

Современные возможности диагностики и лечения распространенных заболеваний органов дыхания у детей

В структуре соматической заболеваемости у детей патология органов дыхания занимает ведущее место, поэтому к ней традиционно приковано приоритетное внимание как ученых, так и практикующих педиатров, детских пульмонологов и аллергологов. Заболеваниям органов дыхания у детей было посвящено значительное количество докладов, представленных в рамках XIX Всеукраинской научно-практической конференции «Актуальные вопросы педиатрии» («Сидельниковские чтения»), которая состоялась 20-22 сентября в г. Полтаве. В данной публикации мы представляем вниманию читателей обзор двух выступлений ведущих отечественных экспертов в области детской пульмонологии и аллергологии, которые были посвящены таким распространенным заболеваниям органов дыхания, как рецидивирующий бронхит и бронхиальная астма (БА).



Руководитель научной группы по проблемам аллергии и иммунореабилитации детей отделения заболеваний органов дыхания и респираторных аллергозов ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», доктор медицинских наук, профессор Владимир Федорович Лапшин представил доклад, посвященный патогенетическому обоснованию подходов к терапии при рецидивирующем бронхите у детей.

— Рецидивирующий бронхит (РБ) представляет собой заболевание бронхов, течение которого характеризуется повторением эпизодов острого бронхита (ОБ) 2-3 раза в году

на протяжении 1-2 лет на фоне острых респираторных вирусных инфекций без приступов бронхообструкции. Развитию РБ у детей способствуют генетические и этиологические факторы (респираторные вирусы, бактериальная и атипичная инфекция, персистенция возбудителей, хронические очаги инфекции и др.), а также возрастные анатомо-физиологические особенности респираторного тракта, недостаточность мукоцилиарной и сурфактантной систем, определенные особенности строения бронхов, «запоздальный иммунный старт».

На фоне воспаления повышается секреторная функция бронхиальных желез и бокаловидных клеток, изменяется соотношение нейтральных и кислых гликопротеидов, что приводит к мукостазу и нарушению функции реснитчатого эпителия (нарушение мукоцилиарного клиренса).

В настоящее время установлено, что основным гелеобразующим муцином, секретиремым бокаловидными клетками дыхательных путей, является MUC5 AC.

Попадание в дыхательные пути вируса или аллергена приводит к гиперэкспрессии гена, кодирующего MUC5 AC, и, соответственно, к значительному увеличению его секреции. Именно возможностям влияния на секрецию MUC5 AC сегодня придается важное значение при выборе средств патогенетической терапии при ОБ и РБ.

Американская коллегия специалистов в области торакальной медицины (ATS) и Европейское респираторное общество (ERS) разработали рекомендации по лечению кашля как основного симптома всех форм бронхита. Ключевым пунктом этих рекомендаций является назначение муколитической терапии. Средства, облегчающие выведение мокроты из бронхов, подразделяются на несколько основных групп:

- препараты, стимулирующие отхаркивание, — вызывают раздражение рецепторов желудка и рефлекторно усиливают секрецию бронхиальных желез;
- муколитики — препараты, которые деполимеризуют мукополисахаридные и мукопротеиновые волокна в мокроте, разрывают дисульфидные связи белков мокроты;
- мукорегуляторы — средства, регулирующие выработку секрета железистыми клетками;
- мукогидранты — препараты, способствующие гидратации секрета;
- бронхоройки — препараты, усиливающие трансэпителиальную секрецию воды;
- комбинированные препараты, в состав которых входят несколько компонентов с различными механизмами действия, способствующими облегчению выведения мокроты из бронхов.

Применение комбинированных лекарственных средств, облегчающих выведение мокроты, имеет ряд неоспоримых преимуществ. Благодаря сочетанию отхаркивающих, муколитических, противовоспалительных, противомикробных, бронхолитических свойств, они эффективно воздействуют на различные этиопатогенетические звенья воспалительного процесса в дыхательных путях и в то же время позволяют врачу избежать полипрагмазии и уменьшить кратность приема лекарств ребенком.

Необходимо помнить, что при стартовой терапии респираторной патологии у детей раннего и школьного возраста (особенно в амбулаторной практике) предпочтение следует отдавать комбинированным препаратам с дополнительным эффектом экспекторации, сочетанным муколитическим, мукокинетическим и бронходилатирующим эффектами, в комплексе способствующим профилактике осложнений заболевания.

