной продолжительностью противогистаминного действия (до 24 ч) и возможностью приема 1 раз в сутки, отсутствием блокады других типов рецепторов, минимальным проникновением через гематоэнцефалический барьер при применении в терапевтических дозах и связанным с этим крайне незначительным седативным действием, отсутствием связи абсорбции препарата с приемом пищи, отсутствием тахифилаксии. В частности, азеластин, дезлоратадин, левоцетиризин, лоратадин, олопатадин, фексофенадин и цетиризин обладают менее выраженным седативным влиянием (Юрьев К.Л., 2013). При этом подтверждено быстрое начало их действия (исчисляемое в минутах) при АР и аллергическом конъюнктивите, а также возможность эффективного и безопасного применения в высоких дозах в пероральной форме при хронической крапивнице (Simons F.E., Simons K.J., 2011).

Подчеркнем, что блокаторы  $H_1$ -гистаминовых рецепторов II поколения, не обладающие холинолитическим действием и не вызывающие сухости слизистой оболочки, можно применять при лечении больных АР и бронхиальной астмой, при которой ранее используемые антигистаминные средства были противопоказаны, поскольку вызывали ухудшение отхождения и без того вязкой и трудноотделяемой мокроты (Курбачева О.М., Гушин И.С., 2004).

Применение метаболизируемых препаратов II поколения было омрачено сообщением о редких, но чрезвычайно опасных кардиотоксических эффектах терфенадина и астемизола (Katyal V.K. et al., 1994; June R.A., Nasr I., 1997). Их развитие связано с образованием посредством системы цитохрома P450 фармакологически активных метаболитов, способных блокировать калиевые каналы клеток миокарда. Поэтому в настоящее время особый интерес вызывает группа препаратов, лишенных вышеуказанных побочных эффектов. К ним относятся цетиризин, фексофенадин, дезлоратадин, левоцетиризин.

В частности цетиризин не является метаболизируемым препаратом (представляет собой активный метаболит блокатора  $H_1$ -гистаминовых рецепторов I поколения — гидроксизина). Цетиризин обладает высокой антигистаминной активностью при хорошем профиле безопасности, однако возможны ограничения его применения ввиду некоторого седативного эффекта в редких случаях (Mann R.D. et al., 2000).

Цетиризин является одним из наиболее эффективных, безопасных, доступных и широко применяемых антигистаминных пре-

паратов II поколения. До настоящего времени цетиризин остается своеобразным эталоном, применяемым для сравнения при разработке новейших антигистаминных и противоаллергических средств.

Цетиризин обладает антигистаминным и противовоспалительным действием. Его применение предупреждает развитие и облегчает течение аллергических заболеваний: уменьшает отек слизистой оболочки, гиперемию, ринорею, оказывает противоэдематозное действие. Начало эффекта наступает уже через 20 мин и продолжается более 1 сут. Применять цетиризин можно длительно, при необходимости — в течение нескольких месяцев. Цетиризин практически не вызывает сонливости, не повышает вязкости бронхиального секрета.

Цетиризин эффективно устраняет назальные симптомы сезонного и хронического АР и неназальные симптомы, связанные с конъюнктивитом.

### Результаты сравнительных исследований цетиризина

В рандомизированном плацебо-контролируемом сравнительном исследовании с участием детей в возрасте 2–6 лет с круглогодичным АР показан сопоставимый эффект от применения цетиризина и блокатора лейкотриеновых рецепторов монтелукаста в отношении показателей качества жизни, суммарной оценки симптомов риноконъюнктивита, заложенности носа, эозинофилии в мазках из полости носа и значительное преимущество цетиризина в отношении назального зуда (Chen S.T. et al., 2006).

Сравнение эффективности цетиризина, левоцетиризина и плацебо, применяемых в случайном порядке в течение 12 недель 74 детей в возрасте 6–12 лет при круглогодичном АР, показало более высокую эффективность цетиризина по сравнению с плацебо и левоцетиризином в плане улучшения показателей Шкалы общих симптомов (Total Symptom Score — TSS) на 8-й и 12-й неделях исследования и максимальной скорости потока при выдохе (nasal peak expiratory flow rate — pPEFR) (Lee C.F. et al., 2009).

### Цетрин®

В ходе длительного применения в Украине накоплен многолетний положительный опыт эффективного и безопасного клинического применения препарата Цетрин® (цетиризин) производства «Dr. Reddy's Laboratories Ltd» в форме таблеток и сиропа в практике терапии при аллергических заболеваниях, в том числе АР.

Основываясь на значительном опыте применения цетиризина (Цетрин®) при интермиттирующем и персистирующем АР, а также хронической крапивнице, можно отметить такие преимущества препарата, как:

- быстрое начало терапевтического действия — через 20 мин;
- максимальная концентрация в плазме крови достигается через 1 ч после приема;
- удобство применения — 1 раз в сутки;
- высокая эффективность при различных проявлениях аллергии;

- безопасность (не метаболизируется в печени, практически не вызывает седативного эффекта, не оказывает кардиотоксического действия, низкая частота побочных эффектов);
- хорошая переносимость;
- сохранение эффекта в течение 3 сут после окончания приема.

