

Кваліфікаційна робота
на здобуття ступеня вищої освіти «магістр»
на тему: **«Аналіз асортименту, ефективності та безпеки
безрецептурних препаратів для лікування алергічного риніту»**

Виконав: студент очної форми навчання
спеціальності 226 «Фармація, промислова фармація»

Хабіб Суф'ян

Керівник: Опришко В.І

Рецензент: Курт-Аметова Г.С

Рекомендовано до захисту:

протокол №4 від 27 листопада 2025

Завідувач кафедри

к.фарм.н., доцент Антон ЛЄВИХ

Захищено на засіданні ЕК

Протокол №1 від 18 грудня 2025 р.

Оцінка « добре »__/162_ /__ С__

(за національною шкалою/ за шкалою ECTS/

Голова ЕК к.фарм.н., доц. Антон ЛЄВИХ

Дніпро 2025

ЗМІСТ

Назва розділу /підрозділів		Сторінка
Вступ		5
Розділ 1. Аналіз літературних джерел щодо патогенезу, класифікації АР та сучасних клінічних настанов (ARIA) по лікуванню АР		7
1.1.	Патогенез АР	7
1.2.	Основні клінічні прояви АР	7
1.3.	Сучасні Клінічні Настанови та принципи лікування АР	8
1.4	Лікування АР в залежності від стадії захворювання	10
Розділ 2. Огляд різних груп препаратів, які використовуються в алгоритмі терапії АР відповідно до міжнародних рекомендацій		11
2.1.	Антигістамінні препарати для системного застосування	11
2.2.	Інтраназальні антигістамінні препарати (ІНГ)	14
2.3.	Інтраназальні кортикостероїди (ІНК)	15
2.4.	Кортикостероїди для системного застосування	16
2.5	Антагоністи лейкотрієнових рецепторів (АЛР)	17
2.6	Комбінована фармакотерапія	18
2.7	Деконгестанти	19
2.8	Кромони	20
2.9	Антихолінергічні лікарські засоби	21
2.10	Іригаційна терапія	21
2.11	Медикаментозна терапія: ступінчастий підхід	21
Розділ 3. Роль фармацевта в відповідальному самолікуванні АР		22
3.1.	Перелік лікарських засобів групи ОТС	23
3.2	Фармакоопіка при АР	25
3.3	Роль фармацевта при відпуску ЛП при дикретованим групам населення.	26

3.4	Фармакоопіка при АР у вагітних	26
3.5	Фармакоопіка при АР у дітей	28
Розділ 4. Маркетинговий аналіз асортименту безрецептурних препаратів для лікування АР на світовому фармацевтичному ринку		32
4.1	Узагальнений огляд регіонального розподілу світового ринку деконгестантів	32
4.2	Тенденції розвитку ринку протинабрякових засобів	33
4.3	Фактори , що стримують зростання ринку деконгестантів	34
4.4	Аналіз світового фармацевтичного ринку антигістамінних засобів	35
4.5	Регіональні відмінності ринку АГП	36
4.6	Фармакологічна структура АГП на ринку України	36
4.7	Аналіз та асортимент лікарських форм на ринках України	36
4.8	Аналіз сегменту інтраназальних глюкокортикостероїдів (ІГКС)	37
4.9	Географічна структура ринку та ключові виробники	38
Висновок		44
Використана література		46

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АР – алергічний риніт

БА – бронхіальна астма

ІНК – інтраназальні кортикостероїди

ІГКС – інтраназальні глюкокортикостероїди

АГП – антигістамінні препарати

ІНГ – інтраназальні антигістамінні

АЛР – антагоністи лейкотрієнових рецепторів

ОТС – безрецептурні препарати

ГКС – глюкокортикостероїди

СІТ – специфічна імунотерапія

АСІТ – алерген-специфічна імунотерапія

ГЕБ – гематоенцефалічний бар'єр

ЦНС – центральна нервова система

ВСТУП

Актуальність теми:

Алергічний риніт (АР) залишається однією з найбільш гострих проблем у сучасній клінічній алергології та отоларингології. Поширеність цього захворювання невідомо зростає в усьому світі. Ця тенденція пояснюється не лише підвищенням чутливості населення до різноманітних алергенів, але й комплексними глобальними факторами, включаючи урбанізацію, зміни у способі життя та харчових звичках, а також вплив навколишнього середовища [1;2;3]

За оцінками Всесвітньої організації охорони здоров'я, на АР страждають від 25% до 30% світового населення. У деяких регіонах ці показники можуть сягати 40% серед дорослих та 25% серед дітей [4;5]

Критично важливо розуміти, що АР не є ізольованим захворюванням. У переважній більшості випадків він розглядається як невід'ємна складова системного атопічного континууму, який охоплює також бронхіальну астму (БА), атопічний дерматит та харчову алергію. Численні епідеміологічні дослідження підтверджують тісний взаємозв'язок між АР та БА: приблизно 80% пацієнтів з БА мають супутні симптоми АР, і, навпаки, близько 40% осіб, які страждають на АР, згодом можуть захворіти на БА [6;7].

Таким чином, АР є не просто самостійною патологією, а вагомим фактором ризику, що передуює розвитку більш тяжких та системних алергічних станів.

Актуальність АР також обумовлена його значним негативним впливом на якість життя пацієнтів. Характерні симптоми – постійна закладеність носа, ринорея, свербіж та часте чхання – порушують нормальний сон, що, у свою чергу, призводить до зниження працездатності, погіршення когнітивних функцій та втрати концентрації уваги [8, 9].

Крім клінічних наслідків, АР створює колосальний економічний тягар. Витрати, пов'язані з лікуванням та значними втратами продуктивності праці, за

даними європейських джерел, можуть перевищувати 100 мільярдів євро на рік [10].

Лікування алергічного риніту базується на міжнародних клінічних рекомендаціях, зокрема ARIA, що передбачають поетапний підхід та використання низки фармакологічних груп препаратів. Важливе місце у терапії АР займають безрецептурні (OTC) лікарські засоби, що широко застосовуються пацієнтами для самостійного лікування. Їх популярність зумовлена доступністю, швидким ефектом та можливістю використання без консультації лікаря. Проте саме самолікування часто супроводжується ризиком неправильного вибору препарату, порушенням режиму застосування та недостатньою оцінкою безпеки, що може знижувати ефективність терапії та призводити до побічних реакцій.

У зв'язку з широким асортиментом OTC-препаратів, який постійно оновлюється, важливо проводити систематичний аналіз їх ефективності, безпеки та раціонального використання. Провізор є ключовою ланкою у консультуванні пацієнтів щодо лікування АР, тому актуальним є дослідження фармацевтичного ринку, структури асортименту, доказової бази препаратів та особливостей застосування різних груп засобів.

Мета дослідження: Науково обґрунтувати та розробити рекомендації щодо раціонального використання безрецептурних препаратів для лікування алергічного риніту на основі комплексного аналізу їхнього асортименту, фармакотерапевтичної ефективності та профілю безпеки.

