Респіраторні алергози у дітей: роль педіатра та алерголога

У рамках науково-практичної конференції з міжнародною участю «Четвертий академічний симпозіум», яка відбулася в м. Трускавці, у форматі міждисциплінарного тріо на тему респіраторних алергозів у дітей дискутували провідні вітчизняні експерти.

Т.Р. Уманець

Г.В. Бекетова

С.М. Недєльська

Головний науковий співробітник відділення захворювань органів дихання та респіраторних алергозів у дітей ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України», доктор медичних наук Тетяна Рудольфівна Уманець актуалізувала проблему респіраторних алергозів у педіатрії.

– Респіраторні алергози належать до найбільш поширених захворювань дитячого віку. Сьогодні поширеність алергічних респіраторних захворювань сягнула масштабів пандемії. У країнах Європи близько половини населення страждає від тих чи інших проявів алергії, причому на частку педіатричних хворих припадає аж 30%. За різними даними, поширеність бронхіальної астми (БА) серед дітей становить 5-10%, сезонного алергічного риніту (АР) – 20-40%, цілорічного АР – 1-13%. БА та АР є взаємопов'язаними захворюваннями, про що свідчать епідеміологічні дані: 15-40% пацієнтів з АР мають БА, а у 75-80% хворих на БА наявні симптоми АР. Ця статистика стала підставою для того, щоб рекомендувати обстежувати пацієнтів з БА на наявність АР і навпаки.

Вітчизняна статистика щодо кількості хворих дітей на БА та АР істотно відрізняється від світових даних. Поширеність БА серед дітей у світі коливається в межах 7-10%, в Україні, згідно з офіційними даними, вона становить 0,49%. За період спостереження з 2013 по 2017 рр. в Україні відзначається зниження рівня поширеності БА серед дитячого населення на 9,4% у віковій групі 7-14 років та на 6,1% у віковій групі 15-17 років. Така ж ситуація склалася щодо АР: у світі його поширеність коливається в межах 20-40%, тимчасом як, за офіційними даними, в Україні цей показник становить 0,51%; протягом 2013-2017 рр. поширеність АР серед дітей знизилася на 9,3%.

Проте ця, на перший погляд, позитивна епідеміологічна тенденція насправді є результатом пізньої верифікації діагнозу та гіподіагностики респіраторних алергозів у дітей. Наслідками пізньої верифікації діагнозу БА є розвиток незворотних змін у легенях, тяжкої БА в майбутньому, а також збільшення витрат на лікування (повторні курси антибіотикотерапії, застосування інгаляційних гормональних препаратів, потреба у тривалому прийомі муколітиків і бронхолітиків, стаціонарному лікуванні) та збільшення професійного навантаження на медичних працівників. Тому проблема своєчасної діагностики та призначення адекватного лікування є надзвичайно актуальною для педіатрів.

Метою терапії алергічних респіраторних захворювань є повний контроль над перебігом хвороби, відсутність симптомів патології, незапланованих візитів до лікаря та необхідності у невідкладній допомозі. Успішне лікування педіатричного хворого на БА повинне забезпечити повноцінне життя без обмеження фізичної активності, а також мати сприятливий віддалений прогноз щодо життя та здоров'я дитини.

Гіподіагностика БА та АР серед дитячого населення є актуальною медико-соціальною проблемою, котра потребує негайного вирішення. Одним із важливих кроків є оптимізація діагностичного процесу та забезпечення правильного, а головне, послідовного маршруту пацієнта.

Кількість потенційних хворих на БА в Україні складає 400 тис., на АР – близько 1 млн. Відповідно до Європейських стандартів на 50 тис. населення повинен бути щонайменше 1 лікар-алерголог та не менше одного алергоцентру на 750 тис. населення. Станом на 2016 р. 7 614 006 дітей обслуговують лише 107 дитячих алергологів (0,01 дитячий алерголог на 1000 українських дітей). За період з 2012 по 2017 рр. забезпеченість українського населення дитячими алергологами знизилася. Водночас значимість лікарів первинної ланки, у тому числі педіатрів, у ранній діагностиці респіраторних алергозів є дуже високою.

Заслужений лікар України, завідувач кафедри дитячих і підліткових захворювань Національної медичної академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, доктор медичних наук, професор Галина Володимирівна Бекетова зосередила увагу присутніх на діагностиці алергозів у дітей на етапі первинної ланки медичної допомоги.