### Список использованной литературы

- Курбачева О.М., Гушин И.С. (2004) Лечение аллергического круглогодичного ринита антигистаминными препаратами. Леч. врач, 8 (<http://www.lvrach.ru/2004/08/4531605/?format=print>).
- Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации (2006) Протокол ведения больных. Аллергический ринит (<http://zakon.law7.ru/legal2/se4/pravo4401/index.htm>).
- Юрьев К.Л. (2013) Сравнительная эффективность и безопасность лекарственных средств: данные систематических обзоров DERP. По: L. Dean (2011) Укр. мед. часопис, 6(92): 90–96 (<http://www.umj.com.ua/article/46417>).
- Brozek J.L., Bousquet J., Baena-Cagnani C.E. et al.; Global Allergy and Asthma European Network; Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation Working Group (2010) Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. J. Allergy Clin. Immunol., 126(3): 466–476.
- Bousquet J., Khaltaev N., Cruz A.A. et al.; World Health Organization; GA(2)LEN; AllerGen (2008) Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) 2008 update (in collaboration with the World Health Organization, GA(2)LEN and AllerGen). Allergy, 63(Suppl. 86): 8–160.
- Bousquet J., Schünemann H.J., Samolinski B. et al.; World Health Organization Collaborating Center for Asthma and Rhinitis (2012) Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA): achievements in 10 years and future needs. J. Allergy Clin. Immunol., 130(5): 1049–1062.
- Chen S.T., Lu K.H., Sun H.L. et al. (2006) Randomized placebo-controlled trial comparing montelukast and cetirizine for treating perennial allergic rhinitis in children aged 2–6 yr. Pediatr. Allergy Immunol., 17(1): 49–54.
- Eccles R. (2005) Understanding the symptoms of the common cold and influenza. Lancet Infect. Dis., 5(11): 718–725.
- June R.A., Nasr I. (1997) Torsades de pointes with terfenadine ingestion. Am. J. Emerg. Med., 15(5): 542–543.
- Kariyawasam H.H., Rotiroti G. (2013) Allergic rhinitis, chronic rhinosinusitis and asthma: unravelling a complex relationship. Curr. Opin. Otolaryngol. Head Neck Surg., 21(1): 79–86.
- Katyal V.K., Jagdish, Choudhary D. et al. (1994) Occurrence of torsades de pointes with use of astemizole. Indian Heart J., 46(3): 181–182.
- Lee C.F., Sun H.L., Lu K.H. et al. (2009) The comparison of cetirizine, levocetirizine and placebo for the treatment of childhood perennial allergic rhinitis. Pediatr. Allergy Immunol., 20(5): 493–499.
- Mann R.D., Pearce G.L., Dunn N., Shakir S. (2000) Sedation with «non-sedating» antihistamines: four prescription-event monitoring studies in general practice. BMJ, 320(7243): 1184–1186.
- Mucci T., Govindaraj S., Tversky J. (2011) Allergic rhinitis. Mt. Sinai J. Med., 78(5): 634–644.
- Schoenwetter W.F. (2000) Allergic rhinitis: epidemiology and natural history. Allergy Asthma Proc., 21(1): 1–6.
- Simons F.E. (2004) Advances in  $H_1$ -antihistamines. N. Engl. J. Med., 351(21): 2203–2217.
- Simons F.E., Simons K.J. (2011) Histamine and  $H_1$ -antihistamines: celebrating a century of progress. J. Allergy Clin. Immunol., 128(6): 1139–1150.

Получено 20.12.2013

# Тестовые вопросы

(один или несколько правильных вариантов ответов на каждый вопрос)

**1. Какая доля населения, по данным литературы, страдает АР?**

- 10–25%
- 20–35%
- 5–10%

**2. АР характеризуется:**

- IgM-опосредованным воспалением слизистой оболочки носовой полости
- IgE-опосредованным воспалением слизистой оболочки носовой полости
- IgG-опосредованным воспалением слизистой оболочки носовой полости

**3. Современная классификация АР включает:**

- сезонный, круглогодичный
- вазомоторный, хронический
- интермиттирующий, персистирующий

**4. Основные клинические симптомы АР:**

- ринорея, чихание, зуд, заложенность носа
- боль в горле, покашливание (проявления сопутствующего аллергического фарингита, ларингита)
- раздражение, отечность, гиперемия кожи над верхней губой и у крыльев носа

**5. Какие средства, рекомендованные авторами Руководства АRIA, предлагают на начальном этапе терапии у взрослых и детей**

**с интермиттирующим и персистирующим АР?**

- применение системных кортикостероидов
- применение топических кортикостероидов
- пероральное применение блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов
- применение исключительно деконгестантов без добавления к терапии блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов или кортикостероидов в любой форме