Всем указанным требованиям отвечает комбинированный препарат Аскорил Экспекторант, выпускаемый в форме сиропа. В 5 мл сиропа Аскорил Экспекторант содержится сальбутамол сульфат в дозе 1 мг, бромгексина гидрохлорид в дозе 2 мг и гвайфенезин в дозе 50 мг. За счет рационально подобранной комбинации действующих веществ, каждое из которых содержится в минимальной терапевтической дозе, препарат оказывает комплексное фармакологическое действие и при этом характеризуется высоким профилем безопасности. Аскорил Экспекторант рекомендуют принимать 3 раза в сутки в разовой дозе 5 мл — детям в возрасте 2-6 лет, 5-10 мл — 6-12 лет, 10 мл — старше 12 лет.

Представляющим интерес фактом, установленным в последние годы, является способность одного из компонентов сиропа Аскорил Экспекторант — гвайфенезина — снижать продукцию MUC5 AC (как уже упоминалось, он является основным гелеобразующим муцином, секретиремым бокаловидными клетками дыхательных путей человека).

При этом было показано, что такие муколитики, как амброксол и ацетилцистеин, не оказывают существенного влияния на клеточное содержание или секрецию MUC5 AC (J. Seagrove et al., 2012). Эти данные подтверждают целесообразность использования гвайфенезина в лечении респираторных заболеваний, сопровождающихся гиперсекрецией мокроты, включая бактериальные или вирусные инфекции и хронический бронхит.

В ходе клинического наблюдения у 30 детей с РБ мы изучили эффективность и безопасность сиропа Аскорил Экспекторант по сравнению с таковыми сиропа амброксола (25 детей, группа сравнения). Согласно его результатам, применение комбинированной мукоактивной терапии сиропом Аскорил Экспекторант положительно влияет на клиническое течение заболевания и способствует (по сравнению с амброксолом) более быстрому регрессированию его основных клинических проявлений (частоты кашля, гиперреактивности бронхов, скрытого бронхоспазма). Это

