

А.Є. Богомолов

Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

# Пандемія COVID-19 та хронічна кропив'янка

**Мета роботи** — вдосконалити підходи до ведення пацієнтів із COVID-19 та хронічною кропив'янкою (ХК).

**Матеріали та методи.** Представлено огляд літератури, а також проаналізовано взаємний вплив та принципи ведення пацієнтів з COVID-19 і ХК.

**Результати та обговорення.** На сьогодні у всьому світі COVID-19 діагностовано у понад 106 млн пацієнтів, у 900 країнах померло більш як 2,3 млн хворих. Поширеність ХК, що визначають як епізодичні або щоденні випадки уртикарної висипки тривалістю 6 тиж та більше, становить близько 1,8 % серед дорослого населення та 0,1–0,3 % — серед дитячого. На пацієнтів з ХК та їхніх лікарів впливають заходи соціального дистанціювання, блокування, обмеження на поїздки та зміни в схемах лікування через ризик зараження SARS-CoV-2.

Пандемія значно погіршила якість надання медичної допомоги всім категоріям пацієнтів з хронічними захворюваннями, і ХК не є винятком. Суть алгоритму лікування ХК полягає в призначенні як препаратів першої лінії сучасних неседативних антигістамінних засобів з можливістю підвищення їхньої дози до 4-кратного рівня при другій лінії терапії. Результати дослідження підтверджують, що пандемія COVID-19 не впливає суттєво на проведення терапії першої, другої та третьої ліній при ХК в експертних центрах.

Ідеальний антигістамінний препарат повинен ефективно зменшувати вираженість симптомів, мати швидкий початок та тривалий період дії, його бажано використовувати один раз на день і він не має спричиняти небажаних наслідків, таких як сонливість. Біластин відповідає цим вимогам для лікування пацієнтів з ХК.

**Висновки.** COVID-19 значно погіршує доступність медичної допомоги пацієнтам з ХК і негативно впливає на лікування захворювання. Наразі дистанційні форми консультування та контролю симптомів і лікування ХК застосовують усе частіше, а імуносупресивну терапію призначають усе рідше. Лікування ХК у пацієнтів з COVID-19 слід починати з призначення сучасних неседативних антигістамінних препаратів, за необхідності підвищуючи їхню дозу до 4-кратного рівня.

## Ключові слова

COVID-19, хронічна кропив'янка, антигістамінні препарати, біластин.

Хронічна кропив'янка (ХК) — доволі поширене захворювання, від якого в світі страждають понад 50 млн пацієнтів [20]. Воно має хронічний характер і значно погіршує якість життя хворих. Терапія ХК здебільшого є достатньо тривалою та потребує періодичного контролю з боку лікаря. Водночас з перших місяців 2020 р. гострий респіраторний коронавірус 2-го типу (SARS-CoV-2) швидко поширився по всьому світу, спричинивши пандемію «коронавірусної хвороби-2019» (COVID-19), найгіршу глобальну кризу громадського здоров'я з часів пандемії грипу більше ніж сто років тому.

На сьогодні у всьому світі COVID-19 діагностовано у понад 106 млн пацієнтів, в 900 країнах померло понад 2,3 млн хворих [22]. SARS-CoV-2 призводить до підвищеної регуляції імунної відповіді в системі моноцитарних макрофагів, що може зумовити тяжкий запальний системний стан, гіперкоагуляцію та пош-

кодження легень, а також інших внутрішніх органів, спричинити гематологічні порушення, дисфункцію травного тракту, нирок та центральної нервової системи.

Пандемія COVID-19 негативно впливає на систему охорони здоров'я та догляд за пацієнтами. На хворих із ХК та їхніх лікарів справляють вплив заходи соціального дистанціювання, блокування, обмеження на поїздки та зміни в схемах лікування через ризик зараження SARS-CoV-2.

