

## ОПТИМІЗАЦІЯ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ГОСТРУ КРОПИВ'ЯНКУ, ПОЄДНАНУ З ЛЯМБЛІОЗОМ

©А. М. Петрук, М. І. Шкільна

Тернопільський національний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України

**РЕЗЮМЕ.** Мета дослідження – покращити результати лікування гострої кропив'янки, поєднаної з лямбліозом, розробити схему комплексної терапії вказаної поєднаної патології.

**Матеріал і методи.** Під спостереженням перебували 46 хворих на гостру кропив'янку (ГКР), поєднану з лямбліозом, які протягом 2019–2021 рр. лікувались амбулаторно і стаціонарно в КНП «Старокостянтинівська ЦРЛ» і КУТОР «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер». Жінок було 30 (65,2 %), чоловіків – 16 (34,8 %), всі пацієнти були у віці від 19 до 70 років.

Для оцінки активності кропив'янки використали Шкалу оцінки активності кропив'янки (Urticaria activity score – UAS7), яка ґрунтується на оцінці основних ознак і симптомів, де 0 балів – відсутність уртикарних елементів і свербіж; 1 бал – свербіж незначно виражений (наявний, але не дошкульний і не завдає клопоту), висип незначно виражений (менше 20 пухирів/24 год); 2 бали – помірно виражений свербіж (завдає клопоту, але не перешкоджає нормальній щоденній активності або сну), висип помірно виражений (наявність 21–50 пухирів/24 год); 3 бали – інтенсивний (виражений свербіж, який завдає багато незручностей та перешкоджає нормальній щоденній активності та сну), висип значно виражений (>50 пухирів / 24 год). Відповідно, інтерпретація тяжкості загострення така: 0–2 бали – легке загострення, 3–4 бали – загострення середньої тяжкості, 5–6 балів – тяжке загострення.

Для виявлення цист лямблій готували мазок нативного матеріалу фекалій, який досліджували у світлооптичному мікроскопі при малому і великому збільшенні (об.  $\times 8$ ,  $\times 40$ , ок.  $\times 10$ ).

Комплексне лікування хворих на гостру кропив'янку, поєднану з лямбліозом, включало одночасне призначення орнідазолу по 500 мг двічі на добу в поєднанні із сухим екстрактом плодів розторопші плямистої по 2 таблетки 3 рази на добу перорально протягом 10 днів; з наступним 10-денним курсом біластину (неседативного Н1-антигістамінного препарату другого покоління) в дозі 20 мг 1 раз на добу.

Оцінку ефективності проведеного лікування здійснювали на 5, 10 і 12 дні від початку терапії за динамікою основних ознак і симптомів ГКР (пухирі та свербіж) та Шкалою оцінки активності кропив'янки UAS7 (Urticaria activity score), виражених у балах.

**Результати.** Встановлено, що 10 (21,7 %) із 46 обстежених хворих на гостру кропив'янку, поєднану із лямбліозом, мали в анамнезі atopічний дерматит, 5 (10,9 %) пацієнтів – бронхіальну астму, 7 (15,2 %) осіб – алергічний риніт. У решти 24 осіб, що склало 52,2 % від 46 хворих на гостру кропив'янку, поєднану з лямбліозом, алергічних хвороб в анамнезі не виявлено.

Проведений нами аналіз вираження основних симптомів недуги (пухирів і свербіж) на 12 день терапії з одночасним призначенням орнідазолу по 500 мг двічі на добу в поєднанні із сухим екстрактом плодів розторопші плямистої по 2 таблетки 3 рази на добу перорально протягом 10 днів дозволив установити, що у хворих на кропив'янку, поєднану із лямбліозом, відмічено достовірне зменшення тяжкості недуги за UAS7 до легкого ступеня тяжкості, ( $p < 0,05$ ), тоді як у хворих на кропив'янку, поєднану із лямбліозом за наявності в анамнезі алергічних хвороб активність процесу зменшилася до середнього ступеня тяжкості недуги ( $p < 0,05$ ).

Послідовне призначення орнідазолу по 500 мг двічі на добу в поєднанні із сухим екстрактом плодів розторопші плямистої по 2 таблетки 3 рази на добу перорально протягом 10 днів з наступним 10-денним курсом біластину дозволило домогтися повного зникнення пухирів і зниження активності кропив'янки (за UAS7) до легкого ступеня тяжкості.

**Висновки.** Терапія кропив'янки, поєднаної з лямбліозом, з одночасним використанням орнідазолу та сухого екстракту плодів розторопші плямистої, є недостатньою. За наявності в анамнезі у хворих на гостру кропив'янку, поєднану із лямбліозом, інших алергічних хвороб, комплексне лікування доцільно доповнити Н1-антигістамінним препаратом другого покоління. Найкращі результати лікування хворих на гостру кропив'янку, поєднану з лямбліозом, за наявності в їх анамнезі інших алергічних хвороб, досягнуті при послідовному призначенні орнідазолу в поєднанні із сухим екстрактом плодів розторопші плямистої та біластину.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** гостра кропив'янка; лямбліоз; лікування; орнідазол, сухий екстракт плодів розторопші плямистої; біластин.