АСКОРИЛ®

Комбінований засіб,
що застосовується при кашлю
та застудних захворюваннях



Інформація про лікарський засіб для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.
СКОРЧЕНІ ІНСТРУКЦІЇ для медичного застосування препарату АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ та АСКОРИЛ (АСКОРИЛ), АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ. Лікарська форма. Сироп. Склад: діючі речовини: 10 мл сиропа містять сальбутамолу сульфату еквівалентно 2 мг сальбутамолу, бромгексину гідрохлориду 4 мг, гвайфенезину 100 мг, ментолу 1 мг. Допоміжні речовини: сахароза, пропіленгліколь, кислота сорбінова, смаковий домішок анісан та смородиною чорної ІД 20158, барвник жовтий захід FCF (E110), вода очищена. **Показання.** Секретолітична терапія при захворюваннях дихальних шляхів, що супроводжуються бронхоспазмом та утворенням в'язкого секрету, що важко відділяється: при трахеобронхіті, хронічних обструктивних захворюваннях легень, бронхіальній астмі, емфіземі легень. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, бромгексину, гвайфенезину, ментолу або до будь-якого з інших компонентів препарату. Аритмія, тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертиреоз, тяжкі порушення функції печінки, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. **Спосіб застосування та дози.** Препарат застосовують за призначенням та під наглядом лікаря. Дорослим і дітям віком від 12 років приймають по 10 мл 3 рази на добу. Дітям віком від 6 до 12 років — по 5-10 мл 3 рази на добу. Дітям віком від 2 до 6 років — по 5 мл 3 рази на добу. Тривалість лікування визначається лікарем індивідуально. **Побічні реакції.** 3 боку імунної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, орофарингіальний набряк, синдром Лайєлла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя, гастроїт, неприємний присмак у роті. 3 боку нервової системи: тремор, міалгія, головний біль, гіперактивність, дисгевзія, запаморочення, неспокій, безсоння. 3 боку серцево-судинної системи: тахикардія, периферична вазодилатація, порушення серцевого ритму, включаючи фібриляцію шлуночків, суправентрикулярну тахикардію та екстрасистолію; гіпотензія або гіпертензія; відчуття серцебиття; ішемія міокарда; колапс. 3 боку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. Інші: судини м'язів, відчуття тиску у м'язах, гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, гіпертиреоз, підвищена пітливість, тремороботенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинутися транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз у крові, спричинено бромгексином. **Діти.** Не призначати препарат дітям віком до 2 років через відсутність дослідів застосування його цієї вікової категорії пацієнтів. **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалс Лтд, Місезнаходження. Plot No. E-37/39, M.I.D.C., Industrial Estate, Satpur, Nasik-422 007, Maharashtra, India. Дільниця № E-37/39, Ем. Ай. Ді. Сі., Сатур, Насік-422 007, Махараштра, Індія. Ресстраційне посвідчення №UA/8670/01/01 від 26.07.2013 дієчно до 26.07.2018 р.
АСКОРИЛ. Лікарська форма. Таблетки. 1 таблетка містить сальбутамолу сульфату еквівалентно сальбутамолу 2 мг, бромгексину гідрохлориду 8 мг, гвайфенезину 100 мг. Допоміжні речовини: кальцій гідрофосфат, крохмаль кукурудзяний, метилпарагідроксибензоат (Е 216), пропіленгліколь, кремнію діоксид колоїдний безводний, магно стевар. **Показання.** Симптоматичне лікування продуктивного кашлю при різних захворюваннях органів дихання, що супроводжуються бронхоспазмом. **Протипоказання.** Підвищена чутливість до сальбутамолу, інших симпатоміметиків, бромгексину, гвайфенезину, ментолу або до будь-якого з інших компонентів препарату. Коронарна недостатність, аритмія, інші тяжкі серцево-судинні захворювання, гіпертиреоз, тяжкі порушення функції печінки, виразка шлунка та дванадцятипалої кишки. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям віком від 6 років застосовувати внутрішньо по 1 таблетці 3 рази на добу. Діти віком від 6 до 12 років: по ½ - 1 таблетці 3 рази на добу. Тривалість лікування визначається індивідуально. **Діти.** Не призначати препарат дітям віком до 6 років. **Побічні реакції.** 3 боку імунної системи: реакції гіперчутливості, що включають у себе висипи, свербіж, анафілактичні реакції, у тому числі анафілактичний шок, ангіоневротичний набряк, кропив'янку, орофарингіальний набряк, синдром Лайєлла; рідко при пероральному застосуванні сальбутамолу у дітей може виникнути мультиформна еритема, синдром Стівенса-Джонсона, набряк обличчя, гастроїт, неприємний присмак у роті. 3 боку нервової системи: тремор, міалгія, головний біль, гіперактивність, дисгевзія, запаморочення, неспокій, безсоння, парестезія ротолотки. 3 боку серцево-судинної системи: тахикардія, периферична вазодилатація; порушення серцевого ритму, включаючи фібриляцію шлуночків, суправентрикулярну тахикардію та екстрасистолію; гіпотензія або гіпертензія; відчуття серцебиття; ішемія міокарда; колапс. 3 боку дихальної системи: розлади дихання, посилення кашлю. Сальбутамол може спровокувати парадоксальний бронхоспазм, що є життєво небезпечним станом. У разі його виникнення необхідно негайно припинити застосування препарату і призначити альтернативне лікування. Інші: м'язи, відчуття тиску у м'язах, гіпертермія, озноб, мідріаз, атонія сечового міхура, підвищена пітливість, гіпертиреоз, тремороботенія, метаболічні зміни, такі як гіпокаліємія. У деяких пацієнтів може розвинутися транзиторне підвищення рівня амінотрансфераз у крові, спричинено бромгексином. Метилпарагідроксибензоат (Е 216) може спричинити алергічні реакції (можливо, уповільнені). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютикалс Лтд, GLENMARK PHARMACEUTICALS LTD, Місезнаходження виробника та його адрес місця провадження діяльності. I, Дільниця № E-37/39, Ем. Ай. Ді. Сі., Сатур, Насік - 422 007, Махараштра, Індія. Plot No E-37/39, M.I.D.C., Industrial Estate, Satpur, Nasik - 422 007, Maharashtra, India. 2. Салішче Кішанпура, Бадді-Налагарх Роуд, Техсіл Налагарх, округ Солан, (Х.П.) 174101, Індія/Village - Kishanpura, Baddi-Nalagarh Road, Tehsil Nalagarh, Distt. Solan, H.P. 174101, India. Ресстраційне посвідчення №UA 11237/01/01 дієчно до 18.12.2020.
Інформацію підготовлено: грудень 2017 р.
*ПРЕПАРАТ РОКУ 2014 — за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панацея 2014» у групі R05CA АСКОРИЛ ЕКСПЕКТОРАНТ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютикалс ЛТД, в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».
Повна інформація про лікарський засіб міститься в повній інструкції для медичного застосування лікарського засобу
**ПРЕПАРАТ РОКУ 2017 — за підсумками маркетингових досліджень конкурсу «Панацея 2017» у групі R05CA АСКОРИЛ (рецептурна група) компанії Гленмарк Фармасьютикалс Лтд, в Україні посів першу позицію у номінації «Препарат року».
Повна інформація про лікарський засіб міститься в повній інструкції для медичного застосування лікарського засобу



