

УДК 616.211-002:616-056.3-08:615.218

**Т.Р. Уманець, В.Ф. Лапшин, С.Ю. Матвєєва, О.І. Пустовалова**

## Ефективність монтелукасту у дітей з алергічним ринітом

ДУ «Інститут педіатрії, акушерства та гінекології НАМН України», м. Київ

SOVREMENNAYA PEDIATRIYA.2016.4(76):57-61; doi10.15574/SP.2016.76.57

**Мета** — вивчення ефективності та безпеки застосування монтелукасту («Монтел») у дітей із сезонним алергічним ринітом (САР).

**Пацієнти і методи.** Обстежено 30 дітей віком 6–12 років із САР. Усім дітям для лікування САР призначався монтелукаст («Монтел») по 5 мг у формі жувальної таблетки один раз на добу ввечері протягом сезону полінації. Критеріями ефективності проведеного лікування були: регресія основних клінічних симптомів САР (ринорея, закладеність носа, назальний свербіж, чхання, очні симптоми) за даними міжнародної бальної оцінки TSS (Total Symptoms Score), візуальної аналогової шкали (VAS); динаміка клітинного складу мазка-відбитка зі слизової носа.

**Результати.** Проведеними дослідженнями доведено, що включення препарату «Монтел» у терапію дітей шкільного віку з САР мало позитивний терапевтичний ефект на назальні та очні симптоми, а також на регрес запальних змін у слизовій оболонці носа.

**Висновки.** Терапевтичний ефект препарату «Монтел» пов'язаний з антиалергічним і протизапальним ефектами. Відсутність побічних реакцій, хороша переносимість, висока прихильність до лікування дозволяють рекомендувати «Монтел» у якості монотерапії САР у дітей шкільного віку.

**Ключові слова:** сезонний алергічний риніт, лікування, монтелукаст.

### Вступ

Алергічний риніт (АР) є однією з глобальних медико-соціальних проблем. Епідеміологічні дослідження останніх років свідчать, що поширеність цієї патології, за даними різних авторів, становить від 7% до 30% у різних країнах світу і з часом збільшується [1,2,4,5]. В Україні показники як поширеності, так і захворюваності на АР залишаються низькими. Так, поширеність АР серед дітей в Україні у 2015 р. становила 0,5%. Це свідчить про гіподіагностику даної патології. Слід зазначити, що дані офіційної статистики не враховують наявності АР у дітей з бронхіальною астмою (БА), оскільки 60–80% дітей з БА страждають на АР.

Хоча АР не є важким захворюванням, однак він суттєво впливає на якість життя дітей та їхніх батьків. Алергічний риніт погіршує соціальне життя та сон хворих, знижує їх працездатність та негативно впливає на навчання дітей у школі. Крім того, АР асоційований із розвитком таких респіраторних та запальних захворювань, як БА, риносинусит та середній отит [4,7,8].

Відомо, що в патогенезі АР цистеїнілові лейкотриєни (ЦЛТ — ЛТС<sub>4</sub>, ЛТД<sub>4</sub> ЛТЕ<sub>4</sub>) відіграють важливу роль [3,4,6]. Вони синтезуються великою кількістю ефекторних клітин, які беруть участь у алергічному запаленні слизової носа.

За хімічною структурою лейкотриєни — це біологічно активні жирні кислоти, джерелом яких є арахідонова кислота, що утворюється з фосфоліпідів клітинних мембран за участю фосфоліпаз. Основними ефектами ЦЛТ при АР є: збільшення проникності мікросудин, що призводить до ексудації плазми в стінку і формування набряку; залучення еозинофілів; формування гіперреактивності та ремоделювання дихальних шляхів. Тому застосування антагоністів лейкотриєнів розглядається як ефективний засіб контролю симптомів АР.

Монтелукаст, серед інших антагоністів лейкотриєнів, інгибує прозапальні ефекти ЦЛТ, зокрема ЛТД<sub>4</sub>; незалежно від антагонізму ЦЛТ рецепторів має протизапальний ефект, зумовлений пригніченням активності ферменту 5-ліпоксигенази, еозинофільної адгезії та міграції.