Мета роботи — вдосконалити підходи до ведення пацієнтів з COVID-19 та ХК. Для цього було проведено огляд літератури, а також проаналізовано взаємний вплив та принципи ведення пацієнтів з COVID-19 і ХК.

## Матеріали та методи

Представлено огляд літератури і проаналізовано взаємний вплив та принципи ведення пацієнтів з COVID-19 та ХК.

## Результати та обговорення

Поширеність ХК, що визначають як епізодичні або щоденні випадки уртикарної висипки тривалістю 6 тиж та більше, становить приблизно 1,8 % серед дорослого населення та 0,1–0,3 % — серед дитячого. Припускають, що симптоми ХК пов'язані перш за все з активацією опасистих клітин (ОК) шкіри [15]. Механізм, за яким ОК шкіри при ХК змушені виділяти гістамін та інші медіатори, довгий час залишався незрозумілим для дослідників. Виявлення і характеристика «реагінових» IgE вченим Ishizaka [9] дозволили пояснити розвиток гострої і епізодичної алергійної кропив'янки за негайним типом реакцій (тип I реакцій за Gell і Coombs), яка супроводжується зв'язуванням IgE з ОК шкіри і специфічними алергенами, призводячи до вивільнення медіаторів.

Останніми роками в наукових роботах висвітлюється можлива роль коагуляції крові в патофізіології захворювання [8, 10, 11]. Відомо, що при активації каскаду зсідання формуються вазоактивні речовини, такі як тромбін, що призводять до збільшення судинної проникності внаслідок стимуляції ендотелію. У пацієнтів з ХК виявлено активацію каскаду коагуляції через дії тканинного фактора, який експресується еозинофільними гранулоцитами, що утворюють інфільтративні шкірні висипання.

Натепер опубліковано результати багатьох досліджень, які підтверджують роль автореактивних автоантитіл (анти-IgE і анти-FcεRIα) при автоімунній кропив'янці [2, 10, 11, 19]. Вважають, що зв'язування цих функціональних автоантитіл з IgE або високоафінними рецепторами IgE на ОК може призводити до дегрануляції останніх і виділення медіаторів. У кінці 2011 р. F. Bossi та співавт. [3] опублікували цікаві результати дослідження сироватки крові пацієнтів з ХК. Вчені оцінили роль медіаторів здорових та ендотеліальних клітин у збільшенні проникності судинної стінки. Було виявлено, що у багатьох пацієнтів дегрануляція ОК не пов'язана зі стимуляцією високоафінних IgE-рецепторів і виникає за IgE- та IgG-незв'язаними механізмами. Це відкриває додаткові можливості для розуміння патогенезу ХК і виявлення нових гістамінвивільняючих факторів, особливо у хворих без автореактивних та циркулюючих автоантитіл.

Патогенез тяжкої форми COVID-19 характеризується підвищеним рівнем фактора некрозу пухлини альфа (TNF-α), інтерлейкіну-6 (IL-6), IL-1β, фактора стимулювання колонії гранулоцитів-макрофагів (GM-CSF) і хемокінових ліганд 2 (CCL2), багато з яких виробляються і

виділяються ОК. Дійсно, SARS-CoV-2 активує ОК, ключові ефекторні клітини в ХК, а також інші імунні клітини, такі як базофільні і нейтрофільні гранулоцити, моноцити/макрофаги та природні клітини-кілери, і призводить до так званого цитокинового шторму [6]. Ці клітини можуть розпізнавати віруси та реагувати на них за допомогою різних рецепторів, включаючи Toll-подібні рецептори, FcεRI, комплемент та рецептори IL-1. Взаємодія цих рецепторів призводить до активації та дегрануляції ОК, *de novo* синтезу ейкозаноїдів, а також численних цитокінів, хемокінів та факторів росту.

Активація ОК у відповідь на вірусну інфекцію може справляти захисний ефект, допомагаючи імунній системі або безпосередньо долаючи інфекцію. Однак збільшення вираженості запалення та тяжкі захворювання можуть виникати у разі активної дії на ОК з підвищеним рівнем вивільнення запальних цитокінів і хемокінів.