связано с нормализующим влиянием препарата на мукоцилиарный клиренс, показатели неспецифических факторов местной защиты слизистой оболочки бронхов, а также с мукокинетическим и непрямым противовоспалительным действием, подтвержденным изменениями цитоморфологического состава индуцированной мокроты на фоне лечения. Высокая эффективность и хорошая переносимость препарата Аскорил Экспекторант у обследованных детей позволяет нам рекомендовать его для широкого применения в клинической практике при лечении детей с ОБ и РБ.



Про поширені помилки, що допускаються в лікуванні дітей з БА, учасникам «Сідельниковських читань» розповіла **головний спеціаліст з дитячої алергології Департаменту охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації, завідувач кафедри педіатрії № 2 Львівського національного медичного університету ім. Данила Галицького, доктор медичних наук, професор Леся Василівна Беш.**

— Запорукою належного лікування є правильно встановлений діагноз. У зв'язку з цим перше місце за значенням серед помилок у веденні дітей з БА посідають труднощі щодо своєчасного встановлення діагнозу, особливо у дітей раннього віку. В педіатричній практиці БА має багато «масок» і дуже часто ховається за такими помилково встановленими діагнозами, як рецидивний обструктивний бронхіт, хронічний бронхіт з астматичним компонентом, пневмонія з бронхообструктивним синдромом тощо. Тобто в цих випадках ідеться про гіподіагностику БА. Проте є й випадки гіпердіагностики БА — у дітей зі стороннім тілом у трахеї/бронхах, глистяною інвазією, гострим обструктивним бронхітом і муковісцидозом.

У 2012 р. був опублікований Міжнародний консенсус із бронхіальної астми у дітей (ICON), а згодом наказом Міністерства охорони здоров'я України № 868 від 8 жовтня 2013 р. затверджений Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей». Востаннє він був переглянутий у квітні 2016 р.

Новим у цьому протоколі є перелік симптомів, що дають можливість запідозрити БА у дітей віком до 5 років:

- повторні епізоди свистячого дихання (так званого візінгу, англ. *wheezing*), у тому числі під час сну або у відповідь на фізичне навантаження, сміх, плач, вдихання тютюнового диму чи забрудненого повітря;
- повторний, періодичний (персистивний) непродуктивний кашель, що посилюється вночі чи супроводжується свистячим/утрудненим диханням;
- утруднене дихання («нестача повітря»), що виникає при фізичному навантаженні, сміху чи плачі;
- зниження фізичної активності дитини порівняно з іншими дітьми того самого віку, швидка стомлюваність під час прогулянок.

У Уніфікованому клінічному протоколі первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Бронхіальна астма у дітей» зазначено, що при підозрі на наявність БА у дитини з групи високого ризику їй слід призначити пробну протиастиатичну терапію, ефективність якої дає можливість підтвердити цей діагноз. Оцінювати результати пробного лікування потрібно протягом 3 міс.

Найбільшу кількість помилок зазвичай допускають під час проведення базисної фармакотерапії з приводу БА. Згідно з вищезазначеним національним протоколом до базисних препаратів належать інгаляційні глюкокортикостероїди (ГКС), антилейкотрієнові препарати, пролонговані β_2 -агоністи, а також метилксантини й антитіла до імунoglobulinу E. Але, на жаль, реалії сьогодення полягають у тому, що базисні препарати під час амбулаторного лікування БА призначають не на постійній основі, а епізодично — тобто напад на напад. Проте слід пам'ятати, що сьогодні БА розглядається як амбулаторна хвороба, яка потребує тривалої терапії протизапальними препаратами, і тому кожна госпіталізація пацієнта означає поразку у лікуванні БА.