Завдання дослідження:

1. Надати аналіз літературних джерел щодо патогенезу, класифікації АР та сучасних клінічних настанов (ARIA) по лікуванню АР.
2. Провести порівняльний фармакотерапевтичний аналіз ефективності та профілю безпеки ключових діючих речовин у безрецептурному сегменті, освітити роль провізора.
3. З'ясувати роль фармацевта в відповідальному самолікуванні АР.

4. Здійснити маркетинговий аналіз асортименту ОТС-препаратів для лікування АР на світовому фармацевтичному ринку (за групами: АГП, деконгестанти, ІНК).

Об'єктом дослідження є безрецептурні лікарські засоби для лікування алергічного риніту.

Предметом дослідження є комплекс маркетингових, фармакологічних та клінічних характеристик безрецептурних препаратів, що застосовуються для лікування алергічного риніту.

Методи дослідження: У роботі використано загальнонаукові та спеціальні методи дослідження: аналіз літературних джерел, порівняльний аналіз клінічних досліджень, контент-аналіз публікацій, статистична обробка даних анкетування, а також вивчення міжнародних медичних баз даних.

РОЗДІЛ 1.

Аналіз літературних джерел щодо патогенезу, класифікації АР та сучасних клінічних настанов (ARIA) по лікуванню АР

Алергічний риніт (АР) - це хронічне запальне захворювання слизової оболонки носа, яке виникає внаслідок IgE-опосередкованої реакції на інгаляційні алергени при їх безпосередньому контакті. Він відноситься до хронічних захворювань верхніх дихальних шляхів, що має істотний вплив на якість життя пацієнтів та є серйозною соціально-економічною проблемою.

Основними провокуючими факторами АР є пилкові алергени (поліноз), кліщі домашнього пилу, шерсть тварин, спори грибів, епідермальні алергени. На сьогодні відомо понад 700 видів алергенних рослин та їх пилку.[11]. Наприклад, на території України існує понад 300 видів рослин-алергенів. Найбільш частою причиною захворювання на поліноз в Україні є пилок ліщини, берези, вільхи (рідше сосни, акації, дуба та тополі), злакових – вівсяниця, жито, їжака, тимофіївка, райграс бур'янів – полин, амброзія, лобода, а також лугових трав – м'ятлик, тонконіг.[12]

1.1 . Патогенез АР

До процесу імунної відповіді при АР залучені багато клітин та медіаторів запалення. Так патогенез АР включає дві основні фази: – **ранню фазу**, що характеризується вивільненням гістаміну, триптази, лейкотрієнів і призводить до появи свербіжу, чхання та ринореї; – **пізню фазу**, що супроводжується залученням еозинофілів, базофілів, Т-лімфоцитів та розвитком тривалого запалення і закладеності носа.[13;14]

1.2. Основні клінічні прояви АР.

Основними симптомами алергічного риніту є прояви, схожі на застуду, які виникають у результаті алергічної реакції. Вони можуть бути сезонними або цілорічними залежно від алергену. При ранній фаза запальної відповіді спостерігається виділення з носа (ринорея), утруднення носового дихання (закладеність носа), пароксизмами чхання, ринореєю, та свербінням у носі.

Також може відмічатися свербіж піднебіння і внутрішнього вуха, свербіж, почервоніння очей, слъозотеча, може розвинутих алергічний кон'юнктивіт.

Пізня фаза запальної відповіді (4–24 години) запалення - це помірна ринорея, обструкція носа з утрудненням дихання, закладеність вух. Може виникати кашель через стікання слизу по задній стінці глотки (постназальний синдром). Маленькі діти зазвичай не в змозі самотійно висякати носа, тому можуть постійно сопіти, шморгати носом, кашляти і прочищати горло. Сильна закладеність носа може призвести до хропіння та обструктивного апное уві сні. Дехто чухає язиком піднебіння, яке свербить, створюючи звук клацання (піднебінне клацання).[15] .

На відміну від гострого риносинуситу інфекційного генезу, алергічний риніт зазвичай не супроводжується підвищенням температури тіла чи м'язовим болем, а симптоми тривають до тих пір, поки присутній алерген.[16]

Потрібно мати на увазі, що АР, як правило, починається з легких симптомів, але має тенденцію до ускладнення клінічних проявів і формування цілого ряду коморбідних захворювань і ускладнень. Тому фармацевту при наданні допомоги такому хворому обов'язково потрібно скеровувати його до лікаря.[17]

Потрібно відмітити , що до цих пір до кінця не з'ясовані механізми виникнення та прогресування цього захворювання. Продовжується вивчення основних імунних механізмів розвитку алергічного риніту, що дозволить підвищувати ефективність терапії та сприяти розробці нових схем впливу на причини захворювання.[6].

1. 3. Сучасні Клінічні Настанови та принципи лікування АР

Згідно світових рекомендацій щодо лікування АР, Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Алергічний риніт» (Наказ МОЗ України № 1422 від 29.12.2016 р) АР належить до тих хвороб, одужання від яких без активного лікування не відбувається. Лікування охоплює:

- елімінацію причинного алергену (якщо можна);

- фармакологічне лікування:
- пероральні H_1 -антигістамінні препарати (H_1 -АГП) другого покоління;
- інтраназальні H_1 -АГП у дорослих та дітей з сезонним АР;
- інтраназальні глюкокортикостероїди (ІнКС); у дітей – уникати призначення інтраназального бетаметазону;
- фіксована комбінація H_1 -АГП та ІнКС у дорослих та дітей віком від 12 років – при тяжкому або середньої тяжкості перебігу АР;
- пероральні антагоністи рецепторів лейкотрієнів у дорослих і дітей з сезонним АР;
- пацієнтам з АР і наявністю помірних чи тяжких назальних та/або очних симптомів, які не контролюються іншими методами лікування, призначається короткий курс пероральних глюкокортикостероїдів (КС; за строгим призначенням лікаря-алерголога); у дітей слід уникати призначення пероральних КС для лікування АР;
- у дорослих з АР та тяжкою закладеністю носа призначається дуже короткий курс (не більше 5 днів, а переважно коротше) інтраназального протинабрякового засобу під час спільного введення інших препаратів. Інтраназальні протинабрякові засоби у дітей дошкільного віку не слід застосовувати;
- пацієнтам з АР та симптомами кон'юнктивіту призначаються внутрішньоочні H_1 -АГП;
- підшкірну або сублінгвальну алерген-специфічну імунотерапію (АСІТ). Лікування методом АСІТ проводиться тільки в спеціалізованих алергологічних кабінетах поліклінік і алергологічних відділеннях стаціонарів.

Для лікування АР не застосовують гомеопатію, фітопрепарати, голковколювання, фізичні методи лікування (фототерапія) у зв'язку з відсутністю доказовості щодо ефективності цих методів лікування.

