

Алерзин

левоцетиризин

ДІТЯМ
ВІД **6** МІСЯЦІВ!

**попереджає розвиток
та полегшує перебіг
алергічних реакцій***

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

Діти 6–12 міс: 1,25 мг або 5 крапель
1 раз на добу

Діти 1–6 років: 1,25 мг або 5 крапель
2 рази на добу

**Дорослі та діти
старші 6 років:** 5 мг або 20 крапель
або 1 таблетка
1 раз на добу

Алерзин
Alerzin®

Левосетиризин
(Levocetirizine)

5 мг/мл

Краплі оральні, розчин

20 мл

Алерзин
Alerzin®

Левосетиризин

7 таблеток, вкритих оболонкою

Алерзин
Alerzin®

Левосетиризин (Levocetirizine)

14 таблеток, вкритих оболонкою

5 мг

EGIS

Інструкція для медичного застосування препарату Алерзин.

Р.П. № UA/9862/01/01, № UA/9862/02/01.

Умови відпуску: без рецепта.

Діюча речовина: левосетиризину дигідрохлорид. Фармакотерапевтична група.

Антигістамінні засоби для системного застосування. Код АТХ R06A E09.

Показання. Симптоматичне лікування алергічного риніту (у тому числі цілорічного алергічного риніту) та кропив'янки.

Протипоказання. Підвищена чутливість до левосетиризину або до будь-якої іншої складової даної лікарської форми, або до будь-яких похідних піперазину.

Тяжка форма хронічної ниркової недостатності (кліренс креатиніну < 10 мл/хв).

Побічні реакції. Сонливість, стомлюваність, головний біль, сухість у роті та інші.

Прийом препарату слід припинити у разі появи будь-якого із побічних ефектів і коли причина його розвитку не може бути встановлена однозначно.

Виробник. Фармацевтичний завод ЕГІС.

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.

Детальна інформація міститься в інструкції для медичного застосування.

Представництво «ЕГІС ФАРМАС'ЮТІКАЛС ПЛС» в Україні:
04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т.
Тел.: +38 (044) 496 05 39, факс: +38 (044) 496 05 38



Н.И. Сафронкова, главный внештатный детский аллерголог Департамента здравоохранения
Днепропетровской областной государственной администрации

Выбор препарата для лечения детей с аллергической патологией: значение формы и содержания

В настоящее время лечение большинства аллергических заболеваний (АЗ) невозможно себе представить без применения антигистаминных препаратов (АГП). Выбирая оптимальный АГП для конкретного пациента, врач в первую очередь учитывает показания к его применению, фармакологические свойства действующего вещества, а также наличие доказательных данных о его эффективности и безопасности. Однако каждый лекарственный препарат, как известно, содержит несколько ингредиентов: саму лекарственную субстанцию и зачастую целый ряд вспомогательных веществ (наполнителей/эксципиентов). Например, в США для производства лекарственных средств применяют более 700 химических наполнителей (Д.Ш. Мачарадзе, 2015). При этом в педиатрической практике особое значение придается также лекарственной форме, в которой выпускается тот или иной препарат: при назначении терапии детям раннего и младшего возраста очевидные преимущества имеют жидкие лекарственные формы – сиропы, растворы для перорального приема, капли и др. В отличие от таблеток, жидкие лекарственные формы для перорального приема не вызывают у детей трудностей при проглатывании, удобны в применении, просты в дозировании и обладают приятными органолептическими свойствами. Однако не стоит забывать о том, что для достижения этих качеств в состав педиатрических жидких лекарственных форм включаются разные вспомогательные вещества (красители, ароматизаторы, подсластители, консерванты и т.д.), которые сами по себе могут выступать в роли аллергенов либо гаптен-субстанций и способствовать развитию лекарственных аллергических реакций у детей с уже имеющейся аллергической патологией. К сожалению, в последнее время в практике врачей-аллергологов участились случаи лекарственно-индуцированных тяжелых аллергических реакций (таких как синдром Лайелла, синдром Стивенса – Джонсона, многоформная экссудативная эритема, острая крапивница, отек Квинке, аллергический дерматит и др.).