– Перед вітчизняною медичною спільнотою протягом тривалого часу стоїть питання: як підвищити рівень своєчасності діагностики й терапії алергічних респіраторних захворювань у дітей? Розв'язання цієї проблеми потребує участі міждисциплінарної команди. Слід зазначити, що сьогодні на базі кафедри педіатрії № 1 НМАПО імені П.Л. Шупика ведеться активна робота щодо підготовки дитячих алергологів, що є важливим кроком на шляху подолання проблеми пізньої діагностики алергічних захворювань у дітей. Проте не менш важливим є підвищення рівня базових знань лікарів першого контакту (сімейних лікарів, педіатрів), у компетенції яких своєчасно запідозрити алергічну патологію та побудувати правильний маршрут пацієнта.

У 2018 р. було проведено дослідження, яке дозволило визначити 10 найпоширеніших діагнозів, які встановлюються на педіатричному прийомі: гостра респіраторна вірусна інфекція (37,0%), гострий бронхіт (10,4%), гострий ринофарингіт (4,4%), гострий фарингіт (2,6%), гострий трахеїт (2,3%), гострий риніт (1,8%), гострий тонзиліт (1,7%), гострий риносинусит (1,7%), гострий трахеобронхіт (1,3%) та гострий обструктивний бронхіт (1,3%). Найчастішими симптомами перелічених нозологій є кашель і нежить, які також можуть свідчити про наявність алергічного респіраторного захворювання, про що часто забувають педіатри. Таким чином, під маскою гострої респіраторної інфекції (ГРІ) може ховатися хронічне запалення дихальних шляхів.

7 найпоширеніших причин гіподіагностики БА та АР у дітей:

- хронічний кашель і/або закладеність носа мають безліч причин;
- бронхообструктивний синдром (БОС) не завжди свідчить про наявність у дитини БА;
- відсутність епізодів задишки не завжди свідчить про відсутність БА;
- катаральний синдром є неспецифічним;
- батьки не завжди можуть точно описати симптоми, наявні у їхньої дитини;
- у дітей молодшого віку діагноз БА є клінічним (без даних спірометрії);
- батьки недооцінюють реальний стан дитини, заперечують діагноз та ігнорують звернення до фахівця (алерголога, пульмонолога).

Цікаво, що батьки самі часто відтерміновують початок лікування, адже вважають, що такі симптоми, як нежить і кашель, можуть регресувати самостійно. Усім добре відомий такий вираз, що «нежить, якщо його не лікувати, минає за 7 днів». Та чи насправді це так?

Дані систематичного огляду, у якому було проаналізовано 22 182 джерела, 23 випробування та 25 обсерваційних досліджень щодо тривалості симптомів при респіраторних інфекціях у дітей, демонструють, що середня тривалість інфекцій верхніх дихальних шляхів (англ. *common cold*) складає 15 днів, болю в горлі – 2-7 днів, кашлю – до 25 днів (M. Thompson et al., 2013).

Часто через неспецифічність симптомів респіраторних алергозів педіатри опускають такі діагнози, як БА та АР. Тому найкращим порадником у справі своєчасного виявлення респіраторних захворювань алергічного генезу в дітей є дитячий алерголог.

Т.Р. Уманець розповіла про кашель крізь призму респіраторних алергозів.

– Кашель – це симптом, який супроводжує великий перелік захворювань. Знання диференційних відмінностей кашлю при різних нозологіях, зокрема хронічного кашлю при респіраторних алергозах і гострого кашлю при ГРІ, дозволить педіатрам своєчасно запідозрити та виявити БА чи АР.

Характеристики кашлю, які повинні насторожити лікаря:

- рецидивуючий або персистуючий кашель, який може посилюватися вночі або супроводжуватися свистячим чи утрудненим диханням;
- кашель, який виникає при фізичному навантаженні, під час сміху, плачу, вдихання тютюнового диму, поза епізодами ГРІ;
- сезонний кашель (у період цвітіння рослин) або після контакту з алергічним чинником.

Важливою умовою диференційної діагностики алергічних захворювань є детальний збір анамнезу. Слід розпитати у батьків, чи є в дитини родичі з будь-якими атопічними захворюваннями, чи виникали в дитини інші прояви алергії (харчової алергії, атопічного дерматиту тощо).