Окрім того, потрібно відмітити, що терапія АР спрямована на ключові ланки патогенезу запальної реакції на відповідній фазі імунної відповіді.

Виключення контакту з алергенами рекомендується для усіх пацієнтів, з особливим акцентом в окремих рекомендаціях (CRWG, BSACI, EEACI).

1.4. Лікування АР в залежності від стадії захворювання.

Лікування проводиться в залежності від стадії АР.[17]. На ранній стадії першою лінією терапії є препарати, що нівелюють ефект виділення надмірної кількості гістаміну в результаті негайної IgE-опосередкованої імунної відповіді та відповідні патологічні ефекти на органи-мішені. До них належать антигістамінні препарати (системної дії та інтраназальні (ІНГ)), що зв'язують рецептори гістаміну на конкурентних засадах. На пізній стадії виникає необхідність у комплексних препаратах, із впливом на кілька патогенетичних ланок імунної відповіді:

а) зниження активності опасистих клітин, які активують запалення, а також секрецію медіаторів внаслідок інтенсивної міграції Т-лімфоцитів, базофілів та еозинофілів в осередок запалення;

б) пригнічення синтезу цитокінів та хемокінів, прозапальних цитокінів та хемокінів (IL-4, IL-5, IL-13), GM-CSF і TNF- α , синтез яких посилюється опасистими клітинами в пізній фазі імунної відповіді, а також синтезу фосфоліпази А2. Препаратами вибору тут є інтраназальні кортикостероїди (ІНК), широкий спектр дії яких обумовлюється зв'язуванням зі стероїдними рецепторами різних тканин, що забезпечує протизапальний, протинабряковий і протиалергічний ефект.

«Золотим стандартом» комбінованої фармакотерапії є поєднання ІНГ/ІНК, проте специфічні комбінації (ІНК та системні антигістамінні лікарські засоби, системні антигістамінні засоби та деконгестанти) можуть передбачатися різними рекомендаціями для специфічної терапії певного виду алергічний риніт (сезонний або цілорічний алергічний риніт).[17].

На фоні відсутності клінічного ефекту від комбінованої терапії антигістамінними препаратами та ІНК, при тяжкому перебігу захворювання, призначається терапія антагоністами лейкотрієнових рецепторів (АЛР), з метою запобігання ефекту лейкотрієнів (LTA₄, LTD₄, LTE₄) ,як найпотужніших

медіаторів запалення на органи-мішені (закладеність судин носа, бронхоспазм, набряк).

Серед додаткових препаратів, що застосовуються в терапії АР на ранній та пізній стадіях, розглядають також антихолінергічні препарати, кромони і антиконгестанти. У разі неефективності фармакологічної терапії пацієнту призначається специфічна імунотерапія (СІТ).

РОЗДІЛ 2

Огляд різних груп препаратів, які використовуються в алгоритмі терапії АР відповідно до міжнародних рекомендацій

Основною метою терапії АР є не виліковування захворювання, а досягнення і підтримка адекватного клінічного контролю над ним.

Табл.1

Ефективність різних груп препаратів у лікуванні АР

Лікування	Рекомендації
Імунотерапія	Так (тільки при інтермітуючому АР)
Топічні кортикостероїди	Так (крім легкого інтермітуючого АР)
Пероральні неседативні H_1 -блокатори	Так
Антилейкотрієнові препарати	Так (крім легкого інтермітуючого АР)
Іригаційна терапія	Так
Місцеві кромони	Так
Стабілізатори мембран мастоцитів	Так

2.1. Антигістамінні препарати для системного застосування

АГП мають довгу еволюцію, яка починається з 1937 року. Такі препарати розподіляються на АГП I та II покоління. Згідно із сучасними рекомендаціями, саме АГП є першим етапом терапії як алергічного риніту, так і хронічної кропив'янки. Водночас АГП II покоління віддається перевага перед АГП I покоління завдяки співвідношенню «ефективність/безпека», фармакокінетиці, відсутності антихолінергічних і седативних побічних ефектів. Не зважаючи на те, що абсолютно всі рекомендації – проти застосування антигістамінних ліків першого покоління (хлорфенірамін, дифенгідрамін, прометазин), є дані, що

ефект щодо послаблення закладеності носа слабше виражений у рекомендованих препаратів другого покоління (лоратадин, цетиризин, терфенадин)[18]

Потрібно зазначити, що антигістамінні препарати I покоління продовжують залишатися незамінними для застосування в гострих і невідкладних станах, бо тільки вони випускаються в ін'єкційних формах. Але їм притаманна низька вибірковість дії: крім гістамінових H₁-рецепторів, вони блокують рецептори ацетилхоліну, адреналіну, серотоніну, дофаміну та іонних каналів, викликаючи безліч побічних ефектів: тахікардію, сухість слизових оболонок, підвищення в'язкості мокротиння. Вони можуть сприяти підвищенню внутрішньоочного тиску, порушувати сечовипускання, викликати біль у шлунку, запори, нудоту, блювання, збільшувати масу тіла . Саме тому зазначені препарати мають низку серйозних обмежень до застосування серед пацієнтів з глаукомою, виразковою хворобою, доброякісною гіперплазією передміхурової залози, серцево-судинною патологією, тощо.

Потрібно пам'ятати, що H₁-антагоністи першого покоління проникають через гематоенцефалічний бар'єр (ГЕБ) і можуть як стимулювати, так і пригнічувати роботу ЦНС . Як правило, у більшості пацієнтів відбувається друге. Седативну дію при прийомі АГП I покоління суб'єктивно відзначають 40-80% хворих. Вони порушують когнітивні та психомоторні функції, викликають головний біль, слабкість, порушення сну , тремор, судоми, міалгії, парестезії, порушення координації руху. У дітей при передозуванні АГП I покоління можуть виникати збудження та судоми, тому фахівці у багатьох країнах закликають відмовитися у лікуванні дітей від цієї групи препаратів або застосовувати їх під суворим контролем. До того ж седативний ефект може погіршити навчання та успішність дітей у школі.

При їх прийомі розвивається тахіфілаксія – необхідно міняти препарат кожні 7-10 днів. Вони мають короткочасний ефект – вимушений прийом 3-4 рази на добу.

Потрібно пам'ятати, що антигістамінні препарати I генерації не слід застосовувати у дітей з респіраторними проявами алергії, оскільки ці препарати

сприяють значному збільшенню в'язкості назального і бронхіального секрету й утруднюють його виведення з дихальних шляхів [19] .

Натомість сучасні АГП II генерації мають прекрасну фармакокінетику:

швидко всмоктуються (відсутня зв'язок абсорбції з їдою); прийом – 1 раз на добу; достатня тривалість основного ефекту. Дані лікарські засоби не проникають через гематоенцефалічний бар'єр і, відповідно, їхній седативний ефект значно слабший (лоратадин, мізоластин) або практично відсутній (фексофенадин)[20] .