Базофільні гранулоцити також беруть участь у патогенезі COVID-19 та ХК. При COVID-19 їхній рівень знижується, а після ремісії нормалізується подібно до такого при спонтанній ХК, за якої висока активність захворювання пов'язана зі зниженим рівнем базофільних гранулоцитів у крові, а ефективне лікування сприяє його нормалізації. Ці ефекти можуть пояснити повідомлення в літературі про кропив'янку та набряк Квінке при COVID-19 [6], а ураження, подібні до кропив'янки, визнані другим найбільш поширеним шкірним виявом інфекції COVID-19, про які повідомлялося у 19 % пацієнтів в Іспанії. Також COVID-19 може призвести до загострення ХК. З якою частотою це відбувається, залишається невідомим.

У дослідженні, проведеному E. Kocatürk та співавт. [12] встановлено, що перебіг ХК не змінився у 55,7 % пацієнтів, тоді як у 36,7 % спостерігали його загострення, а у 7 % — покращення. Пацієнтам, які перенесли загострення ХК при зараженні COVID-19, частіше потрібна госпіталізація через перебіг COVID-19 (28 проти 6 %). Навпаки, ступінь загострення ХК у госпіталізованих був вищим, ніж у негоспіталізованих (73 проти 31 %;  $p < 0,05$ ).

В умовах коли взаємний патогенетичний вплив двох захворювань досі залишається недостатньо вивченим та потребує подальшого дослідження, на перший план мають виходити клінічні дослідження. За даними проведеного аналізу визнано, що опубліковані результати таких досліджень чітко засвідчують вплив COVID-19 на якість та доступність медичного обслуговування пацієнтів з ХК, частоту звертань по медичну допомогу та вибір алгоритму лікування.

Пандемія значно погіршила рівень надання медичної допомоги всім категоріям пацієнтів з хронічними захворюваннями, і ХК не є винятком. Так, дослідження Е. Kocatürk та співавт. [12], проведене серед пацієнтів та лікарів системи лікарень з надання медичної допомоги пацієнтам з ХК UCARE, показало зменшення тижневої кількості хворих більше ніж на 50 % (середнє значення  $\pm$  SD:  $(56,6 \pm 25,8)$  %; медіана: 60, діапазон: 0–100); третина всіх лікувальних закладів повідомила про зменшення кількості пацієнтів більше ніж на 75 %. Основними причинами таких показників були зниження частоти звертань, зменшення часу роботи клінік та зміна характеру консультацій пацієнтів. Половина опитаних респондентів (52 %) були задіяні у наданні допомоги пацієнтам з COVID-19 та кожен четвертий з таких лікарів ( $n = 14$ ; 23 %) погодився з тим, що такі перерозподіли негативно вплинули на догляд за хворими на ХК в їхній клініці.

При цьому відбувся значний перерозподіл прийому пацієнтів, адже відзначено майже трикратне зменшення кількості очних консультацій та значне збільшення дистанційних форм консультування. Так, кількість консультацій телефоном та у WhatsApp збільшилась більше ніж на 600 %, з кожної десятої консультації до більш ніж двох третин всієї кількості. Дистанційні консультації виявились корисним інструментом під час пандемії COVID-19, але довготермінові наслідки віддаленої допомоги для пацієнтів з ХК з точки зору витрат, вигоди, впливу на стосунки між лікарем та пацієнтом, захисту та конфіденційності даних, комфорту, ризику зловживань та ефективності лікування захворювань ще потрібно досліджувати.

