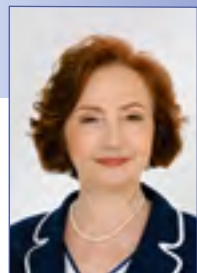




№ 2 (74) 2026 р.
12 750 примірників
Передплатний індекс 37631



Доктор медичних наук,
професор
Інна Гогунська

Чому нежить не минає?
Усе, що потрібно знати
про сезонну алергію

Читайте на сторінці 14



Настанови EAACI

Алергійний риніт і його
вплив на астму (ARIA)

Читайте на сторінці 8



Рекомендації

Міжнародні рекомендації
щодо визначення,
класифікації,
діагностики та лікування
крив'янки, 2026

Читайте на сторінці 16



Інформація для лікарів. Розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозиумах з медичної тематики.

* Загальний наклад із 10.05.2022.

ТЕМАТИЧНИЙ НОМЕР

Здоров'я України[®]

МЕДИЧНА ГАЗЕТА

www.health-ua.com

Пульмонологія

Алергологія

Риноларингологія

Ніксар[®]

Оригінальний біластин — неседативний антигістамінний препарат для симптоматичного лікування сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки^{1,2,3}

АЛЕРГІЯ ПІД КОНТРОЛЕМ^{2,3}



Ніксар 10 мг
з 2 до 11 років^{2*}

Ніксар 20 мг
з 12-ти років³

24 h 24 години доведена ефективність^{2,3}

1 таблетка
на добу^{2*,3}

Швидкий
початок дії⁴

Інформація про лікарські засоби для медичних та фармацевтичних працівників. Перед застосуванням НІКСАР[®], НІКСАР[®] 10 МГ, будь ласка, обов'язково уважно ознайомтеся з повним текстом чинної інструкції для медичного застосування. Для отримання додаткової інформації про продукт, включаючи повний перелік побічних ефектів, протипоказань і особливостей застосування.

Скорочена інструкція для медичного застосування² **Склад:** діюча речовина: 1 таблетка, що диспергується в ротовій порожнині, містить біластину 10 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) і кропив'янки. Лікарський засіб Ніксар[®] 10 мг показаний дітям віком від 2 до 11 років із масою тіла не менше 15 кг. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату. **Спосіб застосування та дози.** Таблетку покласти в порожнину рота, де вона швидко диспергується у слині або диспергувати у воді перед застосуванням. 1 таблетка 1 раз на добу за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі або фруктового соку. Тривалість лікування: алергічний ринокон'юнктивіт - тільки в період контакту з алергенами; сезонний алергічний риніт - лікування можна припинити після пом'якшення симптомів та поновлення після їх повернення; цілорічний алергічний риніт - безперервно застосовувати впродовж періоду контакту з алергенами; кропив'янка - залежить від характеру, тривалості та динаміки симптомів. Дані щодо застосування біластину вагітним жінкам відсутні або обмежені. **Побічні реакції.** Часто: Риніт, головний біль, алергічний кон'юнктивіт, біль у животі/біль у верхньому відділі живота, сонливість. Категорія відпуску: за рецептом.

Скорочена інструкція для медичного застосування³ **Склад:** 1 таблетка містить біластину 20 мг. **Показання.** Симптоматичне лікування алергічного ринокон'юнктивіту (сезонного та цілорічного) та кропив'янки. **Протипоказання.** Гіперчутливість до будь-якого компоненту препарату. **Спосіб застосування та дози.** Дорослим та дітям від 12 років: 1 таблетка 1 раз на добу за 1 годину до або через 2 години після прийому їжі або фруктового соку. Таблетки запивати водою. Тривалість лікування: алергічний ринокон'юнктивіт - тільки в період контакту з алергенами; сезонний алергічний риніт - лікування можна припинити після пом'якшення симптомів та поновити після їх повернення; цілорічний алергічний риніт - безперервно застосовувати впродовж періоду контакту з алергенами; кропив'янка - залежить від характеру, тривалості та динаміки симптомів. Дані щодо застосування біластину вагітним жінкам відсутні або обмежені. **Побічні реакції.** Часто: сонливість, головний біль. Категорія відпуску: без рецепту.

У пацієнтів з помірним або тяжким порушенням функції нирок одночасне застосування біластину з інгібіторами Р-глікопротеїну, такими, наприклад, як кетоконазол, еритроміцин, циклоспорин, ритонавір або дилтіазем, може призводити до підвищення рівня біластину в плазмі та, отже, до збільшення ризику виникнення побічних реакцій. Тому пацієнтам із помірним або тяжким порушенням функції нирок слід уникати одночасного застосування біластину та інгібіторів Р-глікопротеїну^{2,3}.

Повідомлялося про випадки подовження інтервалу QT на електрокардіограмі у пацієнтів, які застосовували біластин (див. розділи «Побічні реакції», «Передозування» та «Фармакологічні властивості»). Припускається, що лікарські засоби, які спричиняють подовження QT/QTc, збільшують ризик пірветної шлуночкової тахікардії. Тому слід з обережністю призначати біластин пацієнтам з підвищеним ризиком подовження інтервалу QT/QTc. Це стосується пацієнтів із серцевими аритміями в анамнезі; пацієнтів з гіпокаліємією, гіпомagneмією, гіпокальціємією; пацієнтів з підтвердженим подовженням інтервалу QT або значною брадикардією; пацієнтів, які одночасно застосовують інші лікарські засоби, що асоціюються з подовженням QT/QTc^{2,3}.

1. Перелік оригінальних (інноваційних) лікарських засобів, зареєстрованих в Україні, станом на 01.05.2026 <https://www.dec.gov.ua/announcement/publikeye-mo-onovleniy-proekt-pereliku-orginalnyh-innovatsijnyh-likarskyh-zasobiv-zareyestrovanyh-v-ukrayini-stanom-na-09-04-2025-ta-vklyuchenyh-do-natsionalnogo-pereliku-osnovnyh-likarskyh-zasobiv/>. (останній доступ: 05.2026). 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар[®] 10 МГ Наказом № 477 від 07.04.2026 РП UA/13866/02/01. 3. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар[®] Наказом МОЗ № 68 від 20.10.2025 РП №UA/13866/01/01. 4. Horak F, Ziegelmayer P, Ziegelmayer R, Lemell P. The effects of bilastine compared with cetirizine, fexofenadine, and placebo on allergen-induced nasal and ocular symptoms in patients exposed to aeroallergen in the Vienna Challenge Chamber. Inflamm Res. 2010;59(5):391-398. *з масою тіла не менше 15 кг.

UA-NIX-05-2026_V1_Press. Затверджено 22.07.2026

Адреса представництва «Берлін-Хемі /А. Менаріні Україна ГмбХ»: Київ, 02098, вул. Березняківська, 29.

Тел.: (044) 494-33-88 E-mail: berlin-chemie@menarini.com.ua



BERLIN-CHEMIE
MENARINI

Алерзин

левоцетиризин



Попереджає розвиток та полегшує перебіг алергічних реакцій*



ПОКАЗАННЯ

✓ АЛЕРГІЧНИЙ РИНИТ ✓ КРОПИВ'ЯНКА

СПОСІБ ЗАСТОСУВАННЯ ТА ДОЗИ

ДОРΟΣЛІ ТА ДІТИ СТАРШІ 6 РОКІВ
20 крапель (5 мг) або 1 таблетка на добу
ДІТИ 2-6 РОКІВ
5 крапель (1,25 мг) 2 рази на добу

Передсезонний старт фармакотерапії при алергічному риніті: досвід, переваги, сучасні можливості

Сезонний алергічний риніт (САР) є одним із найпоширеніших IgE-опосередкованих алергічних захворювань, клінічні прояви якого зумовлені впливом причинно-значущих сезонних аероалергенів, передусім – пилку рослин. Для САР характерна важлива особливість – його загострення передбачувані і пов'язані із сезоном пилкування певних рослин. У реальній клінічній практиці більшість пацієнтів звертаються по медичну допомогу або самостійно починають застосування, зокрема, антигістамінних препаратів (АГП) уже після появи виражених симптомів, зазвичай у період максимального пилкового навантаження. На жаль, частина хворих вдається до лікування епізодично або відкладає його початок через побоювання щодо тривалого прийому препаратів чи доволі поширені хибні уявлення про можливе «звикання» до АГП. Утрачене вікно можливостей для вчасного лікування обертається тим, що на момент розгорнутої клінічної картини у слизовій оболонці верхніх дихальних шляхів уже формується складний каскад алергічного запалення, і це ускладнює досягнення швидкого оптимального контролю симптомів САР. Отже, постає запитання – чи доцільно чекати появи симптомів, якщо сезон загострення можна прогнозувати заздалегідь? Сучасні уявлення про механізми розвитку алергічного запалення та рекомендації міжнародних експертних настанов свідчать, що своєчасний, а іноді й передсезонний початок фармакотерапії може бути раціональною стратегією щодо поліпшення контролю захворювання і зменшення вираженості і тяжкості сезонних симптомів.

Ключові слова: алергічний риніт, сезонний алергічний риніт, ARIA, передсезонне лікування, антигістамінні препарати, левоцетиризин.

Алергічний риніт (АР) – поширене хронічне захворювання, яке суттєво погіршує якість життя, знижує продуктивність праці та навчання, а також обмежує соціальну активність [1]. Згідно з класифікацією ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, Алергічний риніт і його вплив на астму) АР класифікують не лише за характером експозиції алергенів, а й за тривалістю симптомів (інтермітуючий або персистуючий) та їх впливом на якість життя (легкий або середньотяжкий/тяжкий перебіг) [1, 2]. Проте поняття САР продовжують широко використовувати у клінічній практиці для позначення захворювання, симптоми якого пов'язані з періодами пилкування причинно-значущих рослин.

Патофізіологічний каскад при САР запускається внаслідок впливу причинно-значущого алергену на організм сенсibilізованого пацієнта. У ранню фазу алергічної відповіді відбувається перехресне зв'язування алергеном специфічних IgE-антитіл на поверхні опасистих клітин слизової оболонки носа, що супроводжується їх дегрануляцією та вивільненням гістаміну, триптази, лейкотрієнів та інших медіаторів запалення. Саме дія гістаміну через H₁-рецептори зумовлює розвиток типових ранніх симптомів САР – чхання, свербіж в носі, ринореї та, частково, назальної обструкції. За 4–8 год формується пізня фаза алергічної відповіді, для якої характерні активація Th2-залежного імунного запалення, залучення до слизової оболонки верхніх дихальних шляхів еозинофілів, базофілів та інших запальних клітин, а також посилене продукування цитокінів, зокрема інтерлейкінів (IL) – IL-4, -5 та -13. Унаслідок цього підтримується хронічне алергічне запалення, наростають набряк слизової оболонки і закладеність носа. У разі тривалого або повторного впливу алергенів формується назальна гіперреактивність – стан підвищеної чутливості слизової оболонки до специфічних і неспецифічних подразників, що сприяє підтриманню симптомів навіть за відносно низького рівня експозиції алергену. Саме тому профілактику або раннє пригнічення гістамін-залежної фази алергічної реакції розглядають як один із патогенетично обґрунтованих підходів до покращення контролю симптомів САР [3, 4].

Отже, починаючи лікування раніше, ми маємо можливість блокувати гістамінову фазу, що окрім власне блокади гістаміну забезпечує зменшення активації опасистих клітин і подальшого залучення еозинофілів, що, своєю чергою, сприяє зменшенню вираженості алергічного запалення і симптомів АР.

Передсезонна фармакотерапія САР в міжнародних рекомендаціях із лікування АР

Досвід раннього призначення медикаментозної терапії, зокрема АГП, при САР – не є новою стратегією лікування, ідея превентивного контролю алергічного запалення до появи симптомів виникла давно, є добре вивченою, має тривалу історію застосування в повсякденній практиці та активно згадувалася не в одному міжнародному документі з лікування АР. Так, відповідно до принципів ARIA було зазначено, що для поліпшення контролю симптомів у пацієнтів із САР із передбачуваними сезонними симптомами фармакотерапію можна розпочинати до контакту з причинно-значущими алергенами. Особливе значення це має в пацієнтів із тяжкими попередніми сезонами, астмою чи загрозою її виникненням і зазвичай тяжким перебігом власне САР [2].

Настанови Британського товариства алергології та клінічної імунології щодо діагностики та лікування алергічного й неалергічного риніту (British Society for Allergy and Clinical Immunology, BSACI) рекомендували за можливості починати терапію САР за 1–2 тиж до початку сезону, зокрема із застосування АГП та інтраназальних кортикостероїдів (ІнКС) [5].

Практичні рекомендації Американської академії алергології, астми та імунології (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology, AAAAI) та Американського коледжу алергології, астми та імунології (American College of Allergy, Asthma & Immunology, ACAAI) щодо ведення пацієнтів із ринітом в оновленні 2020 року свідчили, що профілактичний старт терапії САР до настання сезону експозиції алергенів може зменшувати тяжкість симптомів і покращувати якість життя у пацієнтів із САР [6].

Рекомендації з лікування АР Корейської академії астми, алергології та клінічної імунології (Korean Academy of Asthma, Allergy and Clinical Immunology, KAAACI) 2023 року перегляду зазначають, що профілактичне застосування АГП, розпочате приблизно за 2 тиж до початку пилкування, може зменшувати тяжкість симптомів САР в період пікового пилкового навантаження. У рамках цих рекомендацій не просто згадана можливість профілактичного призначення АГП перед сезоном загострення САР – у документі фактично наведено аналіз результатів наявних клінічних досліджень щодо передсезонного призначення АГП і сформульовано окремий висновок стосовно доцільності такої тактики [7].

Необхідно також підкреслити, що в сучасній концепції ведення пацієнтів з АР важливу роль у контролі захворювання відіграє індивідуальний план дій, який містить письмові рекомендації щодо самостійного контролю симптомів та корекції лікування залежно від їх вираженості – це постулат прописаний в усіх міжнародних погоджувальних документах і вже давно є загальноприйнятим. Так, у статті Yang та співавт. (2024) наголошено, що АР характеризується значною варіабельністю перебігу, тому пацієнти мають бути навчені своєчасно розпізнавати погіршення симптомів і відповідно коригувати терапію. У роботі зазначається, що такий підхід сприяє поліпшенню контролю захворювання, підвищенню прихильності до лікування та раціональнішому використанню лікарських засобів. Особливе значення це має в разі САР, коли прогнозований початок сезону пилкування дає можливість заздалегідь планувати терапевтичні заходи, у тому числі ранній або передсезонний старт лікування в пацієнтів із повторними сезонними загостреннями [8].

Доказова база щодо профілактичної фармакотерапії при САР

Наявна доказова база передсезонної медикаментозної терапії САР демонструє ефективність у низці клінічних досліджень.

У рандомізованому подвійному сліпому дослідженні S. Yonekura та співавт. за участю пацієнтів із САР порівнювали ефективність профілактичного призначення неседативного АГП II покоління – левоцетиризину до початку контакту з алергеном та в разі початку лікування вже після появи симптомів захворювання.

У результаті було продемонстровано, що як профілактичне застосування левоцетиризину до контакту з пилком, так і максимально ранній початок лікування після появи симптомів забезпечували ефективний контроль симптомів САР, але профілактичне лікування давало змогу запобігти розвитку симптомів уже на етапі первинної експозиції алергену або зменшити їх вираженість.

Таким чином, передсезонне призначення левоцетиризину є раціональною та ефективною стратегією ведення пацієнтів із САР, яка може сприяти покращенню контролю захворювання та зменшувати потребу в додатковій симптоматичній терапії [9].

У рамках дослідження Mizuguchi та співавт. вивчали вплив передсезонного

профілактичного застосування сучасних неседативних АГП у пацієнтів із САР. Результати показали, що передсезонна терапія АГП була пов'язана зі статистично значущим зменшенням вираженості назальних симптомів порівняно з відсутністю профілактичного лікування. Крім того, у пацієнтів, які отримували АГП до початку пилкового сезону, спостерігали пригнічення експресії мРНК гістамінового H₁-рецептора у слизовій оболонці носа [10].

Дослідники припустили, що клінічний ефект раннього призначення АГП може бути пов'язаний не лише з блокадою H₁-рецепторів, а й зі впливом на механізми регуляції гістамінової відповіді та алергічного запалення [10].

У дослідженні Y. Kitamura та співавт. вивчали вплив передсезонного профілактичного застосування АГП на експресію цитокінів у слизовій оболонці носа пацієнтів із САР. Результати продемонстрували, що профілактичне застосування АГП супроводжувалося зменшенням вираженості назальних симптомів і достовірним пригніченням експресії IL-5 у слизовій оболонці носа. Оскільки IL-5 є одним із ключових цитокінів, що забезпечують залучення, активацію та виживання еозинофілів, отримані результати свідчать про здатність ранньої терапії АГП впливати на механізми Th2-опосередкованого еозинофільного запалення.

Загальна стратегія лікування АР

Систематизована сучасна стратегія лікування АР була сформульована ARIA у співпраці з BOO3 і опублікована як документ BOO3 у серії WHO/NHLBI Workshop Report у 2001 р., який є актуальним дотепер і зберігається в усіх наступних редакціях ARIA (2008, 2010, 2016, 2020, 2024–2025). Стратегія охоплює:

- елімінацію або мінімізацію контакту з клінічно значущими алергенами;
- фармакотерапію, яка передбачає застосування: АГП, ІнКС, антагоністів лейкотрієнових рецепторів (АЛТР), комбінованих препаратів, деконгестантів (обмежено), інших симптоматичних засобів відповідно до показань;
- алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ) у пацієнтів із підтвердженою IgE-опосередкованою сенсibilізацією та відповідними клінічними симптомами. Важливо пам'ятати, що АСІТ в лікуванні

Продовження на стор. 4.

Передсезонний старт фармакотерапії при алергічному риніті: досвід, переваги, сучасні можливості

Продовження. Початок на стор. 3.

САР є єдиним методом лікування, здатним впливати на природний перебіг захворювання;

- навчання пацієнта, у тому числі складання індивідуального плану дій, підвищення прихильності до лікування і контроль факторів ризику [2, 12].

Незважаючи на появу нових терапевтичних підходів і постійне оновлення рекомендацій щодо ведення пацієнтів з АР, системні АГП II покоління й надалі посідають важливе місце в лікуванні САР. Сучасні настанови ARIA-EAACI 2024-2025 та Rhinitis 2020 рекомендують пероральні АГП як один з основних варіантів фармакотерапії, особливо в пацієнтів із легким і середньотяжким перебігом захворювання, а також для контролю чхання, свербіж та ринореї.

При цьому в оновлених рекомендаціях ARIA-EAACI зазначається, що пероральні АГП мають переваги над АЛТР і залишаються важливою складовою сучасної стратегії лікування АР [6, 13].

Добре відомо, що до сучасних неседативних АГП II покоління є певні вимоги щодо ефективності й безпеки, які було сформульовано Європейською академією алергії і клінічної імунології (European Academy of Allergy & Clinical Immunology, EAACI) в погоджувальному документі ARIA, зокрема такі: селективна блокада H_1 -рецепторів, виражений антиалергічний ефект, швидке настання клінічного ефекту, значна тривалість дії (протягом 24 год), відсутність тахіфілаксії, відсутність клінічно значущих взаємодій з їжею та лікарськими препаратами [14]. Отже, якщо ми плануємо ранній старт фармакотерапії САР, зокрема із застосуванням АГП, обраний нами препарат має бути безпечним для тривалого прийому, швидкодіючим, мінімально седативним і з передбачуваною фармакокінетикою.

Місце та ефективність левоцетиризину в лікуванні АР

Серед сучасних неседативних АГП II покоління левоцетирин був добре досліджений, зокрема при САР. Левоцетирин — активний R-енантіомер цетиризину, який характеризується високою селективністю та спорідненістю до H_1 -гістамінових рецепторів. Завдяки цьому препарат забезпечує швидке полегшення гістамін-опосередкованих симптомів АР, таких як чхання, свербіж і ринорея. У клінічних дослідженнях початок дії левоцетиризину спостерігали вже протягом першої години після прийому, а тривалість клінічного ефекту становила щонайменше 24 год, що дало можливість застосовувати препарат 1 раз на добу і забезпечувати цілодобовий контроль симптомів.

Важливою особливістю левоцетиризину є передбачувана фармакокінетика та мінімальний печінковий метаболізм. Більша частина препарату виводиться в незміненому вигляді, що знижує ризик клінічно значущих міжлікарських взаємодій і робить його зручним для застосування в пацієнтів, які отримують супутню терапію.

Крім того, левоцетирин належить до неседативних АГП II покоління і характеризується сприятливим профілем безпеки за тривалого застосування. Сукупність цих властивостей — швидкий початок дії, тривалий контроль симптомів, низький потенціал міжлікарських взаємодій та добрий профіль безпеки — робить левоцетирин зручним вибором як для раннього початку терапії напередодні сезону пилкування, так і для безперервного щоденного застосування протягом усього періоду експозиції сезонних алергенів. Додатково в низці досліджень продемонстровано ефективність левоцетиризину саме в пацієнтів як із персистуючим АР, так і із САР, у тому числі роботи, присвячені передсезонному профілактичному застосуванню препарату [15, 16].

В рамках багатоцентрового рандомізованого плацебо-контрольованого дослідження Potteg та співавт. оцінювали ефективність левоцетиризину в підлітків і дорослих з АР. Результат дослідження — достовірне зменшення вираженості основних симптомів риніту. Особливий інтерес становив вплив препарату на закладеність носа, яку традиційно вважають симптомом, менш чутливим до терапії АГП [17].

У багатоцентровому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні C. Bachert та співавт. оцінювали ефективність і безпеку левоцетиризину в пацієнтів із персистуючим АР протягом 6 міс лікування. Результат дослідження — достовірне зменшення вираженості назальних і очних симптомів, покращення якості життя згідно з даними опитувальника Rhinconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (RQLQ), а також зменшення непрямих витрат, пов'язаних з АР, і сприятливий профіль безпеки в разі тривалого застосування [18].

Ще в одному багатоцентровому рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні N. Segall та співавт. оцінювали ефективність левоцетиризину в дозі 5 мг у дорослих пацієнтів із САР. Результат дослідження — зменшення загальної бальної оцінки назальних і очних симптомів порівняно з плацебо, покращення якості життя за даними RQLQ, хороша переносимість [19].

У рандомізованому плацебо-контрольованому дослідженні F. Leynadier та співавт. в пацієнтів із САР левоцетирин уже протягом перших двох тижнів терапії продемонстрував статистично значуще зменшення загальної бальної оцінки основних симптомів захворювання, поліпшення як загальних симптомів, так і окремих проявів риніту, зокрема чхання, ринореї та назального свербіж, а також характеризувався хорошою переносимістю [20].

Левоцетирин зарекомендував себе як ефективний і безпечний АГП також і в порівнянні з іншими неседативними АГП II покоління.

Так, у подвійному сліпому рандомізованому дослідженні J.H. Day та співавт. порівнювали ефективність левоцетиризину в дозі 5 мг і дезлоратадину в дозі 5 мг у пацієнтів із САР в умовах контрольованої

експозиції пилку. Обидва препарати перевершували плацебо, однак левоцетирин характеризувався швидшим початком клінічної дії та вираженим контролем симптомів упродовж усього періоду спостереження [21].

У подвійному сліпому перехресному дослідженні F. Horak та співавт. пацієнти із САР отримували левоцетирин, фексофенадин або плацебо з подальшою контрольованою експозицією пилку. Обидва препарати забезпечували швидке зменшення вираженості симптомів, проте через 22-28 год після прийому левоцетиризину демонстрував достовірно кращий контроль назальних симптомів порівняно з фексофенадином.

Натеper, незважаючи на завершення сезону пилкування дерев і більшості злакових трав, для значної частини пацієнтів із САР алергічний сезон триває, адже наприкінці літа клінічного значення набуває пилок бур'янів, насамперед амброзії полинолистої (*Ambrosia artemisiifolia*), а також полину (*Artemisia* spp.), лободи (*Chenopodium* spp.) та інших бур'янів, які є важливими джерелами аероалергенів у цей період. Серед них усіх саме пилок амброзії вважається одним із найбільш алергенних — навіть за низької концентрації в повітрі він здатний індукувати виражені симптоми АР, ринокон'юнктивіту та бронхіальної астми. Сенсibilізація до пилку бур'янів, особливо амброзії, пов'язана з тяжкими клінічними проявами, погіршенням якості життя та підвищеною потребою у фармакотерапії. Ба більше, пилок амброзії характеризується настільки високою алергенною активністю, що клінічні симптоми можуть виникати навіть за дуже низьких концентрацій пилових зерен у повітрі. Також важливо розуміти, що амброзія здатна подовжувати весь сезон алергії ще на 6-8 тиж [23, 24, 25]. Саме тому принцип передсезонного початку лікування залишається актуальним і перед осіннім сезоном пилкування, даючи можливість досягти оптимального контролю симптомів у пацієнтів із сенсibilізацією до бур'янів.

Висновки

Отже, початок антигістамінної терапії перед алергічним сезоном є раціональною, логічно обгрунтованою стратегією для пацієнтів із передбачувано тяжким перебігом САР, підтримується гайдлайнами і сприяє зменшенню вираженості пікової симптоматики, що особливо важливо в пацієнтів з астмою, полісенсibilізацією, а також тяжкими загостреннями власне САР.

Раннє блокування гістамінозалежних шляхів здатне послабити подразнення слизової оболонки і зменшити тяжкість симптомів.

Призначення сучасних неседативних АГП II покоління, зокрема левоцетиризину, завдяки швидкому початку дії, високій селективності до H_1 -рецепторів і сприятливому профілю безпеки підходить як для початку терапії перед сезоном, так і для безперервного застосування протягом усього сезону пилкування.

Необхідно пам'ятати, що в кожного пацієнта з алергічною патологією має бути прописаний план самопомогі на випадок загострення захворювання, тому

профілактична фармакотерапія АР перед початком пилкування причиннозначущих рослин також може бути внесена в такий план самопомогі.

Література

1. Sousa-Pinto B, Bousquet J, Vieira RJ, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines-2024-2025 Revision: Part I — Guidelines on Intranasal Treatments. *Allergy*. 2025;0:1-23.
2. Bousquet J, Khaltaev N, Cruz AA, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines-2019 revision. *Allergy*. 2020;75(4):778-800.
3. Bjerrmer L, Westman M, Holmström M, Wickman MC. The complex pathophysiology of allergic rhinitis: scientific rationale for the development of an alternative treatment option. *Allergy Asthma Clin Immunol*. 2019;15:24.
4. Canonica GW, Bousquet J, Mullol J, et al. A survey of the burden of allergic rhinitis in Europe. *Allergy*. 2007;62(Suppl 85):17-25.
5. Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding GW, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clin Exp Allergy*. 2017;47(7):856-889.
6. Dykewicz MS, Wallace DV, Baroody F, et al. Rhinitis 2020: A Practice Parameter Update. *J Allergy Clin Immunol*. 2020;146(4):721-767.
7. Yang SI, Kwon JW, Kim HB, et al. KAAACI Allergic Rhinitis Guidelines: Part 1. Update in Pharmacotherapy. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2023;15(1):19-39.
8. Yang Y, Bosnic-Anticevich S, Costa E, et al. Action Plans for Allergic Rhinitis: State of the Art. *Allergy Asthma Immunol Res*. 2024;16(4):299-314.
9. Yonekura S, Okamoto Y, Sakurai D, et al. Randomized double-blind study of prophylactic treatment with an antihistamine for seasonal allergic rhinitis. *Int Arch Allergy Immunol*. 2013;162(1):71-78.
10. Mizuguchi H, Hatano M, Matsushita C, et al. Pre-seasonal prophylactic treatment with antihistamines suppresses nasal symptoms and expression of histamine H1 receptor mRNA in the nasal mucosa of patients with pollinosis. *Methods Find Exp Clin Pharmacol*. 2010;32(10):745-748.
11. Kitamura Y, Mizuguchi H, Ogishi H, et al. Preseasonal prophylactic treatment with antihistamines suppresses IL-5 but not IL-33 mRNA expression in the nasal mucosa of patients with seasonal allergic rhinitis caused by Japanese cedar pollen. *Acta Otolaryngol*. 2012;132(4):434-438.
12. Bousquet J, Van Cauwenberge P, Khaltaev N; ARIA Workshop Group. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma. *J Allergy Clin Immunol*. 2001;108(Suppl 5):S147-S334.
13. Vieira RJ, Bousquet J, et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines-2024-2025 Revision: Part II — Guidelines on Oral and Ocular Treatments. *Allergy*. 2026.
14. Bousquet J, Bindslev-Jensen C, Canonica GW, et al. The ARIA/EAACI criteria for antihistamines: an assessment of the efficacy, safety and pharmacology of desloratadine. *Allergy*. 2004;59(Suppl 77):4-16.
15. De Vos C. A treatment for allergic rhinitis: a view on the role of levocetirizine. *Curr Med Res Opin*. 2005.
16. Simons FER. Clinical pharmacology of levocetirizine, the active enantiomer of cetirizine. *J Allergy Clin Immunol*. 2005.
17. Potter PC; Study Group. Levocetirizine is effective for symptom relief including nasal congestion in adolescent and adult sensitized to house dust mites. *Allergy*. 2003;58(9):893-899.
18. Bachert C, Bousquet J, Canonica GW, et al. Levocetirizine improves quality of life and reduces costs in long-term management of persistent allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2004;114(4):838-844.
19. Segall N, Gawchik S, Georges G, et al. Efficacy and safety of levocetirizine in improving symptoms and health-related quality of life in US adults with seasonal allergic rhinitis: a randomized, placebo-controlled study. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2010;104(3):259-267.
20. Leynadier F, Mees K, Arendt C, et al. Efficacy and safety of levocetirizine in seasonal allergic rhinitis. *Acta Otorhinolaryngol Belg*. 2001;55(4):305-312.
21. Day JH, Briscoe MP, Rafeiro E, et al. Comparative clinical efficacy, onset and duration of action of levocetirizine and desloratadine for symptoms of seasonal allergic rhinitis in subjects evaluated in the Environmental Exposure Unit (EEU). *Int J Clin Pract*. 2004;58(2):109-118.
22. Horak F, Ziegelmayer P, Ziegelmayer R, et al. Levocetirizine has a longer duration of action on improving total nasal symptoms score than fexofenadine after single administration. *Br J Clin Pharmacol*. 2005;60(1):24-31.
23. Preda M, Smolinska S, Popescu FD. Diagnostic work-up in IgE-mediated allergy to Asteraceae weed pollen and herbal medicine products in Europe. *Medicina (Kaunas)*. 2024;60(9):1494.
24. Montagnani C, Gentili R, Citterio S. Ragweed is in the air: Ambrosia L. (Asteraceae) and pollen allergens in a changing world. *Curr Protein Pept Sci*. 2023;24(1):98-111.
25. Gharbi B, Cilliers C, Staats J, et al. Pollen exposure and allergic disease in South Africa: Current insights and future directions. *World Allergy Organ J*. 2024;17:101011.