Ці механізми монтелукасту обумовлюють його застосування при багатьох алергічних захворюваннях, у т.ч. при АР [3,6,8].

Згідно з існуючими міжнародними рекомендаціями з лікування АР у дітей, монтелукаст рекомендований при лікуванні сезонного АР у дітей шкільного віку та цілорічного АР у дітей дошкільного віку [2].

Дослідження з вивчення ефективності монтелукасту в лікуванні дітей з АР засвідчили його позитивний вплив на денні та нічні назальні та очні симптоми, еозинофілію порівняно з плацебо [6]. Застосування монтелукасту у вигляді монотерапії або в комбінації з антигістамінними засобами дозволяло зменшити такий симптом, як закладеність носа, під час проведення провокаційного тесту [3,6].

Однак до тепер існують суперечливі дані щодо порівняльної ефективності застосування монтелукасту з антигістамінними препаратами при лікуванні дітей з АР. Більшість досліджень свідчить про більш виразний протизапальний ефект монтелукасту порівняно з антигістамінними препаратами [6]. Проте обидва засоби мають свої певні переваги в поліпшенні окремих клінічних симптомів риніту. Так, монтелукаст ефективніше контролює назальну обструкцію та чхання у дітей з АР. Тому індивідуалізований вибір монтелукасту, антигістамінного препарату або їх комбінації, повинний ґрунтуватися на домінуванні симптомів АР у дитини.

Важливою характеристикою монтелукасту є його добра переносимість та безпечність застосування у дітей, що дозволяє рекомендувати його у дітей раннього віку [3,6,8].

**Метою** дослідження було вивчення ефективності та безпеки застосування монтелукасту («Монтел») у дітей із сезонним алергічним ринітом (САР).

### Матеріал і методи дослідження

Під нашим спостереженням знаходилось 30 дітей віком 6–12 років із клінічними проявами САР та 20 практично здорових дітей відповідного віку. Критеріями включення пацієнтів у дослідження були: наявність інформованої згоди на участь у дослідженні; діти відповідного віку із симптомами САР протягом не менше двох сезонів полінації; підтверджена клінічно значуща сенсibiliзація до

пилкових алергенів; наявність симптомів САР за бальною міжнародною шкалою TSS  $\geq 6$  балів. Критеріями виключення були: деформації носової перетинки, будь-які аномалії ЛОР-органів, аденоїдні вегетації 2–3 ступеня (з порушенням носового дихання); клінічно значуща важка патологія, що могла впливати на всмоктування, метаболізм і виведення препарату.

Усім дітям для лікування САР призначався монтелукаст – «Монтел» (ПАТ НВЦ «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод», Україна) по 5 мг у формі жувальної таблетки один раз на добу ввечері протягом сезону полінації.

Для оцінки клінічної ефективності та безпеки застосування препарату «Монтел» була розроблена спеціальна карта, яка заповнювалася на кожного хворого із зазначенням основних симптомів риніту, даних об'єктивного, лабораторного та інструментального обстеження на початку та після лікування. Протягом лікувального періоду проводилось телефонне анкетування з метою реєстрації побічних симптомів.

Критеріями ефективності проведеного лікування були: регресія основних клінічних симптомів АР (ринорея, закладеність носа, назальний свербіж, чхання, очні симптоми), динаміка клітинного складу мазка-відбитка зі слизової носа.

Клінічні симптоми САР були ранжовані залежно від інтенсивності прояву (відсутні – 0, легкі – 1, середньої важкості – 2, тяжкі – 3) з обчисленням загальної суми балів відповідно до міжнародної бальної оцінки TSS (Total Symptoms Score), а також із застосуванням візуальної аналогової шкали (VAS).

Наявність пилкової сенсibiliзації оцінено шляхом проведення шкірного тестування за допомогою прик-тесту з основними пилковими алергенами, які були проведені у хворих до сезону полінації. За неможливості виконання шкірної діагностики або за відсутності цих даних проводилось визначення алерген-специфічних IgE до пилкових алергенів (ImmunoCAP).