Дослідження, проведене Y. Erdem та співавт. [7], показало, що прихильність до дотримання карантинних обмежень була значно нижчою у групі із загостренням ХК ( $p = 0,027$ ). Втім, активність захворювання в цьому дослідженні оцінювали за допомогою традиційних показників — тижневого балу активності кропив'янки (UAS7) та контрольного тесту на кропив'янку (UCT), які можуть втрачати свою ефективність в умовах дистанційного консультування. Результати іншого дослідження засвідчили, що під час пандемії COVID-19 використання показників результатів, повідомлених пацієнтом, помітно зменшилось: для оцінки активності кропив'янки/оцінки активності ангіоневротичного набряку — з 65,6 до 47,3 %, тесту контролю кропив'янки/ангіоневротичного набряку — з 62,6 до 42,7 %, опитувальника щодо якості життя хворих на ХК — з 30,2 до 10,8 %, а для анкети ангіоневротичного набряку — із 17,9 до 8,9 % (усі  $p < 0,0005$ ).

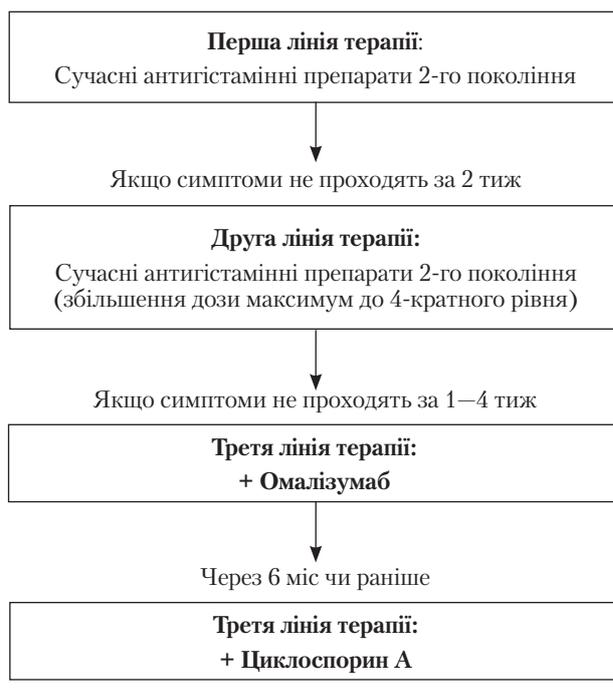


Рисунок. Алгоритм лікування хворих на ХК згідно з рекомендаціями EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO (20)

Нещодавно кілька наукових товариств видали практичні рекомендації під керівництвом експертів щодо ведення пацієнтів з дерматологічними або алергійними захворюваннями із запаленням типу 2, включаючи кропив'янку, під час пандемії COVID-19. Ці рекомендації ґрунтуються на експертному досвіді та консенсусі, а не на даних контрольованих досліджень. Вони спрямовані на дотримання безпеки пацієнтів та медичних працівників, а також дають рекомендації щодо використання певних методів лікування, включаючи застосування біопрепаратів та імунодепресивних засобів. Наприклад, у позиційному документі (Position paper) німецьких алергологів і Європейської академії алергії та клінічної імунології (EAACI) рекомендовано проводити лікування кропив'янки омалізумабом у пацієнтів із COVID-19 від легкої до середньої тяжкості або за підозри на наявність інфекції SARS-CoV-2, що має відбуватись на основі аналізу ризику та вигоди пацієнта і за його згодою [17]. У пацієнтів з тяжкою формою COVID-19 слід враховувати подовження інтервалу ін'єкції омалізумабу або переривання лікування з огляду на ризик можливої потреби у призначенні системних глюкокортикоїдів. Як ці рекомендації виконуються, наразі невідомо.

Сучасні рекомендації ведення пацієнтів з ХК пропонують традиційний алгоритм лікування, наведений на рисунку.