Для оптимізації роботи лікарів першого контакту, у тому числі педіатрів, розроблені спеціальні опитувальники для визначення ризику розвитку БА у дитини з повторними епізодами бронхообструкції (3 та більше протягом року). Вони є допоміжним інструментом для педіатра і легко можуть використовуватися у повсякденній клінічній практиці.

Клінічний випадок 1

Хлопчик Д., 4 роки, потрапив до алергоцентру ДУ «Інститут педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової

НАМН України» зі скаргами на епізодичний кашель і часті випадки гострого обструктивного бронхіту.

Анамнез життя: в 6 міс – легкий перебіг атопічного дерматиту, з 2-х років – часті епізоди ГРІ, які супроводжувалися БОС.

Сімейний анамнез не обтяжений.

Анамнез захворювання: вищевказані скарги турбують пацієнта протягом 2 років. За останній рік у пацієнта було 5 епізодів бронхообструкції на тлі ГРІ, останній із яких потребував госпіталізації. Слід зазначити, що в період між ГРІ у дитини виникав кашель під час фізичних навантажень. Під час загострень хлопчик приймав комбінований бронхолітик та інгаляційний глюкокортикостероїд (ГКС). У 2017 р. дитині було призначено монтелукаст протягом місяця. Після відміни препарату виник рецидив БОС і кашлю.

Дані об'єктивного обстеження: загальний стан – відносно задовільний, дитина активна. Шкіра суха, у зоні ліктьових і колінних згинів – ліхеніфікація, одиничні папульозні елементи, екскоріації. Носове дихання вільне. Аускультація легень – дихання везикулярне, перкусія – ясний легеневий звук. З боку інших органів і систем – без патологічних змін.

Коментар до клінічного випадку 1

Педіатр вчасно запідозрив БА та призначив пробну терапію монтелукастом. Проте такого пацієнта раціонально одразу направити до дитячого алерголога для прийняття оптимальної терапевтичної стратегії.

Наявність у дитини до 3-х років більше ніж 4 епізодів *wheezing* протягом останнього року має насторожити батьків і педіатра. Для оцінки ризику розвитку БА в дитини аналізують наявність великих (необхідна наявність 1) та малих (необхідна наявність 2) факторів ризику. До першої групи належать БА у батьків, атопічний дерматит у дитини та сенсибілізація не менш як до одного аероалергену. До групи малих факторів ризику відносять еозинофілію, АР, харчову алергію та наявність свистячих хрипів поза симптомами ГРІ. Проте слід пам'ятати, що ці фактори не є абсолютними ознаками, які підтверджують або спростовують діагноз БА.

Після обстеження дитини вузьким спеціалістом Алергологічного центру був встановлений діагноз: бронхіальна астма, атопічна форма, персистуючий перебіг. Дихальна недостатність 0. Атопічний дерматит, дитяча форма, підгострий легкий перебіг.

Рекомендоване лікування: препарат Глемонт 4 мг (по 1 таблетці 1 раз на добу протягом 3 міс), при утрудненому диханні – сальбутамол 100 мкг, догляд за шкірою, огляд у спеціаліста через 6-8 тижнів лікування.

Чому Глемонт?

Монтелукаст – це ефективний засіб для досягнення контролю над перебігом БА у дітей. Сьогодні на ринку представлено багато лікарських засобів монтелукасту. При виборі оптимального препарату для лікування алергічного захворювання у дітей важливо враховувати такі характеристики:

- відсутність барвників, ароматизаторів, які можуть виступати в ролі тригера алергії;
- мінімальна кількість допоміжних речовин;
- тривалий профіль безпеки;
- тривала дія, що дозволить знизити кратність застосування препарату та підвищити комплаєнтність лікування.

Лікарський засіб Глемонт – білого кольору, не містить оксиду заліза, до його складу входить мінімальна кількість допоміжних речовин порівняно з іншими препаратами монтелукасту.