Згідно з останніми узгодженими міжнародними документами (рекомендації Глобальної ініціативи з астми, GINA, 2017), базисними препаратами першого вибору для лікування БА у дітей є ГКС, що призначаються в режимі монотерапії. Водночас у дітей, які з певних причин не можуть або не хочуть застосовувати ГКС, а також у дітей з коморбідною алергічною патологією (зокрема, з алергічним ринітом — АР) альтернативою ГКС при легкій формі БА можуть бути антилейкотрієнові препарати, а саме монтелукаст.

Навіть якщо препарати для базисної терапії були обрані правильно, вирішальне значення для отримання ефекту від їх застосування має правильна техніка інгаляції. Але, на жаль, при використанні дозованих аерозольних інгаляторів пацієнти допускають такі прикриті помилки, як недотримання синхронізації вдиху і натискування на ковпачок, повільний акт вдиху. Така інгаляція не може бути ефективною. Навіть небулайзерна терапія, що не потребує синхронізації вдиху з вивільненням препарату, може бути неефективною у тому разі, коли дитина збуджена, плаче, кричить і чинить опір інгаляції.

У цьому разі слід застосовувати альтернативні способи подачі ліків. Таким чином, на сьогодні не існує найкращого способу виконання інгаляції та «ідеального» інгалятора, однак наявні широкі можливості для вибору лікарського засобу та шляху його введення. Оптимальним є той спосіб інгаляції, який добре переноситься конкретною дитиною і може бути правильно нею застосований.

Вирішальна роль у досягненні успіху лікування БА належить налагодженню співпраці з пацієнтом і його родиною. Слід зрозуміти все, щоб досягти високої прихильності хворого до лікування, оскільки саме вона є важливим фактором, що визначає його ефективність. У цьому контексті викликають інтерес результати ретроспективного когортного дослідження, в яке було включено 227 дітей з легкою та середньотяжкою формами БА. Ті діти, які отримували монтелукаст як базисну терапію, у 97% випадків виконували рекомендації лікаря (F.M. Ducharme et al., 2012). Це свідчить про дуже високу прихильність до лікування монтелукастом, що є вагомим аргументом на користь його вибору в реальній клінічній практиці.

Враховуючи сучасні економічні реалії, лікарі повинні обирати для пацієнта з БА такий базисний препарат, який був би для нього оптимальним як з клінічних, так і з економічних позицій.

Ринок генеричних лікарських засобів дає можливість доступу до нових високоєфективних препаратів широким верствам населення. Але водночас треба знати, що для генериків вкрай важливо мати доведену біоеквівалентність оригінальному препарату. Це дозволяє лікарям призначати їх з упевненістю у досягненні очікуваного клінічного ефекту.

Саме таким препаратом, який є біоеквівалентним оригінальному монтелукасту, є генеричний препарат Глемонт виробництва компанії «Гленмарк». Глемонт виготовляється відповідно до стандартів Належної виробничої практики (GMP), що забезпечує його високу якість, та має широкий діапазон дозування: таблетки по 4, 5 та 10 мг.

Підбиваючи підсумки, слід відзначити, що у лікуванні БА й досі допускають дуже багато помилок, найпоширенішими з яких є:

- поліпрагмація — одночасне призначення багатьох препаратів;
- невиправдано інтенсивна інфузійна терапія;
- застосування фізіотерапевтичного лікування;
- самовільне зменшення пацієнтами дозування базисних препаратів або їх відміна;
- помилки в небулайзерній терапії, насамперед застосування недозволених засобів для інгаляційного лікування.

Запорукою успішного лікування є індивідуальний підхід до кожного хворого. Під час консультації лікар має створити психологічний комфорт для пацієнта та його родини, запропонувати зрозумілі схеми лікування та наочно продемонструвати техніку інгаляції, а також пояснити, що успішність терапії БА визначається передусім чітким дотриманням лікарських рекомендацій.

Підготувала **Елена Терещенко**

ГЛЕМОНТ
МОНТЕЛУКАСТ НАТРИУ

glenmark
A new way for a new world

- Виробництво відповідає стандарту FDA (USA)*
- Біоеквівалентність доведена**
- 30 таблеток в упаковці

НЕХАЙ РОЗВИВАЄТЬСЯ ТАЛАНТ, А НЕ ХВОРОБА!