**6. Выберите верное утверждение:**

- цетиризин подвергается активной биотрансформации в печени с участием системы цитохрома P450
- цетиризин является активным метаболитом и потому не подвергается биотрансформации в организме человека

**7. Какие представители блокаторов H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов II поколения обладают кардиотоксическим действием?**

- цетиризин
- терфенадин
- левоцетиризин
- астемизол

**8. Блокаторы H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов II поколения:**

- не обладают холинолитическим действием
- вызывают ухудшение отхождения вязкой и трудноотделяемой мокроты

- не вызывают сухости слизистой оболочки

**9. Цетиризин относится к блокаторам H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов:**

- I поколения
- II поколения
- III поколения

**10. Цетиризин оказывает действие:**

- антигистаминное и противовоспалительное
- угнетает кроветворение
- седативное

**11. Препарат Цетрин® у взрослых пациентов и детей в возрасте старше 12 лет обычно применяют:**

- по 10 мг 1 раз в сутки независимо от приема пищи
- по 10 мг 2 раза в сутки
- по 10 мг 1 раз в сутки обязательно после приема пищи

**12. Выберите верное утверждение:**

- после приема препарата Цетрин® эффект развивается в течение 1,5–2 ч и сохраняется на протяжении 12 ч
- после приема препарата Цетрин® эффект развивается в течение 1,5–2 ч и сохраняется на протяжении 24 ч
- после приема препарата Цетрин® эффект развивается в течение 20–60 мин и сохраняется на протяжении >24 ч

Для получения сертификата ответьте на тестовые вопросы в режиме on-line на сайте журнала [www.umj.com.ua](http://www.umj.com.ua) или отправьте ксерокопию страниц с ответами вместе с контактной информацией по адресу: 01001, Киев-1, а/я «В»-82, ООО «МОРИОН»

**Контактные данные:**

ФИО \_\_\_\_\_  
 Почтовый адрес: индекс \_\_\_\_\_  
 область \_\_\_\_\_  
 район \_\_\_\_\_  
 город \_\_\_\_\_  
 улица \_\_\_\_\_  
 дом \_\_\_\_\_  
 квартира \_\_\_\_\_  
 Телефон \_\_\_\_\_  
 E-mail \_\_\_\_\_

**Информация о лекарственном средстве для профессиональной деятельности медицинских и фармацевтических работников Цетрин®**

Р.с. № UA/6789/02/01, № UA/6789/01/01

**Состав:** Цетрин® таблетки. 1 таблетка содержит цетиризина гидрохлорида 10 мг. Цетрин® сироп. 5 мл/5 мг цетиризина гидрохлорида. **Фармакотерапевтическая группа.** Антигистаминные средства для системного применения. **Код АТС.** R06AE07. **Фармакологические свойства.** Цетиризин – конкурентный антагонист гистамина, метаболит гидрохизина, блокирует H<sub>1</sub>-гистаминовые рецепторы. Предупреждает развитие и уменьшает выраженность аллергических реакций, обладает противозудным и противоэко-судативным свойствами, тормозит развитие опосредованной гистамином ранней фазы аллергической реакции, ограничивает высвобождение медиаторов воспаления на поздней стадии аллергической реакции, уменьшает миграцию эозинофилов, нейтрофилов и базофилов, уменьшает проницаемость капилляров, предупреждает развитие отека ткани, устраняет спазм гладких мышц, кожную реакцию на введение гистамина, специфических аллергенов, а также на охлаждение (при холодовой крапивнице), уменьшает гистамин-индуцированную бронхообструкцию при бронхиальной астме легкого течения. **Показания.** Цетрин® та-

блетки. Сезонный и круглогодичный аллергический ринит и конъюнктивит, хроническая рецидивирующая крапивница, ангионевротический отек, аллергический дерматоз, атопический дерматит (в составе комплексной терапии). **Цетрин® сироп.** Назальные симптомы сезонного и хронического аллергического ринита (ринорея, зуд в носу, чихание), назальные симптомы, связанные с конъюнктивитом. Зуд, крапивница разных типов. **Побочные эффекты.** Цетрин® таблетки. Головная боль, головокружение, сонливость, диспептические явления, ощущение сухости во рту, фарингит, аллергические реакции и др. **Цетрин® сироп.** Утомляемость, астения, недомогание, головокружение, головная боль, парестезия, судороги, дисгезия, дискинезия, дистония, обморок, тремор, абдоминальная боль, сухость во рту, тошнота, диарея, сонливость, тревожность, агрессивность, спутанность сознания, депрессия, галлюцинации, бессонница, тахикардия, тромбоцитопения и др.

**Полная информация о лекарственном средстве содержится в инструкции для медицинского применения.**

**Производитель:** Др. Редди'с Лаботорис Лимитед, Индия  
 Представительство компании «Др. Редди'с Лаботорис Лимитед»  
 Украина, 03131, Киев, Столичное шоссе, 103, офис 11 Б  
 Тел.: (044) 492-31-74