**Вступ.** Кропив'янка (КР) – це шкірне захворювання, яке часто супроводжується свербіжем і проявляється еритематозними (червоними, рожевими) неbolючими висипаннями, які зникають протягом 24 годин і залишають після себе чисту шкіру [1, 2]. За останніми міжнародними рекомендаціями, КР класифікується на основі її тривалості на гостру або хронічну, а також, залежно від ролі певних тригерів у її розвитку, на індуковану або спонтанну [3]. ГКР визначається появою пухирів, АНН або їх поєднанням протягом 6 тижнів або менше. ХКР характеризується появою аналогіч-

даціями, КР класифікується на основі її тривалості на гостру або хронічну, а також, залежно від ролі певних тригерів у її розвитку, на індуковану або спонтанну [3]. ГКР визначається появою пухирів, АНН або їх поєднанням протягом 6 тижнів або менше. ХКР характеризується появою аналогіч-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

них проявів протягом більше 6 тижнів. Спонтанна КР (СКР) обумовлена відомими та частіше невідомими чинниками (тригерами) і може повторюватися після місяців або років повної ремісії [2, 4]. Поширеність ГКР становить від 1 до 5 % у популяції [2]. За даними авторів робіт [5, 6], поширеність ГКР у популяції складає до 6 %, а ХКР – 1,8 %. Згідно з оцінками інших авторів, від 10 до 20 % населення світу перенесли хоча б один епізод ГКР протягом життя [7].

Згідно з даними S. Comert et al. [8], найпоширенішими тригерами ГКР є лікарські препарати (38,1 %), інфекційні агенти (35,2 %), продукти харчування (17,8 %), а також гельмінтні інвазії (*Anisakis simplex*, види *Ascaris spp.*, *Enterobius spp.*, *Toxocara spp.*, *Trichinella spp.* [9] і збудники деяких протозойних інфекцій (лямбліозу і трипаносомозу) [10]. За даними експертів ВООЗ, десята частина населення Землі інвазована лямбліями. В Україні щорічно реєструють 30–40 тис. випадків цього паразитозу, що приблизно відповідає ураженню 0,01 % населення [11].

Крім того, деякі пацієнти можуть мати декілька підтипів КР одночасно, що додатково ускладнює її діагностику та лікування. Однак слід зазначити, що часто відстежити зв'язок розвитку КР з конкретним етіологічним чинником на підставі оцінки історії хвороби та спеціальних опитувальників не вдається. У частини пацієнтів для розвитку КР необхідна присутність ще й інших тригерних факторів. У таких ситуаціях у пацієнтів спостерігаються atopічні захворювання в анамнезі [12].

Отже, етіологічні та тригерні фактори формування гострої кропив'янки надзвичайно різноманітні і повинні обов'язково враховуватись при плануванні комплексного лікування хворих із вказаною недугою.

Лікування ГКР слід починати з усунення значущого тригера [1, 5, 13]. З цієї метою проводять відповідні заходи (відміна медикаментозного препарату, призначення елімінаційної дієти, терапія інфекційних та запальних процесів) [2]. Препаратами першої лінії для лікування як ГКР, так і ХКР, є Н1-АГП. Враховуючи різноманітні побічні ефекти при їх прийомі (седативний, порушення координації, запаморочення, відчуття млявості, зниження уваги, тахікардія, сухість у роті, підвищений апетит тощо) [12, 14], при лікуванні ГКР в якості препаратів першої лінії рекомендується використовувати Н1-АГП II покоління [3], які зумовлюють мінімальну седацію та не спричиняють антихолінергічних ефектів [5].

Одним із представників неседативних Н1-антигістамінних препаратів є біластин. Уперше його застосування було схвалено в Європейському Союзі в 2010 р. для симптоматичного лікуван-

ня алергійного ринокон'юнктивіту (сезонного і цілорічного) та кропив'янки у пацієнтів старше 12 років і наразі він доступний приблизно в 100 країнах світу [15]. Кілька років тому препарат було схвалено в Європі для застосування у дітей віком від 6 до 12 років, а нещодавно аналогічне схвалення було отримане і в Україні [16].

Робота є фрагментом комплексної науково-дослідної роботи кафедри інфекційних хвороб з епідеміологією, шкірними та венеричними хворобами Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського МОЗ України «Моно- і змішані інфекції, що передаються кліщами, вдосконалення лікувально-діагностичних технологій і заходів біобезпеки» (№ державної реєстрації 0120U104348), які фінансуються за кошти МОЗ України.