Мазок-відбиток зі слизової носа отримували шляхом забору слизу з нижнього носового ходу скляною паличкою, обгорнутою стерильним ватним тампоном. Отриманий слиз наносили на предметне скло. Мазок висушували, забарвлювали за Романовським–Гімзе й підраховували процентне співвідношення клітинних елементів на 100 несквамозних клітин у полі зору за допомогою імерсійної мікроскопії. Визначення індексу деструкції епітеліальних клітин (ІДЕК) назального секрету проводили за методом Л.А. Матвеева.

Для оцінки безпеки застосування препарату «Монтел» враховувались усі небажані явища.

Статистична обробка отриманих результатів здійснювалась на персональному комп'ютері з використанням програм IBM SPSS Statistics 19.0, Microsoft Office Excel 2010. Описову статистику подавали у вигляді середнього арифметичного та стандартного відхилення –  $M \pm SD$ . Для визначення зміни параметру від вихідного застосовували тест ANOVA.

За нормального розподілу показників для порівняння середніх значень у непов'язаних групах застосовували критерій Стьюдента. Якщо параметр мав ненормальний розподіл, порівняння проводили за тестами Манна–Уїтні, Вілкоксона.

### Результати дослідження та їх обговорення

Серед обстежених дітей із САР переважали хлопчики (56,7% дітей). Середній вік дітей склав  $8,50 \pm 1,50$ . Під час анкетування дітей поліноз серед батьків та родичів

Таблиця 1

### Динаміка клінічних симптомів алергічного риніту у обстежених дітей на тлі лікування, $M \pm SD$

Симптом	Зміна показника від початку лікування
Ринорея	-0,39 $\pm$ 0,20
Закладеність носа	-0,56 $\pm$ 0,67
Назальний свербіж	-0,45 $\pm$ 0,35
Чхання	-0,48 $\pm$ 0,57
Свербіж очей	-0,38 $\pm$ 0,26
Гіперемія кон'юнктиви	-0,31 $\pm$ 0,69
Сльозотеча	-0,21 $\pm$ 0,26
Сума балів за TSS	-3,35 $\pm$ 1,56
Оцінка за шкалою VAS:	-4,25 $\pm$ 1,25

виявлено лише у 11 (36,7%) хворих, переважно у батька дитини.

Аналіз результатів алергологічного обстеження (шкірного алерготестування або алерген-специфічних IgE) дозволив виявити сенсibiliзацію переважно до алергену берези у 70,0% дітей. Більшість обстежених дітей (73,3%) були полісенсibiliзовані.

За анамнестичними даними, у 60,0% дітей з алергією на пилки берези реєструвався оральний алергічний синдром (свербіж піднебіння, оральний дерматит, біль у горлі, набряк увулі) при споживання яблука, горіхів, персика. Це пояснюється перехресною алергічною реакцією між алергеном берези (Betv1, PR-10) та гомологічними харчовими протеїнами, що враховувалось при наданні пацієнтам лікувально-профілактичних рекомендацій.

Основними клінічними симптомами АР у обстежених дітей відповідно до міжнародної бальної оцінки TSS були: назальні прояви у вигляді ринореї (96,6%), закладеності носа (100,0%), назального свербіжу (63,3%), чхання (93,3%) та очні ознаки – свербіж очей (56,7%), гіперемія кон'юнктиви (33,3%), слезотеча (26,7%). Загальний бал за симптомами у досліджуваних дітей склав  $8,75 \pm 2,01$  бала.

Проведені дослідження показали, що включення препарату «Монтел» у терапію дітей із САР мало позитивний терапевтичний ефект як на назальні, так і на очні симптоми, що сумарно виражалось у зменшенні загального показника TSS. У таблиці 1 показано динаміку клінічної симптоматики АР у обстежених дітей на тлі лікування. Як видно з наведених даних, «Монтел» позитивно впливав переважно на такі назальні симптоми, як закладеність носа та чхання, що збігається з даними літератури щодо впливу монтелукасту на назальні симптоми [6].