Підготувала Анна Артюх

<https://access.portico.org/Portico/auView?auId=ark%3A2F27927%2Fpjb78wifjp>

З М І С Т	
АЛЕРГОЛОГІЯ	
Передсезонний старт фармакотерапії при алергічному риніті: досвід, переваги, сучасні можливості	
Сезонний алергічний риніт (САР) є одним із найпоширеніших IgE-опосередкованих алергічних захворювань, клінічні прояви якого зумовлені впливом причинно-значущих сезонних аероалергенів, передусім – пилку рослин. Для САР характерна важлива особливість – його загострення передбачувані і пов'язані із сезоном пилкування певних рослин. У реальній клінічній практиці більшість пацієнтів звертаються по медичну допомогу або самостійно починають застосування, зокрема, антигістамінних препаратів уже після появи виражених симптомів, зазвичай у період максимального пилкового навантаження. Сучасні уявлення про механізми розвитку алергічного запалення та рекомендації міжнародних експертних настанов свідчать, що своєчасний, а іноді й передсезонний початок фармакотерапії може бути раціональною стратегією щодо поліпшення контролю захворювання і зменшення вираженості і тяжкості сезонних симптомів.	3-4
Міжнародні рекомендації щодо визначення, класифікації, діагностики та лікування кропив'янки, 2026	
Пропоновані рекомендації є ініціативою Глобальної мережі з питань алергії та астми (Global Allergy and Asthma Excellence Network, GA ² LEN) та її Центрів передового досвіду з кропив'янки та ангіоневротичного набряку (Urticaria and Angioedema Centers of Reference and Excellence – UCAREs and ACAREs), Європейського дерматологічного форуму (The European Dermatology Forum – EDF), Азійсько-Тихоокеанської асоціації алергії, астми та клінічної імунології (The Asia Pacific Association of Allergy, Asthma, and Clinical Immunology – APAAACI), Американської академії дерматології (American Academy of Dermatology, AAD), Британського товариства алергії та клінічної імунології (British Society for Allergy & Clinical Immunology, BSACI) та Академії алергії та клінічної імунології країн Перської затоки (Gulf Academy of Allergy and Clinical Immunology GA2CI), які забезпечили фінансування розробки рекомендацій. Цей документ є оновленням і переглядом міжнародних рекомендацій EAACI/GA ² LEN/EuroGuiDerm/APAAACI щодо кропив'янки (КР), опублікованих у 2022 р.	16-24
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЯ	
Алергійний риніт і його вплив на астму (ARIA) – настанови EAACI (оновлення 2024-2025)	
Частина II. Рекомендації щодо призначення пероральних і очних препаратів	
Ініціатива «Алергійний риніт та його вплив на астму» (ARIA) вперше опублікувала свої настанови у 2001 р., із подальшими оновленнями у 2008, 2010, 2016 та 2020 рр. Нова редакція настанов ARIA (ARIA-EAACI 2024-2025) була схвалена Європейською академією алергології та клінічної імунології (EAACI). Вона спрямована на врахування нових доказових даних та мінливих клінічних потреб.	8-13
Чому нежить не минає?	
Усе, що потрібно знати про сезонну алергію	
У травні 2026 р., у рамках міжнародного проєкту «Життя без алергії. International», Асоціація алергологів України провела Міжнародний міждисциплінарний конгрес «Респіраторні та нереспіраторні алергійні захворювання: складнощі діагностики та лікування». Про комплексний підхід, що поєднує елімінаційні заходи, раціональну фармакотерапію, топічне лікування та АСІТ за показаннями, що, своєю чергою, дає можливість максимально ефективно контролювати перебіг захворювання й поліпшувати якість життя пацієнтів.	
I.B. Гогунська	14-15
ОХОРОНА ЗДОРОВ'Я	
Дайджест	7, 26

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Пульмонологія, алергологія, риноларингологія»

Редакційна колегія

К.М. Амосова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України

О.Я. Бабак, д. мед. н., професор, Харківський національний медичний університет

О.М. Біловол, д. мед. н., професор, академік НАМН України, кафедра клінічної фармакології та внутрішньої медицини Харківського національного медичного університету

Г.М. Бутенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, директор ДУ «Інститут генетичної та регенеративної медицини НАМН України»

Ю.В. Вороненко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, керівник наукової школи кафедри управління охороною здоров'я НУОЗ України ім. П.Л. Шупика

С.І. Герасименко, д. мед. н., професор, заступник директора з науково-лікувальної роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

І.І. Горпинченко, д. мед. н., професор, директор Українського інституту сексології та андрології

Д.І. Заболотний, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «Інститут отоларингології ім. О.С. Коломійченка НАМН України»

Д.Д. Іванов, д. мед. н., професор, завідувач кафедри нефрології НУОЗ України ім. П.Л. Шупика

В.М. Коваленко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, директор ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»

В.В. Корпачов, д. мед. н., професор, завідувач відділу клінічної фармакології і фармакотерапії ендокринних захворювань ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Б.М. Маньковський, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, член президії НАМН України, директор ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова»

Ю.М. Мостовой, д. мед. н., професор, завідувач кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб Вінницького національного медичного університету ім. М.І. Пирогова МОЗ України

В.І. Паньків, д. мед. н., професор, відділ клінічної ендокринології Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України

О.М. Пархоменко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, науковий керівник відділу реанімації та інтенсивної терапії ДУ «ННЦ «Інститут кардіології ім. М.Д. Стражеска» НАМН України»

Н.В. Пасєчнікова, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, директор ДУ «Інститут очних хвороб і тканинної терапії ім. В.П. Філатова НАМН України»

С.С. Страфун, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, заступник директора з наукової роботи ДУ «Інститут травматології та ортопедії НАМН України»

М.Д. Тронько, д. мед. н., професор, академік НАМН України, член-кореспондент НАН України, віце-президент НАМН України, Заслужений діяч науки і техніки України, в. о. директора ДУ «Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В.П. Комісаренка НАМН України»

Ю.І. Фещенко, д. мед. н., професор, академік НАМН України, генеральний директор ДУ «Національний науковий центр фтизіатрії, пульмонології та алергології імені Ф.Г. Яновського НАМН України»

Н.В. Харченко, д. мед. н., професор, член-кореспондент НАМН України, завідувач кафедри гастроентерології, дієтології та ендоскопії НУОЗ України ім. П.Л. Шупика

В.І. Цимбалюк, д. мед. н., професор, академік НАМН України

В.П. Черних, д. фарм. н., д. хім. н., професор, член-кореспондент НАН України

Засновник – Ігор Іванченко

Медична газета «Здоров'я України».

Тематичний номер «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»

Видавець ТОВ «Медичний журнал «Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія»

Ідентифікатор медіа R30-05257

Передплатний індекс 37631

ГОЛОВНИЙ РЕДАКТОР Анна Артюх

Поштова адреса: офіс 23а, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04215. E-mail: zu@health-ua.com; www.health-ua.com Тел.: +380 (95) 117-34-36

Контакти: Редакція artuykh.kiai@gmail.com Відділ маркетингу v.koroleva@health-ua.com Відділ передплати та розповсюдження podpiska@health-ua.com Підписано до друку: липень 2026. Газету віддруковано: ТОВ «ВЕЛЪТ КОМПАНІ» 04159, м. Київ, вул. Петра Калнишевського, буд. 7.

Замовлення № 2600807

Загальний наклад 12 750 прим.

Редакція може публікувати матеріали, не поділяючи поглядів авторів. За достовірність фактів, цитат, імен та інших відомостей відповідають автори. Редакція залишає за собою право редагувати та скорочувати надані матеріали.

Матеріали з позначкою «реклама» містять інформацію рекламного характеру про медичні вироби та методи профілактики, діагностики, лікування і реабілітації, медичні лабораторії, послуги медичних клінік, медичну апаратуру, біологічно активні добавки, харчові продукти для спеціального дієтичного споживання, функціональні харчові продукти та дієтичні добавки тощо, а також про лікарські засоби, які відпускаються без рецепта лікаря та не внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів.

Публікації з позначкою ❶ містять інформацію про лікарські засоби, застосування та відпуск яких дозволяється лише за рецептом лікаря, а також про ті, які внесені до переліку заборонених до рекламування лікарських засобів. Публікації з позначкою ❶ призначені для медичних установ, лікарів і фармацевтів, а також для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Правовий режим інформації, викладеної в цьому виданні або наданій для розповсюдження на спеціалізованих заходах із медичної тематики, визначається Законом України № 123/96-ВР «Про лікарські засоби», а також Законом України № 270/96-ВР «Про рекламу».

Відповідальність за зміст рекламних та інформаційних матеріалів, а також за їхню відповідність вимогам чинного законодавства несуть особи, які подали їх для розміщення у виданні. Повне або часткове відтворення та тиражування в будь-який спосіб матеріалів, опублікованих у цьому виданні, допускається тільки з письмового дозволу видавця та з посиланням на джерело. Рукописи не повертаються і не рецензуються.

Медична газета «Здоров'я України». Тематичний номер «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія» є спеціалізованим виданням для медичних установ та лікарів.

Здоров'я України

5



Health-ua.com

Спеціалізований
медичний
портал



ДАЙДЖЕСТ

АЛЕРГОЛОГІЯ

Мітохондріальні білки як ключ до розуміння імунних ускладнень після трансплантації: унікальні відкриття фахівців клініки Мейо

Сучасна трансплантологія та регенеративна медицина стикаються із ключовим обмеженням – неможливістю точно передбачити імунну відповідь на біоматеріали. Традиційні підходи базувалися на припущенні, що всі антигени мають подібну імуногенність, а зменшення їхньої загальної кількості автоматично знижує ризик відторгнення. Однак клінічний досвід, зокрема невдачі за використання деклітинізованих клапанів серця (Synergraft), продемонстрував, що навіть мінімальна кількість окремих антигенів може підтримувати значущу імунну реакцію.

Дослідники клініки Мейо (США), однієї з найавторитетніших і найбільших у світі некомерційних медичних та дослідницьких організацій, запропонували новий підхід до оцінки імуногенності білків, який поєднує два параметри: кількість і здатність індукувати гуморальну відповідь. На основі цих даних сформовано показник «співвідношення імуногенності» (Ratio of Immunogenicity – ROI), що дає можливість ранжувати антигени за клінічно значущим потенціалом. Методика базується на аналізі продукції IgG у поєднанні з кількісною оцінкою білків за допомогою рідинної хроматографії із мас-спектрометрією, що забезпечує високу точність і відтворюваність результатів.

Здобуті дані суттєво змінюють уявлення про імунну реактивність тканинних матриксів. Установлено, що антигени різного субклітинного походження мають принципово відмінний імуногенний потенціал. Найвираженішу відповідь індукують мітохондріальні білки, які становлять понад чверть усіх високоімуногенних компонентів. Це може пояснюватися їхнім еволюційним походженням, оскільки імунна система розпізнає їх як «чужорідні» за вивільнення із клітини. Натомість цитоплазматичні та позаклітинні білки характеризуються значно нижчим рівнем імуногенності.

Клінічне значення цих результатів полягає в можливості цілеспрямованої модифікації біоматеріалів. Видалення або інактивація саме високоімуногенних антигенів, а не тотальне зменшення білкового навантаження, можуть суттєво знизити ризик відторгнення трансплантатів. Такий підхід відкриває перспективи створення безпечніших кардіохірургічних імплантів, судинних протезів та інших виробів тканинної інженерії.

Окрім трансплантології, концепція ROI має потенціал для застосування в клінічній імунології та онкології. Ідентифікація найбільш імуногенних мішеней дасть змогу удосконалити біомаркери раннього відторгнення, а також оптимізувати підбір імуносупресивної терапії. У перспективі це може сприяти переходу до персоналізованих стратегій лікування, орієнтованих на індивідуальний імунний профіль пацієнта.

Запропонований підхід усуває одну із ключових прогалин у розумінні взаємодії імунної системи з біоматеріалами. Очікується, що його впровадження допоможе підвищити ефективність трансплантації та зменшити частоту імунологічних ускладнень. Подальші дослідження мають уточнити клінічні пороги імуногенності та інтегрувати ROI в практичні алгоритми оцінки біосумісності.

Джерело: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0142961226001584?via%3Dihub>

Бронхіальна астма в дорослих: уніфікований протокол МОЗ із чіткими інструментами контролю та лікування

Проект наказу МОЗ України щодо затвердження Уніфікованого клінічного протоколу «Бронхіальна астма у дорослих» деталізує клінічні рішення на всіх етапах допомоги та наближає їх до підходів GINA (Global Initiative for Asthma). Документ чітко регламентує підтвердження діагнозу, вибір терапії та ведення загострень з урахуванням доступних інструментів у рутинній практиці.

Верифікація діагнозу базується на поєднанні симптомів (епізоди свистячого дихання, задишка, нічні пробудження) з об'єктивними даними спірометрії: співвідношення ОФВ₁/ФЖЕЛ <0,75-0,80 та приріст ОФВ₁ ≥12% і ≥200 мл після інгаляції бронхолітика. Для оцінки контролю пропонується використання валідованих інструментів АСТ (Asthma Control Test) або АСҚ (Asthma Control Questionnaire), що дає змогу стандартизувати рішення щодо ескалації терапії.

Базисне лікування передбачає обов'язкове застосування інгаляційних кортикостероїдів (ІКС). Як препарати вибору розглядаються будесонід, беклометазон, флутиказон у низьких або середніх дозах. Уже на початкових кроках рекомендовані комбінації ІКС/формотерол (будесонід/формотерол) як для підтримувальної терапії, так і за потреби (режим MART). Альтернативою є фіксовані комбінації ІКС/сальметерол або ІКС/вілантерол із використанням β₂-агоністів короткої дії (сальбутамол) як препарату «швидкої допомоги». Перед підвищенням дози обов'язковими є перевірка техніки інгаляції та оцінка прихильності.

У пацієнтів із неконтрольованим перебігом передбачено дообстеження: загальний аналіз крові з визначенням кількості еозинофілів, рівня загального IgE, за можливості – FeNO. Це дає можливість виділити Т2-запалення і розглянути таргетну терапію: омалізумаб за алергічного фенотипу, меполізумаб або бенралізумаб за еозинофільної астми. Також акцентується увага лікарів на виявленні супутніх станів (алергічний риніт, ГЕРХ, ожиріння), які впливають на контроль захворювання.

Алгоритм ведення загострень передбачає інгаляційне застосування сальбутамолу через спейсер або небулайзер, раннє призначення системних кортикостероїдів (преднізолон 40-50 мг/добу) та оксигенотерапію із підтриманням SpO₂ 93-95%. Критеріями госпіталізації є тяжке загострення астми, легке або помірне загострення в пацієнтів із коморбідностями, використання ≥8 інгаляцій бронхолітика короткої дії протягом попередніх 24 годин, ознаки гострої дихальної недостатності тощо.

Впровадження протоколу дасть змогу уніфікувати використання спірометрії, міжнародних інструментів АСТ/АСҚ та сучасних схем лікування, що має зменшити частоту загострень і необґрунтоване застосування лише бронхолітиків. У перспективі це сприятиме ранньому виявленню неконтрольованої астми та більш широкому використанню таргетної терапії у відповідних пацієнтів.

Джерело: https://moz.gov.ua/storage/uploads/ac62c7d5-d98e-414e-8c4c-3ebfdee0f0af/026_03_25_%D0%91%D0%90_%D0%A3%D0%9A%D0%9F%D0%9C%D0%94.pdf

Як обрати біологічний препарат за тяжкої астми: останні рекомендації CHEST

Тяжка бронхіальна астма залишається складною проблемою, попри значний прогрес у фармакотерапії. За актуальними даними, вона охоплює від 5 до 10% пацієнтів з астмою та характеризується потребою у високих дозах інгаляційних кортикостероїдів у поєднанні з іншим препаратом. Для хворих, які не досягають контролю стандартними засобами, біологічна терапія стала невід'ємною частиною лікування, однак вибір оптимального препарату часто залишається клінічно непростим.

Американська колегія торакальних лікарів (American College of Chest Physicians – CHEST) опублікувала останні клінічні настанови з біологічного лікування тяжкої астми, що містять сім ключових доказових рекомендацій для алергологів та імунологів. Документ систематизує сучасні дані щодо чинних біологічних препаратів і пропонує практичне застосування з урахуванням фенотипу захворювання.

Окрему увагу в рекомендаціях приділено пацієнтам з алергічною астмою середнього і тяжкого ступенів, які мають щонайменше одне загострення на рік із потребою в системних кортикостероїдах. У цій групі запропоновано застосування омалізумабу або дупілумабу, проте за наявності частих чи тяжких загострень, що потребують госпіталізації, перевага віддається дупілумабу. Такий підхід відображає його вищу ефективність у зниженні ризику важкого загострення.

Для пацієнтів із тяжкою стероїдозалежною астмою експертна група рекомендує терапію, спрямовану проти інтерлейкіну-5 (anti-IL-5), або дупілумаб, віддаючи їм перевагу над тезепелумабом. Цей підхід підкреслює ключову роль еозинофільного запалення та Т2-опосередкованих механізмів у формуванні тяжкого перебігу хвороби.

Важливим нововведенням є чітка позиція щодо відсутності ефекту від першого біологічного препарату. Консенсус фахівців установив: за відсутності клінічно значущої відповіді протягом 4-6 місяців доцільно змінювати біологічний засіб. Вибір наступного терапевтичного підходу має базуватися на залежності від пероральних кортикостероїдів, частоті загострень, показниках функції легень, супутніх захворюваннях і доступних біомаркерах Т2-запалення. Для пацієнтів, які не відповіли на anti-IL-5 терапію, рекомендовано визначення фракції оксиду азоту у видихуваному повітрі (FeNO) після лікування для корекції подальшої тактики.

Автори рекомендацій наголошують, що індивідуалізація біологічної терапії має відбуватися в межах спільного прийняття рішень із пацієнтом з урахуванням частоти ін'єкцій, шляху введення та доступності ресурсів. Підсумовуючи, нові настанови CHEST формують структурований і гнучкий підхід до ведення тяжкої астми, сприяючи раціональному використанню біологічних препаратів і потенційному покращенню довгострокового контролю захворювання та якості життя пацієнтів.

Джерело: <https://www.news-medical.net/news/20260113/New-CHEST-guidelines-offer-evidence-based-biologic-selection-for-severe-asthma.aspx>

Мікробіом немовлят проти алергії: перспективи цільової профілактики з перших місяців життя

Дослідження міжнародної групи під керівництвом Технічного університету Данії ідентифікувало раніше невідомий механізм імунної регуляції, пов'язаний із ранньою колонізацією кишечника немовлят певними біфідобактеріями. Здобуті дані свідчать, що формування специфічного мікробіотичного профілю у перші місяці життя може суттєво знизити ризик алергічної сенсibilізації та астми в подальшому.

Ключову роль відіграють біфідобактерії, здатні продукувати ароматичний метаболіт 4-гідроксифенілолону (4-OH-PLA). У проспективному спостереженні за 147 дітьми від народження до п'ятирічного віку встановлено, що наявність цих мікроорганізмів у кишечнику немовлят пов'язана зі значно нижчим рівнем IgE-опосередкованої сенсibilізації до харчових і повітряних алергенів. Генетичний аналіз калу та визначення метаболітів у поєднанні з імунологічною оцінкою крові дали можливість простежити чіткий біологічний ланцюг між мікробіотою та дозріванням імунної відповіді.

Механістичні експерименти з людськими імунними клітинами показали, що 4-OH-PLA вибірково пригнічує синтез імуноглобуліну Е – ключового медіатора алергічних реакцій. Зниження продукції IgE на приблизно 60% відбувалося без впливу на інші класи антитіл, що принципово відрізняє цей механізм від неспецифічної імуносупресії. Отже, метаболіт діє як високоспецифічний регулятор імунної толерантності, зменшуючи схильність до гіперреактивності без порушення загального імунного захисту.

Автори дослідження розглядають можливість використання пробіотичних штамів або безпосереднього додавання 4-OH-PLA до харчових сумішей для немовлят як цільову стратегію профілактики. Уже тривають клінічні випробування в межах програм раннього запобігання алергії та астмі, а використання метаболіту запатентовано для майбутніх лікарських засобів, які, на думку вчених, можуть з'явитися на ринку вже протягом 2 років. У разі підтвердження ефективності у клінічних умовах цей підхід може змінити парадигму профілактики atopічних захворювань, змістивши акцент на профілактичну допомогу в перші місяці життя та запропонувавши персоналізований і біологічно обґрунтований метод.

Джерело: <https://www.nature.com/articles/s41564-025-02244-9>

Ще більше новин –
на спеціалізованому
медичному порталі



Health-ua.com
Спеціалізований
медичний портал



Алергійний риніт і його вплив на астму (ARIA) — настанови ЕААСІ (оновлення 2024-2025)

Частина II. Рекомендації щодо призначення пероральних і очних препаратів

Початок у № 1 (73), 2026 р.

Алергійний риніт (АР) є надзвичайно поширеним захворюванням, що зумовлює значний тягар для пацієнтів та систем охорони здоров'я [1-5]. Протягом останніх двох десятиліть клінічні настанови допомагають медичним працівникам і пацієнтам ефективно контролювати АР. Серед них особливе місце посідає ініціатива «Алергійний риніт та його вплив на астму» (ARIA), яка вперше опублікувала свої настанови у 2001 р., із подальшими оновленнями у 2008, 2010, 2016 та 2020 рр. [6-10]. Ці оновлення відображали появу нових методів лікування та/або вдосконалення методології, зокрема впровадження підходу GRADE (система градації якості доказів та сили рекомендацій) у 2010 та 2016 рр., а також використання даних з додатка MASK-air у рамках мобільної медицини (mHealth) у 2020 р. [9, 10]. Нова редакція настанов ARIA (ARIA-EAACI 2024-2025) була схвалена Європейською академією алергології та клінічної імунології (EAACI). Вона спрямована на врахування нових доказових даних та мінливих клінічних потреб.

Ключові слова: алергійний риніт, сезонний алергічний риніт, цілорічний алергічний риніт, ARIA, очні антигістамінні, пероральні антигістамінні препарати

Протягом останніх років дані з інших джерел, зокрема mHealth, розширили розуміння АР за межі традиційних рандомізованих контрольованих досліджень (РКД) [11], що дало змогу провести більш комплексну оцінку прийнятності методів лікування АР, економічної ефективності втручань та цінностей пацієнтів, пов'язаних із захворюванням. Зокрема, це стало можливим завдяки тому, що дані mHealth пролили світло на закономірності застосування препаратів і комплаєнс (прихильність до лікування), задоволеність пацієнтів терапією, корисність кожного методу лікування та вплив АР на продуктивність праці [3, 12-16].

Наставови ARIA-EAACI 2024-2025 рр. базуються на пацієнтоорієнтованому підході, підтримуються цифровими технологіями та штучним інтелектом (ШІ) з використанням методології GRADE [15]. Такий акцент на орієнтованості на пацієнта є край важливим через індивідуальну варіабельність: (i) впливу тригерів/алергенів та реакції на нього, (ii) впливу АР на повсякденне життя, (iii) цінностей пацієнтів стосовно пов'язаного з АР стану здоров'я та (iv) менеджменту захворювання. Застосування ШІ допомогло визначити орієнтовані на пацієнта запитання для формулювання настанов, а також виявити потенційно значущі наслідки та результати лікування [15-17].

Перша частина рекомендацій у межах настанов ARIA-EAACI 2024-2025 рр. була присвячена інтраназальній терапії АР [18]. Тут наведено рекомендації щодо застосування пероральних і очних препаратів для лікування АР. Більшість рекомендацій стосуються пероральних H_1 -антигістамінних препаратів (ПАГП), антагоністів лейкотрієнових рецепторів (АЛТР) та очних H_1 -АГП (ОАГП).

Цільовою аудиторією цих настанов є, з-поміж інших, пацієнти з АР, медичні працівники, які займаються лікуванням дорослих або дітей з АР, соціальні працівники та фахівці, що формують політику в галузі охорони здоров'я.

Запитання, розглянуті в настановах

У ході перегляду настанов ARIA-EAACI 2024-2025 рр. члени експертної комісії шляхом голосування відібрали 42 «пріоритетні запитання» щодо ведення пацієнтів з АР [17]. З них 9 стосувалися призначення пероральних і очних препаратів для лікування АР, і саме їх розглянуто в цій публікації. У настановах було розглянуто ще 2 запитання, оскільки експертна комісія визнала їх достатньо важливими: (i) чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР у лікуванні АР? (запитання додано через наявність пунктів, де ПАГП порівнювали з відсутністю лікування, і АЛТР — з відсутністю лікування); та (ii) чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з очними стабілізаторами мембран опаситих клітин (ОСМОК) у лікуванні очних симптомів у пацієнтів з АР? (запитання додано через те, що ОСМОК широко використовують у країнах із низьким та середнім рівнем доходу [КНСРД]). Повний перелік запитань наведено в таблиці 1 разом із відповідними рекомендаціями та стислим обґрунтуванням.

Як користуватися цими настановами

Наставови ARIA не мають на меті нав'язати країнам єдиний стандарт медичної допомоги. Вони слугують підґрунтям для прийняття раціональних, поінформованих рішень. Рекомендації стосуються типових пацієнтів, але не можуть врахувати всі індивідуальні особливості кожного конкретного випадку. Тому клініцистам наполегливо рекомендується індивідуалізувати свій підхід — зважаючи

на клінічну картину конкретного пацієнта та конкретні умови — і приймати рішення на основі моделі спільного прийняття рішень (разом із пацієнтом).

Для кожного запитання, відповідно до методології GRADE, було сформульовано «сильну» або «умовну» рекомендацію (докладніше див. публікацію *Частини I у попередньому номері*).

У цій роботі наведено лише короткий огляд доказової бази, що лежить в основі кожної рекомендації («стисле обґрунтування»). Повні аналітичні моделі «від доказів до прийняття рішень» (Evidence-to-Decision, EtD) для кожного запитання доступні в електронному вигляді (відповідні онлайн-посилання наведено нижче біля кожного запитання).

Рекомендації та узагальнення результатів

У таблиці 1 наведено загальний огляд рекомендацій для кожного з розглянутих запитань. У наступних розділах представлено обґрунтування для кожної рекомендації. Потрібно зазначити, що ми не обговорюємо цінності та вподобання пацієнтів окремо для кожного запитання, оскільки вони були однаковими для всіх тем. Зокрема, пацієнти з АР загалом: (i) надають більшого значення ефективності втручань із приводу АР, ніж їхній безпеці, та (ii) вважають, що найбільший вплив мають назальні симптоми (зокрема, закладеність носа) [20]. Також зверніть увагу: щоразу, коли згадуються ПАГП, якщо не зазначено інше (як-от у рекомендації 10), маються на увазі саме ПАГП II покоління. У таблиці 2 для кожного запитання наведено оцінку величини ефекту та достовірність доказів для кожного клінічного наслідку.

Нові запитання в ARIA-EAACI 2024-2025 рр.

1. Чи треба застосовувати будь-який конкретний ПАГП II покоління порівняно з іншими ПАГП для лікування АР?

Рекомендація. Для пацієнтів з АР ми пропонуємо, щоб вибір конкретного ПАГП II покоління з-поміж інших ґрунтувався на вподобаннях пацієнтів щодо ефективності та безпеки, а також на критеріях доступності та економічності доцільності (умовна рекомендація, що базується здебільшого на дуже низькій достовірності доказів).

- **Міркування щодо застосування в дітей, підлітків та вагітних жінок.** Для дітей дошкільного і шкільного віку наявних доказових даних недостатньо для того, щоб рекомендувати якийсь конкретний ПАГП II покоління. Щодо вагітних, наявні дослідження не вказують на тератогенний ефект ПАГП, а Управління із санітарного нагляду за якістю харчових продуктів і медикаментів США (FDA) вважає лоратадин і цетиризин загалом безпечними під час вагітності [21].

- **Міркування щодо впровадження.** Під час вибору ПАГП II покоління необхідно враховувати кілька чинників, зокрема ефективність, безпеку (наприклад, седативний потенціал), доступність за ціною та специфічні характеристики пацієнта. Пацієнти часто цінують ефективність більше, ніж безпеку; однак седативний ефект деяких ПАГП може впливати на комплаєнс і повсякденне функціонування, що робить баланс між ефективністю і безпекою клінічно значущим. Крім того, представники деяких професій не можуть приймати препарати із седативним ефектом. У таблиці 3 наведено резюме щодо аспектів практичного застосування та безпеки.

Основні моменти:

- цетиризин стабільно посідає високі позиції за ефективністю та рівнем задоволеності пацієнтів. Він доступний за ціною в більшості країн і внесений до Переліку основних лікарських засобів Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ). Водночас він має відносно вищий седативний потенціал порівняно з іншими ПАГП II покоління, тому, можливо, його доцільніше застосовувати ввечері. Крім того, FDA попереджає, що в разі застосування цетиризину (і левоцетиризину) в рідкісних випадках може спостерігатися сильний свербіж після припинення прийому;
- лоратадин демонструє хорошу ефективність, не має седативного ефекту, є широко доступним за ціною і також внесений до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ;
- фексофенадин, який теж входить до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ, вважається неседативним, проте, як видається, є менш ефективним, ніж інші ПАГП;
- біластин, ебастин і рупатадин належать до найефективніших ПАГП II покоління та загалом добре сприймаються пацієнтами. Рупатадин має швидкий початок дії. Однак цінова доступність цих препаратів може відрізнятися залежно від умов системи охорони здоров'я, що потенційно обмежує їх використання в КНСРД;
- що стосується порушення функції печінки й нирок, перевагу потрібно віддавати біластину й фексофенадину через відсутність потреби в корекції дози. Проте концентрація фексофенадину і біластину в крові (як і рупатадину) може знижуватися через взаємодію з грейпфрутовим соком та деякими іншими фруктовими соками, тому їх потрібно приймати з водою (див. табл. 3) [22, 23];
- у КНСРД вибір ПАГП часто визначається його наявністю на місцевому ринку та вартістю;
- певну роль можуть відігравати й екологічні міркування (глобальне здоров'я планети), що спонукає до вибору генериків місцевого виробництва для мінімізації впливу на довкілля.

Коротке обґрунтування

Ефективність і безпека:

- Дані мережевого метааналізу (ММА) [24] свідчать, що при САР застосування цетиризину, дезлоратадину, ебасти-ну, лоратадину, олопатадину і рупатадину було пов'язане з високою ймовірністю клінічно значущого полегшення назальних симптомів. Серед цих препаратів цетиризин, ебастин і рупатадин мали найвищу ймовірність виявитися найбільш ефективними. У разі ЦАР усі ПАГП, окрім лоратадину, перевершували плацебо, при цьому рупатадин продемонстрував найвищу ймовірність бути найефективнішим, за ним ішов ебастин.
- При САР дезлоратадин, рупатадин, біластин, лоратадин і цетиризин належали до ПАГП із найвищою ймовірністю полегшення очних симптомів. Усі ПАГП, за винятком фексофенадину, продемонстрували клінічно значуще покращення порівняно з плацебо. Лоратадин мав найвищу ймовірність виявитися найбільш ефективним. Дані щодо впливу на очні симптоми при ЦАР у дослідженнях були відсутні.
- Щодо якості життя, пов'язаної з ринокон'юнктивітом (за даними опитувальника Rhinoconjunctivitis Quality of Life Questionnaire, RQLQ): при САР дезлоратадин, фексофенадин, лоратадин, олопатадин і рупатадин були ПАГП із найвищою ймовірністю поліпшення якості життя. Усі ПАГП продемонстрували статистично значуще поліпшення порівняно з плацебо. Серед лікарських засобів, які оцінювали більш ніж в одному дослідженні, дезлоратадин мав найвищу ймовірність досягнення помірного покращення. При ЦАР цетиризин, дезлоратадин, левоцетиризин і рупатадин були ефективнішими за плацебо, причому левоцетиризин і цетиризин продемонстрували найвищу ймовірність досягнення клінічно значущого ефекту. Левоцетиризин і дезлоратадин виявилися ПАГП з найбільшою ймовірністю виявитися максимально ефективними щодо поліпшення якості життя.
- За даними РКД і фармаконагляду, різні ПАГП II покоління характеризувалися подібною частотою та характером виникнення побічних ефектів (ПЕ) та серйозних ПЕ (СПЕ).