**Мета** дослідження – покращити результати лікування гострої кропив'янки, поєднаної з лямбліозом, розробити схему комплексної терапії даної поєднаної патології.

**Матеріал і методи дослідження.** Під спостереженням було 46 хворих віком від 19 до 70 років із гострою кропив'янкою, поєднаною із лямбліозною інвазією, які протягом 2019–2021 рр. лікувались амбулаторно та стаціонарно в КНП «Старокостянтинівська ЦРЛ» і КУТОР «Тернопільський обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер». Чоловіків було 16 (34,8 %), жінок – 30 (65,2 %). В обох групах переважали міські жителі (84,5 %).

Діагноз кропив'янки встановлювали на підставі типових клінічних проявів і формулювали згідно з класифікацією МКХ-10 і протоколом надання медичної допомоги хворим на алергічну кропив'янку та набряк Квінке, затвердженим МОЗ України від 03.07.06 р. за № 432 і рекомендаціями щодо лікування хворих на кропив'янку, розробленими відділом дерматології Європейської академії алергії та клінічної імунології (The European Academy of Allergy and Clinical Immunology – EAACI) разом із Глобальною європейською мережею з алергії та астми (Global Allergy and Asthma European Network – GA2LEN), Європейським дерматологічним форумом (European Dermatology Forum – EDF) і Всесвітньою організацією з алергії (World Allergy Organization – WAO [1]).

Для оцінки активності кропив'янки використали Шкалу оцінки активності кропив'янки (Urticaria activity score – UAS7), яка є уніфікованою простою системою оцінки і ґрунтується на оцінці вираження основних ознак і симптомів КР (пухирі та свербіж), задокументованих пацієнтом, де 0 балів – відсутність уртикарних елементів і свербіж; 1 бал – свербіж незначно виражений (наявний, але не дошкульний і не завдає клопоту), висип незначно виражений (менше 20 пухирів/24 год); 2 бали – по-

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

мірно виражений свербіж (завдає клопоту, але не перешкоджає нормальній щоденній активності або сну), висип помірно виражений (наявність 21–50 пухирів/24 год); 3 бали – інтенсивний (виражений свербіж, який завдає багато незручностей та перешкоджає нормальній щоденній активності та сну), висип значно виражений (>50 пухирів/24 год) більше 50 елементів/24 год). Відповідно, інтерпретація тяжкості процесу така: 0–2 бали – легкий ступінь тяжкості, 3–4 бали – середній, 5–6 балів – тяжка форма недуги [2, 3].

Для виявлення цист лямблій готували мазок нативного матеріалу фекалій, який досліджували у світлооптичному мікроскопі при малому і великому збільшенні (об.  $\times 8$ ,  $\times 40$ , ок.  $\times 10$ ).

Комплексне лікування хворих на гостру кропив'янку, поєднану з лямбліозом, включало одночасне призначення орнідазолу по 500 мг двічі на добу в поєднанні із сухим екстрактом плодів розторопші плямистої по 2 таблетки 3 рази на добу перорально протягом 10 днів; з наступним

10-денним курсом біластину (неседативного H1-антигістамінного препарату другого покоління) в дозі 20 мг 1 раз на добу.

Оцінку ефективності проведеного лікування в обстежених пацієнтів здійснювали на 5-ий, 10-ий і 12-ий дні від початку терапії за динамікою основних ознак і симптомів КР (пухирі та свербіж) та Шкалою оцінки активності кропив'янки UAS7 (Urticaria activity score), виражених в балах. Отримані результати досліджень оброблені методом варіаційної статистики у програмі *Statgraf* з використанням критерію Стюдента.

**Результати й обговорення.** У всіх обстежених з'ясували наявність алергічних хвороб в анамнезі. Встановлено, що атопічний дерматит мали 10 (21,7 %) із 46 обстежених, бронхіальну астму – 5 (10,9 %), алергічний риніт – 7 (15,2 %) осіб відповідно. У решти 24 осіб, що склало 52,2 % від 46 хворих на гостру кропив'янку, поєднану із лямбліозом, інших алергічних хвороб в анамнезі не встановлено (рис. 1).