Сьогодні доступні публікації щодо препарату Глемонт та його можливостей в лікуванні дітей з БА та АР. Зокрема, науковці Інституту педіатрії, акушерства і гінекології імені академіка О.М. Лук'янової НАМН України (Ю.Г. Антипкін, Т.Р. Уманець, В.Ф. Лапшин, О.І. Пустовалова, Н.Г. Чумаченко «Ефективність застосування монтелукасту у дітей дошкільного та шкільного віку з легким персистуючим перебігом бронхіальної астми», 2016) вказали на достатню ефективність, добру переносимість та високу прихильність до лікування препаратом монтелукасту, що дозволяє рекомендувати його для ініціації пробної терапії у дітей дошкільного віку з високим ризиком розвитку БА, а також як засіб для монотерапії легкої персистуючої БА у дітей різних вікових груп і включення його у комбіновані схеми базисного лікування.

Професор Г.В. Бекетова продемонструвала клінічний випадок, з яким часто у своїй практичній діяльності стикаються педіатри.

Клінічний випадок 2

Дівчинка С., 2 роки 1 міс. Батьки з дитиною звернулися до педіатра у зв'язку зі скаргами на частий кашель.

Анамнез життя: дитина народилася на 37 тижні гестації, після народження виявлено гіпоксично-ішемічне ураження центральної нервової системи.

Алергологічний анамнез не обтяжений. Протягом життя 5 разів хворіла на ГРІ.

Анамнез захворювання: захворіла 3 дні тому після контакту з хворою на ГРІ сестрою. У 1-й день захворювання підвищилася температура тіла до 39,2 °С, з'явилася ринорея, закладеність носа. На 3-й день захворювання з'явився рідкий малопродуктивний кашель, на 4-й день кашель почав турбувати вночі.

Дані об'єктивного обстеження: частота дихання – 35 дихальних рухів на 1 хв, частота серцевих скорочень – 124 уд./хв, періоральний ціаноз під час плачу. Перкусія легень: мозаїчний перкуторний тон. Аускультація легень: дихання жорстке, різнокаліберні вологі хрипи з обох боків.

Результати додаткових методів обстеження: загальний аналіз крові в межах норми.

Оскільки в цьому клінічному випадку відсутні тривожні симптоми, які могли б свідчити про наявність позалікарняної пневмонії у дитини (повторне підвищення температури тіла, ознаки дихальної недостатності, періоральний ціаноз у спокої, крепітація при аускультації тощо), встановлено діагноз ГРІ, гострий бронхіт.

Коментар до клінічного випадку 2

Кашель – це найбільш тривалий симптом ГРІ, який істотно знижує якість життя пацієнта. В основі ГРІ будь-якої етіології лежить запалення, що складається з 4 послідовних етапів: альтерації, ексудації, проліферації та репарації. Цей процес є причиною трансформації сухого кашлю у вологий: у фазу альтерації, коли відбувається пошкодження клітин і подразнення рецепторів, виникає сухий кашель; у фазу ексудації на тлі виходу рідини в тканини та органи розвивається вологий кашель. Цей аспект патогенезу кашлю має враховуватися при лікуванні.

Найбільш ефективним способом лікування кашлю є вплив на основні патогенетичні ланки симптому. Такий механізм дії мають комбіновані лікарські засоби, наприклад препарат Аскоріл. До його складу входить мукогідрант гвайфенезин, мукоактивний агент опосередкованої дії з протизапальним ефектом (бронхолітик) сальбутамол та мукокінетик бромгексин у мінімально значущих терапевтичних дозах. Синергічна дія компонентів препарату Аскоріл сприяє швидкому відновленню евакуаторної функції дихальних шляхів. Відповідно до клінічних рекомендацій для сімейних лікарів 2017 р., застосування комбінації гвайфенезину, сальбутамолу та бромгексину у терапії кашлю (у тому числі тривалого постінфекційного кашлю, який супроводжується прихованим бронхоспазмом внаслідок гіперреактивності бронхів) є доцільним з точки зору анатомо-фізіологічних особливостей дихальної системи дітей.

Цікавий клінічний випадок аудиторії продемонструвала **завідувач кафедри факультетської педіатрії Запорізького національного медичного університету, доктор медичних наук, професор Світлана Миколаївна Недєльська**, а також обґрунтувала важливість тісної співпраці алерголога та педіатра в аспекті ведення педіатричного пацієнта з респіраторним алергозом.

Клінічний випадок 3

Дитина І., 3 роки, скарги на кашель, чхання, закладеність носа, свербіж носа та очей, ринорею; температура тіла та апетит нормальні.