Вони мають високу специфічність і спорідненість до H1-рецепторів. І найважливіше, що, крім протиалергічного, вони мають протизапальну дію! Додаткові переваги АГ препаратів II покоління – активних метаболітів: мінімальна лікарська взаємодія; незалежність ефекту від генотипу системи цитохромів; незалежність ефекту від функціонального печінки [21;22].

Потрібно відмітити, що вони також вони ефективні за наявності супутніх захворювань АР (алергічний кон'юнктивіт, кропив'янка), а деякі з них, згідно досліджень, пригнічують активність лейкотрієнів як специфічних медіаторів запалення[18] Тож, незважаючи на те, що більшість сучасних досліджень демонструє, що постійне застосування ІНК є ефективнішим, ніж застосування антигістамінних препаратів другого покоління в період загострення захворювання [23], антигістамінні препарати другого покоління рекомендують застосовувати як першу лінію терапії АР. Ці препарати не поступаються за ефективністю ІНС (інтраназальним стероїдам) щодо таких симптомів , як , зниження свербіння, відчуття розпирання в носі, ринореї, а також симптомів з боку нижніх дихальних шляхів.[17]. Крім того, застосування антигістамінних препаратів другого покоління для терапії АР асоціюється зі значним покращенням якості життя пацієнтів[24] .

Хочеться навести , і іншу точку зору вісно ефєкивності АГП. Так в деяких роботах показано ,що пероральні або інтраназальні H1-антигістаміни менш ефективні, ніж інтраназальні кортикостероїди для контролю всіх симптомів риніту[25;26;27;28] .

Однак вони ефективні для багатьох пацієнтів із легким / середнім ступенем захворювання, і багато пацієнтів віддають перевагу пероральним препаратам.[29]

2.2. Інтраназальні антигістамінні препарати (ІНГ)

Фармацевти можуть рекомендувати ще одну групу препаратів ОТС - топікальне (інтраназальне) застосування антигістамінних препаратів 2 покоління (азеластин, олопатадин, левокабастин. Ці засоби рекомендується BSACI в якості першої лінії терапії при легкому/помірної тяжкості перебігу захворювання, в той час як при тяжчому перебігу вони можуть використовуватися як додаткова терапія на тлі лікування ІНК. [17]. Дані засоби не мають седативного ефекту і можуть викликати тільки місцеве подразнення; застосування азеластину також асоціюється з таким побічним ефектом як зміна смакового сприйняття. Дані щодо ефективності їх відносно ІНК щодо симптомів АР суперечливі. Більшість рекомендацій виділяє можливість їх застосування в якості препарату «швидкої допомоги» в екстрених ситуаціях з огляду на ранній (до 15 хвилин) початок фармакологічної дії, а рекомендації ААО і ARIA дозволяють клініцистам призначати їх в якості терапії першої лінії при сезонному (ARIA, ААО) та цілорічному (ААО) риніті [17].

Порівняння між пероральними та інтраназальними Н1-антигістамінними препаратами відрізняються між різними рекомендаціями, і не було зроблено конкретних висновків. Інтраназальні Н1-антигістамінні препарати менш ефективні, ніж інтраназальні кортикостероїди. Інтраназальні Н1-антигістамінні препарати ефективні протягом декількох хвилин.[25;30;31;32]

2.3. Інтраназальні кортикостероїди (ІНК)

Дана група ліків призначається як фармакотерапія першої лінії для пацієнтів із середньотяжким персистуючим або тяжким перебігом захворювання у всіх рекомендаціях (рівень доказовості А) так, як має виражений протинабряковий, протизапальний й протиалергічний ефекти [17]. Згідно

рекомендацій BSACI дані засоби призначають у всіх випадках, коли терапія системними антигістамінними лікарськими засобами є неефективною, а також при тяжкій закладеності носа або супутньому поліпозі[20]. Потрібно відмітити, що усі препарати групи мають хороший профіль безпеки, переносимості та ефективності щодо симптомів АР, включаючи закладеність носа. Рандомізовані клінічні дослідження показали, що постійне застосування ІНК під час сезону алергенів ефективніше, ніж їхнє епізодичне застосування при загостреннях АР [33;34;35]..

При відпуску даних засобів, фармацевт повинен інформувати хворого про побічні ефекти, які можуть викликати ІНК - сухість слизової оболонки порожнини носа, печіння, кров'янисті виділення з носа, перфорація носової перегородки. Потрібно відмітити, що препарати ІНК відрізняються між собою ризиком виникнення побічних дій. Місцеві побічні дії, як правило, у всіх ІНК розвиваються приблизно з однаковою частотою, на відміну від ризику розвитку системних побічних ефектів. Це залежить від показника системної біодоступності і може істотно відрізнятися у різних препаратів при тривалому застосуванні. Наприклад, ІНК на основі беклометазону, будесоніду або триамцинолону, які мають системну біодоступність від 34 до 46%, при тривалому застосуванні нерідко пригнічували функцію кори надниркових залоз, що при різкій відміні препарату призводило до регресування ринологічної симптоматики, а в тяжких випадках – до розвитку симптомів наднирникової, у педіатричній практиці навіть до уповільнення росту дітей [36;37] .

Тому краще рекомендувати більш сучасні, удосконалені молекули, такі, флутиказону пропіонат, флутиказону фууроат і мометазону фууроат, які мають обмежену біодоступність та практично позбавлені зазначених вище побічних дій. Окрім того, препарати нового покоління ІНК відрізняються високою афінністю до глюкокортикостероїдних рецепторів, тобто проявляють високу клінічну ефективність у терапії алергічного риніту, яка не поступається препаратам попереднього покоління.[17].

Практикуючі лікарі планують схему лікування АР так, щоб перший прийом препарату ІНК відбувся за кілька днів до контакту з алергеном (наприклад, до початку сезону при сезонному АР), бо їхня максимальна концентрація у крові досягається протягом кількох днів[38] .

При необхідності поєднують ІНК з АГП другого покоління – комбінована терапія, що дозволяє, у більшості випадків, ефективно, безпечно та, за потреби, тривало контролювати симптоми алергічного риніту [30]. Також було виявлено, що ефективність комбінованих інтраназальних Н1-антигістамінних препаратів та інтраназальних кортикостероїдів виявляється більш ефективною, ніж застосування тільки інтраназальних кортикостероїдів [29].

З цього приводу є і протилежна думка. Так , деякі автори зазначають, що поєднання перорального Н1-антигістаміну та інтраназальних кортикостероїдів не забезпечує кращої ефективності, ніж застосування тільки інтраназальних кортикостероїдів [25;33], хоча ця практика поширена у всьому світі.

2.4. Кортикостероїди для системного застосування

Ця група препаратів зустрічається лише у рекомендаціях ЕЕАСІ та BSACI [39;40].