Таблиця 1. Рекомендації настанов ARIA-ЕААСІ 2024-2025 рр. щодо пріоритетних запитань застосування пероральних і очних препаратів			
Рекомендація	Стисле обґрунтування	Міркування щодо підгруп пацієнтів	Міркування щодо впровадження
Нові запитання в ARIA 2024-2025			
Чи треба віддавати перевагу певному ПАГП порівняно з іншими ПАГП у лікуванні АР?			
Щодо пацієнтів з АР ми пропонуємо, щоб вибір певного ПАГП порівняно з іншими ґрунтувався на уподобаннях пацієнтів щодо ефективності та безпеки, а також на доступності та вартості. (Умовна рекомендація Дуже низька ДД)	Біластин*, ебастин, рупатадин та цетиризин є ефективними ПАГП, причому рупатадин діє швидко, а цетиризин є доступним за ціною, але має седативний ефект. Лоратадин і фексофенадин є неседативними і внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ, хоча останній є менш ефективним	Для дітей дошкільного та шкільного віку доказів було недостатньо для підтримки конкретної рекомендації	Вартість і доступність можуть впливати на вибір лікування. Біластину та фексофенадину може віддаватися перевага в разі порушення функції нирок/печінки. Препарати місцевого виробництва можуть допомогти зменшити екологічний вплив
Чи треба віддавати перевагу застосуванню комбінованої терапії ПАГП + АЛТР порівняно з монотерапією ПАГП у лікуванні АР?			
Пацієнтам з АР ми пропонуємо призначати монотерапію ПАГП замість комбінованої ПАГП + АЛТР. (Умовна рекомендація Помірна ДД)	Комбінація ПАГП + АЛТР не демонструє додаткової клінічно значущої користі порівняно з монотерапією ПАГП і призводить до збільшення витрат. Крім того, існують серйозні занепокоєння щодо безпеки АЛТР (монтелукасту)	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	У КНСРД можуть розглядатися ПАГП з Переліку основних лікарських засобів ВООЗ або генерики місцевого виробництва
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ПАГП у лікуванні очних симптомів у пацієнтів з АР?			
У пацієнтів з АР ми пропонуємо не віддавати перевагу ОАГП порівняно з ПАГП, за винятком випадків, коли необхідне дуже швидке полегшення очних симптомів. (Умовна рекомендація Дуже низька ДД)	Порівняно з ОАГП ПАГП є ефективнішими та характеризуються вищим комплаєнсом. Крім того, ПАГП, як правило, є доступнішими за ціною, а деякі з них внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ	Рекомендація застосовна до (i) дітей дошкільного і шкільного віку, а також (ii) пацієнтів з алергійним кон'юнктивітом без назальних симптомів	У КНСРД можуть розглядатися ПАГП з Переліку основних лікарських засобів ВООЗ або генерики місцевого виробництва
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ОСМОК у лікуванні очних симптомів у пацієнтів з АР?			
Пацієнтам з АР ми пропонуємо призначати ОАГП замість ОСМОК. (Умовна рекомендація Дуже низька ДД)	ОАГП та ОСМОК є подібними за ефективністю та безпекою. Проте ОАГП характеризуються швидшим початком дії та потребують меншої частоти застосування, а також, імовірно, є економічно вигідними в багатьох країнах	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	ОСМОК можуть розглядатися у країнах, де ОАГП недоступні або є менш доступними за ціною
Запитання, щодо яких змінилися сила чи спрямованість рекомендацій (порівняно з ARIA 2010/2016)			
Чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР у лікуванні АР?			
У пацієнтів з АР ми рекомендуємо віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР. (Сильна рекомендація Помірна ДД)	ПАГП мають лише незначну додаткову перевагу над АЛТР у полегшенні симптомів, але характеризуються сприятливішим профілем безпеки. АЛТР викликають серйозні занепокоєння щодо безпеки, а ПАГП загалом є доступнішими	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	У КНСРД можуть розглядатися ПАГП з Переліку основних лікарських засобів ВООЗ або генерики місцевого виробництва
Чи треба віддавати перевагу ІнКС порівняно з ПАГП у лікуванні АР?			
У пацієнтів з АР ми рекомендуємо віддавати перевагу ІнКС порівняно з ПАГП. (Сильна рекомендація Помірна ДД)	ІнКС є ефективнішими в полегшенні назальних симптомів і поліпшенні якості життя. ІнКС і ПАГП мають подібний профіль безпеки. ІнКС, як правило, є економічно вигідними та пов'язані з вищою задоволеністю пацієнтів	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку. У вагітних тріамцинолон може мати тератогенний ефект	У КНСРД можуть розглядатися ІнКС з Переліку основних лікарських засобів ВООЗ або генерики місцевого виробництва
Чи треба віддавати перевагу АЛТР порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?			
Пацієнтам з АР, які не отримують лікування, ми пропонуємо не призначати АЛТР. (Умовна рекомендація Помірна ДД)	АЛТР забезпечують незначне поліпшення при сезонному АР (САР), з обмеженими доказами при цілорічному АР (ЦАР). АЛТР (монтелукаст) пов'язаний із рідкісними, але серйозними занепокоєннями щодо нейроросихіатричної безпеки, і є безпечніші альтернативи для пацієнтів, які не отримують лікування	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	АЛТР можуть розглядатися в пацієнтів, стан яких недостатньо контролюється іншими лікарськими засобами і які віддають чітку перевагу пероральному лікуванню (зокрема, якщо вони мають астму)
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з відсутністю лікування для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?			
У пацієнтів із САР ми пропонуємо не віддавати перевагу ОАГП порівняно з відсутністю лікування, за винятком кількох днів (≤7) або за потреби в дуже швидкому полегшенні симптомів. (Умовна рекомендація Низька ДД) У пацієнтів із ЦАР ми пропонуємо віддавати перевагу ОАГП порівняно з відсутністю лікування. (Умовна рекомендація Дуже низька ДД)	При ЦАР бажані ефекти переважають ризики небажаних явищ, але цього не відбувається в разі САР. Крім того, ОАГП пов'язані з помірними витратами та впливають на рівність доступу і здоров'я планети	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	Це питання не зосереджено на додаванні ОАГП до попереднього лікування
Інші запитання в ARIA 2024-2025			
Чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?			
У пацієнтів з АР ми рекомендуємо віддавати перевагу призначенню ПАГП порівняно з відсутністю лікування. (Сильна рекомендація Помірна ДД)	ПАГП є ефективними в полегшенні назальних симптомів, очних симптомів і поліпшенні якості життя. ПАГП загалом є безпечними, економічно вигідними та добре сприймаються пацієнтами	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	У КНСРД можуть розглядатися ПАГП з Переліку основних лікарських засобів ВООЗ або генерики місцевого виробництва
Чи треба віддавати перевагу ПАГП II покоління порівняно з ПАГП I покоління в лікуванні АР?			
У пацієнтів з АР ми рекомендуємо використовувати ПАГП II покоління замість ПАГП I покоління. (Сильна рекомендація Дуже низька ДД)	Доказова база, що порівнює ПАГП I і II поколінь, обмежена. Препарати II покоління є безпечнішими (зокрема, спричиняють менший седативний ефект) та пов'язані з вищим комплаєнсом і більшою задоволеністю пацієнтів	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	У КНСРД можуть розглядатися ПАГП II покоління з Переліку основних лікарських засобів ВООЗ або генерики місцевого виробництва
Чи треба віддавати перевагу ІнаГП порівняно з ПАГП у лікуванні АР?			
Пацієнтам з АР ми пропонуємо призначати або ІнаГП, або ПАГП. (Умовна рекомендація Помірна ДД)	ІнаГП є ефективнішими щодо полегшення назальних симптомів і поліпшення якості життя. Проте ПАГП характеризуються нижчим ризиком небажаних явищ, є більш доступними та економічно вигідними. ПАГП також пов'язані з вищою задоволеністю лікуванням та кращим комплаєнсом	Рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку	Відсутні
Примітки. ДД – достовірність доказів; ІнаГП – інтраназальні АГП; ІнКС – інтраназальні кортикостероїди.			

Продовження на стор. 10.

Довідка ЗУ

* Ніксар® – оригінальний препарат біластину

Оригінальний біластин в Україні представлено компанією «Берлін-Хемі» брендом Ніксар® у двох лікарських формах: таблетки 20 мг – Ніксар® (дорослим та дітям віком від 12 років) і таблетки, що диспергуються в ротівий порожнині, в дозі 10 мг – Ніксар® мг (діти віком від 2 до 11 років з масою тіла не менше 15 кг). Ніксар® – неседативний антигістамінний препарат для усунення симптомів сезонного та цілорічного алергічного ринокон'юнктивіту та кропив'янки [1-4].

Стисла характеристика Ніксар®:

- Відповідає вимогам ARIA і EAACI щодо сучасних АГП [5, 6].
- Ефективний для симптоматичного лікування АР, кон'юнктивіту і кропив'янки, що було доведено в рамках низьки клінічних досліджень [1, 2].
- Швидко полегшує симптоми – вже через 1 год, тривалий період дії – 24 год, що дає можливість використовувати препарат всього 1 раз на добу, тим самим підвищуючи прихильність пацієнтів до лікування [7].
- Не виявляє седативної дії, негативного впливу на когнітивні функції [8].
- Можна застосовувати в дітей і літніх пацієнтів із супутньою патологією [2].
- Не впливає на здатність керування автотранспортом [9].
- Не впливає на психомоторні функції в разі одночасного прийому з алкоголем [10].

Література: 1. Інструкція для медичного застосування препарату НІКСАР® 10 мг, затверджена наказом МОЗ України від 27.03.2025 р. № 550, РП UA/13866/02/01; 2. Інструкція для медичного застосування препарату Ніксар® від 20.10.2025 РП №UA/13866/01/01; 3. Guideline on the investigation of bioequivalence. European Medicines Agency, London 2010; 4. Woron J. Original and generic drugs in pharmacotherapy, i.e why individualization of pharmacotherapy is needed. Metabolic Disorders Forum. 2010; 1(4): 241–7; 5. Zuberbier T. et al., The international EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. Allergy. 2021 Sep 18. doi: 10.1111/all.15090. Epub ahead of print. PMID: 34536239; 6. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma Working Group. Next-generation Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA) guidelines for allergic rhinitis based on Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) and real-world evidence. J Allergy Clin Immunol. 2020 Jan.; 7. Horak F. et al. The effects of bilastine compared with cetirizine, fexofenadine, and placebo on allergen-induced nasal and ocular symptoms in patients exposed to aeroallergen in the Vienna Challenge Chamber. Inflamm. Res. 59, 391–398. 2010; 8. Kuna et al, Efficacy and safety of bilastine 20 mg Clin Exp Allergy 2009 Sep 39(9); 9. Conen S. et al. J Psychopharmacol. 2011;25:1517–23; 10. Garcia-Gea C. et al. Hum Psychopharmacol. 2014;29:120–32.



Алергійний риніт і його вплив на астму (ARIA) –
настанови ЕААСІ (оновлення 2024-2025)

Частина II. Рекомендації щодо призначення пероральних і очних препаратів

Продовження. Початок на стор. 8.

Необхідні ресурси, економічна ефективність та соціальна рівність. Результати опитування експертів ARIA показали, що найдешевші та найдорожчі ПАГП суттєво відрізняються залежно від країни, проте лоратадин, цетиризин і левоцетиризин найчастіше є найменш витратними препаратами. Нам не вдалося виявити жодного дослідження економічної ефективності, в якому безпосередньо порівнювали 6 ПАГП між собою. Проте дані про вартість, отримані з нашого опитування, у поєднанні з даними EQ-5D із додатка MASK-aig свідчать про те, що біластин, фексофенадин, лоратадин, рупатадин і дезлоратадин є ПАГП, які найчастіше виявляються економічно ефективними порівняно

з іншими. Цетиризин, фексофенадин і лоратадин внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ.

Прийнятність і практична реалізація. Результати обсерваційних досліджень вказують на те, що застосування левоцетиризину й цетиризину пов'язане з найвищим рівнем задоволеності як пацієнтів, так і лікарів серед усіх ПАГП. Фексофенадин також продемонстрував хороші результати, особливо в педіатричній популяції, отримавши високі оцінки задоволеності від батьків і лікарів. Дані MASK-aig свідчать, що ПАГП загалом демонструють подібні рівні задоволеності лікуванням. Проте застосування дезлоратадину було пов'язане з дещо вищим рівнем задоволеності, ніж застосування біластину, левоцетиризину і лоратадину. Фексофенадин і ебастин частіше призначали у складі

комбінованої терапії, ніж цетиризин, дезлоратадин і лоратадин, що може вказувати на ймовірні відмінності у сприйнятті їхньої ефективності у вигляді монотерапії.

Здоров'я планети. Конкретних доказових даних щодо порівняльного впливу цих препаратів на здоров'я планети виявлено не було.

2. Чи треба віддавати перевагу комбінації АЛТР і ПАГП порівняно з монотерапією ПАГП у лікуванні АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми пропонуємо призначати монотерапію ПАГП, а не комбінацію ПАГП і АЛТР. (Умовна рекомендація, заснована на помірній ДД.)

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку.
- **Особливості впровадження.** У КНСРД перевагу можна віддавати ПАГП із Переліку основних лікарських засобів ВООЗ та/або генерикам місцевого виробництва.

Таблиця 2. Оцінка величини ефекту та достовірності доказів для кожного результату в пріоритетних клінічних питаннях при порівнянні втручання з компаратором											
Запитання	Показник	САР					ЦАР				
		Назальні симптоми	Очні симптоми	Якість життя	ПЕ	СПЕ	Назальні симптоми	Очні симптоми	Якість життя	ПЕ	СПЕ
Чи треба віддавати перевагу певному ПАГП порівняно з іншими ПАГП у лікуванні АР?	Величина ефекту	Мала	Мала	Мала	Незначна	б	Мала	б	Мала	Незначна	б
	ДД	Дуже низька / низька ^а	Дуже низька / низька ^а	Дуже низька ^а	Дуже низька / низька ^а	б	Низька/помірна ^а	б	Помірна	Дуже низька / низька ^а	б
Чи треба віддавати перевагу комбінації ПАГП + АЛТР порівняно з монотерапією ПАГП у лікуванні АР?	Величина ефекту	Незначна	Незначна	Незначна	Незначна	б	б	б	б	б	б
	ДД	Висока	Низька	Висока	Помірна	Помірна	б	б	б	б	б
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ПАГП для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?	Величина ефекту	б	Мала	б	Мала	б	б	б	б	Мала	б
	ДД	б	Дуже низька	б	Дуже низька	б	б	б	б	Дуже низька	б
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ОСМОК для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?	Величина ефекту	б	Незначна	б	Незначна	б	б	б	б	б	б
	ДД	б	Дуже низька	б	Дуже низька	б	б	б	б	б	б
Чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР у лікуванні АР?	Величина ефекту	Незначна	Незначна	Незначна	Незначна	Незначна	Незначна	б	Незначна	б	б
	ДД	Висока	Низька	Висока	Помірна	Помірна	Помірна	б	Дуже низька	б	б
Чи треба віддавати перевагу ІнкС порівняно з ПАГП у лікуванні АР?	Величина ефекту	Мала	Незначна	Помірна	Незначна	б	Мала	б	Мала	Мала	б
	ДД	Помірна	Помірна	Дуже низька	Висока	б	Помірна	б	Дуже низька	Висока	б
Чи треба віддавати перевагу АЛТР порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?	Величина ефекту	Мала	Мала	Мала	Незначна	Незначна	Незначна	б	Мала	б	б
	ДД	Помірна	Низька	Помірна	Помірна	Помірна	Помірна	б	Дуже низька	б	б
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з відсутністю лікування для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?	Величина ефекту	б	Незначна	б	Незначна	б	б	Велика	б	Мала	б
	ДД	б	Низька	б	Низька	б	б	Дуже низька	б	Дуже низька	б
Чи треба застосовувати ПАГП порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?	Величина ефекту	Мала	Мала	Мала	Незначна	Незначна	Мала	б	Мала	Незначна	Незначна
	ДД	Висока	Помірна	Висока	Помірна	Помірна	Висока	б	Помірна	Помірна	Помірна
Чи треба віддавати перевагу ПАГП II-го покоління порівняно з ПАГП I-го покоління в лікуванні АР?	Величина ефекту	Мала	б	Незначна	Мала	б	б	б	б	б	б
	ДД	Дуже низька	б	Низька	Дуже низька	б	б	б	б	б	б
Чи треба віддавати перевагу ІнаГП порівняно з ПАГП у лікуванні АР?	Величина ефекту	Мала	Незначна	Мала	Мала	б	Незначна	б	Мала	Мала	б
	ДД	Помірна	Помірна	Помірна	Низька	б	Помірна	б	Помірна	Низька	б
Примітки. САР – сезонний АР; ЦАР – цілорічний АР; ПЕ – побічні ефекти; СПЕ – серйозні побічні ефекти. Кольорове кодування ДД. Зелений – висока; жовтий – помірна; помаранчевий – низька; червоний – дуже низька. Величина ефекту. Синій колір різних відтінків відображає силу ефекту (що темніший відтінок синього, то більша величина ефекту). а – найбільш поширені оцінки ДД для розглянутих порівнянь; б – докази відсутні.											

Таблиця 3. Особливості застосування ПАГП II покоління: фінансова доступність, корекція дози та лікарські взаємодії							
	Перелік основних лікарських засобів ВООЗ	Седативний ефект	Потреба в коригуванні дози		Взаємодії		Електрокардіографічні зміни, описані як рідкісні ПЕ
			ниркова недостатність	печінкова недостатність	фруктові соки	інші лікарські засоби	
Біластин	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	Так	Так
Цетиризин	Так	Помірний	Так	У разі ниркової недостатності	Ні	Ні	Ні
Дезлоратадин	Ні	Слабкий	Ні	Ні	Ні	Ні	Так
Ебастин	Ні	Ні	Ні	Ні	Ні	Так	Ні
Фексофенадин	Так	Ні	Ні	Ні	Так	Так	Ні
Левоцетиризин	Ні	Помірний	Так	У разі ниркової недостатності	Ні	Ні	Ні
Лоратадин	Так	Слабкий	Ні	Так	Ні	Так	Ні
Рупатадин	Ні	Слабкий	Можливо	Можливо	Так	Так	Ні
Кольорове кодування. Зелений – бажано; жовтий – частково небажано; червоний – небажано.							

Коротке обґрунтування
Ефективність і безпека:

- ММА (дані доступні за посиланням EtD [від доказів до рішень]) показав, що в разі САР комбіноване застосування ПАГП і АЛТР не поліпшує назальні чи очні симптоми, а також показники якості життя при ринокон'юнктивіті (RQLQ) порівняно з монотерапією ПАГП. Щодо ЦАР — дослідження відсутні.
- Стосовно безпеки, ММА РКД не виявив відмінностей між комбінацією ПАГП + АЛТР та монотерапією ПАГП. Серйозні ПЕ спостерігали рідко, і вони не були пов'язані з лікуванням. Однак обсерваційні дослідження та дані фармаконагляду викликали занепокоєння щодо рідкісних нейропсихіатричних ПЕ, пов'язаних з АЛТР (таких як безсоння, зміни настрою та суїцидальні думки), що призвело до появи застереження в чорній рамці (black box warning) від FDA [25].

Необхідні ресурси, економічна ефективність та рівність доступу. Комбінація ПАГП + АЛТР є дорожчою за монотерапію ПАГП. Ми не виявили жодних досліджень економічної ефективності, які порівнювали б ці два види втручання. Деякі ПАГП (цетиризин, фексофенадин і лоратадин) внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ, на відміну від АЛТР.

Прийнятність і практична реалізація. Дані додатка MASK-aig свідчать про те, що застосування ПАГП + АЛТР пов'язане з дещо вищою прихильністю пацієнтів до лікування і більшою задоволеністю його результатами порівняно з прийомом лише ПАГП.

Здоров'я планети. Конкретних доказів щодо порівняльного впливу на екологію планети виявлено не було. Проте використання комбінації ПАГП + АЛТР, порівняно з монотерапією ПАГП, передбачає залучення додаткових ресурсів, що мають відповідний вплив на навколишнє середовище.

3. Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ПАГП для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми пропонуємо не застосовувати ОАГП замість ПАГП, за винятком випадків, коли необхідне дуже швидке полегшення очних симптомів. *(Умовна рекомендація, заснована на дуже низькій ДД.)*

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку.
- **Особливості впровадження.** У КНСРД перевагу можна віддавати ПАГП із Переліку основних лікарських засобів ВООЗ та/або генерикам місцевого виробництва.

Коротке обґрунтування
Ефективність і безпека:

- ММА, заснований на раніше проведених систематичних оглядах (дані доступні за посиланням EtD), показав, що порівняно з ОАГП прийом ПАГП пов'язаний із невеликим, але клінічно значущим покращенням очних симптомів у пацієнтів із САР. Щодо ЦАР — дослідження відсутні [26, 27].
- Стосовно безпеки, ММА РКД виявив, що прийом ОАГП супроводжується вищим ризиком розвитку ПЕ, ніж ПАГП, як у разі САР, так і в разі ЦАР (величина ефекту мала, але значуща). Серйозні ПЕ спостерігали рідко, і вони не були пов'язані з лікуванням.

Необхідні ресурси, економічна ефективність та рівність доступу. Опитування експертів ARIA засвідчило, що ОАГП є дорожчими за ПАГП у 39 із 44 країн, щодо яких були доступні дані. Ураховуючи результати досліджень ефективності, цілком імовірно, що ОАГП не є економічно вигідними. Три препарати ПАГП (цетиризин, фексофенадин і лоратадин) внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ, тоді як жодного з ОАГП там немає. Крім того, ПАГП доступні в більшій кількості країн, ніж ОАГП.

Прийнятність і практична реалізація. Дані додатка MASK-aig свідчать про те, що застосування ПАГП пов'язане з вищою прихильністю до лікування і меншою ймовірністю використання додаткових медикаментів (що є непрямим маркером поганого контролю риніту). ПАГП і ОАГП демонструють однакову задоволеність пацієнтів результатами лікування. Однак ОАГП мають швидший початок дії.

Здоров'я планети. Конкретних доказів щодо порівняльного впливу ПАГП і ОАГП на екологію планети виявлено не було. Проте ОАГП часто випускають у маленьких пластикових флаконах із коротким терміном придатності після відкриття — їх епізодичне використання може призводити до утворення значної кількості відходів.

4. Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ОСМОК для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми пропонуємо застосовувати ОАГП, а не ОСМОК. *(Умовна рекомендація, заснована на дуже низькій ДД.)*

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку.
- **Особливості впровадження.** Відсутні.

Коротке обґрунтування
Ефективність і безпека:

- При САР виявлені дослідження вказують на незначну різницю при порівнянні ОАГП і ОСМОК щодо покращення очних симптомів. Стосовно ЦАР — дослідження відсутні.
- Виявлені клінічні випробування, що стосуються САР, свідчать про незначну різницю в частоті виникнення ПЕ при порівнянні ОАГП і ОСМОК. Про СПЕ в цих випробуваннях не повідомлялося. Щодо ЦАР — дослідження відсутні.

Необхідні ресурси, економічна ефективність та рівність доступу. Опитування експертів ARIA показало, що ОАГП є дорожчими за ОСМОК у 20 з 34 країн, щодо яких були доступні дані. У більшості країн, де ОАГП дорожчі, було встановлено, що вони є економічно ефективнішими порівняно з ОСМОК. Жоден ОАГП або ОСМОК не внесений до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ.

Прийнятність і практична реалізація. Дані додатка MASK-aig свідчать про те, що застосування ОАГП пов'язане з вищою ймовірністю їх використання як супутньої терапії. Однак, порівняно з ОСМОК, ОАГП характеризуються швидшим початком дії та потребують меншої кратності застосування на добу (що може зробити їх більш прийнятними для пацієнтів).

Здоров'я планети. Конкретних доказів щодо порівняльного впливу на екологію планети виявлено не було.

Питання, щодо яких змінилися напрям і/або сила рекомендацій у керівництві ARIA-EAACI 2024-2025 років

5. Чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР у разі АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми рекомендуємо призначати ПАГП, а не АЛТР. *(Сильна рекомендація, заснована на помірній ДД.)*

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку.
- **Особливості впровадження.** У КНСРД перевагу можна віддавати ПАГП із Переліку основних лікарських засобів ВООЗ та/або генерикам місцевого виробництва.
- **Зміна рекомендації порівняно з попередніми керівництвами ARIA.** Попередні керівництва ARIA пропонували пацієнтам із САР використовувати або ПАГП, або АЛТР (умовна рекомендація), а пацієнтам із ЦАР пропонували віддавати перевагу ПАГП перед АЛТР (умовна рекомендація).

Коротке обґрунтування
Ефективність і безпека:

- ММА виявив, що прийом ПАГП був пов'язаний зі значнішим поліпшенням назальних симптомів порівняно з АЛТР як при САР, так і при ЦАР (дані доступні за посиланням EtD). Проте існує висока ймовірність того, що ця різниця є незначною (несуттєвою).
- Щодо очних симптомів, ПАГП продемонстрували незначуще поліпшення порівняно з АЛТР при САР. Для ЦАР дослідження відсутні.
- Стосовно RQLQ, ми виявили несуттєві відмінності між ПАГП і АЛТР як при САР, так і при ЦАР.
- Ми не виявили статистично значущої різниці між ПАГП та АЛТР у частоті виникнення ПЕ при САР. Для ЦАР дані відсутні. Однак обсерваційні дослідження та дані фармаконагляду викликали занепокоєння щодо рідкісних нейропсихіатричних ефектів, пов'язаних з АЛТР, у тому числі депресії, тривожності та суїцидальних думок, що призвело до появи застереження в чорній рамці (black box warning) від FDA [25].

Необхідні ресурси, економічна ефективність і рівність доступу. Опитування експертів ARIA засвідчило, що ПАГП і АЛТР є широко доступними. У 46 із 48 країн, щодо яких

були доступні дані, ПАГП є дешевшими за АЛТР. Обмежені дані щодо корисності завадили проведенню аналізу економічної ефективності. АЛТР не внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ, тоді як три препарати ПАГП (цетиризин, фексофенадин і лоратадин) там є.

Прийнятність і практична реалізація. Дані додатка MASK-aig свідчать про те, що задоволеність лікуванням АЛТР може бути вищою, ніж ПАГП, хоча дані щодо АЛТР були обмеженими. Супутню терапію застосовували частіше в разі прийому АЛТР (83,0%), ніж ПАГП (50,1%).

Здоров'я планети. Конкретних доказів щодо порівняльного впливу на екологію планети виявлено не було.

6. Чи треба віддавати перевагу ІнКС порівняно з ПАГП у лікуванні АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми рекомендуємо призначати ІнКС, а не ПАГП. *(Сильна рекомендація, заснована на помірній ДД.)*

- **Особливості застосування в дітей, підлітків і вагітних.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку, а також до вагітних жінок. Однак стосовно останніх є занепокоєння, що один з ІнКС, тріамцінолон, може мати тератогенний ефект.
- **Особливості впровадження.** У КНСРД перевагу можна віддавати ІнКС із Переліку основних лікарських засобів ВООЗ та/або генерикам місцевого виробництва.
- **Зміна рекомендації порівняно з попередніми керівництвами ARIA.** Попередні керівництва ARIA пропонували використовувати ІнКС замість ПАГП (умовна рекомендація).

Коротке обґрунтування
Ефективність і безпека:

- Парний метааналіз, в якому порівнювали вплив ІнКС і ПАГП на назальні симптоми, охоплював 15 РКД за участю пацієнтів із САР [28]. Застосування ІнКС було пов'язане з поліпшенням назальних симптомів (імовірність клінічно значущої різниці становила 68%). Узгоджені результати були отримані також при порівнянні ІнКС та ПАГП у ММА (дані доступні за посиланням EtD). Для ЦАР не було виявлено РКД, які б безпосередньо порівнювали ІнКС і ПАГП. Непрямі порівняння за допомогою ММА вказали на те, що ІнКС забезпечували краще купірування назальних симптомів порівняно з ПАГП (дані за посиланням EtD).

- Щодо очних симптомів у пацієнтів із САР, парний метааналіз п'яти РКД показав, що ймовірність більш вираженого поліпшення при застосуванні ІнКС порівняно з ПАГП становить 21% [28]. Узгоджені результати спостерігали і в ММА (дані за посиланням EtD). Для ЦАР доказів отримано не було.

- Стосовно показників RQLQ, парний метааналіз порівняння ІнКС і ПАГП охопив два РКД за участю пацієнтів із САР [28]. ІнКС забезпечували кращі показники RQLQ (імовірність клінічно значущої різниці становила 100%). Узгоджені результати спостерігали при порівнянні ІнКС і ПАГП у ММА (дані за посиланням EtD). Для ЦАР не було виявлено РКД, де безпосередньо порівнювали б ІнКС і ПАГП. Непрямі порівняння в ММА продемонстрували, що ІнКС забезпечували більш виражене покращення RQLQ порівняно з ПАГП, хоча ця різниця була меншою, ніж у разі САР (дані за посиланням EtD).

- Стосовно безпеки: як парний метааналіз [28], так і ММА вказали на несуттєву різницю між ІнКС і ПАГП щодо частоти виникнення ПЕ. Для ЦАР РКД, в яких би безпосередньо порівнювали ІнКС і ПАГП, відсутні. Непрямі порівняння в ММА вказують на те, що вплив ІнКС на частоту ПЕ може варіювати від дещо меншого до помірною вищою порівняно з ПАГП (дані за посиланням EtD).

Необхідні ресурси, економічна ефективність та рівність доступу. Опитування експертів ARIA засвідчило, що ІнКС і ПАГП є широко доступними. У 35 з 51 країни, щодо яких були доступні дані, ПАГП є дешевшими за ІнКС. Проте на основі показників корисності, розрахованих за допомогою даних додатка MASK-aig, ІнКС є економічно вигідними в більшості країн. Один препарат ІнКС (будесонід) і три ПАГП (цетиризин, фексофенадин і лоратадин) внесені до Переліку основних лікарських засобів ВООЗ.

Прийнятність і практична реалізація. Дані додатка MASK-aig свідчать про те, що застосування ІнКС пов'язане з вищою задоволеністю результатами лікування

Алергійний риніт і його вплив на астму (ARIA) — настанови ЕААСІ (оновлення 2024-2025)

Частина II. Рекомендації щодо призначення пероральних і очних препаратів

Продовження. Початок на стор. 8.

порівняно з ПАГП [14]. Однак ІнКС частіше за ПАГП використовують у складі комбінованої (супутньої) терапії. ПАГП мають швидший початок дії порівняно з ІнКС (медіана становить 60 хв проти 720 хв відповідно).

Здоров'я планети. Конкретних доказів щодо порівняльного впливу на екологію планети виявлено не було.

7. Чи треба віддавати перевагу призначенню АЛТР порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР, які не отримують лікування, ми пропонуємо не застосовувати АЛТР. (Умовна рекомендація, заснована на помірній ДД.)

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей і підлітків.
- **Особливості впровадження.** Доцільність призначення АЛТР можна розглянути в пацієнтів, чиї симптоми недостатньо контролюються іншими препаратами і хто віддає чітку перевагу пероральним формам лікування (зокрема, якщо хворі мають супутню бронхіальну астму). Для пацієнтів, які наразі не отримують жодного лікування, експертна група керівництва ARIA не рекомендує обирати АЛТР як стартову терапію.
- **Зміна рекомендації порівняно з попередніми керівництвами ARIA.** Попередні керівництва ARIA пропонували використовувати АЛТР замість відсутності лікування при САР (умовна рекомендація), але пропонували не призначати їх у разі ЦАР.