Анамнез життя: часті епізоди ГРІ, харчова алергія. Дитина постійно контактує з домашньою твариною (котом) без негативних наслідків для її здоров'я.

Анамнез захворювання: 08.2018 перехворіла на ГРІ з затяжним кашлем. Після одужання дитина відпочивала у сільській місцевості. Через два тижні з'явився кашель, чхання, закладеність носа, свербіж носа й очей. Після повернення додому в дитини спостерігалося наростання симптомів, з'явилися густі виділення з носа, зберігався вологий кашель.

За рекомендаціями сімейного лікаря дитина почала приймати антибіотики, які не дали ефекту.

Дані додаткових методів обстеження. Загальний аналіз крові: еритроцити – 3,8 Г/л, Hb – 124 г/л, лейкоцити – 6,9x10^9/л, еозинофіли – 3%, паличкоядерні – 4%, сегментоядерні – 42%, лімфоцити – 49%, моноцити – %, ШОЕ – 3 мм/год, консультація ЛОР – риносинусит.

Призначено другий курс антибіотикотерапії, місцеве лікування риносинуситу – без покращення.

Було вирішено провести додаткове алергологічне обстеження, у результаті якого виявлена висока імовірність атопії (позитивний фадіотоп); рівень загального IgE та еозинофільно-катіонного білка вище вікової норми у 3 рази.

Призначене лікування: режимні заходи, лаваж слизової оболонки носа, топічні ГКС (Гленспрей 1 раз на добу) та антилейкотрієновий засіб (Глемонт 4 мг на ніч). На тлі терапії відмічалася позитивна клінічна динаміка.

Коментар до клінічного випадку 3

Для лікування дитини з респіраторним алергозом лікар обрав топічний ГКС Гленспрей, тому що: мометазону фуроат характеризується мінімальною системною біодоступністю (до 0,1%), унікальний пристрій сприяє рівномірному та точному розподіленню засобу на початку та наприкінці застосування спрею, може застосовуватися у дітей з 2-річного віку.

Ураховуючи патогенез алергічного запалення, з метою блокування медіаторів другої фази (простагландинів, лейкотрієнів, фактора активації тромбоцитів) обґрунтованим є застосування антилейкотрієнового засобу монтелукасту (Глемонт). Цей лікарський засіб дозволяє контролювати симптоми алергічного запалення на всій протяжності респіраторного тракту (порівняно з антигістамінними препаратами, котрі діють переважно у верхніх відділах).

Призначення препарату Глемонт на первинному етапі медичної допомоги не лише дозволяє досягти адекватного контролю над симптомами захворювання, але й дає можливість алергологу коректно спланувати обстеження пацієнта: монтелукаст не впливає на результати алерготестування, на відміну від антигістамінних засобів.

Таким чином, особливостями перебігу ГРІ на тлі респіраторного алергозу є: більш виражений катаральний синдром, гіперреактивність бронхів із розвитком БОС, тривалий постінфекційний кашель, загроза розвитку алергії на рослинні засоби, прийом антибіотиків, потреба у призначенні додаткової протизапальної терапії.

Успішний результат ведення педіатричного пацієнта з респіраторним алергозом залежить від злагодженості роботи педіатра й алерголога. У компетенцію вузького спеціаліста входить проведення алергодіагностики, призначення алергенспецифічної імунотерапії, навчання батьків. Проте педіатр – це лікар першого контакту з пацієнтом, на плечі якого лягає проведення профілактичних заходів, консультування батьків, рання діагностика алергічної патології, самостійне та своєчасне призначення пробної терапії та ефективна співпраця з алергологом.

Підготувала ***Ілона Цюпа***

ГЛЕМОНТ
МОНТЕЛУКАСТ НАТРІЮ
Glenmark
НЕХАЙ РОЗВИВАЄТЬСЯ ТАЛАНТ, А НЕ ХВОРОБА!