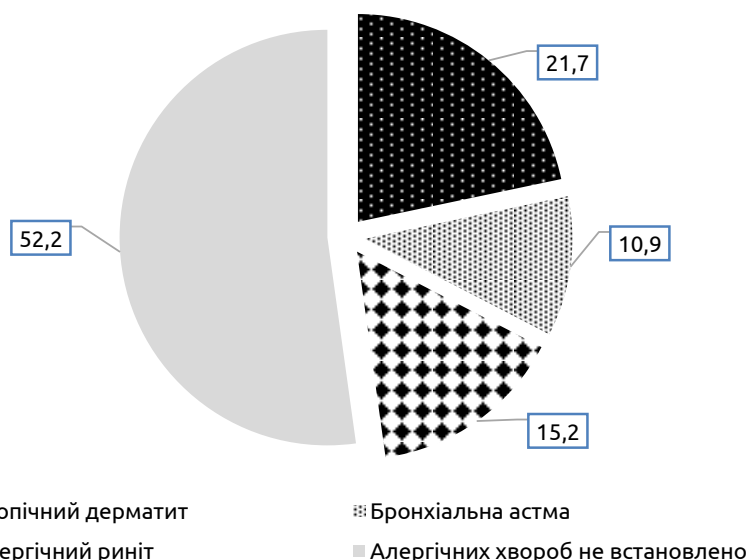


Рис. 1. Аналіз наявності алергічних захворювань в анамнезі у пацієнтів із гострою кропив'янкою, поєднаною із лямбліозом (n=46), %.

В подальшому, залежно від наявності алергічних захворювань в анамнезі, усіх пацієнтів із гострою кропив'янкою, поєднаною із лямбліозом, поділили на дві групи: група 1 – 22 хворих на кропив'янку, поєднану з лямбліозом із алергічними захворюваннями в анамнезі, та група 2 – 24 пацієнти із кропив'янкою, поєднаною із лямбліозом без алергічних захворювань впродовж життя.

Установлено, що вираження основних ознак і симптомів КР (свербіж і пухирі), у пацієнтів обох груп до початку лікування не відрізнялась між собою. Проте середній бал інтенсивності свербіжув достовірно переважав над висипом у хворих обох

груп:  $2,81 \pm 0,24$  проти  $1,36 \pm 0,15$  (група 1) і  $2,94 \pm 0,23$  проти  $1,45 \pm 0,11$  (група 2) ( $p < 0,05$ ). Активність процесу за UAS7 до початку лікування в пацієнтів обох груп відповідала середньому ступеню тяжкості (табл. 1).

Лікування ГКР у хворих обох груп розпочали із усунення значущого тригера, а саме, лямбліозу. Призначено орнідазол в дозі 500 мг двічі на день, і сухий екстракт плодів розторопші плямистої по 2 таблетки 3 рази на добу перорально протягом 10 днів одночасно. Встановлено, що на п'ятий день такої комплексної терапії кількість пухирів і інтенсивність свербіжув (в балах) у пацієнтів обох груп

Таблиця 1. Виразність основних клінічних проявів кропив'янки (пухирі та свербіж) та її активності (за UAS7) у хворих 1 і 2 груп (M±m), бали

Симптом і активність дерматозу	Гостра кропив'янка (n=44)	
	Група 1 (n=22)	Група 2 (n=24)
Свербіж	2,81±0,24*	2,94±0,23*
Пухирі	1,36±0,15	1,45±0,11
Активність хвороби	4,17±0,38	4,39±0,33

Примітка. \* – достовірність різниці показників (свербіж-висипання) в межах однієї групи, (p<0,05).

зменшилася незначно, без змін активності процесу відповідно (табл. 2). Установлено, що на 10-й день лікування інтенсивність пухирів і свербіжу в пацієнтів обох груп почали падати, при цьому свербіжу – інтенсивніше. Проте слід зазначити, що інтенсивність свербіжу в пацієнтів, які не мали алергічних хвороб в анамнезі (група 2), порівняно із 5 днем терапії зменшилася в 3 рази: (0,83±0,30) бали проти (2,63±0,32) балів, тоді як у пацієнтів, які в анамнезі відмічали алергічні хвороби (група 1) в 1,4 раза: 1,94±0,28 бали проти 2,74±0,32 балів (p<0,05) (табл. 2). При цьому слід зазначити, що активність кропив'янки у пацієнтів групи 2 склала (1,76±0,50) бали, тобто відповідала легкому ступеню тяжкості, тоді як у хворих групи 1 – (3,01±0,51) ба-

ли, тобто відповідала середньому ступеню тяжкості. Проведений нами аналіз вираження основних симптомів недуги (пухирів і свербіжу) на 12-й день лікування встановив, що у хворих групи 2 відмічено достовірне зменшення кількості пухирів і свербіжу і зниження активності процесу до (0,76±0,40) балів, що відповідало легкому ступеню тяжкості (p<0,05). Кількість пухирів та інтенсивність свербіжу в хворих групи 1 зменшилися незначно, залишаючись достовірно вищими, порівняно із обстеженими групи 2: (0,98±0,21) проти (0,45±0,17) (пухирі, бали) і (1,83±0,22) проти (0,31±0,23) (свербіж, бали) (p<0,05). Активність процесу зменшилася і складала (2,81±0,43) бали, але залишалася в межах середнього ступеня тяжкості (табл. 2).