Коротке обґрунтування

Прийом АЛТР пов'язаний із рідкісними, але серйозними ризиками щодо нейропсихіатричної безпеки, тоді як для пацієнтів, які не отримують лікування, існують безпечніші альтернативи.

8. Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з відсутністю лікування для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?

Рекомендація. Пацієнтам із САР, які не застосовують топічні очні засоби, ми пропонуємо не починати терапію з ОАГП (умовна рекомендація, заснована на низькій ДД), за винятком випадків застосування протягом кількох днів (≤ 7) або в режимі «за потреби» для дуже швидкого полегшення симптомів. Пацієнтам із ЦАР, які не отримують лікування, ми пропонуємо призначати ОАГП. (Умовна рекомендація, заснована на дуже низькій ДД.)

Ця рекомендація не стосується випадків додавання ОАГП до вже застосовуваної терапії.

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей і підлітків.
- **Особливості впровадження.** Немає.
- **Зміна рекомендації порівняно з попередніми керівництвами ARIA.** Попередні керівництва ARIA пропонували використовувати ОАГП замість відсутності лікування (умовна рекомендація) у пацієнтів із САР.

Коротке обґрунтування

При ЦАР користь від застосування ОАГП переважає ризики шкоди, проте в разі САР цього не спостерігається.

Запитання, щодо яких спрямованість і/або сила рекомендацій у керівництві ARIA-EAACI 2024-2025 рр. не змінилися

9. Чи треба віддавати перевагу призначенню ПАГП порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми рекомендуємо призначати ПАГП, а не залишати без лікування. (Сильна рекомендація, заснована на помірній ДД.)

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей і підлітків.
- **Особливості впровадження.** У КНСРД перевагу можна віддавати ПАГП із Переліку основних лікарських засобів ВООЗ та/або генерикам місцевого виробництва.

Коротке обґрунтування

ПАГП загалом є ефективними, безпечними, економічно вигідними і добре сприймаються пацієнтами.

10. Чи треба віддавати перевагу ПАГП II покоління порівняно з ПАГП I покоління в лікуванні АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми рекомендуємо призначати ПАГП II, а не I покоління. (Сильна рекомендація, заснована на дуже низькій ДД.)

- **Особливості застосування в дітей, підлітків та осіб похилого віку.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку, а також до осіб похилого віку.
- **Особливості впровадження.** Див. особливості впровадження для запитання № 1.

Коротке обґрунтування

ПАГП II покоління є безпечнішими та пов'язані з вищою задоволеністю пацієнтів результатами лікування.

11. Чи треба віддавати перевагу ІнаГП порівняно з ПАГП у лікуванні АР?

Рекомендація. Пацієнтам з АР ми пропонуємо застосовувати або ІнаГП, або ПАГП. (Умовна рекомендація, заснована на помірній ДД.)

- **Особливості застосування в дітей і підлітків.** Ця рекомендація застосовна до дітей дошкільного і шкільного віку.
- **Особливості впровадження.** Немає.

Коротке обґрунтування

Застосування ІнаГП пов'язане з вищою ефективністю, проте ПАГП мають нижчий ризик розвитку ПЕ, а також є доступнішими за ціною та прийнятними для пацієнтів.

Висновки

У настанові ARIA-EAACI 2024-2025 сформульовано рекомендації щодо 11 запитань, які стосуються призначення пероральних і очних препаратів для лікування АР. Загалом пропонуємо віддавати перевагу ІнКС перед ПАГП II покоління, а ПАГП II покоління — перед АЛТР або ОАГП. Крім того, за винятком специфічних клінічних ситуацій, ми пропонуємо не призначати АЛТР або ОАГП пацієнтам, які раніше не отримували лікування, або як доповнення до терапії ОАГП. Однак під час прийняття рішень щодо лікування АР потрібно враховувати клінічну варіабельність захворювання, цінності та вдоволення пацієнтів, економічну доступність варіантів терапії, а також питання збереження здоров'я планети (екологічні чинники).

Питання призначення пероральних і очних препаратів пацієнтам з АР вже розглядалися в попередніх виданнях настанов ARIA (див. Панель та табл. 4 для порівняння рекомендацій ARIA-EAACI 2024-2025 рр. із настановами ARIA 2010/2016 років). Чотири запитання були вперше висвітлені в ARIA-EAACI 2024-2025, тоді як для чотирьох інших відбулася зміна сили і/або спрямованості рекомендацій.

Зважаючи на всі рекомендації, ПАГП II покоління є переважним варіантом серед пероральних методів лікування АР. Щодо окремих ПАГП II покоління, виявлені докази не вказують на те, що можна рекомендувати якийсь конкретний лікарський засіб. Замість цього ми пропонуємо процес спільного прийняття рішень з урахуванням таких критеріїв, як ефективність, седативний ефект, швидкість початку дії, фінансова доступність, наявність на ринку, а також уподобання і цінності пацієнта. У цих настановах ми наводимо докази того,

як різні ПАГП II покоління співвідносяться між собою за вищезазначеними характеристиками.

Навпаки, через занепокоєння щодо безпеки та низьку ефективність застосування АЛТР має обмежуватися специфічними ситуаціями, зокрема в пацієнтів, перебіг захворювання яких недостатньо контролюється ПАГП і які віддають чітку перевагу пероральній терапії та/або мають бронхіальну астму. Загалом додавання АЛТР до ПАГП не рекомендується.

Додавання пероральних деконгестантів до ПАГП у цих настановах не оцінювалося, оскільки відповідне питання не було пріоритетним, а швидкий огляд літератури, проведений робочою групою, не виявив нових релевантних РКД.

Настанова ARIA 2010 року рекомендувала не використовувати комбінацію ПАГП + пероральні деконгестанти порівняно з монотерапією ПАГП (у табл. 5 наведено рекомендації ARIA 2010 року щодо перорального лікування, запитання, які не були визначені як пріоритетні в ARIA-EAACI 2024-2025 рр., а саме щодо пероральних деконгестантів і пероральних кортикостероїдів) [8].

Порівнюючи інтраназальну і пероральну терапію, ми рекомендуємо ІнКС (але не ІнаГП), а не ПАГП, оскільки перші є ефективнішими. З іншого боку, ПАГП можуть бути більш прийнятними, ніж очні препарати. Фактично ці настанови не рекомендують застосовувати топічні очні засоби, за винятком випадків, коли необхідно досягти швидкого полегшення очних симптомів — у цьому разі пропонується використовувати ОАГП замість ОСМОК.

На основі перших настанов ARIA та алгоритму ARIA 2016 [29] лікарі та фармацевти часто пропонують як початкову терапію короткий курс ПАГП пацієнтам із легким перебігом риніту або тим, хто має кортикостероїдофобію [6, 30, 31]. Такий підхід не суперечить рекомендаціям ARIA-EAACI 2024-2025, і в наступному звіті настанов ARIA-EAACI 2024-2025 буде запропоновано (а згодом протестовано) новий алгоритм.

Важливо зазначити, що залишилися прогалини в знаннях, які потребують проведення подальших досліджень. Деякі з цих прогалин такі самі, як і виявлені в настановах щодо інтраназального лікування, у тому числі [18]:

- брак РКД за участю пацієнтів із легким перебігом захворювання;
- брак доказів, стратифікованих залежно від наявності супутньої бронхіальної астми або від вікової групи, статі та етнічної належності пацієнтів;
- брак досліджень економічної ефективності або доказів щодо впливу втручань на здоров'я планети.

Проте необхідно виділити і специфічні аспекти. Зокрема, є менше доказів для обґрунтування рекомендацій щодо призначення пероральних і очних лікарських засобів порівняно з інтраназальними. Крім того, докази щодо застосування топічних очних препаратів і ПАГП I покоління зазвичай були особливо низької якості з обмеженою кількістю доступних придатних РКД: у разі використання очних засобів у більшості РКД оцінюють короткі проміжки часу та/або лише негайний ефект після кон'юнктивальної провокаційної проби з алергеном; для ПАГП I покоління більшість РКД були проведені до стандартизації методів оцінювання результатів.

Недостатня кількість доказів призвела до зниження базової ДД через неточність. Неточність також була тим доменом ДД, оцінка якого найчастіше знижувалася в ММА, на основі якого формулювалося питання порівняння різних ПАГП, що вказує на потребу в більшій кількості масштабніших РКД, особливо з прямим порівнянням активних втручань [24].

Як і в настановах, що порівнюють інтраназальні методи лікування, ми вирішили [18]:

- не наводити окремі рекомендації для САР і ЦАР для більшості пунктів;
- використовувати терміни «цілорічний» або «сезонний АР» замість «персистувальний» або «інтермітувальний» АР (лише невелика кількість РКД використовувала поняття персистувального/інтермітувального перебігу) [32-34].

Крім того, ми не досліджували варіації в дозуванні або схемах застосування (за потреби порівняно з регулярним прийомом) препаратів, оскільки ці питання будуть розглянуті в майбутніх документах настанов ARIA-EAACI 2024-2025.

Ці настанови мають обмеження. Щодо бажаних і небажаних ефектів, докази були отримані переважно з РКД, у більшості випадків із:

Таблиця 4. Порівняння рекомендацій щодо призначення пероральних і очних препаратів для лікування АР в настановах ARIA 2024-2025 рр. і ARIA 2010/2016 рр.						
Запитання	Захворювання	Рекомендація				
Чи треба віддавати перевагу певному ПАГП порівняно з іншими ПАГП у лікуванні АР?	ЦАР/ САР	Сильна рекомендація проти конкретних утрочань	Умовна рекомендація проти конкретних утрочань	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за конкретні втручання	Сильна рекомендація за конкретні втручання
Чи треба віддавати перевагу комбінації ПАГП + АЛТР порівняно з монотерапією ПАГП у лікуванні АР?	САР ^а	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ПАГП для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?	САР ^а	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ОСМОК для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?	САР ^а	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР у лікуванні АР?	ЦАР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
	САР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу ІнкС порівняно з ПАГП у лікуванні АР?	ЦАР/САР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу призначенню АЛТР порівняно з відсутністю лікування в пацієнтів з АР?	САР ^б	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу призначенню ОАГП порівняно з відсутністю терапії для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР?	ЦАР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
	САР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба віддавати перевагу призначенню ПАГП порівняно з відсутністю терапії в пацієнтів з АР?	ЦАР/САР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання*
Чи треба віддавати перевагу ПАГП 2 покоління порівняно з ПАГП 1 покоління в лікуванні АР?	САР ^а	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Чи треба застосовувати ІНАГП порівняно із ПАГП для лікування АР?	ЦАР/САР	Сильна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація проти втручання	Умовна рекомендація як за втручання, так і за порівняння	Умовна рекомендація за втручання	Сильна рекомендація за втручання
Примітки. Рекомендації настанов ARIA 2024-2025 рр. виділені кольором; рекомендації настанов ARIA 2010/2016 років виділені рамкою. Колірний код затінення/рамки: зелений – висока ДД; жовтий – помірної ДД; помаранчевий – низька ДД; червоний – дуже низька ДД. ^а – немає доказів для ЦАР; ^б – немає доказів для САР. У настановах ARIA 2010 року рекомендація щодо застосування АЛТР у пацієнтів із ЦАР була умовною проти втручання; * – у настановах ARIA 2010 року рекомендація була сильною «за» для ПАГП 2 покоління, які не спричиняють седативний ефект і не взаємодіють із цитохромом Р450, і умовною «за» для ПАГП 2 покоління, які спричиняють седативний ефект та/або взаємодіють із цитохромом Р450.						

Панель. Короткий огляд нововведень у настановах ARIA-EAACI 2024-2025 рр. порівняно з настановами ARIA 2010/2016 рр.
Нові запитання: • Чи треба віддавати перевагу певному ПАГП порівняно з іншими ПАГП у лікуванні АР? Рекомендація: «Пацієнтам з АР ми пропонуємо робити вибір конкретного ПАГП серед інших на основі вподобань пацієнтів щодо ефективності й безпеки, а також залежно від доступності та вартості. (Умовна рекомендація, що ґрунтується переважно на дуже низькій ДД.)» • Чи треба віддавати перевагу комбінації ПАГП + АЛТР порівняно з монотерапією ПАГП у лікуванні АР? Рекомендація: «Пацієнтам з АР ми пропонуємо застосовувати ПАГП замість комбінації ПАГП + АЛТР. (Умовна рекомендація, що ґрунтується на помірній ДД.)»^а • Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ПАГП для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР? Рекомендація: «Пацієнтам з АР ми пропонуємо не віддавати перевагу ОАГП перед ПАГП, за винятком випадків, коли необхідне дуже швидке полегшення очних симптомів. (Умовна рекомендація, що ґрунтується на дуже низькій ДД.)» • Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з ОСМОК для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР? Рекомендація: «Пацієнтам з АР ми пропонуємо застосовувати ОАГП замість ОСМОК. (Умовна рекомендація, що ґрунтується на дуже низькій ДД.)» Запитання, щодо яких змінилися спрямованість і/або сила рекомендацій • Чи треба віддавати перевагу ПАГП порівняно з АЛТР у лікуванні АР? Рекомендацію змінено з умовної рекомендації на користь ПАГП або АЛТР при САР та умовної рекомендації на користь ПАГП у разі ЦАР (настанови 2010/2016 рр.) на сильну рекомендацію на користь ПАГП як при САР, так і при ЦАР (настанови 2024-2025 рр.)^а • Чи треба віддавати перевагу ІнкС порівняно з ПАГП у лікуванні АР? Рекомендацію змінено з умовної рекомендації на користь ІнкС (настанови 2010/2016 рр.) на сильну рекомендацію на користь ІнкС (настанови 2024-2025 рр.). • Чи треба віддавати перевагу АЛТР порівняно з відсутністю терапії в пацієнтів АР? Рекомендацію змінено з умовної рекомендації на користь АЛТР при САР та умовної рекомендації проти АЛТР у разі ЦАР (настанови 2010/2016 рр.) на умовну рекомендацію проти АЛТР як при САР, так і в разі ЦАР (настанови 2024-2025 рр.)^а • Чи треба віддавати перевагу ОАГП порівняно з відсутністю терапії для полегшення очних симптомів у пацієнтів з АР? Рекомендацію змінено з умовної рекомендації на користь ОАГП (настанови 2010/2016 рр.) на умовну рекомендацію проти ОАГП при САР та умовну рекомендацію на користь ОАГП у разі ЦАР. Примітка. ^а – рекомендації, що пропонують утриматися від застосування АЛТР, частково відображають ризик виникнення рідкісних нейропсихіатричних ПЕ.

Таблиця 5. Рекомендації настанов ARIA 2010 року щодо пероральних лікарських засобів, які не оцінювалися в настановах ARIA-EAACI 2024-2025 рр. (пероральні кортикостероїди та пероральні деконгестанти)	
Запитання	Рекомендація
Чи треба застосовувати пероральні кортикостероїди (КС) для лікування АР у пацієнтів, які не відповідають на іншу терапію?	Пацієнтам з АР та середньо-тяжкими або тяжкими назальними та/або очними симптомами, які не контролюються іншими методами лікування, ми пропонуємо короткий курс пероральних КС. (Умовна рекомендація / дуже низька якість доказів.)
Чи треба застосовувати пероральні деконгестанти для лікування АР?	Пацієнтам з АР ми пропонуємо клініцистам не призначати, а пацієнтам не застосовувати пероральні деконгестанти регулярно. (Умовна рекомендація / низька якість доказів.)
Чи треба віддавати перевагу комбінації перорального деконгестанту і ПАГП порівняно з монотерапією ПАГП у лікуванні АР?	Пацієнтам з АР ми пропонуємо клініцистам не призначати, а пацієнтам не застосовувати регулярно комбінацію перорального Н ₁ -АГП та перорального деконгестанту порівняно з монотерапією пероральним Н ₁ -АГП. (Умовна рекомендація / середня якість доказів.)

- надмірним представництвом пацієнтів із тяжчим перебігом АР;
- розміром вибірки і періодом подальшого спостереження, які є занадто обмеженими для виявлення серйозних, але рідкісних ПЕ.

Останній аспект є особливо актуальним при оцінюванні АЛТР. Крім того, більшість охоплених РКД не представляють стратифіковані результати для кількох релевантних змінних, зокрема таких, як наявність супутньої бронхіальної астми. Нарешті, для ПАГП у кількох ключових дослідженнях оцінювали лише три назальні симптоми, зокрема закладеність носа. Систематичні огляди, на яких ґрунтуються ці настанови, не враховували такі дослідження (навіть попри те, що це могло призвести до меншої кількості включених первинних досліджень для кожного ПАГП), оскільки:

- закладеність носа оцінюється пацієнтами як найбільш значущий симптом [20];
- це було необхідно для забезпечення узгодженості між різними частинами настанов ARIA 2024-2025.

Настанови ARIA-EAACI 2024-2025 мають також і важливі переваги. Експерти дотримувалися методології GRADE, використовуючи для розробки рекомендацій інструмент «від доказів до рекомендацій» (EtD). Крім того, було застосовано кілька підходів для формулювання питань настанови та розглянуто різні джерела даних. Настанови ARIA-EAACI 2024-2025 мають глобальний характер, а їхні рекомендації містять міркування щодо впровадження у КНСРД. Проведено кілька систематичних оглядів і метааналізів, щоб надати оновлені докази щодо бажаних і небажаних ефектів утрочань.

Ця стаття настанов ARIA-EAACI 2024-2025 зосереджена на призначенні пероральних і очних препаратів для лікування пацієнтів з АР. Її розроблено відповідно до підходу GRADE з урахуванням вичерпного обсягу доказів із багатьох джерел, таких як систематичні огляди РКД, дані mHealth та опитування експертів.

За матеріалами Б. Sousa-Pinto, J. Bousquet, R. José Vieira et al. Allergic Rhinitis and Its Impact on Asthma (ARIA)-EAACI Guidelines – 2024-2025 Revision: Part I – Guidelines on Intranasal Treatments, Allergy, 2025; 0:1-23.

Переклад **Дарини Павленко**

Повну версію дивіться: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.70131>

Чому нежить не минає?

Усе, що потрібно знати про сезонну алергію



Асоціація алергологів України (ААУ) вже багато років поспіль проводить освітні заходи як для фахівців-алергологів, так і для суміжних спеціалістів. У травні 2026 р., у рамках міжнародного проєкту «Життя без алергії. International», ААУ провела Міжнародний міждисциплінарний конгрес «Респіраторні та нереспіраторні алергічні захворювання: складнощі діагностики та лікування». Великий блок доповідей був присвячений сезонним алергічним захворюванням, зокрема проблемі алергічного риніту (АР). У виступі провідної наукової співробітниці ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України», віцепрезидентки ААУ, доктора медичних наук, професора Інни Володимирівни Гогунської увагу було приділено питанням комплексного лікування АР.



І.В. Гогунська

АР є глобальною проблемою системи охорони здоров'я всіх країн світу. Поширеність АР в дорослих пацієнтів становить 10-30%, у дітей — до 40% (Mams J.W., 2014). АР, безумовно, негативно впливає на якість життя (ЯЖ) пацієнтів. Так, в одному з досліджень, у рамках якого вивчали ЯЖ в осіб з АР середньо-тяжкого і тяжкого перебігу, узяли участь 2300 пацієнтів із персистуючим АР (ПАР) та 1257 — з інтермітуючим АР (ІАР). У результаті було продемонстровано, що всі аспекти ЯЖ пацієнтів, а саме — заняття поза домом, робота, сон, соціальне та особисте життя, спорт — сильніше страждають в осіб із ПАР, у порівнянні з ІАР, і тільки 40% пацієнтів повністю або більшою мірою задоволені результатом одержуваної терапії (Meltzer E.O., 2002; Valvovirta E. et al., 2008).

Головні чинники розвитку АР

Чинниками розвитку АР можуть бути різноманітні алергени. Якщо розглядати сезонні рослинні алергени, перш за все це:

- алергени дерев — найбільш актуальні в березні—травні, а частота розвитку алергії при сенсibilізації до них дорівнює 18,8%;
- алергени злакових трав — у червні — на початку серпня, частота розвитку алергії при сенсibilізації до них — 14,1%;
- алергени бур'янів — у серпні—вересні, але період їх пилкування може тривати до морозів: полин спричиняє

розвиток алергії в 23,4%, амброзія — у 18,2%.

Але не треба забувати і про інші чинники розвитку АР, зокрема:

- кліщі побутового пилу: частота розвитку алергії при сенсibilізації до *Dermatophagoides farinae* і *Dermatophagoides pteronyssinus* становить 77,6%;
- епітеліальні алергени: частота розвитку алергії при сенсibilізації до шерсті кішки — 39,9%, до шерсті собак — 32,6%.

Інші причини: сенсibilізація до алергенів тарганів із частотою розвитку алергії до 21,8% і грибків, зокрема *Alternaria alternata*, — з частотою розвитку алергії до 6% (Попович В.І., 2018).

Необхідно підкреслити, що пацієнти з гіперчутливістю до *A. alternata* дуже часто також сенсibilізовані до тимофіївки, лугових трав та амброзії. Іноді в пацієнта спостерігають дуже тяжкий перебіг АР, який не відповідає звичайній тяжкості ІАР, спричиненого сенсibilізацією до трав, і тоді під час алерготестування виявляють ще й сенсibilізацію до *A. alternata*.

За даними Центру алергічних захворювань верхніх дихальних шляхів ДУ «Інститут отоларингології ім. проф. О.С. Коломійченка НАМН України»,

у дорослих пацієнтів косенсibilізація до *A. alternata* спостерігається не так часто, а от у дітей і підлітків косенсibilізацію до *A. alternata* мають 30% осіб із сенсibilізацією до амброзії та трав. Загалом у рутинній клінічній практиці лікарі-алергологи у 80% пацієнтів з алергічною патологією виявляють полісенсibilізацію — наявність у пацієнта IgE-опосередкованої сенсibilізації ≥ 2 алергенів, підтвердженої результатами алергологічного обстеження (шкірних прик-тестів і/або визначенням специфічних IgE [sIgE]). Водночас полісенсibilізація не тожджна поліалергії, оскільки не всі виявлені сенсibilізації мають клінічне значення, тобто відповідні сенсibilізації клінічні симптоми (Dramburg S. et al., 2023). Така полісенсibilізація вкрай негативно впливає на ЯЖ пацієнтів, оскільки спричиняє певні труднощі в лікуванні.

Феномен мінімального персистуючого запалення верхніх дихальних шляхів

Згідно з концепцією головного консенсусного документу з лікування АР — ARIA (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, Алергічний риніт і його вплив на астму), у хворих на АР виявляють постійний рівень «мінімального персистуючого запалення», а значить, алергічне запалення, що виникло у слизовій оболонці носа після контакту з алергеном, може зберігатися тривалий час після його впливу (рис. 1).



Рис. 1. Терміни розвитку алергічного запалення (адаптовано з Naidenova K. et al., 2019; Canonica G, 2009).

Треба зазначити, що пацієнти з алергією частіше хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), а в пацієнтів із вірусними інфекціями, які мають алергію, спостерігають тяжчий перебіг алергічних реакцій. Цей феномен пов'язаний із роллю молекули міжклітинної адгезії-1 (Intercellular adhesion molecule 1, ICAM-1) — вона посилює експресію молекул міжклітинної адгезії, які використовують риновіруси для проникнення в епітеліальні клітини людини. Таким чином, у пацієнтів з АР і atopією підвищений рівень ICAM-1 призводить до підвищеного ризику розвитку ГРВІ; своєю чергою, у разі ГРВІ рівень ICAM-1 також підвищується, що збільшує вираженість симптомів, зумовлених гістаміном, і посилює ризик розвитку ускладнень (Naidenova K. et al., 2019).

Встановлення діагнозу АР

Для алергологів встановити діагноз АР не становить труднощів. Після ретельного збору анамнезу зазвичай роблять прик-тести, які є золотим стандартом діагностики сенсibilізації до причинно-значущих алергенів у пацієнтів з АР. Якщо прик-тести позитивні і це підтверджується даними анамнезу — діагноз АР є вірогідним. Якщо ж результати прик-тестів негативні або потребують уточнення через недостатню інформативність, наприклад необхідно виявити сенсibilізацію до окремих молекул чи за наявності в пацієнта харчової алергії або полісенсibilізації, потрібно визначати рівні сироваткових sIgE.

Бувають випадки, коли в пацієнта анамнез і клінічні симптоми відповідають АР, але при цьому результати прик-тестів і визначення сироваткових рівнів sIgE не підтверджують будь-якої сенсibilізації, тоді з більшою вірогідністю ми маємо справу з локальним АР (рис. 2).

Можлива і така клінічна ситуація: у пацієнта виявлено сенсibilізацію до алергенів дерев, немає відповідних клінічних симптомів, але виявляється сенсibilізація до алергенів трав і є відповідна клінічна картина; у цьому разі, обираючи шлях допомоги пацієнту, важливо розуміти, що призначення алерген-специфічної імунотерапії (АСІТ) можливе лише за наявності в пацієнта сенсibilізації до певних алергенів і відповідної клінічної картини.

Клінічні симптоми і ризик розвитку АР

Основні симптоми АР і їх частота добре досліджені, це чхання (74%), ринорея (57%), свербіж у носі (68%),

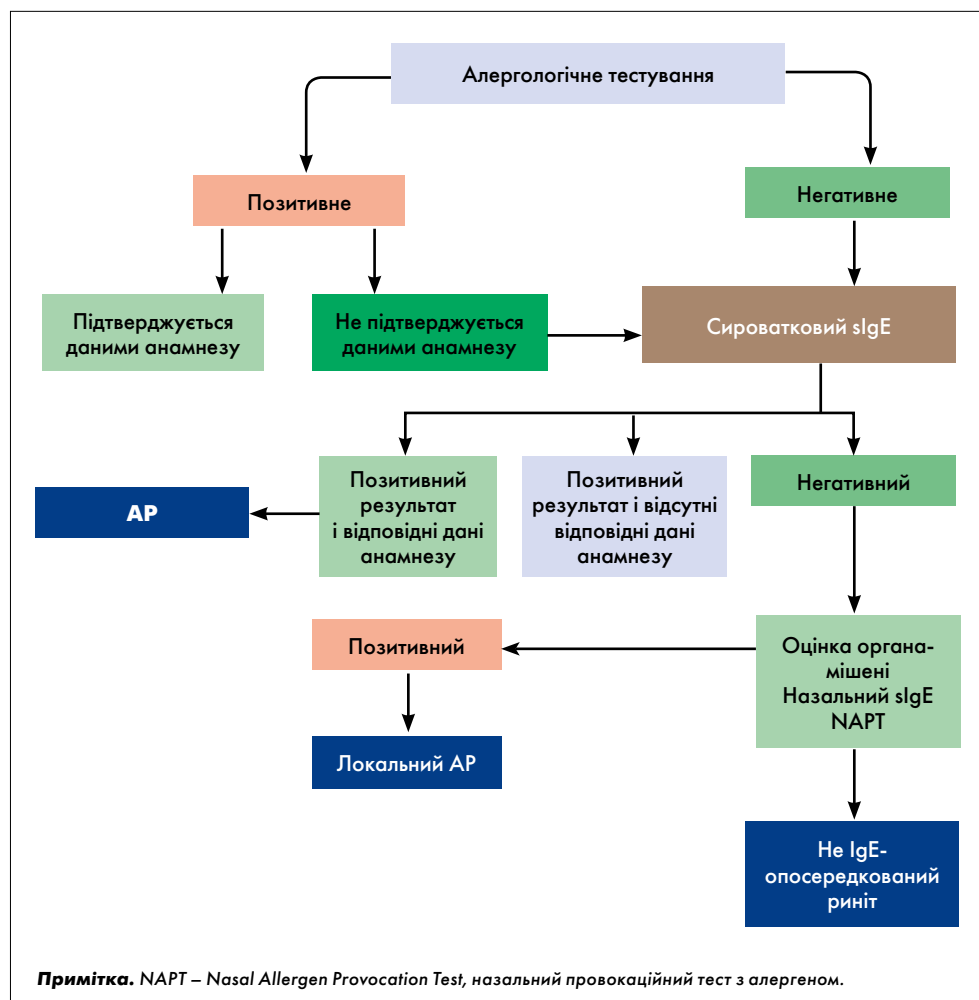


Рис. 2. Алгоритм діагностики АР (Зайков С.В., 2019)

постназальне затікання (31%), почервоніння очей (64%), слезотеча (61%), закладеність носа (69%), тиснення в ділянці навколо носових пазух (25%), хрипіння (17%), свербіж піднебіння (30%), біль у горлі (17%), головний біль (27%), кашель (19%), нічні пробудження (25%) тощо – усі ці симптоми надзвичайно негативно впливають на ЯЖ пацієнтів (Canonica G.W. et al., 2007). АР здатен значно погіршувати сон, наприклад практично в 90% дітей з АР спостерігають порушення сну, апное сну, поверхневий переривчастий сон і, як наслідок, – сонливість протягом дня (Loekmanwidjaja J., 2017).

Основним симптомом АР є закладеність носа, він може бути одним із найнестерпніших симптомів захворювання, який украй негативно впливає на ЯЖ, а саме на сон і відпочинок, дієздатність і ефективність на роботі і в навчанні, а також зумовлює головний біль, емоційні розлади, заважає повсякденній активності пацієнта. У 45% пацієнтів з АР спостерігають закладеність носа легкого і помірного ступеня, у 40% – тяжкого, і лише в 15% пацієнтів цього симптому немає (Valovirta E. et al., 2008).

Ризик розвитку АР спостерігають у дітей, чий батьки страждають на алергію. Так, до 70% підвищується ризик розвитку АР у пацієнтів з анамнезом atopічного дерматиту, астми або обох цих захворювань. Якщо один із батьків має IgE-опосередковану алергію, ризик виникнення atopії в дитини становить приблизно 30%, якщо обоє – до 50-70%. Пацієнти з анамнезом бронхіальної астми (БА) також мають вищий ризик розвитку АР (Охотнікова О.М., 2015).

Патогенетичні основи АР

Патогенетичною основою захворювань дихальних шляхів є запалення, зокрема алергічне, що лежить в основі таких захворювань, як БА, поліпозний риносинусит, АР, аденоїдит,

хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ), синусит та ін. АР є фактором ризику розвитку багатьох захворювань, в основі яких лежить алергічний запальний процес, наприклад БА; харчова алергія, особливо у вигляді орального алергічного синдрому, часто асоціюється з полінозом (АР); алергічний кон'юнктивіт, який у пацієнтів з АР спостерігають у 50-70% випадків, та ін.

Алергічне запалення може спричинити набряк слизової оболонки носа, що призводить до порушення дренажу слизу і сприяє розвитку гострого або хронічного синуситу. До того ж, як уже зазначалося, на тлі персистуючого запалення у пацієнтів з АР простудні захворювання, зокрема гострий риносинусит, мають тяжчий і довший перебіг.

Більше того, алергени, поллютанти, віруси тощо є головними чинниками порушення функції епітеліального бар'єра. Вплив алергенів зумовлює виділення біохімічно активних речовин, унаслідок чого підвищується проникність епітеліального бар'єра – це ще більше сприяє розвитку сенсibilізації до алергенів, які проникають крізь тканинний бар'єр і стимулюють продукування прозапальних цитокінів і активацію клітин, що беруть участь в імунній відповіді, у результаті формується персистуюче алергічне запалення (Vinhas R. et al., 2011; Wan H. et al., 1999; Gandhi V. et al., 2015).