СКОРОЧЕНІ ІНСТРУКЦІЇ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ

ГЛЕМОНТ

Діюча речовина: монтелукаст; 1 таблетка, вкрита плівковою оболонкою, містить монтелукасту натрію еквівалентно монтелукасту 10 мг. *Допоміжні речовини:* целюлоза мікрокристалічна, лактози моногідрат, натрію кроскармелоза, гідроксипропілцелюлоза, магнію стеарат, Опадрі жовтий (гіпромелоза, гідроксипропілцелюлоза, титану діоксид (Е 171), оксид заліза жовтий (Е 172), віск карнаубський, оксид заліза червоний (Е 172)). *Лікарська форма.* Таблетки, вкриті плівковою оболонкою. *Показання.* Додатково лікування бронхіальної астми у пацієнтів з персистуючою астмою від легкого до помірного ступеня, що недостатньо контролюється інгаляційними кортикостероїдними препаратами, а також при недостатньому клінічному контролі астми за допомогою β-агоністів короткострокової дії, що застосовуються у разі необхідності. Симптоматичне лікування сезонного алергічного риніту у хворих на бронхіальну астму. Профілактика астми, домінуючим компонентом якої є бронхоспазм, індукований фізичним навантаженням. Полегшення симптомів сезонного та цілорічного алергічного риніту. *Протипоказання.* Підвищена чутливість до будь-якого компонента препарату. *Спосіб застосування та дози.* Препарат призначений для застосування дорослим та дітям віком від 15 років. Пацієнтам з астмою та алергічним ринітом (сезонним та цілорічним) призначають по 1 таблетці 10 мг 1 раз на добу. Для лікування астми або астми у поєднанні із сезонним алергічним ринітом дорослим та дітям віком від 15 років рекомендована доза становить 1 таблетка 10 мг 1 раз на добу, ввечері. *Дітям.* Застосовують 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 ≥ 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; *загальні розлади:* спрага. Побічні реакції, зареєстровані у постмаркетинговому періоді: *з боку кровоносної і лімфатичної системи:* тенденція до посилення кровотечивості; *з боку імунної системи:* реакції гіперчутливості, у тому числі анафілаксія, еозинофільна інфільтрація печінки; *з боку психіки:* порушення сну, у тому числі нічні кошмари, галюцинації, безсоння, тощо; *з боку нервової системи:* млявість і запаморочення, парестезія/гіпестезія, напади; *з боку серцево-судинної системи:* відчуття серцебиття; *з боку шлунково-кишкового тракту:* діарея, сухість у роті, диспепсія, нудота, блювання; *з боку гепатобіларної системи:* підвищення рівнів трансаміназ сироватки (АЛТ, АСТ), гепатит (холестатичний гепатит, печінковоклітинні порушення); *з боку шкіри і підшкірних тканин:* ангіоневротичний набряк, гематома, кропив'янка, тощо; *з боку кістково-м'язової системи і сполучної тканини:* артралгія, міалгія, включаючи м'язові судоми; *загальні розлади та місцеві реакції:* астенія/втома, відчуття дискомфорту, набряк, гарячка. У поодиноких випадках під час лікування монтелукастом хворих на астму описано виникнення носової кровотечі, синдрому Чарга–Страуса (СЧС) (див. розділ «Особливості застосування»). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютікалз Лтд. / Glenmark Pharmaceuticals Ltd. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Село Кішанпура, Бадді-Нালагарх Роуд, техсіл Бадді, р-н Солан, (Х.П.) 173 205, Індія. Реєстраційне посвідчення № UA/13872/01/01, UA/13872/01/02 від 30.08.2019, строк дії необмежений. Наказ МОЗ №1925 від 30.08.2019.