Таблиця 2. Аналіз динаміки основних клінічних симптомів (пухирів і свербіжу) та активності хвороби (за UAS7) у хворих груп 1 і 2 при лікуванні орнідазолом (M±m), бали

Групи хворих	0 день			5 день			10 день			12 день		
	пухирі	свербіж	активність процесу	пухирі	свербіж	активність процесу	пухирі	свербіж	активність процесу	пухирі	свербіж	активність процесу
Група 1 (n=22)	1,36±0,15	2,81±0,24	4,17±0,38	1,39±0,17	2,74±0,32	4,13±0,48	1,07±0,23	1,94±0,28	3,01±0,51	0,98±0,21*	1,83±0,22*	2,81±0,43*
Група 2 (n=24)	1,45±0,11	2,94±0,23	4,39±0,33	1,25±0,21	2,63±0,32	3,88±0,52	0,93±0,21	0,83±0,30	1,76±0,50	0,45±0,17	0,31±0,23	0,76±0,40

Примітка. \* – достовірність різниці між групами в межах одного клінічного симптому (p<0,05).

З метою зменшення кількості пухирів та інтенсивності свербіжу, а отже й тяжкості процесу, які залишилися після комплексної терапії лямбліозу із одночасним призначенням орнідазолу і сухим екстрактом плодів розторопші плямистої, у хворих групи 1 (кропив'янка, поєднана з лямбліозом + алергічні хвороби в анамнезі), ми призначили біластин (неседативний H1-антигістамінний препарат другого покоління) у дозі 20 мг 1 раз на добу протягом наступних 10 днів.

Оцінку ефективності проведеного лікування біластином в пацієнтів групи 1 (кропив'янка, поєднана з лямбліозом + алергічні хвороби в анамнезі), проводили на 5, 10 і 12 дні від початку терапії. Встановлено, що на 5 день, порівняно із по-

чатком лікування (0 день), кількість пухирів та інтенсивність свербіжу в хворих даної групи зменшилися в 2 рази, на 10 день – в 4 рази (p<0,05) (рис. 2).

Як видно із рисунка 2, на 12 день терапії з використанням біластину жоден із пацієнтів не скаржився на наявність пухирів; свербіж був незначний і склав 0,2 бали. Загалом, активність кропив'янки (за UAS7) у даної групи хворих склала 2 бали, що відповідало легкому ступеню тяжкості процесу.

**Висновки.** 1. Терапія гострої кропив'янки, поєднаної з лямбліозом, з одночасним призначенням орнідазолу та сухого екстракту плодів розторопші плямистої, є недостатньою.

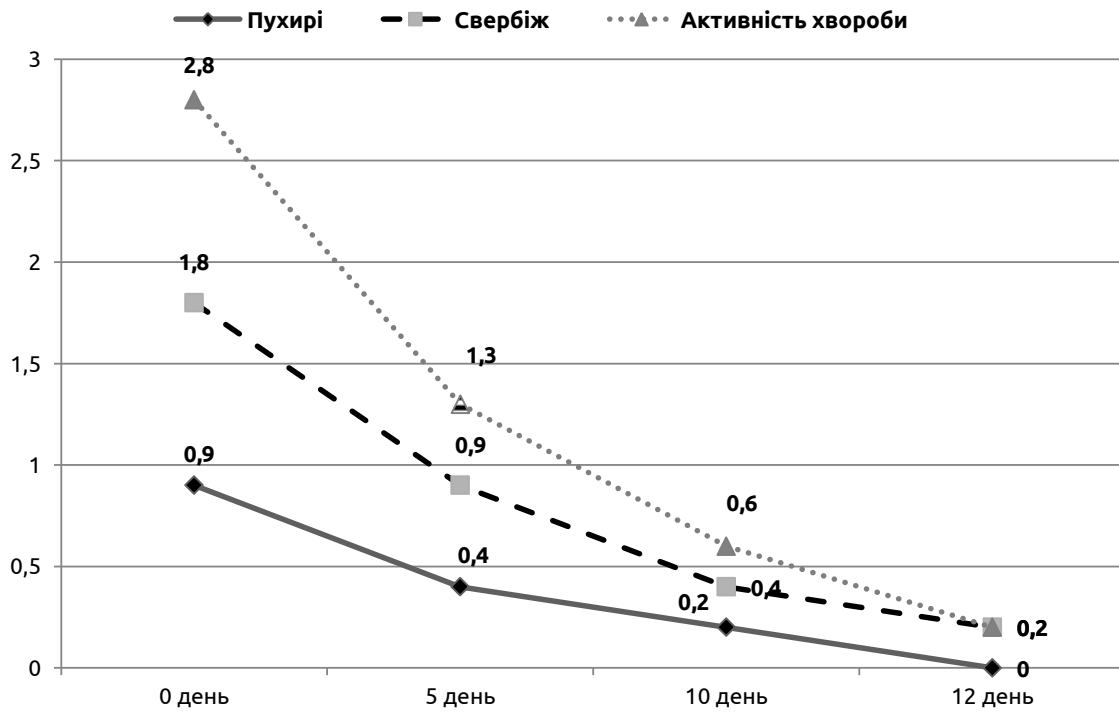


Рис. 2. Динаміка основних клінічних симптомів (пухирів і свербежу) та активності хвороби (за UAS7) у хворих на кропив'янку, поєднану з лямбліозом + алергічні хвороби в анамнезі, при лікуванні біластином ( $M \pm m$ ), бали.