СКОРОЧЕНІ ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ ГЛЕМОНТ ТАБЛЕТКИ 10 МГ. Діюча речовина: монтелукаст. 1 таблетка містить монтелукасту натрію еквівалентно монтелукасту 10 мг; допоміжні речовини: целюлоза мікрокристалічна, лактози моногідрат, натрію кроскармеллоза, гідроксипропілцелюлоза, магнію стеарат, оксид жовтий (E 171), оксид заліза червоний (E 172), лікарська форма. Таблетки, які отримують оболочку. Показання. Додаткове лікування бронхіальної астми у пацієнтів з персистуючою астмою від легкого до помірного ступеня, що недостатньо контролюється інгаляційними кортикостероїдами препаратами, а також при недостатньому клінічному контролі астми за допомогою β_2 -агоністів короткодіючої дії, що застосовуються у разі необхідності. Симптоматичне лікування сезонного алергічного риніту у хворих на бронхіальну астму. Прорідження астми, домінуючим компонентом якої є бронхоспазм, індукований фізичними навантаженнями. Полегшення симптомів сезонного та цілорічного алергічного риніту. Протипоказання. Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. Спосіб застосування та дози. Препарат призначений для застосування дітям віком від 15 років. Пацієнтам з астмою та алергічним ринітом (сезонним та цілорічним) призначають по 1 таблетці 10 мг 1 раз на добу, ввечері. Діти. Застосовувати дітям віком від 15 років. Дітям віком до 15 років слід застосовувати препарат у вигляді жувальних таблеток з відповідним дозуванням. Побічні реакції. Побічні реакції, зареєстровані під час клінічних досліджень з частотою від $\geq 1/100$ до $< 1/10$: інфекції та інвазії: інфекції верхніх дихальних шляхів; з боку нервової системи: головний біль; з боку шлунково-кишкового тракту: біль у животі; завальні розлади: спрага. Побічні реакції, зареєстровані у постмаркетинговому періоді: з боку кровоносної і лімфатичної системи: тенденція до посилення кровоточивості; з боку мускульної системи: гіперчутливість, у тому числі анафілаксія, ознобоподібна інфекційна реакція; з боку психіки: порушення сну, у тому числі нічні кошмари, галюцинації, безсоння, дратівливість, гнів, нетерпеливість, збудження, включачи агресивну поведінку або ворожість, тремор, депресія, дезорієнтація, дуже рідко — суїцидальні наміри та поведінка; з боку серцево-судинної системи: мінливість і запаморочення, парестезія/гіпестезія; з боку шлунково-кишкового тракту: діарея, сухість у роті, диспепсія, нудота, блювання; з боку ендокринної системи: підвищення рівня трансаміназ серуватки (ALT, AST), гепатит (колікатичний гепатит, печінковожовтячний порушення); з боку шкіри і підшкірних тканин: ангіоневротичний набряк, гематома, кропив'янка, свербіж, висипання, нодозна вузликоста еритема; з боку кістково-м'язової системи і сполучної тканини: артралгія, міалгія, включаючи м'язові судороги; завальні розлади та місцеві реакції: астенія/втома, відчуття дискордору, набряк, гарячка. У подібних випадках під час лікування монтелукастом хворих на астму описано виникнення нової кровоточивості, синдрому Чарга — Страуса (СЧС) (див. розділ «Особливості застосування»). Категорія відпуску. За рецептом. Виробник. Гленмарк Фармасьютикалс Лтд., Glenmark Pharmaceuticals Ltd. Місцезаходження виробника та адреса місця провадження його діяльності. Ділянка № 6-7, промислова зона Коваль, Коваль, Бардос, Гос — 403 513, Індія. Підприємство: Glenmark Pharmaceuticals Ltd., Glenmark Pharmaceuticals Ltd. Місцезаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності. Семіце Кавантурі, Бада-Набаргар, Фудзі, Телса-Набаргар, округ Солан (СЛ) 174101, Індія. Village Kabanara, Badli-Nabagar Road, Tahsil Nabagar, Dist. Solan (H.P.) 174101, India. Реєстраційне посвідчення № UA1387201/01, UA1387201/02 від 18.08.2014 діє до 18.08.2019. Інформація про лікарські засоби надається для розширення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики. З повною інформацією про лікарські засоби можна ознайомитися у відповідних інструкціях для медичного застосування лікарського засобу. Інформація підготовлена грудень 2017.

*<http://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/drls/getDRLS.cfm>
**Formulation development report