Суть алгоритму полягає в призначенні як препаратів першої лінії сучасних неседативних антигістамінних засобів з можливістю підвищення дози до 4-кратного рівня при другій лінії терапії. Результати дослідження підтверджують, що пандемія COVID-19 не впливає суттєво на проведення терапії першої, другої та третьої лінії у хворих на ХК в експертних центрах. Постійне лікування антигістамінними препаратами та омалізумабом продовжували, більшість UCARE дозування не змінювали (98,9 та 87,2 % відповідно). Згідно з міжнародними настановами під час пандемії перші три лінії лікування, тобто застосування антигістамінних препаратів у стандартних дозах, антигістамінних препаратів у збільшеному дозуванні та омалізумабу, необхідно продовжувати відповідно до рекомендацій. За можливості слід уникати використання імуносупресивних методів лікування ХК, включаючи лікування циклоспорином у третій лінії, наголошуючи на необхідності розробки нових та неімуносупресивних методів лікування ХК.

Ідеальний антигістамінний препарат повинен ефективно зменшувати вираженість симптомів, мати швидкий початок та тривалий період дії, його бажано застосовувати один раз на день і він не має спричиняти небажаних наслідків, таких як сонливість. Біластин відповідає цим вимогам для лікування пацієнтів з ХК. Результати досліджень за участі здорових дорослих добровольців показали, що біластин пригнічує реакцію папули та еритеми порівняно з такою при застосуванні плацебо, характеризується швидким початком дії, а високий рівень гальмування виявляється через 0,5–2 год [18]. Біластин має більш швидкий початок дії, ніж цетиризин, дезлоратадин та рупатадин. За даними дослідження, проведеного R. Antonijoa та співавт. [1], визначено, що початок інгібування папули становив 1 год для біластину в дозі 20 мг, 4 год для дезлоратадину в дозі 5 мг або рупатадину в дозі 10 мг, тоді як для гальмування ділянки еритеми початок дії біластину в дозі 20 мг відзначено через 30 хв, дезлоратадину та рупатадину — через 4 год, щоб продемонструвати значну різницю порівняно з плацебо. Біластин також сприяв значному зменшенню свербіжу, тоді як цього не спостерігалось при застосуванні дезлоратадину або рупатадину.

ХК виявляє значний несприятливий вплив на якість життя пацієнтів. Встановлено, що застосування біластину в дозі 20 мг один раз на день сприяє покращенню якості життя пацієнтів зі спонтанною ХК. У найбільшому рандомізованому дослідженні середнього показника дерматологічного індексу якості життя (DLQI) загаль-

ний показник значно зменшився порівняно із таким при застосуванні плацебо через 4 тиж ( $-9,45$  проти  $-5,93$ ;  $p < 0,001$ ) [13, 16, 21].

У невеликому дослідженні в реальних умовах оцінювали підвищення дози біластину у 29 пацієнтів із середньою та тяжкою спонтанною ХК, які не реагували належним чином на інші  $H_1$ -антигістамінні препарати у дозволених дозах. Усім пацієнтам спочатку призначали біластин у дозі 20 мг один раз на день протягом 2 тиж, після чого особи з відсутністю відповіді на лікування (визначені як 7-денний показник активності кропив'янки [UAS7]  $> 3$ ) отримували біластин у дозі 40 мг один раз на день протягом наступних 2 тиж, причому будь-яким пацієнтам, які не відповіли на це лікування, згодом призначали біластин у дозі 80 мг один раз на день протягом 2 тиж. Через 2 тиж прийому препарату в дозі 20 мг ( $n = 29$ ) середній показник UAS7 зменшився на 37 % порівняно з вихідним рівнем ( $p < 0,001$ ). Свербіж та папули зменшились на 44 та 29 % відповідно. Підвищення дози біластину до 40 мг ( $n = 23$ ) сприяло подальшому значному зниженню (23 %) середнього показника UAS7 ( $p = 0,007$ ) зі зменшенням свербіжу та папул на 24 та 17 % відповідно. Подальше дозування біластину в дозі 80 мг ( $n = 21$ ) спричинило помірне зниження UAS7 (7 %), що не було статистично значущим, зі зменшенням свербіжу та папул на 0 та 12 % відповідно. Невелика різниця між біластином у дозі 40 мг та 80 мг пояснюється, мабуть, тим, що препарат є особливо ефективним проти свербіжу, причому зменшення вираженості цього симптому відбувається переважно за використання препарату в дозі 20 мг [5, 14].