2. За наявності в анамнезі у хворих на гостру кропив'янку, поєднану із лямбліозом, інших алергічних захворювань, комплексне лікування даного дерматозу доцільно доповнити Н1-антигістамінним препаратом другого покоління.

3. Найкращі результати лікування хворих на гостру кропив'янку, поєднану з лямбліозом, за наявності в їх анамнезі інших алергічних захворювань, досягнуті при послідовному призначенні орнідазолу в поєднанні із сухим екстрактом плодів розторопші плямистої й біластину.

#### ЛІТЕРАТУРА

1. The EAACI/GA2 LEN/EDF/WAO Guideline for the Definition, Classification, Diagnosis and Management of Urticaria. The 2017 Revision and Update' / T. Zuberbier, W. Aberer, R. Asero [et al.] // *Allergy*. – 2017. – Vol. 73 (5). – P. 1145–1146. DOI: 10.1111/all.13414.
2. Гостра кропив'янка – актуальна мультидисциплінарна проблема: огляд літератури / С. В. Зайков, А. Є. Богомолов, Т. В. Кириленко, А. П. Гришило // *Астма та алергія*. – 2022. – № 3. – С. 66–76.
3. The international EAACI/GA2LEN/ EuroGuiDerm/ APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria / T. Zuberbier, A. H. Abdul Latiff, M. Abuzakouk [et al.] // *Allergy*. – 2021. DOI: 10.1111/all.15090.
4. Хиць А. Кропив'янка у дітей: етіологія, патогенез та лікування / А. Хиць // *Укр. Мед. Часопис*. – 2021. – № 2. WWW.UMJ.COM.UA.
5. The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update / J. A. Bernstein, D. M. Lang, D. A. Khan [et al.] // *J. Allergy Clin. Immunol.* – 2014. – Vol. 133. – P. 1270–1277.
6. Zhou Sh. Treatment of acute urticaria with acupuncture / Sh..Zhou, R..Zhao, M. Xue // *Medicine*. – 2020. – Vol. 99. – P. 29.
7. The general characteristics of acute urticaria attacks and the factors predictive of progression to chronic urticaria / S. Comert, E. Celebioglu, G. Karakaya, A. F. Kalyoncu // *Allergol. Immunopathol.* – 2013. – Vol. 41 (4). – P. 239–245. DOI: 10.1016/j.aller.2012.05.007.
8. Minciullo P. L. Association between urticaria and nematode infections / P. L. Minciullo, A. Cascio, S. Gangemi // *Allergy Asthma Proc.* – 2018. – Vol. 39 (2). – P. 86–95. DOI: 10.2500/aap.2018.38.410.
9. Urticaria and bacterial infections / P. L. Minciullo, A. Cascio, G. Barberi, S. Gangemi // *Allergy Asthma Proc.* – 2014. – Vol. 35. – P. 295–302. DOI: 10.2500/aap.2014.35.3764.
10. Маркери Лайм-бореліозу, бартонельозу і лямбліозу у пацієнтів із кропив'янкою / А. М. Петрук, О. Л. Івахів, В. О. Качор [та ін.] // *Інфекційні хвороби*. – 2021. – № 4 (106). – С. 26–31.
11. Зайков С. В. Антигістамінні препарати: сьогодення та майбутнє / С. В. Зайков // *Здоров'я України*. – 2017. – № 9 (406). – С. 54.
12. Consensus Statement for the Diagnosis and Treatment of Urticaria: A 2017 Update / K. Godse, A. De, V. Zawar [et al.] // *Indian Journal of Dermatology*. – 2018. – Vol. 63 (1). – P. 2–15.



Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

13. Varlamov E. E. Application of antihistamines in acute allergic reactions in children / E. E. Varlamov, A. N. Pampura // *Russian Medical Journal*. – 2016. – Vol. 24 (6). – P. 351–353.

14. Efficacy and safety of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria and other skin diseases: an exploratory study / E. Serra, C. Campo,

Z. Novák [et al.] // *J. Dermatolog. Treat.* – 2020. – Vol. 31 (3). – P. 270–278. DOI: 10.1080/09546634.2019.1590522.

15. Богомолов А. Є. Безпека та клінічна ефективність біластину в зменшенні свербіж у пацієнтів з хронічною спонтанною кропив'янкою / А. Є. Богомолов // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. 2021. – № 4 (83). – С. 28–32.