Але їх рекомендує лише у комбінації з ІНК (курсами 5-10 днів) у разі дуже важкої обструкції носового дихання / закладеності носа, а також як допоміжний засіб напередодні важливих заходів, коли пацієнту необхідне максимально повне відновлення носового дихання [41;20].

Окрім того , ЕЕАСІ допускає застосування системних кортикостероїдів також у випадках, якщо симптоми АР з тяжким перебігом персистують понад 3 тижні, а ІНК є неефективними [18] звичайна фармакотерапія не передбачає застосування системних кортикостероїдів в силу відсутності клінічних досліджень, які б дозволили визначити оптимальну дозу, режим дозування та ефективність цієї групи ліків.

Фармацевт, консультуючи пацієнта, який купує ОТС-засоби, повинен чітко розмежовувати профіль безпеки місцевих ІГКС (мінімальні системні ефекти, в основному місцеві: сухість, подразнення) та системних

кортикостероїдів. Потрібно пам'ятати, що ці засоби викликають порушення в роботі ендокринної та метаболічної систем (пригнічення осі «гіпоталамус–гіпофіз–наднирники», гіперглікемія та розвиток стероїдного цукрового діабету, синдром Іценко – Кушинга, дисліпідемія, порушення менструального циклу), зміни в роботі опорно-рухового апарату (остеопороз, міопатія, асептичний некроз кісток), серцево-судинної системи, порушення водно-електролітний балансу (артеріальна гіпертензія, набряки, гіпокаліємія), шлунково-кишкового тракту (ульцерогенна дія, панкреатит), імуносупресію, психічні порушення, катаракту, глаукому.

2.5. Антагоністи лейкотрієнових рецепторів (АЛР)

Антагоністи лейкотрієнових рецепторів розглядаються як лікарські засоби другої лінії у разі неефективності ІНК, системних антигістамінних препаратів, чи комбінації ІНГ + ІНК [42]. Вони мають хороший профіль безпеки та переносимості. Можуть відмічатися, як побічний ефект, висипання, головний біль, негативні синдроми з боку ШКТ. Потрібно відмітити, що дані і щодо ефективності цих засобів при АР суперечливі. У деяких дослідженнях ефективність АЛР у зниженні симптомів АР лише на 5% перевищувала плацебо [43]. Потрібно зауважити, що спектр індивідуальної чутливості до цієї групи препаратів значно ускладнює оцінку їхньої потенційної ефективності, проте достовірно підтверджено, що ІНК перевершують АЛР за ефективністю, а комбінована терапія із системними антигістамінними препаратами та ІНК не покращує результатів лікування.[17]. Потенційно вони можуть бути препаратом вибору при лікуванні пацієнтів із сезонним алергічним ринітом та супутньою астмою.

2.6. Комбінована фармакотерапія

Призначення комбінованої терапії при АР більшістю фахівців вважається за необхідне лише у разі неефективності монотерапії.[41;44;45]

Це може бути призначення комбінованої терапії ІНК + ІНГ, якщо неефективна терапія ІНК, або призначення інших специфічних комбінацій (системні антигістамінні препарати + ІНК, ІНК + АЛР). Не рекомендують

комбіновану фармакотерапію антигістамінними препаратами системної дії та назальними кортикостероїдами (рекомендації ААО (ступінь доказів А)), дотримуючись принципу відсутності користі від призначення системних антигістамінних препаратів у разі неефективності ІНК. Проведені РКД підтвердили, що комбінація ІНК із системними антигістамінними препаратами не перевищує комбінацію останніх із плацебо за клінічною ефективністю в лікуванні АР [36]. Можливо застосування комбінації системних антигістамінних препаратів із деконгестантами, хоча така комбінація може застосовуватися дуже короткочасно, оскільки посилює побічні ефекти останніх. Не знайдено достатньо доказів на користь комбінації системних антигістамінних препаратів з АЛР, або ІНК з АЛР. Оновлені протоколи ARIA 2019 наголошують, що при неефективності монотерапії сезонного алергічного риніту ІНК, рекомендується комбінація ІНК та системного блокатора H1-гістамінових рецепторів. Хоча при цілорічному алергічному риніті кращою є терапія ІНК, ніж комбінація ІНК та системного блокатора H1-гістамінових рецепторів, а монотерапія системними антигістамінними препаратами має перевагу над терапією АЛР. Згідно протоколів ARIA у пацієнтів із середньотяжким і тяжким перебігом захворювання, при призначенні антигістамінної терапії в якості терапії першої лінії може бути рекомендований або препарат системної дії, або ІНГ; у якості терапії першої лінії перевагу слід віддавати призначенню ІНК, а не ІНГ; при призначенні комбінованої терапії рекомендується комбінація ІНК + ІНГ [46]

2.7. Деконгестанти

Деконгестанти-це, напевно, найбільш розповсюджена група ліків у форматі саме самолікування. Закладеність носа - це для якості життя пацієнта один з найбільш обтяжливих симптомів. Потрібно розуміти, що це засоби, які не впливає на патогенез хвороби. Деконгестанти застосовується для полегшення життя пацієнта з вираженою обструкцією носової порожнини. В той же час, дані щодо ефективності цього класу препаратів у зменшенні закладеності носа суперечливі.[17]

Декогестанти викликають синдром рикошету у дорослих через 5-7 днів, у дітей – через 3 дні. Стимулюючи вазоконстрикцію шляхом активації альфа-адренергічних рецепторів слизової носа, вони не мають тривалої дії (від 30 хвилин до 6 годин), сприяючи зниженню резистентності носових шляхів. Тривале (>10 днів) застосування топічних судинозвужувальних препаратів викликає назальну гіперреактивність, а на пізніших етапах — зміни гістологічної будови слизової оболонки та розвиток медикаментозного риніту. Медикаментозний риніт, що розвивається в результаті тривалого, часто неконтрольованого застосування деконгестантів, зумовлює характерні гістологічні зміни в слизовій оболонці порожнини носа. Ряд досліджень вказує, що розвиток подібних гістологічних змін слизової оболонки носа може бути пов'язаний з циліотоксичним ефектом (пошкодження війок миготливого епітелію слизової оболонки носа) бензалконію хлориду — консерванта-антисептика, який входить до складу більшості назальних судинозвужувальних препаратів. Поєднання бензалконію хлориду та динатрію едетату, яке є у складі допоміжних речовин більшості назальних крапель та спреїв, при тривалому застосуванні викликає розвиток запалення, що супроводжується еозинофільною інфільтрацією слизової оболонки та атрофією епітелію. Негативний вплив цих речовин на слизову оболонку підтверджує і той факт, що вони не використовуються у складі судинозвужувальних назальних крапель та спреїв, розроблених для пацієнтів із «чутливою» слизовою оболонкою. У процесі комплексного лікування медикаментозного риніту відмова пацієнта від застосування назальних вазоконстрикторів є основним завданням.