Лікування АР

На думку експертів ARIA, вибір фармакотерапії в пацієнтів з АР має бути спрямований на контроль захворювання і залежить від низки факторів. Зокрема від: вираженості і тяжкості симптомів, ефективності і безпеки лікування, швидкості

настання ефекту, наявності мультиморбідності, віку і вподобань пацієнта, обсягу поточного лікування, впливу лікування на сон і працездатність, економічних ресурсів, стратегії самоконтролю; також потрібно враховувати анамнестичну відповідь на терапію, яку проводили раніше (Bousquet J. et al., 2020). Отже, крім фармакотерапії (системної і топічної) необхідно не забувати про елімінацію алергенів, а головне виявлення причиннозначущих алергенів із подальшим призначенням АСІТ, яка є єдиним методом лікування, здатним модифікувати перебіг алергічних захворювань, зокрема АР. До того ж у сучасних умовах проведення АСІТ можливе в будь-який сезон року, особливо коли це стосується сенсibilізації до побутових чи епідермальних алергенів.

Щодо топічного, інтраназального лікування, то перш за все важливо пам'ятати: якщо слизова оболонка носа не очищена від алергенів, поллютантів, виділень, будь-які стратегії інтраназального лікування не будуть повною мірою ефективними.

У цьому може допомогти назальний спрей Супраназин® від компанії Егіс, який містить у своєму складі природну молекулу Ектоїн® і являє собою гіпертонічний розчин. Молекула Ектоїн® захищає клітини епітелію та має протизапальні і мембраностабілізуючі властивості. Гіпертонічний розчин природним шляхом усуває закладеність носа. Такі характеристики назального спрею Супраназин® сприяють профілактиці та полегшенню симптомів АР, зменшують шкідливий вплив алергенів, підтримують процес регенерації подразненої алергенами слизової оболонки носа, зменшують спричинене алергенами запалення слизової, а також полегшують симптоми алергії, такі як нежить, свербіж у носі, чхання та закладеність носа. Для очистки слизової носа і підтримання її фізіологічного стану роблять по 1-2 впорскування в кожен ніздрю кілька разів на добу – за потреби; у разі частішого контакту з алергенами потреба у застосуванні спрею може бути більша; дітям віком від 2 років рекомендується використання не більше 10 впорскувань на добу.

Історія відкриття Ектоїну надзвичайно цікава. У 1985 р. німецькі вчені виявили цю молекулу в бактеріях-екстремофілах, які живуть в екстремальних умовах, таких як солоність, посуха, високі показники опромінення, рН і температур. Для виживання в соляних озерах, гарячих джерелах і пустелях Єгипту ці бактерії виробляють молекулу Ектоїн®, тим самим захищаючи себе від зневоднення, високих температур і ультрафіолетового опромінення. Японські вчені знайшли таких саме бактерій-екстремофілів у солоних озерах на острові Кюсю.

На початку 90-х рр. минулого століття компанія bitop AG (Німеччина) запустила інноваційний процес біотехнологічної ферментації для масштабного виробництва високоочищеного Ектоїну (Ectoin® natural), зробивши його доступним у фармацевтиці та косметичці.

Механізм дії молекули Ектоїну полягає в тому, що вона зв'язує молекули води, утворюючи навколо білків та інших біомолекул захисну гідратну оболонку, так званий ектоїновий гідрокомплекс, який діє як «щит» від стресових факторів (ультрафіолет, високі температури, забруднення). Ці комплекси можуть огортати сусідні білки або клітинні мембрани високостабільним шаром води. Важливо, що сам Ектоїн® не утворює сполук із білками і не може проникати у клітини. Завдяки утворенню водного шару Ектоїн® стабілізує клітинні мембрани та поліпшує їхню рухливість.

Дуже часто у своїй повсякденній практиці ми стикаємося з пацієнтами, які страждають на АР і мають назальну гіперреактивність – підвищену чутливість слизової оболонки носа, за якої вона бурхливо реагує на звичайні подразники (холодне повітря, різкі запахи – побутова хімія, парфумерія, освіжувачі повітря тощо, а також тютюновий дим). В осіб з АР назальна гіперреактивність може бути виражена настільки, що для них є проблемою перебувати в транспорті, серед натовпу, бо для них найменші запахи є значущими подразниками. Саме завдяки назальному спрею Супраназин® і ефекту молекули Ектоїн® можна поліпшити стан пацієнтів із назальною гіперреактивністю, оскільки молекула сприяє створенню свого роду захисного шару на слизовій носа.

Отже, назальний спрей Супраназин® завдяки молекулі Ектоїн®, яка входить до його складу, забезпечує стабільні водозв'язувальні властивості, формує на поверхні слизової верхніх дихальних шляхів «ектоїновий гідрокомплекс», який захищає від адгезії та впливу алергенів, пилу, мікробних збудників і має протизапальний і мембраностабілізуючий ефект, що грає особливу роль у лікуванні пацієнтів з АР. Важливо наголосити, що назальний спрей Супраназин® можна широко використовувати в пацієнтів, які страждають як на ІАР, так і на ПАР.

Висновки

АР залишається одним із найпоширеніших хронічних захворювань, яке суттєво впливає на ЯЖ пацієнтів та пов'язане з високим ризиком розвитку коморбідних станів. Відповідно до принципів ARIA сучасне лікування АР має бути спрямоване не лише на швидке усунення симптомів, а й на досягнення стійкого контролю захворювання. Комплексний підхід, що поєднує елімінаційні заходи, раціональну фармакотерапію, топічне лікування та АСІТ за показаннями, дає можливість максимально ефективно контролювати перебіг захворювання й поліпшувати ЯЖ пацієнтів. У цьому контексті назальний спрей Супраназин® є доцільним компонентом топічної терапії, оскільки сприяє очищенню, захисту і відновленню слизової оболонки носа і полегшенню основних симптомів АР.

Підготувала Анна Артюх

Міжнародні рекомендації щодо визначення, класифікації, діагностики та лікування кропив'янки, 2026

Пропоновані рекомендації є ініціативою Глобальної мережі з питань алергії та астми (Global Allergy and Asthma Excellence Network, GA²LEN) та її Центрів передового досвіду з кропив'янки та ангіоневротичного набряку (Urticaria and Angioedema Centers of Reference and Excellence – UCAREs and ACAREs), Європейського дерматологічного форуму (The European Dermatology Forum – EDF), Азійсько-Тихоокеанської асоціації алергії, астми та клінічної імунології (The Asia Pacific Association of Allergy, Asthma, and Clinical Immunology – APAACI), Американської академії дерматології (American Academy of Dermatology, AAD), Британського товариства алергії та клінічної імунології (British Society for Allergy & Clinical Immunology, BSACI) та Академії алергії та клінічної імунології країн Перської затоки (Gulf Academy of Allergy and Clinical Immunology GA2CI), які забезпечили фінансування розробки рекомендацій. Цей документ є оновленням і переглядом міжнародних рекомендацій EAACI/GA²LEN/EuroGuiDerm/APAAACI щодо кропив'янки (КР), опублікованих у 2022 р. [1].

До складу експертної групи, яка займалась оновленням рекомендацій, увійшли 213 фахівців із КР з 59 країн, делегованих 107 національними та/або міжнародними медичними чи науковими товариствами і пацієнтськими організаціями. Оновлення та перегляд цього документа ґрунтуються на доказах і експертному консенсусі та були розроблені відповідно до методології, рекомендованої Cochrane і робочою групою GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation – Система оцінки, розробки та градації рекомендацій).

Метою цих рекомендацій є визначення та класифікація КР, що сприятиме більш точній інтерпретації даних, отриманих у різних центрах і регіонах світу, щодо причин захворювання, тригерних факторів, коморбідних станів, тягаря для пацієнтів і суспільства, а також терапевтичної відповіді за різних підтипів КР. Крім того, документ містить настанови щодо діагностичних і терапевтичних підходів при поширених підтипах КР. Ці рекомендації є міжнародними і розроблені з урахуванням глобальної різноманітності пацієнтів, лікарів, систем охорони здоров'я, а також доступності діагностики та лікування.

Методи

Сила консенсусу для кожної рекомендації подається відповідно до таблиці 1.

Таблиця 1. Визначення сили консенсусу відповідно до настанов EuroGuiDerm	
Сила консенсусу	Характеристика
Сильний консенсус	Згода >95% учасників
Консенсус	Згода >75–95% учасників
Згода більшості	Згода >50–75% учасників

Кожна рекомендація в документі оформлена, як показано в блоках 1-3. У верхній частині блоку – клінічне питання, нижче – подано рекомендацію з використанням стандартизованих формулювань і позначень, наведених у таблиці 2. Наприклад, у блоці 1 сформульовано сильну рекомендацію: «Рекомендуємо...» / «↑↑»/позначено темно-зеленим кольором, а з інформації у правій колонці видно, що учасники консенсусної конференції, які мали право голосу, погодились з цією рекомендацією та її формулюванням із досягненням сильного консенсусу (>95% згода), а також що рекомендація ґрунтується на експертному консенсусі тощо.

Таблиця 2. Стандартизовані формулювання і позначення для характеристики рекомендацій			
Сила рекомендації	Формулювання	Умовні позначення	Значення
Сильна рекомендація для використання цього методу лікування	«Рекомендується...»	↑↑	Вважається, що всі або майже всі інформовані спеціалісти зробили б вибір на користь використання такої рекомендації. Натомість, лікарям не доведеться витратити так багато часу на процес прийняття рішень із пацієнтом, і замість цього вони можуть присвятити цей час подоланню бар'єрів для виконання і дотримання режиму лікування. У більшості клінічних ситуацій рекомендація може бути прийнята як стратегія лікування
Слабка рекомендація для використання цього методу лікування	«Пропонується...»	↑	Вважається, що більшість інформованих клініцистів зробили б вибір на користь використання цієї рекомендації, але значна кількість – ні. Клініцистам та іншим медичним працівникам доведеться приділяти більше часу процесу спільного прийняття рішень. Директивним органам доведеться залучити багато зацікавлених сторін, і розробка стратегії лікування потребуватиме ретельного обговорення
Відсутність рекомендації щодо застосування цього методу лікування	«Неможливо дати рекомендацію щодо...»	0	Наразі рекомендації щодо користі чи шкоди використання такого втручання внаслідок певних обставин не можуть бути зроблені (наприклад, незрозумілі співвідношення користь/ризик, відсутні доступні дані)
Слабка рекомендація проти використання методу лікування	«Пропонується не використовувати...»	↓	Вважаємо, що більшість лікарів зробить вибір проти використання цього методу, але значна кількість – ні
Сильна рекомендація проти використання методу лікування	«Ми не рекомендуємо...»	↓↓	Вважаємо, що всі або майже всі обізнані клініцисти не використовуватимуть цей метод лікування. Рекомендація може бути прийнята як стратегія в більшості клінічних ситуацій

Блок 1. Формат окремих рекомендацій із зазначенням сили консенсусу та рівня доказовості		
Чи слід ... при хронічній КР (ХКР)?		
Рекомендуємо ...	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Блок 2. Формат кількох рекомендацій, за які голосували окремо, із зазначенням сили консенсусу та рівня доказовості для кожної		
Чи слід ... при ХКР?		
Рекомендуємо	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		
Пропонуємо ...	↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Блок 3. Формат кількох рекомендацій, за які голосували разом, із зазначенням сили консенсусу та рівня доказовості		
Чи слід ... при ХКР?		
Рекомендуємо ... Рекомендуємо застосовувати...	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Визначення

КР – це стан, що характеризується появою пухирів (уртикарних елементів, уртикарій), ангіоневротичного набряку (АН) або їх поєднанням.

КР необхідно диференціювати з іншими захворюваннями, при яких пухирі, АН або обидва ці феномени можуть входити до спектра таких клінічних станів, як анафілаксія, аутозапальні синдроми, уртикарний васкуліт або брадикінін-опосередкований АН, у тому числі спадковий АН (САН).

А. Пухир (уртикарний елемент) при КР має три характерні ознаки:

- чітко відмежований поверхневий центральний набряк різного розміру та форми, майже завжди оточений рефлекторною еритемою;
- свербіж або іноді – відчуття печіння;
- швидкоплинний характер – шкіра набуває попереднього, нормального вигляду зазвичай у межах від 30 хв до 24 год.

Б. АН при КР характеризується:

- раптовим, вираженим еритематозним або кольору шкіри глибоким набряком нижніх шарів дерми та підшкірної клітковини чи слизових оболонок;
- відчуття поколювання, печіння, напруження та іноді радше болю, ніж свербіжу;
- зворотний розвиток відбувається повільніше порівняно з таким у пухирів (може тривати до 72 год).

Класифікація КР за тривалістю перебігу та впливом тригерних факторів

Спектр клінічної маніфестації різних типів і підтипів КР є дуже широким. Крім того, у того самого пацієнта можуть одночасно співіснувати ≥2 різних підтипів КР. КР класифікують за двома основними критеріями:

- тривалістю перебігу – на гостру і хронічну;
- роллю визначених тригерів – на індуковану і спонтанну.

Гостра КР (ГКР) визначається як поява пухирів, АН або їх поєднання тривалістю ≤6 тижнів.

Хронічна КР (ХКР) визначається як поява пухирів, АН або їх поєднання протягом понад 6 тижнів. ХКР характеризується щоденними або майже щоденними симптомами чи має інтермітувальний/рецидивний перебіг. Якщо клінічний перебіг не пов'язаний із визначеним фізичним тригером і має спонтанний характер, її визначають як хронічну спонтанну КР (ХСКР). Епізоди ХСКР можуть рецидивувати через місяці або роки після повної ремісії [8].

Індукована КР (ІКР) характеризується наявністю чітко визначених і специфічних для підтипу тригерів, які призводять до появи пухирів, АН або їх поєднання [9]. Ці тригери є визначеними, оскільки симптоми завжди виникають, коли тригер досягає індивідуального порогового рівня, і ніколи – за його відсутності. Вони є специфічними, оскільки кожен підтип ІКР має відповідний тригер, наприклад вплив холоду при холодовій КР, і цей тригер не є значущим за інших форм ІКР. Існують рідкісні підтипи ІКР, за яких для виникнення симптомів необхідна одночасна дія двох або більше специфічних тригерів, як, наприклад, при холод-індукованій холінергічній КР [10]. У разі більшості форм хронічної ІКР (ХІКР) симптоми зазвичай з'являються протягом 10 хв після впливу тригера та зникають протягом 1-3 год після припинення його дії [11]. Є також рідкісні підтипи ІКР, які не можуть бути детально розглянуті в рамках цих рекомендацій.

Як треба класифікувати КР?		
Рекомендуємо класифікувати КР за тривалістю перебігу як ГКР (≤6 тиж) або ХКР (>6 тиж)	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		
Рекомендуємо класифікувати КР як спонтанну (за відсутності визначеного тригерного фактора) або індуковану (за наявності специфічного визначеного тригерного фактора)	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

У деяких пацієнтів із ХСКР спостерігається індуковане тригерами посилення вираженості пухирів, АН або їх поєднання. Такими тригерами, зокрема, є стрес і інфекції. В інших пацієнтів може спостерігатися більш ніж один підтип КР, які також можуть незалежно відповідати на певне лікування [12].

У таблиці 3 наведено класифікацію підтипів ХКР для клінічного застосування. Ця класифікація збережена з попередньої версії рекомендацій і підтримана сильним консенсусом (>95%).

Уртикарний васкуліт, макулопапульозний шкірний мастоцитоз (раніше відомий як пігментна КР), індолентний системний мастоцитоз з ураженням шкіри, синдром активації опасистих клітин (Mast cell activation syndrome, MCAS), аутозапальні синдроми (наприклад, кріопірин-асоційовані періодичні синдроми (КАПС) або синдром Шніцлера, АН, не опосередкований медіаторами опасистих клітин (наприклад,

брадикінін-опосередкований АН), а також інші захворювання та синдроми, що можуть проявлятися уртикароподібними висипаннями та/або АН, не вважаються типами КР через суттєво відмінні патофізіологічні механізми та/або клінічні прояви (панель 1) [13-16].

Панель 1

Диференційна діагностика КР

- Макулопапульозний шкірний мастоцитоз (пігментна КР) і індолентний системний мастоцитоз із ураженням шкіри.
- Синдром активації мастоцитів (MCAS).
- Уртикарний васкуліт.
- Брадикінін-опосередкований АН (наприклад, спадковий АН).
- Анафілаксія, індукована фізичним навантаженням.
- КАПС; уртикарні висипання, рецидивна лихоманка, артралгія або артрит, запалення очей, втома і головні болі, такі як сімейний холодний аутозапальний синдром (Familial Cold Autoinflammatory Syndrome), синдром Макла–Уеллса (КР – глухота – амілоїдоз), мультисистемне запальне захворювання неонатального віку (Neonatal Onset Multisystem Inflammatory Disease).
- Синдром Шніцлера (рецидивний уртикарний висип і моноклональна гаммапатія, рецидивна лихоманка, кістковий і м’язовий біль, артралгії або артрити і лімфаденопатія).
- Синдром Глейха (епізодичний АН з еозинофілією).
- Синдром Уельса (гранулематозний дерматит з еозинофілією / еозинофільним целюлітом).
- Еозинофільний дерматоз при гематологічних злоякісних новоутвореннях (Eosinophilic Dermatoses of Hematologic Malignancy, EDHM).
- Гіпереозинофільні синдроми (Hypereosinophilic Syndromes, HES).

Примітка.

Ці захворювання часто помилково діагностують як КР, оскільки (1) вони можуть проявлятися пухирями та/або АН, (2) з історичних причин. Однак вони є окремими та чітко відмежованими клінічними нозологіями.

Патофізіологічні аспекти

КР переважно є захворюванням, опосередкованим опасистими клітинами, однак тригери, що їх активують, є гетерогенними, різноманітними та варіюють від пацієнта до пацієнта [17, 18]. Окрім гістамінових рецепторів на опасистих клітинах є й інші рецептори, які беруть участь у процесі, зокрема G-білок-спряжений рецептор, споріднений з Mas, член родини X2 (MRGPRX2) [19-21]. Окрім опасистих клітин у патогенезі ХСКР можуть брати участь й інші клітини та медіатори. До них належать Т-лімфоцити (зокрема, взаємодія через OX40/OX40L, цитокіни Т-клітин), В-лімфоцити (продукція аутоантитіл), еозинофіли (зокрема, вивільнення агоністів MRGPRX2), нейтрофіли або базофіли, макрофаги, сенсорні нерви (зокрема вивільнення нейропептидів) та ін. [9, 22]. Більш ніж у 50% пацієнтів із ХСКР патофізіологія зумовлена двома основними аутоімунними механізмами: **тип I** (аутоалергія), що передбачає наявність IgE-аутоантитіл до аутоалергенів; **тип II**, що передбачає наявність IgG-аутоантитіл; у частини пацієнтів із ХСКР наявні обидва механізми [23-25].

Також значна частка пацієнтів із ХСКР має ознаки коморбідних станів, зумовлених запаленням 2-го типу [26]. Однак залишається незрозумілим, які саме з цих факторів і як саме їх взаємодія впливає на активацію опасистих клітин при КР. Загалом результатом активації опасистих клітин є вивільнення медіаторів, зокрема гістаміну та фактора активації тромбоцитів (ФАТ), які зумовлюють стимуляцію сенсорних нервів (свербіж), вазодилатацію (еритема) та хемотаксис запальних клітин.

Гістологічно пухирі характеризуються дегрануляцією опасистих клітин із набряком верхніх і середніх шарів

Таблиця 3. Рекомендована класифікація ХКР	
Підтипи ХКР	
ХСКР	ХІКР
Спонтанне виникнення пухирів і/або АН протягом >6 тиж, зумовлене відомими ^а чи невідомими чинниками	Симптоматичний дермографізм ^б Холодова КР ^с Уповільнена КР від тиску ^д Сонячна КР Теплова КР ^е Вібраційний АН ^г Холінергічна КР Контактна КР Аквагенна КР
Примітки. ХКР класифікується на ХСКР та ХІКР. ХСКР поділяється на ХСКР із відомою та невідомою причинами. ХІКР додатково підрозділяється на симптоматичний дермографізм, холодову, уповільнену КР від тиску, сонячну, теплову та вібраційний АН (разом їх називають хронічною фізичною КР), а також холінергічну, контактну та аквагенну КР. У пацієнтів із ХК може одночасно спостерігатися більш ніж одна форма КР, включно з кількома формами ХІКР, це трапляється доволі часто. ^а Наприклад, аутоімунітет I типу (аутоалергія) та аутоімунітет IIb типу з наявністю аутоантитіл, що активують мастоцити. ^б Також має назву «КР фактична» або «дермографічна КР». ^с Також називається «холодова контактна КР». ^д Також називається «компресійна КР». ^е Також називається «теплова контактна КР». ^г Також називається «вібраційний АН/КР».	

дерми, дилатацією та підвищеною проникністю посткапілярних венул, а також лімфатичних судин верхніх шарів дерми. При АН подібні зміни відбуваються переважно в нижніх шарах дерми та підшкірній клітковині. У шкірі в ділянці пухирів формується змішаний периваскулярний запальний інфільтрат різної вираженості, що складається з Т-лімфоцитів, еозинофілів, нейтрофілів, базофілів, макрофагів та інших клітин. Для уртикарних пухирів при КР не характерна така ознака уртикарного васкуліту, як некроз судинної стінки [13, 14]. Однак у деяких випадках ХСКР у разі тривалої наявності пухирів можливий незначний перехрест гістопатологічних ознак [27]. У неушкодженій шкірі пацієнтів із ХСКР можна спостерігати підвищену експресію молекул адгезії, інфільтрацію еозинофілів, змінений профіль цитокінів [28, 29], а іноді – помірно чи середньої вираженості збільшення кількості опасистих клітин [17]. Ці дані підкреслюють складність патогенезу КР, який не обмежується вивільненням гістаміну з опасистих клітин шкіри [30-32]. Деякі з механізмів, що є характерними для розвитку КР, спостерігаються також при широкому спектрі запальних захворювань і тому не є специфічними або діагностично значущими. Необхідні подальші дослідження з пошуку більш специфічних гістологічних біомаркерів, характерних для різних підтипів КР, які б могли допомогти в диференційній діагностиці [33].

З’являються дані про можливу роль у патофізіології КР змін кишкового мікробіому [34, 35]. Однак, як і в дилемі «курка чи яйце», наразі незрозуміло: ці зміни є причиною чи наслідком захворювання. Водночас дані досліджень алергічних захворювань дихальних шляхів свідчать, що втручання, спрямовані на модифікацію мікробіому, можуть мати позитивний вплив на перебіг хвороби, як це було продемонстровано при лікуванні ринокон’юнктивіту [36]. Подальше вивчення ролі мікробіому при КР та застосування пробіотиків може відкрити нові можливості для ведення пацієнтів і розробки терапевтичних стратегій [37].

Таблиця 4. Рекомендовані діагностичні обстеження при найпоширеніших підтипах КР			
Тип	Підтип	Рутинні діагностичні обстеження (рекомендовані всім пацієнтам)	Розширена діагностична програма ^а (на основі анамнезу) – з метою виявлення основних причин або тригерних факторів та для виключення можливого диференційного діагнозу за наявності показань
СКР	ГСКР	Не проводяться	Не проводиться ^б
	ХСКР	Загальний аналіз крові з лейкоцитарною формулою (ЗАК). Швидкість осідання еритроцитів (ШОЕ) і/або рівень С-реактивного білка (СРБ). Рівень IgG-антитіл до тиропероксидази (анти-ТПО). Загальний IgE ^с	Уникнення ймовірних тригерів (наприклад, лікарських засобів). Діагностичні дослідження (не за пріоритетністю): а) інфекційні захворювання (наприклад, виявлення <i>Helicobacter pylori</i>); б) функціональні аутоантитіла (наприклад, проведення шкірних тестів з аутологічною сироваткою [Autologous Serum Skin Test, ASST] чи аутологічною плазмою [Autologous Plasma Skin Test, APST], тест активації базофілів); в) захворювання щитоподібної залози (визначення рівнів тиреоїдних гормонів та аутоантитіл); г) алергія (проведення шкірних тестів та/або елімінаційних проб, призначення елімінаційної дієти); д) виявлення супутньої ХІКР ^д ; е) тяжкі системні захворювання (наприклад, визначення рівня триптази); є) інші (наприклад, проведення біопсії ураженої шкіри або лабораторних досліджень для виключення САН); ж) визначення рівня С4 (скринінг) та C1-інгібітора (антиген і функціональна активність) у пацієнтів із наявністю лише АН
ІКР	Холодова КР	Холодова провокаційна проба з визначенням порогового рівня ^{д,е}	ЗАК, ШОЕ, СРБ, виключити інші захворювання, насамперед інфекційні [51]
	Уповільнена КР від тиску	Провокаційна проба з тиском і визначення порогового рівня ^{д,е}	Не проводиться
	Теплова КР	Провокаційна проба з теплом і визначення порогового рівня ^{д,е}	Не проводиться
	Сонячна КР	Провокаційна проба з УФ та видимим світлом різної довжини хвилі з визначенням порогового рівня ^е	Виключити інші фотодерматози
	Симптоматичний дермографізм ^г	Індукція дермографізму з визначенням порогового рівня ^{д,е}	ЗАК, ШОЕ, СРБ
	Вібраційний АНН	Вібраційна проба (наприклад, із застосуванням вортес-міксеру) ^д	Не проводиться
	Аквагенна КР	Провокаційна проба ^д	Не проводиться
	Холінергічна КР	Провокаційна проба з визначенням порогового рівня ^д	Не проводиться
	Контактна КР	Провокаційна проба ^д	Не проводиться
Примітки. ^а Залежно від підозрюваної причини. ^б Якщо чітко не підтверджено анамнезом (наприклад, алергія). ^с Для пацієнтів, які перебувають під наглядом спеціаліста. ^д Детальніше щодо провокаційних проб і визначення порогового рівня див. [52]. ^е Усі тести проводяться із використанням різних рівнів потенційного тригера для визначення порогового рівня. ^г Симптоматичний дермографізм характеризується появою пухирів у відповідь на механічний вплив та раніше називався дермографічною КР.			

Міжнародні рекомендації щодо визначення, класифікації, діагностики та лікування кропив'янки, 2026

Продовження. Початок на стор. 16.

індивідуальні діагностичні дослідження можуть бути доцільними залежно від результатів перших трьох етапів, а також типу та підтипу КР (див. табл. 4 – розширена діагностична програма).

Вкрай важливо, щоб лікар і пацієнт чітко розуміли мету всіх проведених діагностичних тестів. Особливе значення має досягнення балансу між необхідним обсягом обстежень і бажанням пацієнта знайти причинні фактори. Також важливо пояснити пацієнту, що ХКР переважно є аутоімунним станом і що виявлення IgE-опосередкованої харчової алергії не обов'язково свідчить про причинно-наслідковий зв'язок із КР, а може відображати наявність клінічно значущої коморбідності.

Діагностичне обстеження при ГКР

ГКР, з огляду на її самообмежувальний перебіг, зазвичай не потребує додаткового діагностичного обстеження, окрім ретельного збору анамнезу щодо виявлення можливих тригерних факторів, таких як нещодавно перенесені інфекції (наприклад, гострі респіраторні захворювання). Єдиним винятком може бути підозра на ГКР внаслідок харчової алергії в пацієнтів із сенсibiliзацією або гіперчутливості до лікарських засобів, зокрема нестероїдних протизапальних препаратів (НПЗП). У таких випадках алергологічне обстеження, включно з провокаційними тестами, може допомогти підтвердити причинно-наслідковий зв'язок між впливом певного тригера та виникненням КР, а також підібрати безпечні альтернативи або визначити максимально переносимі дози в пацієнтів, які потребують тривалого застосування НПЗП із приводу інших хронічних захворювань (наприклад, ішемічної хвороби серця, ревматоїдного артриту). Навчання пацієнтів також є важливим, оскільки дає змогу уникати повторного контакту з причинно-значущими алергенами. Дуже важливо диференціювати ГКР з іншими станами, що супроводжуються появою пухирів, зокрема з гостро анафілаксією, при якій симптоми, на відміну від ГКР, не персистують протягом кількох днів. Як і при ХКР, інші диференційні діагнози слід розглядати на підставі даних анамнезу.

Чи потрібно проводити рутинні діагностичні обстеження при ГКР?		
Не рекомендовано проводити рутинні діагностичні обстеження при ГКР	↓	Консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >75% згода.		

Таблиця 5. Мета діагностичних обстежень пацієнтів із ХКР			
Що необхідно оцінити в кожного пацієнта з ХСКР («7С»)			
Анамнез	Фізикальне обстеження ^а	Базові лабораторні обстеження ^б	Тест контролю КР (UCT)
Підтвердження (Confirm)	Виключення диференційних діагнозів		
Причини (Cause)	Пошук можливих причин захворювання; виявлення ознак аутоімунної ХСКР (аутоімунна ХСКР типу I/типу IIb)		
Кофактори (Cofactors)	Ідентифікація потенційних тригерів; факторів, що погіршують перебіг захворювання; модифікуючих чинників		
Супутні захворювання (Comorbidities)	Наприклад, оцінка наявності ХІКР, аутоімунних захворювань, проблем психічного здоров'я		
Наслідки (Consequences)	Наприклад, вплив на якість сну, психічний стан, сексуальну функцію, працездатність, соціальну активність		
Предиктори (Components)	Оцінка потенційних біомаркерів або предикторів відповіді на лікування		
Перебіг (Course)	Моніторинг активності ХСКР, її впливу та контролю		
Примітки. ^а – зокрема оцінка фото пацієнта; ^б – ЗАК з лейкоцитарною формулою, ШОЕ, СРБ; анти-ТПО, загальний IgE, якщо пацієнт перебуває під спостереженням спеціаліста.			

Діагностичне обстеження при ХСКР

Обстеження пацієнтів із ХСКР має 7 основних цілей:

1. Підтвердження діагнозу та виключення диференційних діагнозів, особливо в пацієнтів із лише АН.
2. Пошук головних причин хвороби.
3. Виявлення відповідних факторів, що впливають на активність захворювання.
4. Виявлення коморбідних станів.
5. Визначення наслідків ХСКР.
6. Оцінка предикторів тяжкості перебігу захворювання та відповіді на лікування.
7. Моніторинг активності хвороби, її впливу та контролю симптомів (табл. 5) [49].