Важливим для вибору саме біластину для пацієнтів з COVID-19 є відсутність у нього кардіо- і нефротоксичності та будь-яких суттєвих взаємодій з іншими препаратами, які можуть бути застосовані в процесі лікування [4]. При цьому немає необхідності коригувати дозу препарату за наявності супутньої патології нирок та печінки, що важливо для лікування пацієнтів із супутнім COVID-19.

Отже, COVID-19 значно погіршує доступність медичної допомоги пацієнтам з ХК і негативно впливає на лікування захворювання. Наразі дистанційні форми консультування та контролю симптомів і лікування ХК застосовують все частіше, а імуносупресивну терапію призначають усе рідше. Лікування ХК у пацієнтів із COVID-19 слід починати із призначення сучасних неседативних антигістамінних препаратів, за необхідності підвищуючи їхню дозу до 4-кратного рівня.

## Список літератури

1. Antonijuan R., Coimbra J., García-Gea C. et al. Comparative efficacy of bilastine, desloratadine and rupatadine in the suppression of wheal and flare response induced by intradermal histamine in healthy volunteers // *Curr. Med. Res. Opin.*— 2017.— Vol. 33 (1).— P. 129–136. doi: 10.1080/03007995.2016.1240665.
2. Bernstein J.A., Lang D.M., Khan D.A. et al. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update // *J. Allergy Clin. Immunol.*— 2014.— Vol. 133 (5).— P. 1270–1277. doi: 10.1016/j.jaci.2014.02.036.
3. Bossi F., Frossi B., Radillo O. et al. Mast cells are critically involved in serum-mediated vascular leakage in chronic urticaria beyond high-affinity IgE receptor stimulation // *Allergy Eur. J. Allergy Clin. Immunol.*— 2011.— Vol. 66 (12).— P. 1538–1545. doi: 10.1111/j.1398-9995.2011.02704.x.
4. Cataldi M., Maurer M., Tagliatela M., Church M.K. Cardiac safety of second-generation H(1)-antihistamines when up-dosed in chronic spontaneous urticaria // *Clin. Exp. Allergy. J. Br. Soc. Allergy Clin. Immunol.*— 2019.— Vol. 49.— P. 1615–1623. doi: 10.1111/cea.13500.
5. Church M.K. Safety and efficacy of bilastine: a new H(1)-antihistamine for the treatment of allergic rhinoconjunctivitis and urticaria // *Expert. Opin. Drug. Saf.*— 2011.— Vol. 10.— P. 779–793. doi: 10.1517/14740338.2011.604029.
6. Criado P.R., Abdalla B.M.Z., de Assis I.C. et al. Are the cutaneous manifestations during or due to SARS-CoV-2 infection/COVID-19 frequent or not? Revision of possible pathophysiologic mechanisms // *Inflamm. Res. J. Eur. Histamine Res. Soc.*— 2020.— Vol. 69.— P. 745–756. doi: 10.1007/s00011-020-01370-w.
7. Erdem Y., Polat Ekinci A., Altunay I.K. et al. The impact of COVID-19 pandemic on the management of patients with chronic urticaria: An observational two-center study from Turkey // *Dermatol. Ther.* 2020.— Vol. 34 (1).— P. e14652. doi: 10.1111/dth.14652.
8. Greaves M. Chronic urticaria // *J. Allergy Clin. Immunol.*— 2000.— Vol. 105 (4).— P. 664–672. doi: 10.1067/mai.2000.105706.
9. Ishizaka K., Ishizaka T. Identification of IgE // *J. Allergy Clin. Immunol.*— 2016.— Vol. 137 (6).— P. 1646–1650. doi: 10.1016/j.jaci.2015.12.1343.