## REFERENCES

1. Zuberbier, T., Aberer, W., Asero, R., Abdul Latiff, A. H., Baker, D., Ballmer-Weber, B., Bernstein, J. A., ... Grattan, C. (2018). The EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EDF/WAO guideline for the definition, classification, diagnosis and management of urticaria. *Allergy*, 73(6), 1145-1146. DOI: 10.1111/all.13397.

2. Zaikov, C.V., Bohomolov, A.Ye. Kyrylenko, T.V., & Hryshylo, A.P. (2022). Hostra кропив'янка – aktualna multidystyplinarna problema: ohliad literatury [Acute urticaria is an urgent multidisciplinary problem: a review of the literature]. *Astma ta alerhiia – Asthma and Allergy*, 3, 66-76. [in Ukrainian]

3. Zuberbier, T., Abdul Latiff, A.H., Abuzakouk, M., Aquilina, S., Asero, R., Baker, D., Ballmer-Weber, B. ... Maurer, M. (2022). The international EAACI/GA<sup>2</sup>LEN/EuroGuiDerm/APAAACI guideline for the definition, classification, diagnosis, and management of urticaria. *Allergy*, 77(3), 734-766. DOI: 10.1111/all.15090.

4. Khyts, A. (2021) Кропив'янка у дітей: етіологія, патогенез та лікування [Urticaria in children: etiology, pathogenesis and treatment] *Ukr. Med. Chasopys.– Ukrainian Med. Journal*, 2. Retrieved from: WWW.UMJ.COM.UA. [in Ukrainian].

5. Bernstein, J.A., Lang, D.M., Khan, D.A., Craig, T., Dreyfus, D., Hsieh, F., Sheikh, J., ... Wallace, D. (2014). The diagnosis and management of acute and chronic urticaria: 2014 update. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 133(5), 1270-1277. DOI: 10.1016/j.jaci.2014.02.036.

6. Zhou, S., Zhao, R., & Xue, M. (2020). Treatment of acute urticaria with acupuncture. *Medicine*, 99(29), e21093. DOI: 10.1097/MD.0000000000021093.

7. Comert, S., Celebioglu, E., Karakaya, G., & Kalyoncu, A. F. (2013). The general characteristics of acute urticaria attacks and the factors predictive of progression to chronic urticaria. *Allergologia et Immunopathologia*, 41(4), 239-245. DOI: 10.1016/j.aller.2012.05.007.

8. Minciullo, P.L., Cascio, A., & Gangemi, S. (2018). Association between urticaria and nematode infections. *Allergy and Asthma Proceedings*, 39(2), 86-95. DOI: 10.2500/aap.2018.38.4104.

9. Minciullo, P.L., Cascio, A., Barberi, G., & Gangemi, S. (2014). Urticaria and bacterial infections. *Allergy and Asthma Proceedings*, 35(4), 295-302. DOI: 10.2500/aap.2014.35.3764.

10. Petruk, A.M., Ivakhiv, O.L. Kachor, V.O., Zhulkevych, I.V., Korda, M.M. & Klishch, I.M. (2021) Markery Laimboreliozu, bartonelozu i liambliozu u patsientiv iz kropriv'iankoiu [Markers of Lyme borreliosis, bartonellosis and giardiasis in patients with urticaria]. *Infektsiini khvoroby – Infectious Disease*, 4(106), 26-31. Retrieved from: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/inf-patol/article/view/12836> [in Ukrainian].

11. Zaikov, S.V. (2017). Antyhistaminni preparaty: sohodennia ta maibutnie [Antihistamines: present and future]. *Zdorovia Ukrainy – Health of Ukraine*, 9(406), 54 [in Ukrainian]

12. Godse, K., De, A., Zawar, V., Shah, B., Girdhar, M., Rajagopalan, M., & Krupashankar, D.S. (2018). Consensus Statement for the Diagnosis and Treatment of Urticaria: A 2017 Update. *Indian Journal of Dermatology*, 63(1), 2-15. DOI: 10.4103/ijd.IJD\_308\_17.

13. Varlamov, E.E., & Pampura, A.N. (2016). Application of antihistamines in acute allergic reactions in children. *Russian Medical Journal*, 24(6), 351-353.

14. Serra, E., Campo, C., Novák, Z., Majorek-Olechowska, B., Pulka, G., García-Bea, A., & Labeaga, L. (2020). Efficacy and safety of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria and other skin diseases: an exploratory study. *The Journal of Dermatological Treatment*, 31(3), 270-278. DOI: 10.1080/09546634.2019.159052.