Пищевые добавки (ПД) – это природные или синтетические вещества, добавляемые в пищевые продукты в процессе производства или торгового оборота с целью придания им определенных свойств и консервации. Уже ни для кого не секрет, что современные продукты питания и лекарственные препараты перенасыщены всевозможными ПД (красителями, ароматизаторами, консервантами, стабилизаторами и пр.). Наибольшую потенциальную опасность они представляют для детей, особенно для тех, которые склонны к реакциям гиперчувствительности и уже имеют ту или иную аллергическую патологию. Так, показано, что более половины детей с атопическим дерматитом имели хотя бы одну положительную реакцию на ПД: тартразин, натрия бензоат, глутамат, ацетилсалициловую кислоту, тирамин (Н.Р. Van Bever et al., 1989). Среди пациентов с хронической крапивницей 63,8% имели положительные результаты провокационных проб к ПД: к тартразину – 47%, к натрия метабисульфиту – 46%, к калия метабисульфиту – 33% и к натрия бисульфиту – 30% (G.S. Gimenez-Aranda et al., 1996). После двойной слепой плацебо-контролируемой пробы у 7% из 335 детей с атопическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма, ринит, крапивница) наблюдалось ухудшение клинической симптоматики в ответ на попадание в организм красителей, ароматизаторов и консервантов (G. Fuglsang et al., 1994).

Большинство аллергенных ПД, лекарственных веществ и эксципиентов способны приводить к развитию как истинной аллергии, опосредованной классическими иммунологическими механизмами, так и псевдоаллергии, в основе которой лежат различные неиммунные механизмы (гистаминовый, активации системы комплемента, нарушения метаболизма арахидоновой кислоты, ингибирования ферментной активности моноаминоксидазы и др.). Разделение этих двух понятий позволяет выбрать правильные методы диагностики и лечения аллергической реакции.

В целом механизмы развития непереносимости ПД малоизучены. Предполагается участие как IgE-зависимых, так и IgE-независимых аллергических и неаллергических реакций. Согласно современным представлениям, основными механизмами неблагоприятного воздействия ПД на организм являются:

- типичные немедленные и замедленные аллергические реакции;

- псевдоаллергические реакции, связанные с прямым действием препаратов на чувствительные клетки, выделяющие медиаторы;
- фармакологические и метаболические эффекты, обусловленные ингибированием простагландинсинтетазы и усилением образования лейкотриенов;
- неспецифическое изменение адгезивности клеточных мембран лейкоцитов, эпителия слизистых оболочек и эндотелия сосудов с последующим увеличением проницаемости, экссудацией, развитием воспаления;
- иммуномодулирующие эффекты с угнетением или стимуляцией отдельных звеньев системы иммунитета;
- генотоксические эффекты, оказываемые на ДНК клеток;
- нарушение проницаемости нейронной мембраны, что приводит к изменению проводимости и уровня нейротрансмиттеров.

Клинические проявления непереносимости ПД разнообразны по форме, локализации, степени тяжести и прогнозу, но ни один из симптомов не является специфическим. Описаны системные и местные нежелательные реакции. Из системных реакций на ПД крайне опасен анафилактический шок, развитие которого описано при поступлении в организм тартразина, бензоата натрия, сульфитов и т.д. Возможно развитие эозинофилии, гранулоцитопении и тромбоцитопении. Аллергия на ПД может сопровождаться проявлениями со стороны кожи: крапивница, ангионевротический отек (Квинке), аллергический дерматит, различные типы пурпуры, а также токсикодермия (рис.). Появление крапивницы и/или ангио-