10. Kaplan A.P. Chronic urticaria: Pathogenesis and treatment // *J. Allergy Clin. Immunol.*— 2004.— Vol. 114 (3).— P. 465–474. doi: 10.1016/j.jaci.2004.02.049.
11. Kaplan A.P., Greaves M. Pathogenesis of chronic urticaria // *Clin. Exp. Allergy.*— 2009.— Vol. 39 (6).— P. 777–787. doi: 10.1111/j.1365-2222.2009.03256.x.
12. Kocaturk E., Salman A., Cherrez-Ojeda I. et al. The global impact of the COVID-19 pandemic on the management and course of chronic urticaria // *Allergy.*— 2021.— Vol. 76 (3).— P. 816–830. doi: 10.1111/all.14687.
13. Krause K., Spohr A., Zuberbier T. et al. Up-dosing with bilastine results in improved effectiveness in cold contact urticaria // *Allergy.*— 2013.— Vol. 68.— P. 921–928. doi: 10.1111/all.12171.
14. Phinyo P., Koompawichit P., Nochaiwong S. et al. Comparative Efficacy and Acceptability of Licensed Dose Second-Generation Antihistamines in Chronic Spontaneous Urticaria: A Network Meta-Analysis // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.*— 2021.— Vol. 9 (2).— P. 956–970. doi: 10.1016/j.jaip.2020.08.055.
15. Saini S.S., Kaplan A.P. Chronic Spontaneous Urticaria: The Devil's Itch // *J. Allergy Clin. Immunol. Pract.*— 2018.— Vol. 6.— P. 1097–1106. doi: 10.1016/j.jaip.2018.04.013.
16. Serra E., Campo C., Novák Z. Efficacy and safety of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria and other skin diseases: an exploratory study // *J. Dermatolog. Treat.*— 2020.— Vol. 31.— P. 270–278. doi: 10.1080/09546634.2019.1590522.
17. Vultaggio A., Agache I., Akdis C.A. et al. Considerations on biologicals for patients with allergic disease in times of the COVID-19 pandemic: An EAACI statement // *Allergy.*— 2020.— Vol. 75.— P. 2764–2774. doi: 10.1111/all.14407.
18. Wang X.Y., Lim-Jurado M., Prepageran N. et al. Treatment of allergic rhinitis and urticaria: a review of the newest antihistamine drug bilastine // *Ther. Clin. Risk. Manag.*— 2016.— Vol. 12.— P. 585–597. doi: 10.2147/TCRM.S105189.
19. Weller K., Maurer M. Chronic Urticaria // *Evidence-Based Dermatology: Third Edition*, 2014.— P. 210–222. doi: 10.1002/9781118357606.ch29.
20. Zuberbier T., Aberer W., Asero R. et al. The EAACI/GA2LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria // *Allergy.*— 2018.— Vol. 73.— P. 1393–1414. doi: 10.1111/all.13397.
21. Zuberbier T., Oanta A., Bogacka E. et al. Comparison of the efficacy and safety of bilastine 20 mg vs levocetirizine 5 mg for the treatment of chronic idiopathic urticaria: a multi-centre, double-blind, randomized, placebo-controlled study // *Allergy.*— 2010.— Vol. 65.— P. 516–528. doi: 10.1111/j.1398-9995.2009.02217.x
22. COVID-19 coronavirus pandemic. <https://www.worldometers.info/coronavirus/>

А.Е. Богомолов

Винницький національний медичний університет імені Н.І. Пирогова

## Пандемія COVID-19 і хронічна крапивниця

**Цель работы** — усовершенствовать подходы к ведению пациентов с COVID-19 и хронической крапивницей (ХК).

**Материалы и методы.** Представлен обзор литературы, а также проанализированы взаимное влияние и принципы ведения пациентов с COVID-19 и ХК.