15. Bohomolov, A.Ye. (2021). Bezpeka ta klinichna efektyvnist bilastynu v zmeshenni sverbezhu v patsientiv z khronichnoiu spontannoju kropriv'iankoiu [Safety and clinical efficacy of bilastine in reducing pruritus in patients with chronic spontaneous urticaria]. *Ukrainskyi zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii – Ukrainian Journal of Dermatology, Venereology, Cosmetology*, 4(83), 28-32. DOI: 10.30978/UJDVK2021-4-28 [in Ukrainian].

## OPTIMIZATION OF THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE URTICARIA COMBINED WITH GIARDIASIS

©A. M. Petruk, M. I. Shkilna

*I. Horbachevsky Ternopil National Medical University*

**SUMMARY.** The aim – to improve the results of treatment of acute urticaria combined with giardiasis, to develop a scheme of complex therapy of this combined pathology.

**Material and Methods.** 46 patients with urticaria were under observation during 2019–2022. They were treated as outpatients and inpatients at the "Starokostyantynivska TsRP" KNP and Ternopil Regional Clinical Dermatological and Venereological Dispensary. The age of the patients ranged from 18 to 71 years. There 16 (34.8 %) men, 30 (65.2 %) women.

The Urticaria activity score (UAS7) was used to assess the activity of urticaria, which is based on the assessment of the main signs and symptoms of urticaria (blisters and itching), where 0 points mean the absence of blisters and itching; 1 point – itching is slightly expressed (present, but not bothersome and does not cause trouble), rash is slightly expressed (less than 20 blisters/24 hours); 2 points – moderately expressed itching (causes trouble, but does not interfere with normal daily activity or sleep), moderately expressed rash (presence of 21–50 blisters/24 hours); 3 points – intense (pronounced itching that causes a lot of inconvenience and interferes with normal daily activity and sleep), the rash is significantly expressed (>50 blisters/24h). Accordingly, the interpretation of severity of exacerbation is as follows: 0–2 points – mild exacerbation, 3–4 points – moderate severity, 5–6 points – severe exacerbation.

To detect giardia cysts, a smear of native fecal material was prepared, which was examined under a light-optical microscope at low and high magnification (approx.  $\times 8$ ,  $\times 40$ , approx.  $\times 10$ ).

Complex treatment of patients with acute urticaria combined with giardiasis included the simultaneous appointment of ornidazole 500 mg twice a day in combination with a dry extract of *Silybi mariani fructus* 2 tablets 3 times a day orally for 10 days; followed by a 10-day course of bilastin (a second-generation non-sedating H1 antihistamine drug) at a dose of 20 mg once a day.

The effectiveness of the treatment was evaluated on the 5th, 10th, and 12th days from the start of therapy based on the dynamics of the main signs and symptoms of urticaria (blisters and itching) and the urticaria activity score UAS7 (Urticaria activity score), expressed in points.

**Results.** It was established that 10 (21.7 %) of the 46 examined patients with acute urticaria combined with giardiasis, indicated a history of atopic dermatitis, 5 (10.9 %) patients – bronchial asthma, 7 (15.2 %) persons – for allergic rhinitis. In the remaining 24 persons, which accounted for 52.2 % of 46 patients with acute urticaria combined with giardiasis, no history of allergic diseases was detected.

Our analysis of the severity of the main symptoms of the disease (blisters and itching) on the 12th day of therapy with the simultaneous appointment of ornidazole 500 mg twice a day in combination with a dry extract of the *Silybi mariani fructus* 2 tablets 3 times a day orally for 10 days, established that in patients with urticaria combined with giardiasis, a significant decrease in the severity of the disease according to UAS7 to a mild degree of severity was noted ( $p < 0.05$ ). Whereas in patients with urticaria combined with giardiasis with a history of allergic diseases, the activity of the process decreased to the average severity of the disease ( $p < 0.05$ ).

Consecutive administration of ornidazole 500 mg twice a day in combination with a dry extract of the *Silybi mariani fructus* 2 tablets 3 times a day orally for 10 days; followed by a 10-day course of bilastin made it possible to achieve the complete disappearance of blisters, and to achieve a decrease in the activity of urticaria (according to UAS7) to a mild degree of severity of the process.

**Conclusions.** Therapy of urticaria combined with giardiasis, with the simultaneous use of ornidazole and dry extract of *Silybi mariani fructus* is insufficient. If patients with acute urticaria combined with giardiasis have a history of other allergic diseases, it is advisable to supplement complex treatment with a second-generation H- antihistamine. The best results in the treatment of patients with acute urticaria combined with giardiasis, in case of the presence of other allergic diseases in their anamnesis, are achieved with the sequential administration of ornidazole in combination with a dry extract of the *Silybi mariani fructus* and bilastin.

**KEY WORDS:** acute urticaria; giardiasis; treatment; ornidazole, dry extract of the *Silybi mariani fructus*; bilastin.

Отримано 12.11.2022

Електронна адреса для листування: shkilnami@tdmu.edu.ua