Рис. Токсикодермия

Таблица. Известные нежелательные реакции на красители и натрия бензоат (А. Cantani, 2008; J.R. Dipalma, 1990; L. Juhlin, 1981; B.J. Wilson, S.L. Bahna, 2005; Н.Д. Титова, 2010)	
ПД	Нежелательные реакции
Тартразин (Е 102)	Анафилактические и анафилактикоидные реакции, крапивница, ангиоотек, пищевая аллергия, бронхиальная астма, контактные дерматиты, риниты, гиперкинезия и гиперреактивность у детей; перекрестные реакции с ацетилсалициловой кислотой, натрия бензоатом и индометацином
Солнечный желтый (Е 110)	Анафилактический шок, анафилактикоидные реакции, тошнота, рвота, боль в животе, ангиоотек, васкулиты, пурпура, заложенность носа; перекрестная реактивность с ацетилсалициловой кислотой, натрия бензоатом и азокрасителями
Понсо (Е 124)	Бронхоконстрикция, аллергические реакции
Кармуазин (Е 122)	Крапивница, ангиоотек, бронхиальная астма
Натрия бензоат (Е 211)	Аллергические реакции, гиперактивность у детей, побочные свойства усиливаются в сочетании с Е 102 (тартразином)
Индигокармин (Е 132)	Бронхиальная астма, аллергические реакции, гиперактивность у детей



Н.И. Сафронкова

невротического отека при приеме продуктов и лекарств, содержащих ПД, – распространенное явление. Со стороны желудочно-кишечного тракта возможно развитие симптомов в виде рвоты, колики, запора, диареи, аллергического энтероколита. При псевдоаллергических реакциях на ПД встречается анафилактикоидный шок и другая клиническая симптоматика, схожая с таковой при истинных аллергических реакциях. Тартразин, эритрозин, натрия бензоат, натрия метабисульфит могут быть причиной неатопического (псевдоаллергического) ринита.

К неаллергическим проявлениям реакций на ПД можно отнести поведенческие нарушения (в виде гиперактивности, снижения концентрации внимания), отмеченные у детей при употреблении продуктов, содержащих в больших количествах красители, ароматизаторы, вкусовые добавки и подсластители. Некоторые красители изменяют проницаемость мембраны нейронов, что может объяснить связь между их потреблением и расстройствами поведения.

Решающую роль в развитии нежелательных реакций на ПД играет количество (доза) поступившего вещества, длительность потребления и режим применения. Основные известные нежелательные эффекты ПД разнообразны и включают аллергические, псевдоаллергические, метаболические и другие реакции (табл.).

В последнее время в практике детских аллергологов наблюдается тенденция к увеличению количества детей с кожными аллергическими проявлениями, спровоцированными приемом различных лекарственных препаратов, выпускающихся в форме сиропа: антибиотиков, витаминных комплексов, противокашлевых препаратов и даже АГП. Это связано с тем, что в их состав, помимо активных компонентов, входят также разнообразные красители, ароматизаторы, подсластители, вкусовые добавки.

К сожалению, практически никто не задумывается о том, что с продуктами, которыми ежедневно питается ребенок, в его организм уже поступают достаточно высокие дозы самых разных пищевых добавок. А если ребенок к тому же длительно получает терапию лекарственными средствами, которые содержат указанные вещества в качестве эксципиентов, значительно возрастает риск превышения их предельно допустимых концентраций, что в конечном итоге способно спровоцировать развитие аллергических и псевдоаллергических реакций.

Первый шаг в лечении и профилактике любой аллергии – ограничение контакта с потенциальными аллергенами. Всем пациентам с АЗ рекомендуется элиминационная гипоаллергенная диета. Несомненно, этот подход должен касаться и лекарственных препаратов, которые принимает ребенок с АЗ. Ограничение применения ПД и количества вспомогательных веществ в лекарствах – основной путь профилактики вызываемых ими аллергических и псевдоаллергических реакций. В частности, по возможности следует свести к минимуму использование лекарственных средств (особенно АГП) в форме сиропа, так как на фоне уже существующей аллергической патологии входящие в их состав красители, ароматизаторы и консерванты могут усугубить течение АЗ или спровоцировать развитие других аллергических/псевдоаллергических реакций, в том числе серьезных. Желательно перейти на прием АГП в форме таблеток или капель (если таковые имеются и показаны к применению у детей конкретной возрастной группы).

В последнее время внимание детских аллергологов привлекают капли Алерзин (левоцетиризин), разрешенные к применению уже с 6-месячного возраста. При этом капли Алерзин не содержат красителей и ароматизаторов, а количество консервантов в их составе сведено к минимуму.