**Результаты и обсуждение.** На сегодня во всем мире инфекция COVID-19 диагностирована более чем у 106 млн пациентов, в 900 странах умерло свыше 2,3 млн больных. Распространенность ХК, которую определяют как эпизодические или ежедневные случаи уртикарной сыпи длительностью 6 нед и больше, составляет приблизительно 1,8 % среди взрослого населения и 0,1–0,3 % — среди детского. На пациентов с ХК и их врачей влияют меры социального дистанцирования, блокирования, ограничения на поездки и изменения в схемах лечения из-за риска заражения SARS-CoV-2.

Пандемия значительно ухудшила качество оказания медицинской помощи всем категориям пациентов с хроническими заболеваниями, и ХК не является исключением. Суть алгоритма лечения ХК заключается в назначении в качестве препаратов первой линии современных неседативных антигистаминных средств с возможностью повышения их дозы до 4-кратного уровня при второй линии терапии. Результаты исследования подтверждают, что пандемия COVID-19 не оказывает значительного влияния на проведение терапии первой, второй и третьей линии при ХК в экспертных центрах.

Идеальный антигистаминный препарат должен эффективно уменьшать выраженность симптомов, иметь быстрое начало и длительный период действия, его желательно применять один раз в день и он не должен вызывать нежелательных последствий, таких как сонливость. Биластин отвечает этим требованиям для лечения пациентов с ХК.

**Выводы.** COVID-19 значительно ухудшает доступность медицинской помощи пациентам с ХК и негативно влияет на результаты их лечения. На сегодня дистанционные формы консультирования и контроля симптомов и лечения ХК используют все чаще, а иммуносупрессивную терапию назначают все реже. Лечение ХК у пациентов с COVID-19 следует начинать с назначения современных неседативных антигистаминных препаратов, в случае необходимости повышая их дозу до 4-кратного уровня.

**Ключевые слова:** COVID-19, хроническая крапивница, антигистаминные препараты, биластин.

A. Ye. Bogomolov

*National Pirogov Memorial Medical University, Vinnytsya*

## COVID-19 pandemic and chronic urticaria

**Objective** – to improve the management of patients with COVID-19 and chronic urticaria (CU).

**Materials and methods.** A review of the literature is presented and the mutual influence and principles of management of patients with COVID-19 and CU were analyzed.

**Results and discussion.** To date, more than 106 million patients have been diagnosed with COVID-19 worldwide, and more than 2.3 million patients died in 900 countries. The prevalence of CU, defined as episodic or daily episodes of urticarial rash lasting 6 weeks or more, is approximately 1.8 % of the adult and 0.1–0.3 % of the children population. Patients with CU and their physicians are affected by social distancing, blocking, travel restrictions, and changes in treatment regimens due to the risk of SARS-CoV-2 infection.

The pandemic has significantly worsened the level of medical care for all categories of patients with chronic diseases, and CU is not an exception. The essence of the algorithm for the treatment of CU is the prescription of modern non-sedative antihistamines as first-line drugs with the possibility of increasing their dosage by up to 4 times in the second-line therapy. Studies show that the COVID-19 pandemic does not significantly affect the use of first-, second-, and third-line CU therapies in expert centers.

The ideal antihistamines should be effective in relieving symptoms, have a rapid effect and long duration of action, preferably administered once a day and not cause side effects such as drowsiness. Bilastin meets this profile for the treatment of patients with CU.

**Conclusions.** COVID-19 significantly reduces the availability of medical care to patients with CU and negatively affects the treatment of the disease. Remote forms of counseling and control of symptoms and treatment of CU are becoming more commonly used, and the prescription of immunosuppressive therapy - more rare. Treatment of CU in patients with COVID-19 should begin with the use of modern non-sedative antihistamines, with the increase of their dose by up to 4 times if necessary.

**Key words:** COVID-19, chronic urticaria, antihistamines, bilastine. □

---

### Дані про автора:

**Богомолов Артемій Євгенійович**, к. мед. н., доц. кафедри фтизіатрії з курсом клінічної імунології та алергології  
21018, м. Вінниця, вул. Пирогова, 56  
E-mail: art.bogomolov@gmail.com