Таблиця 2

### Динаміка показників риноцитограми у дітей із сезонним алергічним ринітом на тлі лікування препаратом «Монтел»

Клітини мазків-відбитків слизової носа	Здорові діти (n=20)	До лікування (n=30)	Після лікування (n=30)
Епітелій	68,0 $\pm$ 2,4	47,4 $\pm$ 1,6	62,0 $\pm$ 2,4
Нейтрофіли	25,0 $\pm$ 1,3	25,8 $\pm$ 1,2	22,0 $\pm$ 1,5
Лімфоцити	4,1 $\pm$ 1,1	(6,8 $\pm$ 0,1)*	5,1 $\pm$ 1,0
Еозинофіли	0,2 $\pm$ 0,07	(12,2 $\pm$ 0,03)*	(6,2 $\pm$ 0,05)**
Базофіли	0,9 $\pm$ 0,05	(1,8 $\pm$ 0,02)*	1,1 $\pm$ 0,02
Макрофаги	2,8 $\pm$ 0,08	(6,0 $\pm$ 0,2)*	(3,2 $\pm$ 0,05)**
ІДЕК	0,86 $\pm$ 0,03	(2,66 $\pm$ 0,05)*	(0,95 $\pm$ 0,02)**

Примітка: \* – різниця між показниками із здоровими дітьми достовірна ( $p < 0,05$ ); \*\* – різниця між показниками дітей до і після лікування достовірна ( $p < 0,05$ ).

# АНТИЛЕЙКОТРИЄНОВА ТЕРАПІЯ БРОНХІАЛЬНОЇ АСТМИ

СЕЛЕКТИВНИЙ КОНКУРЕНТНИЙ АНТАГОНІСТ  
ЦИСТЕЇНІЛЛЕЙКОТРИЄНОВИХ РЕЦЕПТОРІВ ДИХАЛЬНИХ ШЛЯХІВ



# МОНТЕЛ



- **1 РАЗ НА ДОБУ**
- **ДЛЯ ДОРОСЛИХ ТА ДІТЕЙ З 6 РОКІВ**
- **ПРОТИЗАПАЛЬНА ТА БРОНХОЛІТИЧНА АКТИВНІСТЬ**

**БХФЗ**  **bcpp**  
[www.bcpp.com.ua](http://www.bcpp.com.ua)

**ВИРОБНИК: ПАТ НВЦ «БОРЩАГІВСЬКИЙ ХФЗ» 03680 Україна, м. Київ-134, вул. Миру, 17, тел.: (044) 205-41-23.**

Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів.

Монтел, табл. жувальні, 5 мг. Р.П. № UA/12217/01/01 від 11.05.2012; Монтел, табл. 10 мг. Р.П. № UA/12217/02/01 від 11.05.2012.

Склад: 1 таблетка містить монтелукасту 5,0 мг або 10,0 мг. Фармакологічна група. Протиастиатичні засоби. Селективний і перорально активний блокатор лейкотриєнових рецепторів. Код АТХ R03DC03. Показання. Додаткове лікування перистуючої бронхіальної астми (БА) легкого та середнього ступеня тяжкості, що недостатньо контролюється інгаляційними кортикостероїдними препаратами, а також при недостатньому клінічному контролі симптомів БА за допомогою β-агоністів короткої дії, що застосовуються при необхідності; профілактично перед фізичними навантаженнями для запобігання астматичного нападу. Додатково для Монтел, табл. жувальні, 5 мг: як альтернатива лікуванню інгаляційними кортикостероїдами, що застосовуються у низьких дозах у пацієнтів з перистуючою БА легкого ступеня, в анамнезі яких останнім часом не було тяжких нападів астми, що потребували перорального прийому кортикостероїдів, а також для тих пацієнтів, у яких виявлено непереносимість інгаляційних кортикостероїдних препаратів. Додатково для Монтел, табл. 10 мг: симптоматичне лікування сезонного алергічного риніту у хворих на БА. Монтел, табл. жувальні, 5 мг застосовуються у дітей віком від 6 до 14 років; Монтел, табл. 10 мг – у дорослих та дітей з 15 років. Протипоказання. Гіперчутливість до монтелукасту або до ін. компонентів препарату. Побічні реакції. Інфекції верхніх дихальних шляхів; тенденція до посилення кровоточивості; реакції гіперчутливості; порушення сну, дратівливість, тривога, гнів, збудження, тремор, депресія, ін.; головний біль, млявість, запаморочення, парестезії/гіпостезії, ін.; відчуття серцебиття; носові кровотечі; диспепсія, ін.; підвищення рівня сироваткових трансаминаз (АЛТ, АСТ), гепатит (у тому числі холестатичний, гепатоцелюлярний та ураження печінки змішаного генезу); ангіоневротичні набряки, гематоми, кропив'янка, свербіж, висипання, вузлувата еритема; артралгія, міалгія; астенія, відчуття дискомфорту, набряки, прієксія, відчуття спраги. Категорія відпуску. За рецептом. Виробник: ПАТ НВЦ «Борщягівський ХФЗ» (фасування із форми «in bulk» - фірм-виробників Сінтон БВ, Нідерланди/Санко Н.В., Бельгія). Зберігати в недоступному для дітей місці. Повна інформація про лікарський засіб міститься в інструкції для медичного застосування.