Міжнародні настанови наголошують, що декогестанти при АР слід застосовувати з обережністю, короткими курсами до 10 днів, у специфічних випадках (наприклад, коли потрібно знизити резистентність носових шляхів перед призначенням ІНК) так, як вони викликають цілу низку побічних ефектів (тахікардія, артеріальна гіпертензія, посилення ринореї, подразнення слизової оболонки). Цікаво, що комбінація ІНК з оксиметазоліном є ефективнішою при зменшенні симптомів АР, ніж монотерапія ІНК або оксиметазоліном [47;48;49]

, проте через ризик розвитку медикаментозного риніту як побічного ефекту такої терапії, ця опція не розглядається як рекомендована

2.8. Кромони

Одною із груп препаратів, які рекомендується за застосування при АР, є кромони, які добре переносяться і не спричиняють вазоконстрикторної дії. Головна функція кромонів полягає у запобіганні вивільненню (дегрануляції) хімічних медіаторів запалення з тучних клітин та інших клітин (наприклад, еозинофілів, нейтрофілів) у відповідь на контакт з алергеном. Завдяки блокуванню вивільнення медіаторів, кромони можуть запобігати як негайній (ранній) реакції (чхання, свербіж, ринорея), так і пізній фазі запалення (закладеність носа).

Потрібно відмітити, що кромони мають виключно профілактичний механізм дії. Вони повинні застосовуватися до контакту з алергеном, або регулярно протягом усього сезону алергії. Якщо алергічна реакція вже почалася, їхня здатність купірувати гострі симптоми дуже обмежена, на відміну від антигістамінних засобів, які блокують уже вивільнений гістамін.

В кількох дослідженнях було показано, що ефективність кромонів не поступається терфенадину, але вона значно нижча, ніж у ІНК та системних антигістамінних препаратів. Тому кромоглікат натрію може застосовуватися тільки як додаткова терапія при АР легкого ступеня тяжкості. Окрім того, через необхідність частого дозування (3–4 рази на добу) та меншу загальну ефективність порівняно з ІНК, їхнє використання в сучасній практиці лікування середньотяжкого АР є обмеженим. Однак вони мають високий профіль безпеки і є кращим вибором для вагітних жінок та дітей (якщо інші, більш ефективні, препарати протипоказані).[17]

2.9. Антихолінергічні лікарські засоби

Рекомендації щодо застосування цих засобів згадуються у EEACI та BSACI [18;20]. Клінічні Дослідження показали, що іпратропію бромід, що усуває М-стимулюючі впливи на гладку мускулатуру, є ефективним щодо зменшення носової секреції при АР, проте він не зменшує закладеність носа та інтенсивність

чання. При його тривалому застосуванні може спостерігатися сухість слизової оболонки та епістаксис. Дані побічні ефекти мають дозозалежний характер, тому даний препарат рекомендується лише при персистуючій ринорей.

2.10. Іригаційна терапія

Засоби іригаційної терапії сприяють очищенню слизової оболонки носової порожнини, як механічним шляхом, так і за рахунок секретолітичного ефекту та стимулювання діяльності миготливого епітелію. В результаті відбувається відновлення фізіологічного стану слизової оболонки, очищення слизової оболонки перед застосуванням інших топічних препаратів з метою покращення їх аплікації, елімінація причинно-значимих алергенів, нормалізація місцевого імунітету. Дана терапія зменшує тяжкість АР, як у дорослих, так і у дітей [50]

Лікування АР згідно з ARIA базується на стратегії "сходинок" (*Step-up/Step-down*), що означає посилення терапії при неефективності початкового лікування (**step-up**) та її ослаблення при досягненні контролю над симптомами (**step-down**).

2.11. Медикаментозна терапія: ступінчастий підхід

1-й ступінь

- Н1-антигістамінні препарати (пероральні або інтраназальні);
- антагоністи лейкотрієнових рецепторів;
- короткий курс деконгестантів як швидка допомога.

2-й ступінь

Один із засобів: інтраназальні глюкокортикостероїди Н1-антигістаміни або антагоністи лейкотрієнових рецепторів. У разі необхідності – короткий курс системних ГКС.

3-й ступінь

Комбіноване застосування інтраназальних ГКС з антигістамінними препаратами або антагоністами лейкотрієнових рецепторів.

4-й ступінь

- оцінка можливості терапії омалізумабом;
- розгляд хірургічного лікування супутніх захворювань.

Перш ніж підвищувати ступінь терапії, слід оцінити прихильність пацієнта до лікування та уточнити діагноз.

Фармацевт, працюючи з ОТС-сегментом, може забезпечувати першу та другу сходинки терапії, але краще при відсутності покращення стану хворого при застосуванні ним АГП протягом 10-14 днів, скерувати його до лікаря.

Розділ 3.

Роль фармацевта в відповідальному самолікуванні АР

Більшість пацієнтів самостійно керують АР при недостатній взаємодії зі своїм лікарем [51]. Симптоми при АР, як правило, не є тяжкими, хворий протягом декількох хвилин може дістатися до аптеки, де має змогу купити необхідні ліки. Відповідальне самолікування – це самостійне використання безрецептурних ліків для лікування легких нездужань (застиуда, головний біль) з усвідомленням відповідальності за результат, що передбачає знання інструкцій, розуміння ризиків та обов'язкову консультацію з фармацевтом. Тобто єдиним грамотним фахівцем в даному випадку буде фармацевт. Лікар і фармацевт повинні бути в одному інформаційному полі. Для цього фармацевти також повинні бути обізнаними щодо визначення АР, основних проявів захворювання та можливостей фармацевтичної опіки.

Згідно Протоколу фармацевта по відпуску лікарських засобів без рецепта «Симптоматичне лікування алергії» (2021 р.) фармацевт має забезпечити раціональний та безпечний відпуск безрецептурних лікарських засобів для симптоматичного лікування алергічного риніту та/або кон'юнктивіту та визначити критерії для направлення пацієнта до лікаря.

3.1. Перелік лікарських засобів групи ОТС

Перелік лікарських засобів, які відпускаються без рецепта, для симптоматичного лікування алергії:

1. АГП для системного застосування:
2. АГП для місцевого застосування:
3. Протинабрякові та інші препарати для місцевого застосування при захворюваннях порожнини носа:
 - а) симпатоміметики:
 - б) ІНГС
 - в) стабілізатори мембран тканинних та циркулюючих базофілів;
4. Ентеросорбенти.

Табл.2

Місце ОТС-препаратів у лікуванні АР

Клас ОТС-препарату	Основна роль згідно ARIA	Призначення
Системні АГП II/III поколінь (Цетиризин, Лоратадин, Дезлоратадин)	Перша лінія для контролю <i>легких</i> симптомів (чхання, свербіж, ринорея).	Ефективні при легких, епізодичних симптомах.