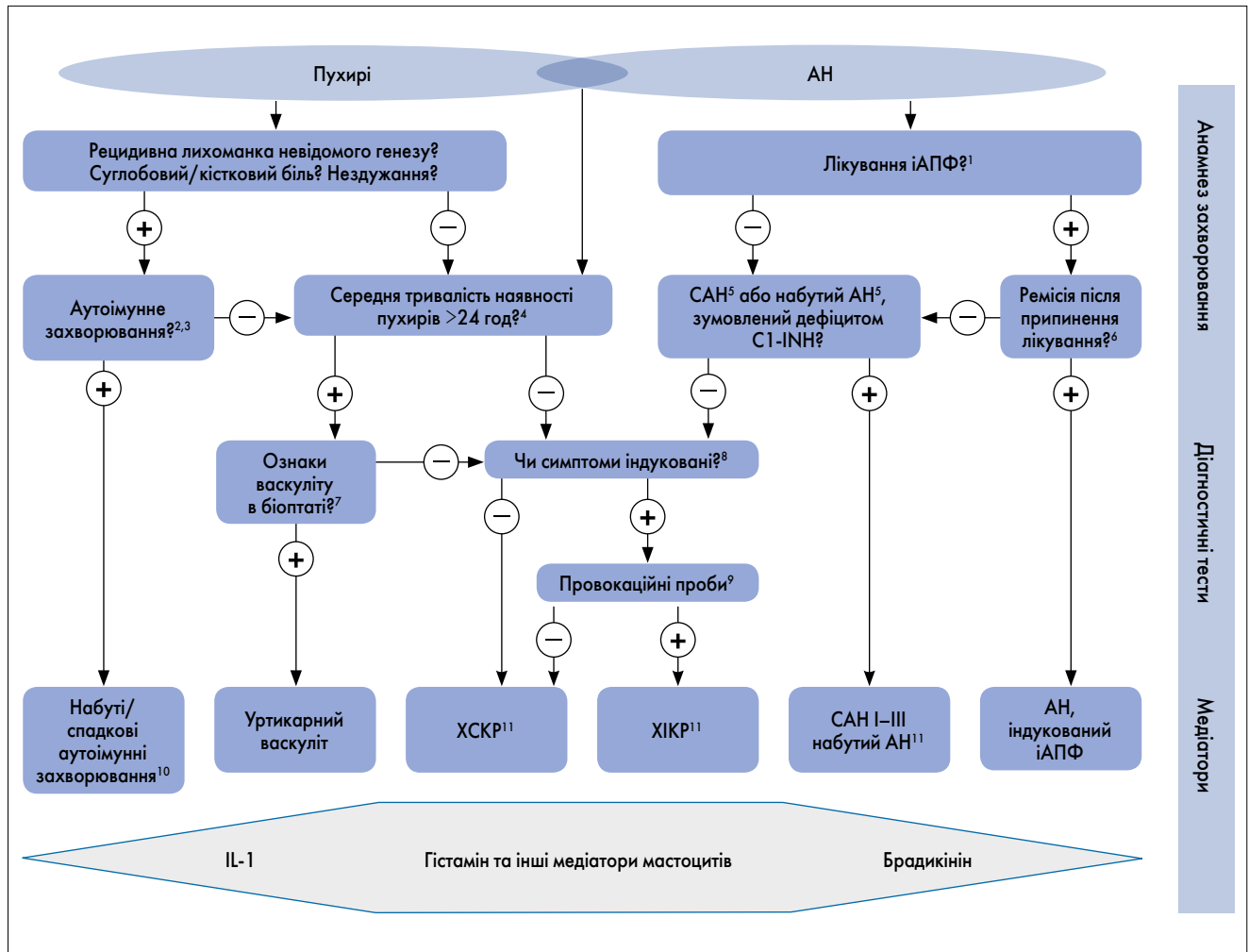
В усіх пацієнтів із ХСКР діагностичне обстеження має передбачати ретельний збір анамнезу, фізикальне обстеження (включно з оцінкою фотографій висипань і/або АН), базові лабораторні дослідження, а також оцінку активності захворювання, його вплив та рівень контролю. Для цього доцільно використовувати валідовані інструменти оцінки, що засновані на даних опитувальників пацієнтів (Patient Reported Outcome Measures, PROMs), зокрема корисними є **Шкала активності КР за 7 днів (Urticaria Activity Score over 7 days, UAS7)**, **Тест контролю КР (Urticaria Control Test, UCT)** та ін.

Базовими лабораторними обстеженнями є ЗАК з лейкоцитарною формулою і визначення ШОЕ, а також рівня СРБ в усіх пацієнтів задля виключення тяжких системних захворювань, як індикатори можливого паразитарного процесу, еозинofilії

та аутоімунної патології (наприклад, системного червоного вовчак). У пацієнтів, які перебувають під наглядом спеціаліста, можна додатково визначати рівні загального IgE та IgG-антитіл до тиреоїдної пероксидази (анти-ТПО), оскільки ці показники пов'язані з імовірністю відповіді на терапію омалізумабом [53]. Незважаючи на встановлений статистичний зв'язок, діагностична цінність і прогностична точність зазначених тестів залишаються обмеженими [54]. Наразі триває розробка валідованих біомаркерів, які б могли допомогти в прийнятті клінічних рішень. Подальші діагностичні обстеження можуть проводитися залежно від отриманих результатів, відповідно до рекомендацій, наведених у таблиці 4.

Підтвердження діагнозу ХСКР та виключення диференційних діагнозів

Пухирі або АН можуть спостерігатися не лише при ХСКР, а й при інших захворюваннях (рис. 1). У пацієнтів, в яких виникають лише пухирі (без АН), необхідно виключати уртикарний васкуліт [14] та аутозапальні захворювання [55], зокрема синдром Шніцлера або КАПС. У пацієнтів із рецидивним АН без пухирів диференційна діагностика має охоплювати брадикінін-опосередкований АН, зокрема індукований інгібіторами ангіотензинперетворювального ферменту (іАПФ) або гліптинами, а також САН (див. рис. 1). Диференційна діагностика ХСКР передусім базується на даних анамнезу (див. рис. 1) та може бути доповнена лабораторними й іншими обстеженнями (див. табл. 4).



Примітки. ¹ – крім іАПФ, відомо, що блокатори рецепторів ангіотензину II типу 1 (сартани), інгібітори дипептидилпептидази IV (гліптини) та інгібітори неперилізіну можуть спричинювати АН при комбінації з іАПФ, однак значно рідше;
² – у пацієнтів треба ретельно зібрати сімейний анамнез та з'ясувати вік дебюту захворювання;
³ – виявлення підвищених рівнів маркерів запалення (СРБ, ШОЕ), скринінг парпротеїнемії в дорослих, виявлення нейтрофільних інфільтратів при біопсії шкіри, проведення аналізу на генні мутації щодо спадкових синдромів періодичної лихоманки (наприклад, КАПС) якщо є серйозні підстави для підозри;
⁴ – уточнення інформації в пацієнта щодо тривалості кожного окремого елемента уртикарного висипу;
⁵ – визначення рівнів і функції С4-компонента комплементу, інгібітора С1-естерази (С1-INH); додатково визначити рівень С1q та антитіла до С1-INH за підозри на набутий АН, провести молекулярно-генетичне дослідження (аналіз мутацій генів), якщо попередні результати неінформативні, але анамнез пацієнта свідчить на користь САН;
⁶ – ремісія має настати протягом декількох днів, рідше за період до 6 міс після відміни застосування іАПФ;
⁷ – чи було виявлено при дослідженні біоптатів ураженої шкіри ушкодження дрібних судин папілярного та ретикулярного шарів дерми і/або фібриноїдні відкладення в периваскулярному та інтерстиціальному просторах, що можуть бути свідченнями уртикарного васкуліту;
⁸ – необхідно з'ясувати в пацієнта, чи може щось провокувати появу пухирів;
⁹ – пацієнтам із симптомами ІКР в анамнезі, треба провести стандартизовані провокаційні проби згідно з міжнародними консенсусними рекомендаціями [40];
¹⁰ – до набутих аутозапальних синдромів належать: синдром Шніцлера, а також системний ювенільний ідіопатичний артрит і хвороба Стілла в дорослих; до спадкових аутозапальних синдромів належать КАПС (сімейний холодний аутозапальний синдром (Familial Cold Autoinflammatory Syndrome, FCAS), синдром Макла-Уеллса (Muckle-Wells syndrome, MWS) і мультисистемне запальне захворювання неонатального віку (multisystem inflammatory Disease, NOMID), рідше – гіпер-IgD-синдром (hyper-IgD syndrome, HIDS) і періодичний синдром, пов'язаний із рецептором до фактора некрозу пухлин α (tumor necrosis factor receptor α-associated periodic syndrome, TRAPS);
¹¹ – в рідкісних випадках рецидивний АН не опосередковується ані медіаторами опасистих клітин, ані брадикініном, основні патофізіологічні механізми виникнення цього стану залишаються невідомими. Деякі автори називають такі випадки «ідіопатичний АН»;
¹² – відомо кілька підтипів САН: САН-1 – зумовлений кількісним дефіцитом С1-інгібітора; САН-2 – зумовлений дисфункцією С1-інгібітора; САН із нормальним рівнем і функціональною активністю С1-INH (без патології системи комплементу), зокрема САН внаслідок мутації FXII (фактора XII), ANGPT1 (ангіопоетину-1), PLG (плазміногену), KNG1 (кініногену), MYOF (міоферліну), HS3ST6 (гепарансульфат-глюкозамін-3-О-сульфотрансферази) і CPN (карбоксипептидази N) або САН із невідомою мутацією.

Рис. 1. Діагностичний алгоритм у пацієнтів з уртикарними висипаннями і/або АН

Чи слід проводити диференційну діагностику в пацієнтів із ХСКР?		
Рекомендується розглянути проведення диференційної діагностики в усіх пацієнтів з ознаками або симптомами ХКР згідно з алгоритмом поточних рекомендацій	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – 100% згода.		
Які рутинні діагностичні обмеження слід здійснювати в пацієнтів із ХСКР?		
Рекомендовано проводити обмежену кількість досліджень. Базові лабораторні дослідження охоплюють: ЗАК з лейкоцитарною формулою, СРБ та/або ШОЕ, а в спеціалізованій медичній практиці – загальний IgE, анти-ТПО та інші біомаркери, якщо необхідно. Подальші діагностичні заходи рекомендується здійснювати на основі анамнезу та результатів огляду, особливо в пацієнтів із тривалим та/або неконтрольованим перебігом захворювання	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >70% згода		
Чи слід проводити рутинні діагностичні заходи в пацієнтів з ІКР?		
Рекомендовано проводити провокаційні проби з метою діагностики ХІКР. Рекомендовано визначати пороговий рівень провокації для оцінки активності захворювання та проводити Тест контролю КР (UCT) для оцінки контролю захворювання в пацієнтів із ХІКР	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Виявлення причинних факторів ХСКР

Патогенез ХСКР дотепер остаточно не з’ясований, але добре відомо, що її клінічні прояви зумовлені активацією опасистих клітин шкіри з подальшим вивільненням медіаторів і реалізацією їхніх ефектів. ГКР часто виникає після інфекцій верхніх дихальних шляхів [56], включно з COVID-19 [57], і в частині випадків може трансформуватися у ХСКР [58, 59]. У рідкісних випадках розвитку ХСКР можуть сприяти хронічні (латентні) інфекції, а в поодиноких — описано зв’язок із наявністю злоякісних новоутворень [60]. Однак достеменно невідомі механізми зв’язку згаданих інфекцій із нещодавно описаними варіантами ХСКР, які отримали назву «аутоімунна типу І» (ХСКРaITi, або «аутоалергічна» ХСКР), яка розвивається за участю IgE-аутоантитіл до власних антигенів; та «аутоімунна типу ІІb» (ХСКРaITIIb) за участю активуючих IgG-аутоантитіл, спрямованих на опасисті клітини.

При ХСКР невстановленої етіології ймовірно існують інші, поки що не ідентифіковані механізми, що призводять до дегрануляції опасистих клітин. Дані анамнезу та фізикального обстеження можуть вказувати на можливі причини захворювання. Результати базових лабораторних досліджень можуть бути інформативними щодо подальшого виявлення причин, зокрема ХСКР типу ІІb часто асоціюється з підвищеним рівнем СРБ та зниженням кількості еозинофілів і базофілів [61, 62]. Додаткове визначення рівня анти-ТПО та загального IgE також може бути корисним, оскільки для пацієнтів із ХСКР типу ІІb характерні низькі або дуже низькі рівні загального IgE та підвищені — анти-ТПО [53].

Однак, попри те що продемонстровано клінічний зв’язок між цими лабораторними маркерами та ендотипами КР, їхня клінічна цінність залишається обмеженою через відсутність досліджень діагностичної точності. Наразі можуть бути запропоновані певні порогові значення, однак вони не можуть використовуватися для остаточної класифікації ендотипів [54]. Більш складні дослідження, такі як тест активації базофілів для виявлення ХСКР типу ІІb, можуть надавати додаткову інформацію, проте не застосовуються рутинно і мають призначатися з урахуванням анамнезу, даних фізикального обстеження та результатів базових лабораторних тестів.

До інших потенційних причинних факторів ХСКР належать активні захворювання щитоподібної залози, інфекції, онкологічна патологія, запальні процеси, харчові продукти та лікарські засоби, причому ці фактори можуть виступати як причинними, так і такими, що погіршують перебіг захворювання [48]. Рутинне використання поглиблених та дороговартісних скринінгових обстежень із метою пошуку причин КР не рекомендовано. Важливо розуміти, що частота різних причинних факторів може суттєво відрізнятись залежно від регіону, а регіональні відмінності наразі вивчені недостатньо.

Виявлення факторів, що погіршують перебіг захворювання

Виявлення станів і факторів, що погіршують перебіг ХСКР, таких як певні лікарські засоби, харчові продукти, стрес і інфекції, може допомогти як лікарю, так і пацієнту краще зрозуміти перебіг захворювання та потенційно вплинути на нього.

Лікарські засоби можуть спричиняти уртикарні реакції з появою пухирів безпосередньо після їх застосування за обома механізмами — як за IgE-опосередкованими (наприклад, пеніцилін), так і за не-IgE-опосередкованими (наприклад, НПЗП). Не-IgE-опосередковані реакції можуть також підсилювати активність уже наявної ХСКР. НПЗП — препарати, які найчастіше спричиняють загострення ХСКР, що спостерігають приблизно у чверті пацієнтів, винятком є парацетамол (ацетамінофен) та/або інгібітори циклооксигенази-2 (ЦОГ-2), які вважаються більш безпечними варіантами для пацієнтів із ХСК. Отже, лікарю необхідно обов’язково уточнювати факт прийому НПЗП пацієнтом, у тому числі епізодичний (за потреби), і рекомендувати пацієнтам із підтвердженою НПЗП-індукованою КР уникати їх застосування.

За нез’ясованого анамнезу задля уникнення необґрунтованих обмежень можуть розглядатися провокаційні тести з НПЗП. Водночас за необхідності застосування ацетилсаліцилової кислоти (АСК) в низьких дозах як антитромботичної терапії не завжди є потреба в її відміні. Заміна на інший антитромботичний засіб приблизно на 4 тиж може допомогти оцінити причинно-наслідковий зв’язок; у разі збереження симптомів можливе повторне призначення АСК. Рутинне проведення провокаційних тестів із НПЗП не рекомендоване, якщо клінічний анамнез чітко вказує на наявність реакції. Деякі дослідження свідчать, що такі тести можуть бути корисними для оцінки переносимості після досягнення контролю захворювання або ремісії, однак для формування чітких рекомендацій необхідні додаткові дані [63].

Харчова алергія рідко є тригером ХСКР, однак її наявність необхідно виключати в межах диференційної діагностики при повторних епізодах короточасної появи пухирів. Однак харчова алергія може співіснувати з КР як коморбідний стан, зокрема при оральному алергічному синдромі (ОАС). Крім того, загострення ХСКР можуть провокувати неалергічні реакції на харчові продукти, тому лікарю треба уточнювати в пацієнта наявність подібних закономірностей. На підставі отриманої від пацієнта інформації в окремих випадках можуть застосовуватися діагностичні дієти, зокрема з обмеженням вживання псевдоалергенів із низьким умістом гістаміну, як індивідуальний діагностичний інструмент. Такі дієти потрібно застосовувати тільки протягом обмеженого часу, щоб уникнути побічних ефектів і ризиків для здоров’я; зазвичай рекомендована тривалість становить 2-3 тижні. Важливо, щоб діагностичні дієти не затримували початок ефективного лікування. Треба також уникати гіпердіагностики так званої гістамінової непереносимості, оскільки це може призводити до необґрунтованих дієтичних обмежень і нерационального використання комерційних харчових добавок.

Вочевидь, перебіг ХСКР може погіршуватися через стрес — третина пацієнтів зазначають його як обтяжувальний фактор розвитку загострення [64, 65]. Лікарю слід з’ясувати, чи впливає стрес на перебіг захворювання, та довести до відома пацієнта, що заходи зі зниження рівня стресу можуть бути корисними щодо перебігу його хвороби.

Виявлення коморбідних станів і наслідків ХСКР

При ХСКР найчастішими коморбідними станами є ХІКР, аутоімунні захворювання, метаболічний синдром та алергічні захворювання. Психічні розлади, такі як депресія і тривога, сексуальна дисфункція і порушення сну, також є поширеними наслідками ХСКР [66, 67]. Нещодавні дослідження свідчать про можливий зв’язок між ХСКР і підвищеною смертністю, особливо внаслідок суїциду, що, ймовірно, пов’язано з її коморбідними станами [68]. Тому будь-які дані анамнезу, фізикального обстеження або базових діагностичних досліджень, що вказують на наявність коморбідності чи негативних наслідків ХСКР, мають бути підставою для більш глибокого подальшого обстеження. Такі обстеження можуть передбачати скринінг на певні захворювання за допомогою опитувальників, провокаційних проб, додаткових лабораторних досліджень або скерувань до інших вузьких спеціалістів.

Таблиця 6. Лікарські засоби, що застосовуються для лікування КР та впливають на коморбідні стани	
Коморбідний стан	Препарат, що застосовується при КР та впливає на коморбідний стан
Астма	Омалізумаб, дупілумаб
Алергічний риніт	H ₁ -антигістамінні препарати (АГП), омалізумаб
Атопічний дерматит	Дупілумаб
Синусит/поліпоз носа	Омалізумаб, дупілумаб
Харчова алергія	Омалізумаб

Було виявлено низку біомаркерів, що можуть бути індикаторами коморбідних станів, зокрема інших аутоімунних захворювань [69]. У таблиці 6 наведено перелік лікарських засобів, що застосовуються для лікування КР та можуть впливати на коморбідні стани.

Виявлення предикторів перебігу захворювання та відповіді на лікування

При ХСКР тривалість захворювання, тяжкість його перебігу та відповідь на лікування пов’язані з клінічними характеристиками і лабораторними маркерами. Дотепер жоден із них не є достовірним предиктором, але вони можуть допомогти лікарям у консультуванні пацієнтів щодо тяжкості захворювання, імовірної тривалості та очікуваних результатів лікування. Наприклад, наявність супутньої ХІКР, висока активність захворювання, підвищений рівень СРБ та/або наявність АН є ознаками тривалішого перебігу ХСКР і субоптимальної відповіді на антигістамінну терапію [70-73].

Оцінка активності ХСКР, її вплив на якість життя і контроль захворювання

Необхідно оцінювати активність захворювання, його вплив на якість життя (ЯЖ) та рівень контролю під час кожного візиту пацієнта, який страждає на ХКР. З цією метою використовують такі валідовані інструменти, як PROMs, зокрема: шкалу активності КР (Urticaria Activity Score, UAS), а також її тижневий варіант — UAS7, шкалу активності холінергічної КР (Cholinergic Urticaria Activity Score, CholUAS), шкалу активності АН (Angioedema Activity Score, AAS), опитувальник щодо ЯЖ при ХКР (Chronic Urticaria Quality of Life Questionnaire, CU-Q2oL), опитувальник щодо ЯЖ при АН (Angioedema Quality of Life Questionnaire, AE-QoL), тест контролю симптомів КР (Urticaria Control Test, UCT) і тест контролю АН (Angioedema Control Test, AECT) [74, 75]. Вказані інструменти доступні багатьма мовами.

У повсякденній практиці ведення пацієнта зручною є щоденна реєстрація показника UAS протягом 1 міс (у паперовому вигляді або у цифровому застосунку, наприклад CRUSE control application [76]), яка дає цінну інформацію про динаміку симптомів захворювання. UAS7 та інші інструменти, такі як UCT, відображають середню вираженість симптомів, а щоденний моніторинг UAS дає змогу виявити фактори, що погіршують перебіг, наприклад застосування НПЗП.

У пацієнтів із ХСКР, в яких є уртикарні висипання, активність захворювання треба оцінювати за допомогою UAS7 як у рутинній клінічній практиці, так і в рамках

Таблиця 7. Шкали UAS і AAS для оцінки активності перебігу ХСКР		
Шкала оцінки активності ХКР – UAS		
Оцінка	Характеристика і кількість пухирів	Характеристика свербіж
0	Немає	Немає
1	Незначна кількість (<20 пухирів / 24 год)	Слабко виражений (наявний, але не спричиняє значного дискомфорту)
2	Помірна кількість (20–50 пухирів / 24 год)	Помірно виражений (турбує, однак не впливає на повсякденну активність і сон)
3	Значна кількість (>50 пухирів / 24 год чи великі ділянки пухирів, що зливаються)	Інтенсивний (значною мірою порушує повсякденну активність або сон)
Шкала оцінки активності АНН – AAS		
Оцінка	Питання	Варіанти відповіді
–	Чи був у вас епізод набряку за останні 24 год?	Ні/Так
0–3	В який час доби був/були епізод/епізоди набряку? (будь ласка, зазначте всі відповідні проміжки часу)	0:00–8:00, 8:00–16:00, 16:00–24:00
0–3	Наскільки вираженим є/був дискомфорт, спричинений епізодом/епізодами набряку/набряками (наприклад, біль, печіння, свербіж?)	Дискомфорту немає, легкий дискомфорт, помірний дискомфорт, виражений дискомфорт
0–3	Наскільки набряк/набряки обмежує/обмежувал вашу повсякденну діяльність?	Немає обмеження, незначне обмеження, значне обмеження, неможливо займатися повсякденною діяльністю
0–3	Чи вважаєте ви, що епізод/епізоди набряку негативно вплинув/вплинули на вашу зовнішність?	Ні, незначною мірою, помірно, сильно
0–3	Як би ви оцінили загальну тяжкість епізоду/епізодів набряку?	Відсутня, легка, помірна, значна

Продовження на стор. 20.

Міжнародні рекомендації щодо визначення, класифікації, діагностики та лікування кропив'янки, 2026

Продовження. Початок на стор. 16.

клінічних досліджень (табл. 7). UAS7 є уніфікованою і простою у використанні системою оцінювання, що була запропонована і валідована в попередній версії рекомендацій [77, 78]. Вона охоплює два ключові симптоми КР – пухири та свербіж – на основі щоденної самооцінки пацієнта, що робить її особливо цінним інструментом. Використання UAS7 забезпечує можливість стандартизованого порівняння результатів між різними дослідженнями та центрами. З огляду на варіабельний характер КР, найбільш надійним способом оцінки загальної активності захворювання є щоденна фіксація симптомів протягом кількох днів. UAS7, що розраховується як сума щоденних балів за 7 послідовних днів, слід рутинно використовувати для моніторингу активності захворювання та відповіді на лікування в пацієнтів із ХСКР. У пацієнтів із ХСКР, в яких розвивається АН (з пухирями або без них), для оцінки активності захворювання необхідно застосовувати шкалу ААС (див. табл. 7) [79]. Пацієнтам із ХСКР, в яких наявні як пухири, так і АН, для оцінки тяжкості перебігу захворювання необхідно використовувати комбінацію шкал UAS7 і ААС.

Для UAS7 сума балів (0-3 для пухирів + 0-3 для свербіжу) за кожен день підсумовують протягом 1 тижня (7 днів), максимальне значення – 42. Для ААС бали підсумовують до добового сумарного показника (ААС денна сума балів, 0-15), 7 добових показників формують тижневий показник (ААС7, 0-105), а 4 тижневі показники – 4-тижневий (ААС28, 0-420). Авторські права на UAS належать GA²LEN; авторські права на ААС (версія для Великої Британії) – MOXIE GmbH (www.moxie-gmbh.de).

Окрім оцінки активності захворювання важливо визначати вплив хвороби на ЯЖ, а також рівень контролю захворювання як у клінічній практиці, так і в рамках досліджень. Для оцінки ступеня порушення ЯЖ у пацієнтів із ХСКР із пухирями треба використовувати опитувальник CU-Q2oL. У пацієнтів із ХСКР з АН, незалежно від наявності пухирів, потрібно застосовувати AE-QoL. У пацієнтів із поєднанням пухирів та АН доцільно використовувати обидва інструменти.

Чи слід у пацієнтів із ХСКР проводити оцінку активності захворювання, впливу на ЯЖ та контролю перебігу хвороби?		
Рекомендовано оцінювати в пацієнтів із ХСКР активність захворювання, його вплив на ЯЖ та рівень контролю під час кожного візиту	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – 100% згода.		
Які інструменти слід застосовувати для оцінки та моніторингу активності захворювання в пацієнтів із ХСКР?		
Рекомендовано застосовувати UAS7 та/або ААС для оцінки активності захворювання в пацієнтів із ХСКР	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – 100% згода.		
Які інструменти слід використовувати для оцінки та моніторингу порушення ЯЖ у пацієнтів із ХСКР?		
Рекомендуємо використовувати опитувальники CU-Q2oL та/або AE-QoL для оцінки порушення ЯЖ у пацієнтів із ХСКР	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		
Які інструменти слід використовувати для оцінки та моніторингу контролю перебігу захворювання в пацієнтів із ХСКР?		
Рекомендовано використовувати тест UCT та/або тест АЕСТ для оцінки контролю захворювання в пацієнтів із ХСКР	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Діагностичне обстеження при ХІКР

У пацієнтів із ХІКР рутинне діагностичне обстеження має відповідати консенсусним рекомендаціям щодо визначення, діагностики та ведення ХІКР [52]. Діагностичні заходи при ХІКР фокусуються на трьох основних моментах: виключення диференційних діагнозів, визначення підтипу ХІКР та встановлення порогових рівнів для тригерів [52]. Останній пункт є важливим, оскільки дає можливість оцінювати активність захворювання та відповідь на лікування.

Для більшості підтипів ХІКР для проведення провокаційних тестів доступні валідовані інструменти [52]. Прикладами є методи діагностики холодової та теплової КР,

для яких доступний пристрій для провокаційного тестування на основі елемента Пельтьє (TempTest) [83], при симптоматичному дермографізмі – дермографометри (Dermographic Tester, FricTest) [84, 85], а також тести для діагностики уповільненої КР від тиску (Dermographic Tester). У разі холінергічної КР доступний ступінчастий провокаційний тест із використанням амбулаторних методів, наприклад пульс-контрольованої ергометрії [86, 87]. Новий індекс активності холінергічної КР дає можливість виявляти тригери в повсякденному житті [88]. Пацієнтів із контактною [89] або аквагенною КР [90] треба обстежувати за допомогою відповідних шкірних провокаційних тестів.

Контроль захворювання в разі ХІКР оцінюють шляхом визначення порогових рівнів при провокаційних тестах, а також за допомогою валідованих інструментів, таких як UCT та АЕСТ. Для кількох підтипів ХІКР доступні або перебувають у стадії розробки PROMs для оцінки активності захворювання та його впливу [87, 91].

Діагностика КР у дітей

КР може виникати в осіб будь-якого віку, у тому числі в немовлят і дітей раннього віку. Останні дані свідчать, що в дітей поширеність ХІКР і ХСКР, а також клінічні характеристики, причини ХСКР та відповідь на лікування є дуже подібними до таких у дорослих [92-99]. Діагностичне обстеження ХСКР у дітей має ті самі цілі, що й у дорослих. Необхідно виключити диференційні діагнози, приділяючи особливу увагу КАПС – рідкісному аутозапальному захворюванню, що маніфестує в дитячому віці у вигляді уртикароподібного висипу, який супроводжується гарячкою [100].

За можливості (залежно від віку дитини) активність захворювання, його вплив на ЯЖ і рівень контролю необхідно оцінювати за допомогою інструментів, подібних до тих, що застосовуються в дорослих. UAS7 і UCT валідовані для використання в дітей [101, 102], інші специфічні валідовані інструменти для діагностики КР у дітей наразі відсутні. Необхідно виявляти тригери загострення, а також, за показаннями, проводити пошук можливих причин аналогічно до підходів у дорослих, що є важливою складовою діагностичного процесу. У дітей із ХІКР потрібно проводити аналогічні провокаційні тести і визначати порогові рівні для тригерів (настільки, наскільки це можливо з урахуванням віку дитини та її здатності до співпраці).

Лікування КР

Основні принципи

1. Метою лікування є терапія захворювання до його повного подолання максимально ефективним і безпечним способом, із досягненням стійкого повного

контролю (стабільні показники UAS = 0 / UCT = 16) та нормалізації ЯЖ [103, 104].

2. Підхід до лікування ХКР має передбачати:

- пошук і, за можливості, елімінацію причинних факторів, що означатиме вилікування захворювання;
- уникнення тригерних факторів, що зменшує активність захворювання;
- індукцію толерантності при деяких формах ХІКР, що зменшує активність захворювання;
- застосування фармакотерапії для запобігання вивільненню медіаторів опасистих клітин та/або їхнім ефектам, що зменшує активність захворювання.

3. Лікування має ґрунтуватися на базовому принципі «настільки інтенсивне, наскільки необхідно, і настільки мінімальне, наскільки можливо», з урахуванням активності захворювання і його варіабельності [105]. Це передбачає тактику «крок угору – крок униз» відповідно до перебігу захворювання за принципом «оцінити – діяти – коригувати – повторно оцінити» (рис. 2). Важливо підкреслити, що пацієнти потребують належного консультування щодо безперервного лікування та використання PROMs), зокрема щодо застосування UAS.

Чи має бути ціллію лікування КР повний контроль симптомів?		
Рекомендовано прагнути повного контролю симптомів КР, максимально враховуючи безпеку та ЯЖ кожного окремого пацієнта	↑↑	Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Виявлення та усунення основних причин і уникнення тригерних факторів

Хоча це є бажаним, у більшості пацієнтів із КР усунення основних причин наразі неможливе. У більшості пацієнтів із ХІКР і гострою спонтанною КР причини залишаються невідомими. Схожа ситуація і з ХСКР, хоча й визначено кілька поширених її чинників, таких як аутоімунні механізми типу I та IIb, однак сьогодні для них немає етіотропного лікування. За допомогою плазмаферезу можна тимчасово зменшити рівень аутоантитіл у деяких пацієнтів із тяжким перебігом ХСКР [106], але досвід застосування цієї процедури обмежений, доказова база недостатня, а вартість є високою.