Противозапальний вплив препарату «Монтел» було підтверджено цитоморфологічними дослідженнями. Вивчення клітинного складу мазків-відбитків слизової носа у обстежених дітей показало наявність запальних змін верхніх дихальних шляхів та їх вірогідне зменшення після лікування із застосуванням досліджуваного препарату. У табл. 2 наведено динаміку показників риноцитограми на тлі лікування у обстежених дітей. Згідно з отриманими даними, у дітей із САР серед клітинних популяцій в риноцитограмі спостерігається переважання еозинофілів, лімфоцитів, макрофагів, базофілів. Встановлено тенденцію до зменшення кількості епітелію в мазках-відбитках слизової носа дітей із САР до лікування порівняно із здоровими дітьми. При цьому серед клітин назального епітелію переважали клітини плоского при зменшенні циліндричного епітелію, відмічалась їх дистрофія. ІДЕК слизової носа у дітей із САР склав  $2,66 \pm 0,05$  (у контролі —  $0,86 \pm 0,03$ ,  $p < 0,05$ ). Це вказує на порушення структурно-функціональної цілісності епітеліального прошарку слизової оболонки носа і, відповідно, мукоциліарного транспорту внаслідок алергічного запалення.

Цитоморфологічна картина риноцитограм дітей із САР характеризувалась також збільшенням відносної кількості еозинофілів, лімфоцитів, макрофагів. Підвищення еозинофілів, як головних ефекторних клітин алергічного запалення, свідчило про їх участь у запальному процесі у хворих дітей.

На тлі лікування САР із застосуванням препарату «Монтел» у дітей вірогідно зменшувалась кількість еози-

нофілів та макрофагів, відмічалась тенденція до відновлення назального епітелію, зменшення лімфоцитів та базофілів. Виявлені зміни свідчили про виразний противозапальний ефект препарату.

Суб'єктивна оцінка терапевтичної ефективності застосування препарату «Монтел» при опитуванні батьків хворих на САР дітей показала, що ефект «покращення» відмітили 93,3%, ефект «без змін» — 6,7%, ефект «погіршення» не встановлено.

Моніторинг небажаних явищ за результатами анкетування та клініко-біохімічних показників на тлі лікування препаратом «Монтел» у досліджуваних дітей не виявив достовірно значущих побічних реакцій, що свідчило про добру його переносимість. У всіх обстежених дітей реєструвалася висока прихильність до лікування.

### Висновки

Результати дослідження клінічної ефективності антилейкотриєнового препарату «Монтел» у дітей шкільного віку з САР свідчать про високу терапевтичну ефективність і хорошу переносимість препарату. Призначення «Монтел» дозволило зменшити основні клінічні симптоми САР — інтенсивність назальних та очних симптомів, що супроводжувалось достовірним зменшенням запальних змін у слизовій носа. Терапевтичний ефект «Монтел» пов'язаний з антиалергічним та противозапальним фармакологічними ефектами. Відсутність побічних реакцій, добра переносимість та висока прихильність до лікування дозволяють рекомендувати «Монтел» 5мг. у якості монотерапії САР у дітей шкільного віку.