Клас ОТС-препарату	Основна роль згідно ARIA	Призначення
Інтраназальні ГКС (ІГКС) (Мометазону фуруат, Флутиказону пропіонат/фуруат)	Перша лінія для лікування <i>помірного/тяжкого</i> АР.	Найвища ефективність, особливо при домінуванні закладеності носа, незалежно від ОТС-статусу.
Місцеві деконгестанти (Ксилометазолін, Оксиметазолін)	Допоміжна терапія.	Використовуються короткочасно (3–5 днів) для швидкого полегшення сильної закладеності на початку лікування ІГКС або АГП.
Кромони (Натрію кромоглікат)	Профілактика при легкому інтермітуючому АР.	Безпечні для вагітних і дітей, але мають меншу ефективність.

3.2 . Фармакоопіка при АР

Фармацевт при рекомендації препаратів групи ОТС повинен провести фармакоопіку і з'ясувати у пацієнта:

а) які є основні скарги (чхання, свербіж очей/носа, ринорея, закладеність носа)?

б) як довго тривають симптоми (дні, тижні)?

в) чи виникають симптоми сезонно (весна/літо) чи цілорічно? Чи є зв'язок із контактом з тваринами, пилом, пліснявою, хімікатами?

г) чи порушують симптоми сон, роботу/навчання чи повсякденну активність? (критерії ARIA: легкий vs. середньої тяжкості/тяжкий).

д) які ліки пацієнт приймає зараз (включаючи інші ОТС-засоби) та які ліки вже використовував від алергії?

е) чи є супутні захворювання (астма, глаукома, гіпертонія, проблеми з простатою)?

Потрібно обов'язково негайно скерувати до лікаря, якщо наявний хоча б один із критеріїв:

- недіагностована астма: підозра на бронхіальну астму (задишка, хрипи, свистяче дихання).
- ускладнення: ознаки синуситу (біль у ділянці пазух, підвищення температури), отит, сильний біль у вусі.
- односторонні симптоми: виділення з носа або закладеність лише з одного боку (може бути ознакою стороннього тіла, пухлини).
- кров'янисті виділення: часті або рясні носові кровотечі (не пов'язані з травмою).
- відсутність ефекту: симптоми не зменшуються після 2 тижнів застосування отс-препаратів.
- вік: діти до 2 років (самолікування обмежене).
- супутні захворювання: глаукома (протипоказання до деяких агп), неконтрольована гіпертензія.

Якщо немає підстав для направлення до лікаря, вибір засобу здійснюється згідно з тяжкістю симптомів (відповідно до настанов та Протоколів фармацевта) та профілем безпеки лікарських препаратів.

Фармацевти можуть відігравати важливу роль у навчанні пацієнтів щодо дотримання режиму лікування АР, а також співвідношення користі та ризику ЛП, які використовуються при даному захворюванні. Фармацевт має перевірити

потенційні взаємодії з іншими ліками, які приймає пацієнт, особливо з ліками, що відпускаються за рецептом[52;]

3.3. Роль фармацевта при відпуску ЛП при АР дикретованим групам населення.

Фармацевту потрібно при рекомендаціях дотримуватися профілю безпеки для особливих груп: діти, вагітні та жінки, які годують груддю, пацієнти із супутніми захворюваннями (глаукома, гіпертрофія простати, ССС).

3.4. Фармакоопіка при АР у вагітних

Близько 20% вагітних страждають на алергію, особливо на риніт і астму.[53;54] . Гістамін є головним чинником у розвитку алергії, тому АГП, які пригнічують функцію H1-рецепторів, призначають як симптоматичну терапію при цих станах і є досить уживаною групою. Вибір антигістамінного препарату для лікування алергічних захворювань на тлі вагітності є непростим завданням, оскільки в цієї групи пацієнток препарат має бути досить ефективним, а також мати високий профіль безпеки. Окрім того, гістамін є головним чинником у розвитку алергії, тому АГП, які пригнічують функцію H1-рецепторів можуть порушувати ці процеси [55] .У цьому випадку значення принципу Non posere стає абсолютним, тому що згідно зі статистичними даними в 1/3 немовлят спостерігаються різні несприятливі реакції організму в результаті лікування жінок під час вагітності [56] FDA проводить спеціальне маркування лікарських засобів, яке містить інформацію про ступінь ризику застосування їх у вагітних, розподіляючи препарати на 5 класів .

- А – при спеціальних дослідженнях шкідливу дію ліків на плід не виявлено;
- В – експерименти з тваринами не виявили шкідливості для плода, інформації про шкоду для людини немає (спеціальні дослідження не проводилися);

- С – експерименти з тваринами виявили шкідливу дію на плід, але для людини ця шкідливість не доведена. Препарати цієї групи призначають вагітним лише у випадках, коли корисний ефект препарату перевищує ризик його можливого шкідливого ефекту;
- D – є докази шкідливого впливу медикаменту на плід людини, але призначення цього препарату вагітним жінкам виправдане, незважаючи на ризик (в загрозливих для життя ситуаціях, при тяжких захворюваннях, у випадках, коли безпечніші лікарські засоби неефективні);
- X – безумовно шкідливий для плоду препарат, причому шкідливий вплив його переважає будь-яку можливу користь для організму жінки. Препарати цієї групи абсолютно протипоказані вагітним і жінкам, які найближчим часом збираються заводити дітей. (FDA. Health Organization to Study safety of Medications Taken During Pregnancy. For Immediate Release. – Dec. 30.2)

Жоден із АГП не належить до категорії А за класифікацією FDA у зв'язку з високим ризиком виникнення ускладнень вагітності й аномалій розвитку органів і систем у плода.[57] На сьогодні в жодній інструкції до АГП I покоління не знайти дозволу на застосування цих засобів у вагітних. Може бути прописано, наприклад, «за суворими показаннями» (клемастин) або «можливо лише в разі, якщо очікуваний ефект перевищує ризик можливих побічних ефектів» (мебгідролін).[58] За потреби призначення АГП у II-III триместрі слід виходити з того, що за класифікацією FDA належать:

до категорії В:

- АГ препарати I покоління – дифенгідрамін (димедрол), хлорфенірамін (входить до складу комбінованих жарознижувальних препаратів), хлоропірамін (супрастин), ципрогептадин (перитол), дифенгідрамін (димедрол);
- АГ препарати II покоління – цетиризин (зіртек, цетрин), лоратадин (klaritin), левоцетиризин (ксизал).

до категорії С –

- АГ препарати I покоління - гідроксизин,

- *АГ препарати II покоління* - дезлоратадин, фексофенадин, азеластин, ебастин, біластин.

Категорично не можна рекомендувати прийом вагітними астемізолу, терфенадину, тавегілу – препаратів з відомим тератогенним чи фетотоксичним ефектом [59;60;61]

Потрібно уникати призначення при вагітності інтраназальних АГП і пероральних АГП I покоління, а використовувати АГП II покоління – лоратадин і цетиризин [62].