Уникнення тригерних факторів, якщо це можливо, може бути корисним для пацієнтів із КР [107]. Так, при ХІКР уникнення специфічних і чітко визначених тригерів, наприклад холоду при холодовій КР, допомагає зменшити активність захворювання. У разі ХСКР уникнення індивідуально значущих неспецифічних тригерів, таких як стрес або прийом НПЗП, може сприяти зменшенню частоти й вираженості загострень. Водночас у пацієнтів із ХІКР надзвичайно важливо знайти баланс

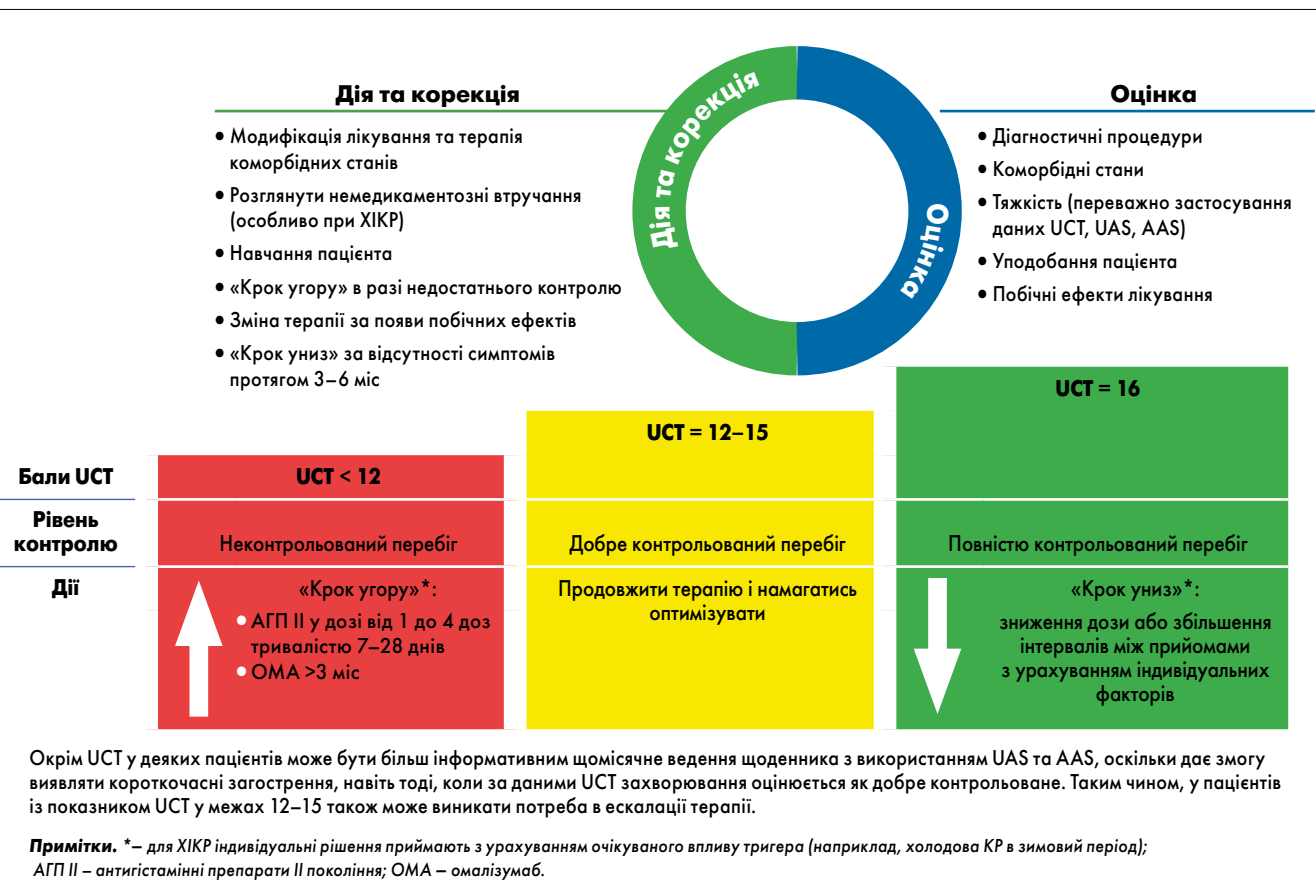


Рис. 2. ХКР: прийняття рішень щодо лікування та корекції терапії

між уникненням тригерів і збереженням ЯЖ, а також професійною і соціальною активністю. Наприклад, рекомендації повністю уникати фізичних навантажень пацієнтам із холінергічною КР або уникати перебування на відкритому повітрі пацієнтам із сонячною КР не мають бути метою пацієнт-орієнтованого підходу.

Лікарські засоби

Якщо під час діагностичного обстеження виникає підозра, що лікарські засоби можуть сприяти розвитку симптомів, їх треба повністю відмінити або, за необхідності, замінити препаратами іншого класу. Препарати, що спричиняють реакції гіперчутливості (особливо НПЗП), можуть не лише індукувати, а й посилювати вже наявну ХСКР. Отже, у таких випадках їх відміна може призвести лише до часткового покращення симптомів у деяких пацієнтів.

Чи слід рекомендувати пацієнтам із ХСКР припиняти застосування препаратів, відносно яких є підозра, що вони погіршують симптоми захворювання?		
Рекомендовано пацієнтам із ХСКР припиняти прийом препаратів, щодо яких є підозра, що вони погіршують симптоми захворювання, наприклад НПЗП		Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Чітко визначені та специфічні тригери при ХІКР

Уникнення або зменшення впливу специфічних тригерів при ХІКР може сприяти зняттю частоти появи пухирів і АН. Однак цього підходу зазвичай недостатньо для контролю захворювання, яке стає значним тягарем для пацієнтів. Пацієнтам необхідно надавати інформацію, яка допомагає їм розпізнавати та мінімізувати вплив відповідних тригерів. Наприклад, пацієнтів з уповільненою КР від тиску потрібно інформувати, що тиск визначається як сила, розподілена на площу, і що прості заходи, такі як використання сумок із широкими ручками, можуть допомогти запобігти появі симптомів. Подібні принципи застосовують і при холодовій КР, коли треба враховувати охолоджувальний вплив вітру (wind chill effect) під час вітряної погоди. При сонячній КР точне визначення діапазону хвиль, що спричиняють симптоми, може бути важливим для правильного підбору сонцезахисних засобів або джерел світла з фільтром UV-A. Однак у багатьох пацієнтів поріг чутливості до відповідного фізичного тригера є низьким, і повне уникнення симптомів практично неможливе. Наприклад, тяжкий симптоматичний дермографізм іноді помилково розцінюють як ХСКР, оскільки спостерігають на перший погляд спонтанну появу пухирів, тоді як навіть тертя вільного одягу об шкіру або випадкове розчісування можуть легко спричинити їх появу в цих ділянках.

Інфекції та запальні процеси

На відміну від ХІКР, ХСКР пов’язана з різноманітними запальними та інфекційними захворюваннями, а також із вакцинацією [58, 108]. У деяких випадках цей зв’язок вважається значущим, однак результати досліджень є суперечливими і мають методологічні обмеження. До інфекцій, які можуть сприяти посиленню активності ХСКР, належать інфекції шлунково-кишкового тракту, зокрема спричинені *Helicobacter pylori*, хворобу Лайма, а також бактеріальні інфекції носоглотки [109–113]. Хоча зв’язок із КР у конкретного пацієнта не завжди є очевидним, а метааналізи свідчать про низький рівень доказів ефективності ерадикаційної терапії [109], *H. pylori* треба елімінувати з огляду на можливий зв’язок із раком шлунка [114]. Крім того, показано, що сам по собі *H. pylori* не є безпосереднім тригером; натомість вирішальне значення має розвиток гастриту, і симптоми КР зменшуються лише за умови його адекватного лікування [110].

Кишкові паразити, які є рідкісною причиною ХСКР у розвинених країнах, необхідно елімінувати за наявності відповідних показань [109, 115–116]. У минулому кишковий кандидоз розглядався як важлива причина ХСКР [109], однак сучасні дані не підтверджують його суттєвої етіологічної ролі [117].

Окрім інфекцій тригерами ХСКР також можуть виступати хронічні запальні процеси при інших захворюваннях. Часто вони є вторинними щодо інфекцій. Це особливо стосується гастриту, рефлюкс-езофагіту, а також запалення жовчовивідних протоків або жовчного міхура [118, 119]. Таким чином, показано, що успішна ерадикація *H. pylori* впливає на перебіг ХСКР лише за умови одночасного лікування супутнього запального процесу, зокрема гастриту та езофагіту [110]. Водночас, як і у випадку інфекцій, не завжди можливо чітко визначити, чи ці стани є причинно-значущими щодо симптомів ХСКР, проте їх потрібно лікувати незалежно від цього, оскільки багато з них

можуть бути пов’язані з ризиком розвитку злоякісних новоутворень.

Стрес

Механізми загострення, індукованого стресом, вивчені недостатньо, деякі дані свідчать про зв’язок між активністю захворювання в пацієнтів із ХСКР і стресом [65, 120]. Потрібні подальші дослідження для визначення поширеності та клінічної значущості загострень ХСКР, пов’язаних зі стресом, а також для з’ясування їхніх механізмів. У рамках пацієнт-орієнтованого підходу обговорення впливу стресу та можливостей його зменшення є частиною ведення пацієнтів із ХКР [64].

Зменшення рівнів функціональних аутоантитіл

Пряме зниження рівня функціональних аутоантитіл за допомогою плазмаферезу може мати тимчасовий ефект у деяких пацієнтів із тяжким перебігом захворювання [106]. З огляду на обмежений досвід застосування та високу вартість цього методу терапії, його доцільно розглядати в пацієнтів із ХСКР з наявністю аутоантитіл, які не відповідають на інші методи лікування. Рівень аутоантитіл, а також, імовірно, активованих Т-лімфоцитів може також знижуватися під впливом імуносупресивної терапії, зокрема циклоспорину [121].

Харчові фактори

IgE-опосередкована харчова алергія вкрай рідко є причиною ХСКР [119, 122]. Якщо її виявлено, відповідні харчові алергени треба максимально виключити, що призводить до ремісії менш ніж за 24 години. У деяких пацієнтів із ХСКР описані псевдоалергічні реакції (не-IgE-опосередковані реакції гіперчутливості) на природні компоненти їжі, а в окремих випадках – на харчові добавки [119, 122–126]. У різних країнах досліджували ефективність дієти з низьким умістом псевдоалергенів, яка полягає в мінімальному псевданні як природних, так і штучних харчових псевдоалергенів [127]. Також у частини пацієнтів покращення симптомів може спостерігатися при дотриманні дієти з низьким умістом гістаміну [128]. Ці дієтичні підходи піддавалися критиці, а їхня ефективність не була підтверджена в добре спланованих подвійних сліпих плацебо-контрольованих дослідженнях, проведення яких, однак, ускладнене, оскільки дієта має контролюватися протягом 14 днів. Утім усі відкриті дослідження демонстрували позитивний ефект цього методу. Перевагою такого підходу є відсутність витрат на медикаментозне лікування, що має значення в умовах відсутності реімбурсації, однак цей підхід потребує високої прихильності пацієнта, а його ефективність може значно варіювати залежно від регіональних особливостей харчування. Потрібні подальші дослідження впливу природних і штучних компонентів їжі на перебіг КР.

Індукування толерантності

Індукування толерантності може бути корисним за деяких підтипів ХІКР. Прикладами можуть бути холодова, холінергічна та сонячна КР, при яких показано, що швидке індукування толерантності за допомогою UV-A (rush-терапія) може бути ефективним уже протягом 3 днів [129]. Однак індукована толерантність зберігається лише кілька днів, тому необхідний регулярний щоденний вплив відповідного стимулу на рівні, близькому до порогового. Індукування та підтримання толерантності часто не є прийнятними для пацієнтів, оскільки, наприклад, при холодовій КР для досягнення ефекту потрібні щоденні холодні ванни або душ.

Симптоматичне фармакологічне лікування
Мета і необхідність безперервного, але адаптованого лікування

Загальною метою ведення пацієнтів із КР є досягнення повного контролю симптомів і підтримання ефективного й безпечного лікування до повноговилікування захворювання. Воно передбачає немедикаментозні заходи, такі як уникнення тригерів (як описано вище), у комбінації з фармакотерапією із застосуванням мінімальної ефективної дози препарату або комбінації препаратів, що дають змогу підтримувати повний контроль симптомів. Для забезпечення оптимального лікування пацієнтів необхідно регулярно оглядати, а корекцію терапії слід проводити залежно від вираженості симптомів. За необхідності підвищення доз (крок угору) необхідно також враховувати час настання ефекту, наприклад при застосуванні АГП додаткового покращення навряд чи можна очікувати після 1–2 тиж лікування, оскільки насичення рецепторів досягається через тиждень. При зменшенні інтенсивності терапії (крок униз) існують різні підходи, однак під час вибору першого кроку важливим фактором є вартість лікування.

Цілі лікування

Сучасні рекомендовані та ефективні методи лікування КР спрямовані, зокрема, на медіатори опасистих клітин, що діють на рецептори нервових закінчень і ендотелію, здатність опасистих клітин вивільняти медіатори або на їх активацію аутоімунними тригерами. Нові терапевтичні підходи, що перебувають у стадії розробки, спрямовані на ефективнішу регуляцію запалення 2-го типу, пригнічення активності опасистих клітин через інгібіторні рецептори або зменшення їх кількості. Загальною метою всіх цих симптоматичних методів лікування є досягнення повної відсутності симптомів у пацієнтів до моменту, коли епізод КР буде повністю контрольований на тлі терапії, а в майбутньому в ідеалі – створення етіотропного фармакологічного лікування. Для досягнення цієї мети фармакотерапія має бути безперервною – до моменту, коли вона більше не потрібна.

Неседативні Н₁-АГП II покоління, наприклад, не-обхідно застосовувати щоденно для запобігання появі пухирів і АН, а не «за потреби». Такий підхід обґрунтований їхнім сприятливим профілем безпеки (наявні дані багаторічного безперервного застосування, у тому числі під час вагітності), результатами рандомізованих контрольованих досліджень і досліджень в умовах реальної клінічної практики [130–132], а також механізмом дії – зокрема, ефектом інверсного агонізму щодо Н₁-рецептора, що стабілізує його в неактивному стані. Хоча безперервне застосування активної терапії також рекомендоване, особливо при дуже активній і неконтрольованій ХІКР, деякі пацієнти можуть отримувати користь від короточасного профілактичного застосування АГП перед очікуваним впливом тригера. У пацієнтів із ХІКР рішення щодо регулярного чи епізодичного застосування АГП II покоління має прийматися індивідуально, з урахуванням наявності та передбачуваності тригерів.

АГП

Н₁-АГП застосовують для лікування КР з 1950-х років. АГП I покоління виявляють виражені антихолінергічні та седативні ефекти, а також характеризуються численними взаємодіями з алкоголем і іншими лікарськими засобами, такими як аналгетики, снодійні, седативні та психотропні препарати. Вони також можуть порушувати фазу швидкого сну (REM-сон) і негативно впливати на навчання та когнітивну продуктивність. Порушення особливо виражені при багатозадачності та виконанні складних сенсомоторних завдань, таких як керування транспортними засобами. У позиційному документі GA²LEN [133] наполегливо рекомендується більше не застосовувати АГП I покоління в алергології у дорослих і особливо в дітей. Цю позицію підтримують також рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров’я (BOO3) та міжнародної ініціативи «Алергічний риніт і його вплив на астму» (Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma, ARIA) [134]. На основі переконливих доказів потенційно серйозних побічних ефектів АГП I покоління (включно з описаними випадками летального передозування) [135] не рекомендується їх застосування як препаратів першої лінії для рутинного лікування ХКР) [136].

Сучасні АГП II покоління не виявляють седативного ефекту або виявляють мінімальний і позбавлені антихолінергічних властивостей [137]. Однак два препарати II покоління – астемізол і терфенадин – продемонстрували кардіотоксичність у пацієнтів, які отримували інгібітори ізоферменту цитохрому P450 (CYP) 3A4, такі як кетоназол або еритроміцин. Астемізол і терфенадин наразі більше не доступні в більшості країн, і ми рекомендуємо їх не застосовувати.

Більшість, але не всі, АГП II покоління були спеціально досліджені при КР, і наявні дані підтверджують ефективність біластину, цетиризину, дезлоратадину, ебастина, фексофенадину, левоцетиризину, лоратадину, мізоластину та рупатадину [132, 138, 139]. Ми рекомендуємо застосовувати сучасні АГП II покоління у стандартних дозах як терапію першої лінії для симптоматичного лікування КР. Однак неможливо надати рекомендації щодо вибору конкретного препарату, оскільки нині відсутні добре сплановані клінічні дослідження, які б безпосередньо порівнювали ефективність і безпеку всіх сучасних АГП II покоління в терапії КР. При корекції лікування важливо враховувати, що початок дії є швидким, а дози, особливо при ХІКР, можуть коригуватися залежно від потреб (наприклад, температури навколишнього середовища при холодовій КР), при цьому тахіфілаксія не розвивається. Хоча це і трапляється рідко, у деяких пацієнтів можливе загострення КР на тлі застосування АГП; такі пацієнти є кандидатами для лікування омалізумабом [140].

Продовження на стор. 22.

Міжнародні рекомендації щодо визначення, класифікації, діагностики та лікування кропив'янки, 2026

Продовження. Початок на стор. 16.

Чи треба використовувати сучасні АГП II покоління як засоби терапії КР першої лінії?		
Рекомендовано застосування АГП II покоління як засобів терапії першої лінії всіх типів КР	↑↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – 100% згода.		
Чи є доцільним 4-кратне збільшення стандартної дози сучасних АГП II покоління і чи слід віддавати перевагу такому лікуванню перед іншими методами терапії КР?		
Рекомендовано підвищення дози сучасних АГП II покоління до чотирьох разів у пацієнтів із ХКР, у яких відсутня відповідь на стандартні дози АГП II покоління, як терапію другої лінії, перш ніж розглядати інші методи лікування	↑↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >95% згода.		
Чи слід застосовувати сучасні АГП II покоління на регулярній основі чи за потреби?		
Пропонуємо регулярне застосування АГП II покоління для лікування пацієнтів із ХКР. Для лікування пацієнтів із ХКР пропонуємо приймати рішення щодо регулярного або епізодичного застосування АГП II покоління залежно від наявності тригерів (наприклад, пори року при холодів КР)	↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >95% згода.		
Чи слід застосовувати одночасно різні АГП II покоління?		
Не рекомендовано одночасне застосування різних АГП (перевагу віддають підвищенню дози одного АГП, якщо немає локальних обмежень на законодавчому рівні)	↓	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >95% згода.		
Якщо не спостерігається покращення, чи слід застосовувати дози АГП II, збільшені більш ніж у 4 рази порівняно зі стандартними?		
Не рекомендовано застосовувати АГП у дозах, що перевищують стандартні більш ніж у 4 рази, при ХКР	↓↓	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Кілька досліджень продемонстрували переваги застосування АГП II покоління у дозах, що перевищують стандартні, у пацієнтів із КР [141-143], що узгоджується з результатами попередніх досліджень із використанням АГП I покоління [144, 145]. Дослідження підтверджують доцільність застосування у 4 рази вищих доз біластину, цетиризину, дезлоратадину, ебастину, фексофенадину, левоцетиризину, мізоластину та рупатадину [132, 138, 139, 141, 142, 146-150].

Загалом ці дослідження свідчать, що деякі пацієнти з КР, в яких спостерігають недостатню відповідь на стандартну дозу АГП II покоління, можуть отримати користь від підвищення дози, і такий підхід є кращим, ніж комбінування різних АГП II покоління, оскільки їхні фармакологічні властивості відрізняються. Клінічна перевага підвищення дози одного АГП порівняно з комбінаціями різних препаратів також підтверджується емпіричними даними в пацієнтів із ХКР [150]. Отже, у таких пацієнтів рекомендовано підвищувати дозу до 4 разів (рис. 3). Пацієнтів треба інформувати, що застосування підвищених доз АГП II покоління є призначенням off-label, а підвищення дози більш ніж у 4 рази не рекомендовується, оскільки не було належним чином досліджене. Підвищення дози АГП рекомендується в настановах із лікування КР з 2000 року, і на сьогодні в літературі не було повідомлень про серйозні небажані явища або побічні ефекти, пов'язані з тривалим застосуванням чи можливим накопиченням цих препаратів.

У популяційному дослідженні у Тайвані (2011-2017), яке проводили серед пацієнтів із уперше виявленим алергічним ринітом, в яких застосовували АГП I та II покоління, порівняно з пацієнтами, які не приймали АГП, було показано, що зі збільшенням кумулятивної дози АГП зростає ризик деменції [151]. Однак необхідно зазначити, що методологія цього дослідження є недостатньо переконливою, щоб поставити під сумнів чинні рекомендації. Наприклад, вибірка була суттєво зміщена в бік пацієнтів, які отримували АГП, що могло знизити чутливість виявлення статистично значущого підвищення ризику деменції в осіб, які їх не застосовували. У подальшому аналізі даних TriNetX (представленому на конференції GUF 2024; дані не опубліковані) цей зв'язок не підтвердився. Крім того, в іншому дослідженні було показано покращення показників психічного здоров'я, асоційоване із застосуванням АГП I покоління [136]. У підсумку ми розглядаємо результати цього дослідження як сигнал безпеки, що потребує подальшого моніторингу, однак він не змінює нашої поточної оцінки співвідношення користі й ризику від застосування АГП II покоління при ХСКР.

Терапія омалізумабом

Практично в усьому світі омалізумаб (моноклональне анти-IgE антитіло) – єдиний зареєстрований імунобіологічний

препарат для лікування КР. Омалізумаб призначений для лікування пацієнтів, в яких не спостерігають достатньої відповіді на АГП II покоління, і тому він рекомендований як наступний крок у терапевтичному алгоритмі. Омалізумаб продемонстрував високу ефективність і безпеку в лікуванні ХСКР [152-160]. Також повідомлялося про його ефективність у разі ХІКР [161-164], включно з холінергічною [165], холодовою [166, 167], сонячною [168], тепловою [169] КР, симптоматичним дермографізмом [170, 171], а також уповільненою КР від тиску [172]. При ХСКР омалізумаб запобігає розвитку пухирів і АН [173, 174], суттєво покращує ЯЖ [175, 176], придатний для тривалого застосування та забезпечує ефективний контроль рецидивів після відміни [177-179]. Рекомендована початкова доза при ХСКР становить 300 мг кожні 4 тиж як додаток до АГП. Дозування не залежить від рівня загального IgE у сироватці крові і маси тіла [152].

Пацієнти з КР, в яких не спостерігають достатньої відповіді на омалізумаб у стандартній дозі 300 мг кожні 4 тиж, можуть отримувати вищі дози, скоротити інтервали між

прийомами або поєднати обидва ці підходи. Дані досліджень підтримують застосування омалізумабу в дозах до 600 мг і з інтервалами у 2 тиж у пацієнтів із недостатньою відповіддю на стандартну терапію [180-183]. Пацієнти мають бути поінформовані, що підвищення дози омалізумабу є призначенням off-label, так само як і подовження інтервалів між введеннями препарату є призначенням off-label.

При корекції лікування важливо враховувати, що початок дії препарату часто є повільним. Дози, особливо при ХІКР, можуть коригуватися залежно від потреб (наприклад, пори року при холодів КР), а за відсутності симптомів у пацієнтів із ХСКР треба розглянути можливість подовження інтервалів між введеннями. Після досягнення повного контролю захворювання протягом 3 міс інтервал можна поступово збільшувати до повторної появи перших пухирів, оскільки не були описані ні тахіфілаксія, ані клінічно значущі рівні блокуючих антитіл.

Дослідження виживаності терапії, або часу до відміни препарату, демонструють, що основною причиною припинення лікування омалізумабом є досягнення хорошого контролю захворювання, і значно рідше – неефективність або побічні ефекти [178, 181].

Чи є омалізумаб ефективним як засіб додаткової терапії у пацієнтів, в яких відсутня відповідь на високі дози АГП?		
Рекомендовано додавання омалізумабу* для лікування пацієнтів із ХКР, у яких не спостерігають відповіді на високі дози АГП II покоління * Наразі зареєстрований для лікування ХСКР	↑↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Терапія дупілумабом

Кілька лікарських засобів, ефективність яких вже доведена в лікуванні інших захворювань, наразі вивчаються щодо їх потенційної користі в лікуванні ХСКР, рефрактерної до АГП. Зокрема, це моноклональні антитіла проти рецептора IL-4Rα – дупілумаб, який блокує ефекти інтерлейкінів IL-4 та IL-13. Результати досліджень фази III продемонстрували ефективність дупілумабу як додаткової терапії, яка, однак, імовірно є менш вираженою порівняно з ефектами омалізумабу [184]. Наразі відсутні довгострокові дані щодо безпеки дупілумабу саме при КР, проте наявні дослідження при інших захворюваннях свідчать про його загалом сприятливий профіль безпеки [185-194]. Доступні дані демонструють ефективність дупілумабу незалежно від низького вихідного рівня загального IgE, що відрізняє його від омалізумабу, для якого дуже низькі рівні IgE часто пов'язані з недостатньою відповіддю на лікування [184]. Дупілумаб може мати синергічний ефект у лікуванні КР у поєднанні з певними коморбідними станами, такими як бронхіальна астма, хронічний риносинусит із назальними поліпами та atopічний дерматит. Дупілумаб схвалений для лікування КР в США, ОАЕ, Бразилії та Японії, а в інших країнах очікується його реєстрація у 2025 р. (Прим. ред.: на момент публікації рекомендацій дупілумаб для лікування КР у дорослих та підлітків схвалений в ЄС [2025], є позитивний висновок ЕМА щодо застосування у дітей [2026]; в Україні призначення дупілумабу при КР – off-label).

Чи є дупілумаб ефективним як засіб додаткової терапії у пацієнтів, в яких відсутня відповідь на високі дози АГП?		
Пропонуємо застосування дупілумабу* як додаткового засобу терапії в пацієнтів із ХСКР, у яких відсутня відповідь на високі дози АГП II покоління * Може застосовуватися off-label	↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >75% згода.		

Терапія ремібрутинібом

Нещодавно в дослідженнях фаз II та III була продемонстрована клінічна ефективність інгібітора тирозинкінази Брутона – ремібрутинібу як додаткового засобу до АГП при лікуванні ХСКР, препарат також показав сприятливий профіль безпеки [195-197]. У вересні 2025 р. ремібрутиніб був схвалений FDA як пероральний препарат для лікування дорослих пацієнтів із ХСКР, в яких зберігаються симптоми попри терапію АГП, його застосування не потребує ін'єкцій або лабораторного моніторингу [198]. Очікується, що найближчим часом препарат буде схвалений і в інших країнах. Застосування ремібрутинібу може розглядатися в усіх пацієнтів із ХСКР, особливо в тих, у кого відсутня відповідь на лікування високими дозами АГП та омалізумабом (Прим. ред.: як зазначалось, ремібрутиніб для лікування ХСКР наразі схвалений у США, а також Китаї; у ЄС очікується його остаточна реєстрація, в Україні препарат не зареєстрований).

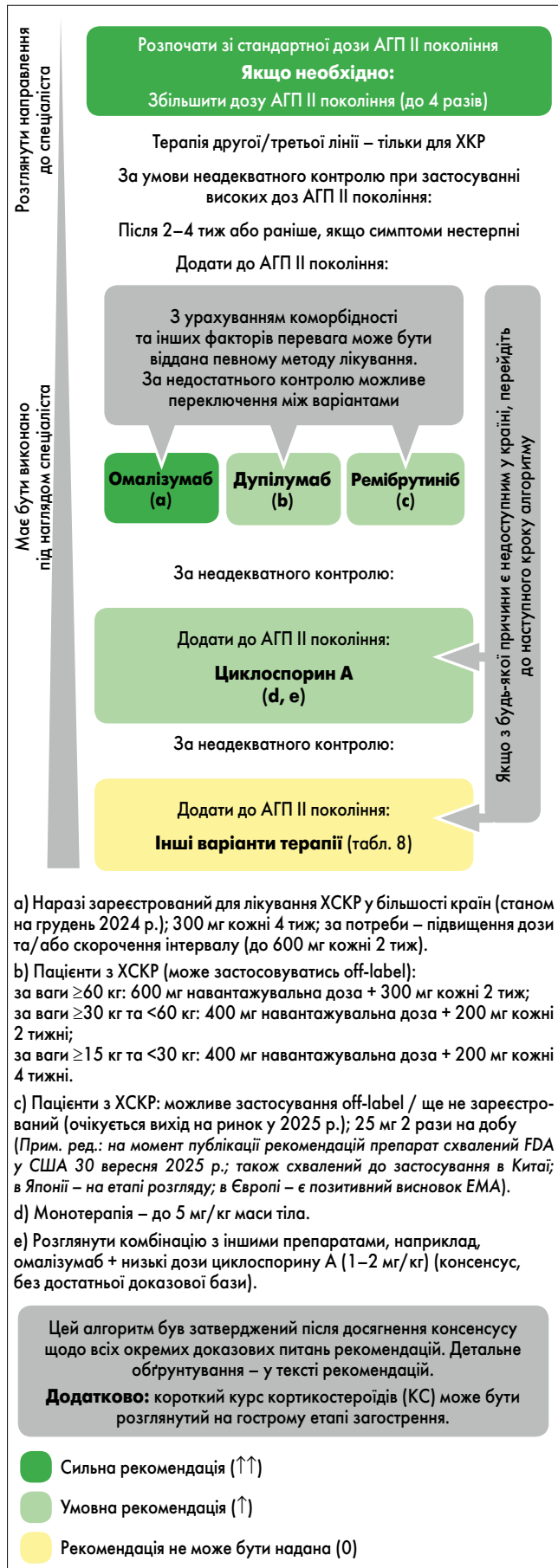


Рис. 3. Рекомендований алгоритм лікування КР

Цей алгоритм відображає покроковий підхід до ведення пацієнтів із КР, розроблений відповідно до клінічних доказів, оцінених із використанням методології GRADE. Кожна рекомендація щодо лікування була формально підтверджена шляхом голосування експертів, що відображено у відповідних блоках

Хоча в дослідженнях із підбору дози продемонстровано ефективність різних режимів дозування, імовірно, рекомендованою терапевтичною дозою буде 25 мг двічі на добу на підставі даних про вищу ефективність [196].

Чи є ремібрутиніб ефективним як засіб додаткової терапії в пацієнтів, в яких відсутня відповідь на високі дози АГП?		
Пропонуємо застосування ремібрутинібу* як додаткового засобу терапії у пацієнтів із ХСКР, у яких відсутня відповідь на високі дози АГП II покоління * На момент підготовки документу рекомендацій застосування могло бути off-label; наразі препарат схвалений у низці країн	↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >75% згода.		

Терапія циклоспорином

Пацієнти з ХСКР, в яких не спостерігають достатньої відповіді на лікування АГП, особливо якщо відповідь відсутня і на омалізумаб, можуть як альтернативу отримувати циклоспорин у дозі 3–5 мг/кг на добу. Циклоспорин є імуносупресивним препаратом і виявляє помірний прямий вплив на вивільнення медіаторів опасистих клітин [199, 200]. Ефективність циклоспорино у комбінації із сучасними АГП II покоління продемонстрована у плацебо-контрольованих дослідженнях [121, 201, 202], а також у відкритих контрольованих дослідженнях при ХСКР [203], але цей препарат не може бути рекомендований як стандартна терапія через вищу частоту побічних ефектів, особливо в разі тривалого застосування [201].

Циклоспорин при КР застосовується off-label і рекомендований лише для пацієнтів із тяжким перебігом захворювання, рефрактерним до всіх інших зареєстрованих методів лікування. Може бути особливо ефективним у відібраних пацієнтів з аутоімунною ХСКР (тип IIb), із низьким рівнем загального IgE та іншими маркерами аутоімунних реакцій [204]. За даними невеликого ретроспективного дослідження без контрольної групи, короткі курси циклоспорино можуть індукувати тривалі ремісії в частини пацієнтів із ХСКР [205]. Однак співвідношення користі й ризику для циклоспорино є значно кращим порівняно з тривалим застосуванням системних КС. Деякі лікарі також застосовують такролімус, який має подібний механізм дії та кращий профіль безпеки, однак наразі відсутні дослідження, які б дали можливість надати рекомендації щодо його застосування.

Чи є циклоспорин ефективним як засіб додаткової терапії в пацієнтів, в яких відсутня відповідь на високі дози АГП?		
Пропонуємо застосування циклоспорино* для лікування пацієнтів із ХКР, в яких відсутня відповідь на зареєстровані методи лікування або у випадках, коли вони недоступні * Наразі не зареєстрований для лікування ХКР	↑	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >75% згода.		

Інші методи симптоматичного лікування

У деяких попередніх рандомізованих клінічних дослідженнях оцінювали застосування антагоністів лейкотрієнових рецепторів (АЛТР). Порівняння результатів цих досліджень ускладнене через відмінності в досліджуваних популяціях, наприклад включення лише пацієнтів із непереносимістю аспіріну або харчових добавок чи, навпаки, виключення пацієнтів із позитивним результатом шкірного тесту з аутологічною сироваткою. Загалом рівень доказовості ефективності АЛТР при КР є низьким, однак найбільша кількість даних накопичена щодо монтелукасту. Нешодавній систематичний огляд і метааналіз показали, що додавання АЛТР до АГП забезпечує помірне зниження активності КР без суттєвого підвищення загальної частоти побічних ефектів, хоча ризик психоневрологічних побічних реакцій залишається невизначеним [206]. Тому вкрай важливо інформувати пацієнтів про рідкісні, але підтверджені можливі психоневрологічні побічні ефекти, пов'язані з монтелукастом [207], які зазвичай виникають у перші дні або тижні лікування; у зв'язку з цим щодо монтелукасту FDA має застереження в чорній рамці. (Прим. ред.: офіційне попередження FDA про потенційно серйозні побічні ефекти подається в чорній рамці в інструкції до препарату).