ГЛЕМОНТ ТАБЛЕТКИ ЖУВАЛЬНІ

Діюча речовина: монтелукаст; 1 таблетка містить монтелукасту натрію еквівалентно монтелукасту 4 мг або 5 мг. *Допоміжні речовини:* целюлоза мікрокристалічна, маніт (Е 421), натрію кроскармелоза, гідроксипропілцелюлоза, магнію стеарат, аспартам (Е 951), ароматизатор вишневий. *Показання.* Жувальні таблетки Монтелукаст 4 мг рекомендовані для дітей віком від 2 до 5 років; жувальні таблетки Монтелукаст 5 мг рекомендовані для дітей віком від 6 до 14 років: • як додаткове лікування бронхіальної астми у пацієнтів з персистуючою астмою від легкого до помірного ступеня, що недостатньо контролюється інгаляційними кортикостероїдними препаратами, а також при недостатньому клінічному контролі астми за допомогою β-агоністів короткострокової дії, що застосовуються при необхідності; • як альтернативний спосіб лікування замість низьких доз інгаляційних кортикостероїдів для пацієнтів з персистуючою астмою легкого ступеня, в яких не було нещодавно серйозних нападів астми, що потребують пероурального прийому кортикостероїдів, а також для тих пацієнтів, у яких виявлено непереносимість інгаляційних кортикостероїдних препаратів; • як профілактика астми, домінуючим компонентом якої є бронхоспазм, індукований фізичним навантаженням; • для полегшення симптомів сезонного та цілорічного алергічного риніту. *Протипоказання.* Підвищена чутливість до будь-якого з компонентів препарату. *Спосіб застосування та дози.* Дітям віком від 2 до 5 років. Пацієнтам з астмою та алергічним ринітом (сезонним та цілорічним) рекомендована доза становить 1 жувальна таблетка по 4 мг 1 раз на добу. Дітям віком від 6 до 14 років. Пацієнтам з астмою та алергічним ринітом (сезонним та цілорічним) рекомендована доза становить 1 жувальна таблетка по 5 мг 1 раз на добу. Для лікування астми жувальну таблетку слід приймати ввечері за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі. Для полегшення симптомів алергічного риніту час прийому підбирають індивідуально. Для пацієнтів віком від 15 років рекомендується застосовувати таблетки монтелукасту з дозуванням 10 мг. *Дітям.* Застосовують дітям віком від 2 років. Дітям віком від 6 місяців до 2 років застосовують препарат у вигляді гранул по 4 мг. *Побічні реакції.* Побічні реакції, зареєстровані під час клінічних досліджень з частотою від ≥ 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; *загальні розлади:* спрага. Побічні реакції, зареєстровані у постмаркетинговому періоді: *з боку кровоносної і лімфатичної системи:* тенденція до посилення кровотечивості; *з боку імунної системи:* реакції гіперчутливості, у тому числі анафілаксія, еозинофільна інфільтрація печінки; *з боку психіки:* порушення сну, тощо; *з боку нервової системи:* млявість і запаморочення, парестезія/гіпестезія, напади; *з боку серцево-судинної системи:* відчуття серцебиття; *з боку шлунково-кишкового тракту:* діарея, сухість у роті, диспепсія, нудота, блювання; *з боку гепатобіларної системи:* підвищення рівнів трансаміназ сироватки (АЛТ, АСТ), гепатит (холестатичний гепатит, печінковоклітинні порушення); *з боку шкіри і підшкірних тканин:* ангіоневротичний набряк, гематома, кропив'янка, свербіж, тощо; *з боку кістково-м'язової системи і сполучної тканини:* артралгія, міалгія, включаючи м'язові судоми; *загальні розлади та місцеві реакції:* астенія/втома, відчуття дискомфорту, набряк, гарячка. У поодиноких випадках під час лікування монтелукастом хворих астмою описано виникнення носової кровотечі, синдрому Чарга – Страуса (СЧС) (дивись розділ «Особливості застосування»). **Категорія відпуску.** За рецептом. **Виробник.** Гленмарк Фармасьютікалз Лтд. / Glenmark Pharmaceuticals Ltd. **Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.** Село Кішанпура, Бадді-Нালагарх Роуд, техсіл Бадді, р-н Солан, (Х.П.) 173 205, Індія. Реєстраційне посвідчення № UA/13872/01/01, UA/13872/01/02 від 30.08.2019, строк дії необмежений. Наказ МОЗ №1925 від 30.08.2019.

* О.М. Охотнікова. Ефективність застосування протизапального препарату антилейкотрієнової дії – монтелукасту натрію як засобу контролюючої терапії бронхіальної астми та алергічного риніту у дітей // Здоровье ребенка.- 2016.– 4 (72).– С.19-28, ** О.М. Охотнікова. Ефективність застосування протизапального препарату антилейкотрієнової дії – монтелукасту натрію як засобу контролюючої терапії бронхіальної астми та алергічного риніту у дітей // Здоровье ребенка.– 2016.– 4 (72).– С.19-28 – стосується у базисній терапії середньотяжкої астми.
З повною інформацією можна ознайомитися в інструкціях для медичного застосування препаратів ГЛЕМОНТ та ГЛЕМОНТ таблетки жувальні. Інформація про лікарський засіб для розміщення в спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також для розповсюдження на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики. Інформацію підготовлено: вересень 2019.