### ЛІТЕРАТУРА

1. Жерносок В. Ф. Аллергический ринит у детей: современное понимание проблемы, возможности контроля ринита резистентного типа / В. Ф. Жерносок // Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. — 2014. — № 1(7). — С. 20—22.
2. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 Revision / J. L. Brozek, J. Bousquet, C. E. Baena-Cagnani [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. — 2010. — Vol. 126. — P. 466—76.
3. Effectiveness of montelukast in pediatric patients with allergic rhinitis / O. Yilmaz, D. Altintas, C. Rondon [et al.] // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2013. Vol. 77. — P. 1922—1924.
4. Current and Future Directions in Pediatric Allergic Rhinitis / D. Gentile, A. Bartholow, E. Valovirta [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol.: In Practice. — 2013. — Vol. 1, № 3. — P. 214—226.
5. Hansen T. E. Increasing prevalence of asthma, allergic rhinoconjunctivitis and eczema among schoolchildren: three surveys during the period 1985—2008 / T. E. Hansen, B. Evjenth, J. Holt // Foundation Acta Paediatrica. — 2013. — Vol. 102. — P. 47—52.
6. Lagos J. A. Montelukast in the management of allergic rhinitis / J. A. Lagos, G. D. Marshall // Therapeutics and Clinical Risk Management. — 2007. — Vol. 3 (2). — P. 327—332.
7. Turner P. J. Allergic rhinitis in children / P. J. Turner, A. S. Kemp // Journal of Pediatrics and Child Health. — 2012. — Vol. 48. — P. 302—310.
8. Valovirta E. Managing Co-Morbid Asthma With Allergic Rhinitis: Targeting the One-Airway With Leukotriene Receptor Antagonists / E. Valovirta // WAO Journal. — 2012. — № 5. — P. 210—211.

### Эффективность монтелукаста у детей с аллергическим ринитом

*Т.Р. Уманец, В.Ф. Лапшин, С.Ю. Матвеева, О.И. Пустовалова*

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», г. Київ

**Целью:** было изучение эффективности и безопасности применения монтелукаста («Монтел») у детей с сезонным аллергическим ринитом (САР).

**Пациенты и методы.** Обследовано 30 детей в возрасте 6–12 лет с САР. Всем детям для лечения САР назначался монтелукаст («Монтел») по 5 мг в форме жевательной таблетки один раз в сутки вечером в течение сезона поллинозиса. Критериями эффективности проведенного лечения были: регрессия основных клинических симптомов САР (ринорея, заложенность носа, назальный зуд, чихание, глазные симптомы) согласно данным международной балльной шкалы TSS (Total Symptoms Score), визуальной аналоговой шкалы (VAS); динамика клеточного состава мазка-отпечатка со слизистой носа.

**Результаты.** Проведенными исследованиями показано, что включение препарата «Монтел» в терапию детей школьного возраста с САР имело положительный терапевтический эффект на назальные и глазные симптомы, а также на регресс воспалительных изменений в слизистой оболочке носа.

**Выводы.** Терапевтический эффект препарата «Монтел» связан с антиаллергическим и противовоспалительным эффектами. Отсутствие побочных реакций, хорошая переносимость, высокая приверженность к лечению позволяют рекомендовать «Монтел» в качестве монотерапии САР у детей школьного возраста.

**Ключевые слова:** сезонный аллергический ринит, лечение, монтелукаст.

**Effectiveness of montelukast for treatment children with allergic rhinitis****T.R. Umanets, V.F. Lapshin, S.U. Matveeva, O.I. Pustovalova**

SI «Institute of Pediatrics, Obstetrics and Gynecology, NAMS of Ukraine», Kiev, Ukraine