Сьогодні топічні КС широко та успішно застосовують при багатьох алергічних захворюваннях, однак не є ефективними при КР (за можливим винятком КР від тиску на підлошвах як альтернативного методу лікування з низьким рівнем доказовості).

У разі застосування системних КС необхідні добові дози, еквівалентні 20–50 мг преднізону (доза для дорослих, а не дітей). Оскільки такі високі дози в разі тривалого застосування пов'язані з побічними ефектами, ми наполегливо не рекомендуємо тривале застосування КС. Залежно від країни необхідно також враховувати, що КС можуть не мати зареєстрованого показання для лікування ХКР (наприклад, у Німеччині та Японії преднізолон зареєстрований лише для лікування ГКР). Водночас при ГКР та загостреннях ХСКР короткий курс пероральних КС – максимум до 10 днів – може бути корисним для зменшення тривалості та активності захворювання [208,

209]. Однак добре сплановані рандомізовані клінічні дослідження з цього питання відсутні.

Чи слід застосовувати пероральні КС як засоби додаткової терапії при КР?		
Не рекомендовано тривале застосування системних КС або їх депо-форм при ХКР	↕	Сильний консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу експертів
Пропонується розглянути короткий курс системних КС як терапію «порятунку» в пацієнтів із вираженим загостренням ХКР	↑	
Примітка. ¹ – >95% згода.		

Тоді як АГП у дозах, що в 4 рази перевищують стандартні, можуть забезпечувати контроль симптомів у значної частки пацієнтів із КР, для решти пацієнтів із недостатньою відповіддю необхідні альтернативні методи лікування. Наполегливо рекомендується дотримуватися запропонованого алгоритму лікування ХКР, однак відомо, що застосування омалізумабу, дупілумабу та ремібрутинібу обмежене їхньою високою вартістю, а використання циклоспорино – профілем безпеки. Крім того, при виборі будь-якого втручання слід враховувати питання реєстрації препарату та економічні аспекти, а також розглядати альтернативні варіанти лікування.

Оскільки тяжкість перебігу КР може коливатися, а спонтанна ремісія – настати в будь-який момент, рекомендується переглядати необхідність продовження або зміни фармакотерапії кожні 3–6 міс (див. рис. 2).

Майже всі терапевтичні засоби, що не були включені до алгоритму лікування КР (див. рис. 3), ґрунтуються на клінічних дослідженнях із низьким рівнем доказовості. Як виняток, існують докази помірної якості щодо моноклонального антитіла бенралізумабу, яке не продемонструвало статистично значущої ефективності у класичному дослідженні при ХКР, однак може розглядатися в окремих пацієнтів, особливо за наявності певних коморбідних станів, таких як еозинофільна астма (див. табл. 8) [210, 211].

Антагоністи Н-рецепторів, АЛТР, гідроксихлорохін, метотрексат і дапсон, які розглядалися в попередніх версіях цих рекомендацій, а також у національних настановах [212], наразі вважаються такими, що мають недостатню доказову базу для включення до алгоритму лікування, хоча можуть залишатися актуальними, з огляду на їх доступність у системах охорони здоров'я з обмеженими ресурсами.

Сульфасалазин, інтерферон, плазмаферез, фототерапія, внутрішньовенні імуноглобуліни (ВВІГ) та інші варіанти лікування мають низький рівень доказовості або представлені лише серіями клінічних випадків (див. табл. 8) [213]. Незважаючи на відсутність опублікованих переконливих доказів, усі ці препарати можуть бути корисними для окремих пацієнтів у відповідному клінічному контексті [214]. Це відображено в деяких національних рекомендаціях, які обґрунтовано можуть відхилитися від запропонованого алгоритму лікування, наведеному в рамках пропонованої публікації, наприклад у чинних рекомендаціях із діагностики та лікування КР в Індії [212]. Ця міжнародна настанова заохочує адаптацію на національному рівні, але також рекомендує обговорювати з пацієнтом будь-які відхилення від доказового алгоритму лікування, оскільки зазначені альтернативні методи не мають зареєстрованих показань для лікування КР.

Чи є Н ₂ -АГП ефективними як засіб додаткової терапії в пацієнтів, в яких відсутня відповідь на низькі або високі дози АГП?		
Неможливо надати рекомендацію ані «за», ані «проти» комбінованого застосування Н ₁ - та Н ₂ -АГП у пацієнтів із ХКР	0	Консенсус ¹ На основі доказів і консенсусу
Примітка. ¹ – >75% згода.		

Антагоністи ІЛ-23 (anti-IL-23) [215], інгібітори фактора некрозу пухлин альфа (TNF-α) [216] та ВВІГ [217–219], які продемонстрували ефективність у поодиноких клінічних випадках, наразі рекомендується застосовувати лише в спеціалізованих центрах як терапію останньої лінії (зокрема анти-TNF-α – при уповільненій КР від тиску, а ВВІГ – при ХСКР) [220, 221].

Для лікування ХСКР і симптоматичного дермографізму до АГП може бути додано фототерапію – вузькосмугове UVB (TL01), UVA або PUVA протягом 1–3 міс [222–224], однак слід враховувати канцерогенний потенціал ультрафіолетового опромінення.

Деякі альтернативні методи лікування, що пропонувалися раніше, виявилися неефективними у подвійних сліпих плацебо-контрольованих дослідженнях і більше не мають застосовуватися, оскільки рівень доказовості щодо них є низьким. До таких засобів належать транексамова кислота і кромоглікат натрію при ХСКР [225, 226], ніфедипін при симптоматичному дермографізмі [227], а також колхіцин і індометацин при уповільненій КР від тиску [228, 229]. Однак для окремих підгруп пацієнтів можуть бути потрібні подальші дослідження. Наприклад, у пілотному дослідженні [230] за участю пацієнтів із підвищеним рівнем D-димеру було показано, що терапія гепарином і транексамовою кислотою може бути ефективною.

Таблиця 8. Альтернативні методи лікування

Хоча рівень доказовості, за даними публікацій, є низьким, клінічний досвід свідчить, що ці підходи можуть бути корисними в окремих клінічних ситуаціях. Втручання наведені в алфавітному порядку за частотою застосування, а не за ефективністю

Частота застосування	Втручання/ препарат	Показання
Широко застосовуються		
Трициклічні антидепресанти з вираженою Н ₁ - та Н ₂ -антагоністичною активністю	Доксепін ^a	ХСКР, ідіопатична холодова КР
Дієта	Дієта з низьким умістом псевдоалергенів ^b	ХСКР
Н ₂ -АГП	Ранітидин ^c , фамотидин, лафутидин (доступний в Японії, Південній Кореї та Індії)	ХСКР
Імуносупресанти	Метотрексат	ХСКР ± уповільнена КР від тиску ^d
	Мікофенолату мофетил	Аутоімунна ХСКР
АЛТР	Монтелукаст	ХСКР, уповільнена КР від тиску
Сульфони	Дапсон	ХСК ± уповільнена КР від тиску
	Сульфасалазин	
Рідше застосовуються		
Анаболічні стероїди	Даназол	Холінергічна КР
Антикоагулянти	Варфарин	ХСКР
Антифібринолітичні засоби	Транексамова кислота	ХСКР з АН
Імуномодулювальні засоби	ВВІГ	Аутоімунна ХСКР
	Плазмаферез	Аутоімунна ХСКР
Інше	Аутологічна кров / сироватка	ХСКР
	Гідроксихлорохін	ХСКР
Фототерапія	UVB вузького спектра	Симптоматичний дермографізм
Психотерапія	Психотерапія	ХСКР
Рідко застосовуються		
Антикоагулянти	Гепарин	ХСКР (підвищений рівень D-димеру)
Імуносупресанти	Циклофосфамід	Аутоімунна ХСКР
	Ритуксимаб	Аутоімунна ХСКР
Інше	Анакінра	Уповільнена КР від тиску
	Анти-TNF-α	ХСКР ± уповільнена КР від тиску
	Камостату мезилат	ХСКР
	Колхіцин	ХСКР
	Мілтефозин	ХСКР
	Міртазапін	ХСКР
	PUVA	ХСКР
	Бенралізумаб ^e	ХСКР ± еозинофільна астма
Дуже рідко застосовуються		
Імуносупресанти	Такролімус (системний)	ХСКР
Інше	Вітамін D	ХСКР
	Інтерферон-α	ХСКР
Примітки. ^a – має також Н ₁ - та Н ₂ -антигістамінні властивості; зазвичай ефективний у дозі 50–75 мг на добу [26]; ^b – передбачає також дієту з низьким вмістом гістаміну, оскільки дієта без псевдоалергенів є низькогістаміновою. Доказова база є суперечливою, і існують різні підходи до визначення псевдоалергенів та продуктів, що їх містять; ^c – більше не доступний у більшості країн; доступні альтернативні Н ₂ -АГП, зокрема фамотидин і нізатидин, однак доказова база їх застосування при ХКР є варіабельною; ^d – може розглядатися, особливо у випадках поєднання ХСКР та уповільненої КР від тиску; ^e – може розглядатися, особливо в разі поєднання ХСКР та еозинофільної астми.		

Продовження на стор. 24.

Міжнародні рекомендації щодо визначення, класифікації, діагностики та лікування кропив'янки, 2026

Продовження. Початок на стор. 16.

Чи можуть бути рекомендовані будь-які інші варіанти лікування КР?	
Неможливо надати рекомендацію щодо подальших варіантів лікування як стандартної терапії, однак вони можуть розглядатися в окремих випадках – за наявності коморбідних станів або якщо існують фінансові, юридичні чи інші обмеження для застосування рекомендованого алгоритму лікування	0
Консенсус ¹ Експертний консенсус	
Примітка. ¹ – >75% згода.	

Лікування особливих популяцій

Діти

Багато клініцистів досі використовують АГП I покоління як терапію першої лінії в дітей із КР, вважаючи, що профіль безпеки цих препаратів краще відомий завдяки тривалішому досвіду застосування порівняно із сучасними АГП II покоління, хоча й доведено, що АГП I покоління негативно впливають на навчальну успішність дітей [231]. Водночас у багатьох країнах застосування сучасних АГП II покоління в дітей молодших за 6 міс не зареєстроване. Однак АГП I покоління мають гірший профіль безпеки порівняно з препаратами II покоління і тому не рекомендуються як терапія першої лінії в дітей із КР. До АГП II покоління з доведеною ефективністю та безпекою в педіатричній популяції належать біластин [226], цетиризин [227], дезлоратадин [228, 229], фексофенадин [230], левоцетиризин [232], лоратадин [227] і рупатадин [233].

Під час вибору конкретного АГП II покоління в дітей із КР необхідно брати до уваги вік дитини і доступність лікарських форм, оскільки не всі препарати випускають у вигляді сиропу або таблеток, що швидко розчиняються і придатні для використання в дітей. Мінімально дозволений вік застосування також відрізняється залежно від країни, хоча деякі препарати можуть використовуватися вже у немовлят. Усі подальші кроки лікування мають базуватися на індивідуальній оцінці та застосовуватися з обережністю, оскільки терапія підвищеними дозами АГП та інші варіанти недостатньо вивчені у дітей. Водночас омалізумаб застосовується для лікування бронхіальної астми (зареєстрований із 6 років і старше), дупілумаб – для лікування atopічного дерматиту (зареєстрований із 6 міс і старше), а циклоспорин використовується у дуже маленьких дітей у трансплантології. Короткий курс КС, як зазначено в алгоритмі, у дітей

слід застосовувати лише як дуже обмежений метод. Наразі омалізумаб є єдиним схваленим імунобіологічним препаратом для лікування ХСКР, рефрактерної до АГП, у пацієнтів віком понад 12 років, тоді як дупілумаб проходить клінічні дослідження у дітей віком ≥2 роки з неконтрольованою ХСК (LIBERTY-CSU CUPID Kids; <https://clinicaltrials.gov/study/NCT05526521>) [234].

Чи слід застосовувати для лікування КР у дітей той самий алгоритм, що й у дорослих?	
Пропонуємо застосовувати в дітей із ХКР той самий алгоритм лікування з обережністю (з урахуванням, зокрема, статусу реєстрації препаратів, досвіду їх застосування в дітей, а також корекції доз залежно від маси тіла та віку)	↑
Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус	
Примітка. ¹ – >95% згода.	

Вагітні та жінки, що годують груддю

Загалом до вагітних і жінок, що годують груддю, застосовують ті самі принципи. По можливості, треба уникати будь-якої системної терапії під час вагітності, особливо в першому триместрі. З іншого боку, вагітні жінки мають право на максимально ефективне лікування. Хоча безпека терапії при КР у вагітних не вивчена системно, необхідно зазначити, що можливі негативні ефекти підвищеного зв'язування гістаміну з рецепторами, яке спостерігається при КР, під час вагітності також не досліджені. Водночас у дослідженні PREG-CU звернення по невідкладну допомогу через загострення КР під час вагітності були пов'язані з передчасними пологами. Щодо лікування, на сьогодні не повідомляли про вроджені вади в дітей жінок, які застосовували під час вагітності сучасні АГП II покоління. Однак доступні лише дослідження з невеликими вибірками для цетиризину та один великий метааналіз для лоратадину [235, 236]. Крім того, з огляду на те, що багато сучасних АГП II покоління відпускаються без рецепта і широко застосовуються при алергічному риніті та КР, можна припустити, що значна кількість жінок приймала ці препарати, особливо на ранніх термінах вагітності, ще до того, як вагітність була підтверджена.

З огляду на необхідність максимальної безпеки під час вагітності, рекомендується віддавати переваги сучасним АГП II покоління, зокрема лоратадину з можливою екстраполяцією на дезлоратадин, а також цетиризину

з можливою екстраполяцією на левоцетиризин. Усі АГП у невеликих кількостях виділяються з грудним молоком. Рекомендується застосовувати препарати II покоління, оскільки в немовлят, які перебувають на грудному вигодовуванні, інколи спостерігається седация при застосуванні АГП I покоління, що потрапляють у молоко.

Підвищення дози сучасних АГП II покоління під час вагітності може розглядатися лише з обережністю, оскільки відповідні дослідження щодо безпеки такого методу відсутні. Також слід пам'ятати, що лоратадин метаболізується в печінці, на відміну від його метаболіту дезлоратадину. Застосування АГП I покоління в цієї категорії пацієнтів треба уникати [133]. Щодо імунобіологічної терапії – омалізумаб під час вагітності вважається безпечним, і досі немає даних про його тератогенність [237-240]. Усі подальші кроки лікування мають базуватися на індивідуальній оцінці з віддаванням переваги препаратам із прийнятним співвідношенням користь/ризик для вагітних і новонароджених з урахуванням тератогенності та ембріотоксичності. Наприклад, циклоспорин, хоча й не є тератогенним, проявляє ембріотоксичність у тваринних моделях, а в людей пов'язаний із передчасними пологами і низькою масою тіла при народженні. Чи переважає користь циклоспорину при ХКР потенційні ризики у вагітних, потрібно вирішувати індивідуально в кожному випадку. Однак усі рішення мають бути регулярно переглянуті з урахуванням актуальних рекомендацій регуляторних органів.

Чи слід застосовувати той самий алгоритм лікування КР у вагітних і під час лактації?	
Пропонуємо застосовувати той самий алгоритм лікування з обережністю як у вагітних, так і у жінок, що годують груддю, після оцінки співвідношення користь/ризик. Препарати, протипоказані або непридатні для застосування під час вагітності, не треба використовувати	↑
Сильний консенсус ¹ Експертний консенсус	
Примітка. ¹ – >95% згода.	

Список літератури – у редакції.

Реферативний огляд Т. Zuberbier, Z. Abdul Hameed Ansari, A.H. Abdul Latiff et al. The International Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria, Allergy, 2026; 0:1–51.

Повну версію дивіться:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/all.70210>

Підготувала **Анна Артюх**



Анкета читача

Заповніть анкету та надішліть за адресою:

ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання»
офіс 23 ж, вул. Світлицького, 35, м. Київ, 04123.

Вкажіть відомості, необхідні для отримання тематичного номера «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»

Прізвище, ім'я, по батькові.....

Спеціальність, місце роботи.....

Індекс.....

місто.....

село.....

район..... область.....

вулиця..... будинок.....

корпус..... квартира.....

Телефон контактний:.....

E-mail:.....

* Я добровільно надаю вказані в анкеті персональні дані ТОВ «Видавничий дім «Здоров'я України. Медичні видання», даю згоду на їх використання для отримання від компанії (її пов'язаних осіб, комерційних партнерів) видань, інформаційних матеріалів, рекламних пропозицій, а також на включення моїх персональних даних у базу даних компанії, необмежене в часі зберігання даних.

Підпис.....

Здоров'я України

Анкету також можна заповнити тут:



Для нас важливо знати вашу думку!

Чи сподобався вам тематичний номер «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»?

Назвіть три найкращі матеріали номера.
1.
2.
3.

Які теми, на ваш погляд, варто розглянути у наступних номерах?
.....

Публікації яких авторів вас цікавлять?

Чи маєте ви бажання стати автором статті для тематичного номера «Пульмонологія. Алергологія. Риноларингологія»?

На яку тему?

Чи є наше видання корисним для підвищення вашої кваліфікації?

КНИГА «НОТАТКИ ФАХІВЦЯ З ІНФЕКЦІЙНОГО КОНТРОЛЮ»

РЕЙТИНГ ★★★★★



ЗАМОВИТИ КНИГУ
[HEALTH-UA.COM/LANDING/BOOK](https://health-ua.com/landing/book)



Атопія, мікробіом і введення харчових алергенів: які фактори раннього життя збільшують ризики дитячої харчової алергії?

Зростання частоти харчової алергії в дітей залишається однією з найважливіших проблем сучасної алергології. Попри значний науковий прогрес, клініцисти досі працюють у ситуації фрагментарних даних щодо того, які саме чинники визначають ризик IgE-опосередкованої сенсibilізації та подальшого розвитку алергії. Новий масштабний метааналіз, опублікований у JAMA Pediatrics, узагальнив результати 190 досліджень із залученням 2,8 млн дітей і допоміг окреслити найбільш достовірні предиктори розвитку харчової алергії у віці до шести років.

Згідно з аналізом, підтвердженим даними харчових провокаційних тестів, частота харчової алергії у світі в дітей до 6 років становить приблизно 4,7%. Найпотужнішим і найпереконливішим предиктором є ранні алергічні прояви, зокрема атопічний дерматит у перший рік життя, який майже вчетверо підвищує ризик подальшої харчової алергії. Виражена трансепідермальна втрата води та мутації гена філагрину додатково підсилюють сенсibilізацію через шкіру, підтверджуючи важливість шкіри як бар'єра в патогенезі атопічного маршу.

Значущим чинником виявилось і зволікання з уведенням алергенних продуктів. Діти, які вперше отримували арахіс після 12-місячного віку, мали більш ніж удвічі вищі шанси на розвиток алергії. Висновки вчених вкотре підкреслюють відхід від застарілих підходів уникнення алергенів і підтримують сучасні рекомендації щодо раннього та керованого їх уведення.

Важливим модифікованим фактором ризику є вплив антибіотиків. Застосування цих препаратів у перший місяць життя вчетверо підвищувало ризик формування харчової алергії, тоді як використання антибіотиків у більш пізньому віці або їх застосування матір'ю під час вагітності було пов'язане з менш вираженим, але статистично значущим зростанням ризику. Результати досліджень доповнюють сучасні дані про роль мікробіому кишечника в індукції толерантності до алергенів.

До групи інших достовірних факторів ризику увійшли чоловіча стать, сімейний анамнез алергії, міграційний статус батьків і народження шляхом кесарева розтину. Низька маса тіла при народженні, переносеність, стрес або дієта матері не продемонстрували значущого внеску в ризик розвитку алергії.

Отримані результати дають можливість краще структурувати підходи до первинної профілактики: від своєчасного догляду за шкірою в дітей з атопією до об'єднаного введення продуктів та більш виваженого використання антибіотиків у ранньому віці. Чітке розуміння всіх механізмів дає змогу прогнозувати ризики і формувати персоналізовані стратегії раннього втручання, спрямовані на зниження поширеності потенційно небезпечної харчової алергії.

Джерело: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/2844828>

ETD001 став першим ENaC-блокатором із доведеною ефективністю за муковісцидозу

Муковісцидоз залишається одним із найтяжчих спадкових захворювань дихальної системи, попри суттєвий прогрес у розвитку CFTR-модуляторів, зокрема комбінованого препарату Трикафта, доступного в Україні. Хоча ці засоби значно поліпшили прогноз для багатьох пацієнтів, приблизно 10% хворих або не мають показань до такої терапії, або не отримують клінічної користі через генетичні особливості захворювання. Саме ця категорія пацієнтів залишається найбільш уразливою щодо постійного зниження функції легень, хронічного запалення та рецидивних інфекцій дихальних шляхів.

На цьому тлі значну увагу привернули результати дослідження препарату ETD001 – інгальційного блокатора епітеліального натрієвого каналу (epithelial sodium channel – ENaC), розробленого компанією Enterprise Therapeutics. Препарат спрямований не на корекцію дефектного білка CFTR, а на відновлення мукоциліарного кліренсу шляхом зменшення надлишкового всмоктування натрію та регідратації слизу в дихальних шляхах. Такий механізм дії потенційно робить терапію універсальною для ширшої популяції пацієнтів із муковісцидозом незалежно від типу мутації.

У II фазі клінічного дослідження оцінювали ефективність, безпеку і переносимість ETD001 у пацієнтів, які не отримували CFTR-модулятори або були нечутливими до них. Дослідження проводили у Великій Британії, Німеччині, Франції та Італії. Основною кінцевою точкою стала зміна прогнозованого об'єму форсованого видиху за першу секунду (ОФВ₁) після 28 днів терапії.

Результати продемонстрували статистично значуще покращення легеневої функції: різниця між ETD001 і плацебо становила 3,4% за показником ppFEV1. Додатковий аналіз показав, що ймовірність клінічного поліпшення функції легень у групі ETD001 була втричі вищою, порівнюючи з плацебо. Для пацієнтів із муковісцидозом навіть відносно невелике підвищення ОФВ₁ може мати суттєве значення щодо переносимості фізичних навантажень, частоти загострень і швидкості прогресування респіраторної недостатності.

Не менш важливим виявився профіль безпеки препарату. ETD001 добре переносився, а зареєстровані побічні явища відповідали типовим реакціям у пацієнтів, які отримують інгальційні препарати. Особливий інтерес становить той факт, що це перший ENaC-блокатор, який продемонстрував клінічно підтверджену ефективність у разі муковісцидозу. Раніше цей терапевтичний напрям вважався перспективним, однак клінічні результати залишалися суперечливими. Нині компанія планує триваліші дослідження фази 2b, а також оцінку комбінованого застосування ETD001 разом із CFTR-модуляторами.

Окремо розглядається можливість використання препарату за бронхоектазів, де надлишкове накопичення в'язкого слизу та порушення мукоциліарного кліренсу також відіграють ключову роль у патогенезі. Якщо подальші дослідження підтвердять отримані результати, блокада ENaC може стати новим напрямом терапії захворювань легень, особливо для пацієнтів з обмеженими можливостями цільового лікування.

Джерело: <https://enterprisetherapeutics.com/enterprise-therapeutics-achieves-primary-efficacy-outcome-in-phase-2-clinical-trial-for-cystic-fibrosis-with-novel-inhaled-enac-blocker-etd001/>

Перша пероральна терапія апное сну продемонструвала ефективність за результатами клінічних досліджень

Обструктивне апное сну (ОАС) залишається однією з найпоширеніших причин хронічної денної сонливості, серцево-судинних ускладнень і метаболічних порушень, однак значна частина пацієнтів не отримують повноцінного лікування через низьку прихильність до CPAP-терапії. На цьому тлі особливу увагу привернули результати дослідження SynAIRgy, представленого на ATS International Conference 2026, в якому вперше ефективність перорального препарату для лікування ОАС підтверджена у великому дослідженні III фази.

Препарат AD109 містить ароксibuтинін і атомоксетин і належить до нового класу терапії, спрямованої не лише на симптоматичний контроль, а й на нейром'язові механізми розвитку захворювання. На відміну від традиційних підходів, препарат підвищує тонус м'язів верхніх дихальних шляхів під час сну, зменшуючи схильність до їх колапсу. Саме нейром'язову дисфункцію нині розглядають як один із ключових патогенетичних механізмів ОАС, особливо в пацієнтів без виражених анатомічних змін.

У багатоцентрове дослідження долучили 646 дорослих пацієнтів із легким, помірним і тяжким ОАС, які не переносили CPAP або відмовилися від такого лікування. Спостереження тривало 6 міс у 69 клінічних центрах США і Канади. Основним критерієм ефективності була зміна індексу апное-гіпноє (АГІ), який відображає кількість епізодів порушення дихання за годину сну.

У групі AD109 показник АГІ знизився на приблизно 44%, тоді як у групі плацебо – на 18%. Крім того, терапія супроводжувалася покращенням оксигенації: зменшувалися частота десатурації і загальне гіпоксичне навантаження. У понад 40% пацієнтів тяжкість ОАС знизилася щонайменше на одну категорію, а у 18% досягнуто повного контролю захворювання.

Ефективність препарату була стабільною в пацієнтів із різною масою тіла та різним ступенем тяжкості ОАС, що розширює коло хворих, які можуть отримати користь від терапії. Особливе значення має можливість застосування препарату в пацієнтів із низькою прихильністю до CPAP, адже саме відмова від апаратного лікування залишається однією з головних проблем сучасної сомнології.

Профіль безпеки AD109 загалом визнали прийнятним. Найчастіше фіксували сухість у роті, нудоту, безсоння та утруднення сечовипускання. Водночас приблизно 21% учасників припинили лікування через побічні ефекти, що свідчить про необхідність подальшої оцінки переносимості препарату під час тривалішого застосування.

AD109 уже отримав статус Fast Track від Управління з контролю якості харчових продуктів та медикаментів США (FDA), а компанія Arpimed подала заявку на реєстрацію препарату. Якщо на фінальних регуляторних і клінічних етапах підтвердяться отримані результати, лікування ОАС перейде від виключно механічної підтримки дихальних шляхів до прицільної фармакотерапії.

Джерело: <https://www.news-medical.net/news/20260518/Once-nightly-oral-pill-helps-control-obstructive-sleep-apnea.aspx>

Американські лікарі демонструють успіхи пренатального лікування муковісцидозу

Муковісцидоз, або кістозний фіброз, тривалий час залишався захворюванням, лікування якого розпочинали лише після появи клінічних симптомів у новонародженого. Однак розвиток таргетної терапії поступово змінює цю концепцію. Наприкінці травня 2026 року, місяця обізнаності про захворювання, у США фахівці Children's Hospital Colorado повідомили про результати одного з найбільших у світі досвідів пренатального лікування муковісцидозу, що може суттєво вплинути на подальші стандарти ведення таких пацієнтів.

У центрі нового підходу – застосування комбінованої ETI-терапії (елексафтор/тезафтор/івакафтор), яка модулює функцію трансмембранного регулятора провідності CFTR. Препарат покращує транспорт натрію та води крізь клітинні мембрани, зменшуючи утворення густого слизу, характерного для муковісцидозу. Якщо раніше лікування починали вже після народження дитини, нині терапію намагаються розпочати ще внутрішньоутробно – у випадках, коли плід має ознаки захворювання.

У Children's Hospital Colorado пренатальне лікування отримали вже 10 сімей, в яких у плода виявляли ранні прояви меконіального ілеусу – тяжкої кишкової непрохідності, що часто потребує невідкладного оперативного втручання після народження. За даними клініцистів, у дітей, які отримували внутрішньоутробно ETI-терапію, кишкова обструкція регресувала ще до пологів. Крім цього, у новонароджених спостерігали ознаки кращого збереження функції підшлункової залози та значно коротшу тривалість перебування у відділенні інтенсивної терапії новонароджених.

Дослідники зазначають, що пренатальне застосування ETI-терапії може підтримувати нормальну функцію епітеліальних клітин саме у критичний період формування легень. У немовлят, які отримували лікування ще внутрішньоутробно, фіксували нижчі показники хлоридів поту – біомаркера, який безпосередньо пов'язаний із тяжкістю захворювання та ризиком раннього ураження легень.

Лікування може безперервно продовжуватися і після народження. Компоненти ETI-терапії здатні проникати у грудне молоко, забезпечуючи підтримку дитини до моменту, коли стане можливим самостійний прийом препарату. Такий підхід фактично формує нову концепцію ведення муковісцидозу – від лікування ускладнень до ранньої профілактики ушкодження органів.

Муковісцидоз залишається одним із найпоширеніших спадкових захворювань з ураженням дихальної і травної систем, що прогресує. Ще два десятиліття тому середня тривалість життя пацієнтів становила приблизно 36 років, тоді як сьогодні завдяки ранній діагностиці та сучасним модуляторам CFTR діти з муковісцидозом дедалі частіше мають прогноз виживання понад 60 років. Зараз у спеціалістів єдина мета – довгострокове спостереження за учасниками й точна оцінка безпеки, переваг і недоліків підходу.

Джерело: <https://www.news-medical.net/news/20260527/Prenatal-therapy-for-cystic-fibrosis-improves-lifelong-health-outcomes.aspx>

ВІСНИК online

щомісячний дайджест
для лікарів



Щомісяця ми збираємо найкращі (за читацьким рейтингом) матеріали з усіх наших друкованих видань — газет і журналів. Тепер ви можете швидко та легко знімати інформаційні «вершки».

Як? - Просто підпишіться на щомісячну розсилку «Вісник online» та читайте без обмежень!



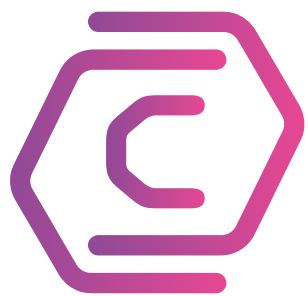
Health-ua.com
Спеціалізований
медичний
портал



Видавничий дім
«Здоров'я України»



Health-ua.com



Супраназин®

СПРЕЙ НАЗАЛЬНИЙ

Містить Ектоїн®, природну молекулу, що захищає клітини



Для профілактики та полегшення
симптомів алергічного риніту



Введення медичного виробу Супраназин® в обіг здійснено відповідно до процедури самодекларації. Дані про виріб містяться в державному реєстрі медичних виробів. Термін чинності запису в реєстрі: до 31.12.2027. Супраназин® є медичним виробом. Детальна інформація міститься в інструкції для застосування медичного виробу. **Умови відпуску:** без рецепта. Супраназин® спрей назальний добре переноситься. Наразі невідомі випадки нерегулярних та регулярних побічних реакцій. Інформація для професійної діяльності лікарів та фармацевтів, а також для розповсюдження на конференціях, семінарах, симпозіумах з медичної тематики. **Виробник:** Акціонерне Товариство «Бітон», Німеччина. **Контакти представника виробника в Україні:** 04119, Київ, вул. Дегтярівська, 27-Т. Тел.: +38 (044) 496 05 39. UA_SUPRAN_25/26_3