**The aim** was to study was evaluate the efficacy and safety of montelukast («Montel») in children with seasonal allergic rhinitis (SAR).**Material and Methods:** The study was involved 30 children aged 6–12 years with seasonal allergic rhinitis. All of the children were prescribed Montel 5 mg in the form of a chewable tablet one per day in the evening during the pollen season. The criteria for assessment of the effectiveness of the treatment was: regression of the main clinical symptoms of SAD (rhinorrhea, nasal congestion, nasal itching, sneezing, ocular symptoms) according to the international scale point TSS (Total Symptoms Score), visual analogue scale (VAS); changing of the cellular composition of smears from the nasal mucosa.**Results:** The study has shown that this drug had the positive therapeutic effect on nasal and ocular symptoms, as well as regression of inflammatory changes in the nasal mucosa of children with SAR.**Conclusion:** The therapeutic effect of Montel was associated with anti-allergic and anti-inflammatory effects. The absence of side effects, good tolerability and high adherence allowed recommending Montel as monotherapy SAR in school-age children.**Keywords:** seasonal allergic rhinitis, treatment, montelukast.**Сведения об авторах:****Уманец Татьяна Рудольфовна** — д.мед.н., ст.н.с., гл.н.с. отдела заболеваний органов дыхания и респираторных аллергозов у детей

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды 8.

**Лапшин Владимир Федорович** — д.мед.н., проф., зам. директора по научно-лечебной работе ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины».

Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды 8.

**Матвеева Светлана Юрьевна** — мл.н.с. отдела заболеваний органов дыхания и респираторных аллергозов у детей

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды 8.

**Пустовалова Ольга Ивановна** — к.мед.н., ст.н.с. лаборатории цитоморфологии

ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины». Адрес: г. Киев, ул. П. Майбороды 8.

Статья поступила в редакцию 5.05.2016 г.

## Шановні колеги!



Відповідно до «Реєстру з'їздів, конгресів, симпозіумів, науково-практичних конференцій і наукових семінарів, які проводитимуться у 2016 році» 21–23 вересня 2016 року у м. Львові відбудеться XVIII щорічна Всеукраїнська науково-практична конференція «Актуальні питання педіатрії» (Сідельниковські читання).

На конференції будуть розглянуті сучасні проблеми догляду за здоровою дитиною та її вигодовування, проблеми діагностики, лікування та профілактики поширених хвороб дитячого віку. Також буде проведено окреме секційне засідання із обговоренням звітів головних позаштатних спеціалістів зі спеціальності «дитяча кардіоревматологія».

У межах роботи XVIII Сідельниковських читань 23.09.2016 року на базі Львівського національного медичного університету ім. Д. Галицького відбудеться науково-методична нарада з актуальних питань викладання педіатрії у вищих медичних навчальних закладах та закладах післядипломної освіти.

Заявки на участь (автори, назва доповіді, установа, місто, прізвище доповідача, телефон, поштова та електронна адреса) просимо надсилати на адресу:

02660, м. Київ, проспект Алішера Навої, 3, Київська міська дитяча клінічна лікарня №2, завідувачу кафедри педіатрії №2 Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, члену-кореспонденту

НАМН України, професору Волосовцю Олександр Петровичу до 1 червня 2016 р. або на електронну адресу [krivorstov@volicable.com](mailto:krivorstov@volicable.com)

У відповідності до наказу МОЗ України від 07.07.2009 № 484, зареєстрованого у Міністерстві юстиції України 27.07.2009 № 693/16709, учасники конференції отримують сертифікат МОЗ України, який надає відповідну кількість балів для атестації на присвоєння (підтвердження) лікарської кваліфікаційної категорії.

До участі у Всеукраїнській науково-практичній конференції запрошуються головні позаштатні спеціалісти МОЗ України, лікарі-педіатри, лікарі зі спеціальностей «загальна практика — сімейна медицина», лікарі інших педіатричних спеціальностей, організатори охорони здоров'я, головні позаштатні спеціалісти за спеціальністю «дитяча кардіоревматологія», завідувачі та співробітники педіатричних кафедр та кафедр сімейної медицини вищих медичних навчальних закладів та закладів післядипломної освіти, профільних науково-дослідних установ МОЗ України та НАМН України.

Іногородніх учасників конференції просимо заздалегідь потурбуватися про місце проживання у м. Львова та квитки на проїзд.

*З повагою, Оргкомітет*