3.5 . Фармакоопіка при АР у дітей

Згідно статистичних даних поширеність алергічних захворювань серед дітей становить в середньому 15%, що може також потребувати прийому АГП [63]. Призначення АГП дітям, як і інших лікарських засобів, істотно відрізняється від терапії дорослих. Це стосується не тільки терапевтичних доз, а й способів доставки, тому, що дитячий організм відрізняється від дорослого протіканням фізіологічних і біохімічних процесів, своєрідним протіканням фізіологічних і біохімічних процесів чутливістю до ліків.[64] .У кожний віковий період біодоступність, метаболізм та екскреція ЛЗ можуть значно відрізнятися один від одного. Це обумовлено безліччю факторів, які визначаються зростанням та фізіологічними особливостями організму в різні періоди дозрівання.[65] .

І якщо анатомо-функціональні особливості дітей та процеси формування здорового організму не обділені увагою вчених, то даних про специфіку метаболізму ЛЗ у дітей у кожний віковий період на сьогоднішній день недостатньо.[65] .Тому важливо наявність чіткого дозування АГП згідно віку дитини, яка прописана в інструкції виробника та наявність дитячої лікарської форми.[66]

Дітям також не рекомендується призначення для лікування АР АГП I покоління. Низька спорідненість антигістамінних препаратів першого покоління до H1-гістамінових рецепторів обумовлює необхідність призначення високих доз для досягнення клінічного ефекту та частого прийому препаратів, що

пов'язано з випадками смерті в наслідок випадкового або навмисного передозування у немовлят та дітей раннього віку [67] .

АГП I покоління пригнічують REM фазу сну, що призводить до денної сонливості, зниженню денної активності та порушення когнітивної функції, що особливо небезпечно для дітей внаслідок суттєвого зниження здатності школярів до навчання, порушення концентрації уваги та пам'яті . Вони також пов'язані з випадками самогубств у підлітків [68] .

Потрібно пам'ятати, що антигістамінні препарати I генерації не слід застосовувати у дітей з респіраторними проявами алергії, оскільки ці препарати сприяють значному збільшенню в'язкості назального і бронхіального секрету й утруднюють його виведення з дихальних шляхів [7;69].

Табл.3

Системні антигістамінні препарати (АГП)

Діюча речовина	Вік початку застосування (отс)	Дозування (типове)	Форма випуску
Цетиризин	від 6 місяців (сироп, краплі)	залежно від віку (типово 5 мг/добу)	сироп, краплі, таблетки
Левोцетиризин	від 6 місяців (краплі) або від 2 років (сироп)	залежно від віку (типово 2,5 мг/добу)	сироп, краплі
Лоратадин	від 2 років	5 або 10 мг/добу (залежно від маси тіла)	сироп, таблетки
Дезлоратадин	від 6 місяців (сироп)	залежно від віку (1,25–5 мг/добу)	сироп
Фексофенадин	від 6 років	залежно від віку (30 мг/добу)	суспензія, таблетки

Пріоритет у лікуванні алергічних захворювань у дітей слід надавати АГП другого покоління (Цетиризин, Лоратадин) та їхнім активним метаболітам (Дезлоратадин, Левоцетиризин). Ці препарати забезпечують високу ефективність у зменшенні алергічних симптомів (чхання, свербіж, ринорея) при мінімальному ризику седатії та впливу на ЦНС. Завдяки цьому вдається уникнути зниження когнітивних функцій та порушень поведінки, що є критичним для дітей шкільного та дошкільного віку.

Дітям раннього віку (до 2 років) аикористовувати АГП лише за життєвими показаннями, надаючи перевагу рідким формам (краплі, сиропи), що дозволяють максимально точно дозувати препарат.

При виборі АГП необхідно враховувати функціональний стан нирок дитини, оскільки більшість сучасних препаратів виводяться з організму нирковою екскрецією. При наявності ниркової недостатності, навіть легкого ступеня, дозування АГП має бути індивідуально скориговане для запобігання накопиченню препарату та розвитку токсичних ефектів.

Потрібно чітко дотримуватися принципу мінімально необхідного ефективного курсу лікування, особливо у дітей до 6 років. Активна участь фармацевта у цьому процесі є обов'язковою: він повинен надавати розгорнуті консультації батькам щодо правильного прийому ЛП, його ПД та категорично запобігати самолікуванню препаратами I покоління.

Індивідуалізований підхід до АГП у дітей — це шлях до підвищення ефективності терапії алергічних захворювань при одночасній мінімізації ризику побічних ефектів і довготривалих ускладнень.

Існують вікові обмеження до застосування в дитячій практиці інших груп препаратів, що використовуються для лікування АР [70] .

Інтраназальні глюкокортикостероїди (ІГКС)

Діюча речовина	Вік початку застосування	Особливості
Мометазону фуроат	від 2 років	Низька системна біодоступність; препарат вибору для довготривалого лікування.
Флутиказону фуроат	від 2 років	Ефективний, має високу тропність до рецепторів.

Кромони (стабілізатори тучних клітин)

Дозволені для застосування від раннього віку (часто від 2 років). Використовується переважно як профілактичний засіб при легких формах АР та кон'юнктивіту. Потребують частого застосування (3–4 рази на добу) і мають більш низьку ніжчу ефективність, ніж ІГКС та АГП II/III поколінь.

Деконгестанти

Використовуються лише як екстрена допомога при гострій закладеності, що порушує сон. Категорично заборонено використовувати довше 3–5 днів через високий ризик розвитку медикаментозного риніту у дітей. Вибір концентрації залежить від віку дитини.

Фармацевт повинен чітко інформувати про обмеження тривалості курсу лікування (наприклад, 7 днів для деконгестантів) та про те, коли слід очікувати повного терапевтичного ефекту (3–5 днів для ІГКС).

Так, ARIA 2020 наголошує на освіті пацієнтів і активній ролі фармацевта у верифікації симптомів, запобіганні надмірному застосуванню деконгестантів і коректному поєднанні ОТС з призначеною терапією.

Розділ 4.

Маркетинговий аналіз асортименту безрецептурних препаратів для лікування АР на світовому фармацевтичному ринку

Насьогодні сегмент безрецептурних (ОТС) препаратів є домінуючим і становить приблизно 56,4% від загального обсягу ринку у 2025 році. Це пояснюється зручністю, низькою вартістю та прямим доступом до лікування для пацієнтів.

4.1. Узагальнений огляд регіонального розподілу світового ринку деконгестантів

Аналіз світового ринку протинабрякових засобів (деконгестантів) чітко показує його регіональну нерівномірність та диференціацію регуляторних підходів.

Північна Америка є найбільшим ринком деконгестантів, на який припадала частка понад 35,3% у 2025 році. Північноамериканський регіон, включаючи США та Канаду, має значний ринок деконгестантів. Висока поширеність респіраторних захворювань та алергій у поєднанні з добре налагодженою інфраструктурою охорони здоров'я сприяє попиту на деконгестантні засоби в цьому регіоні. У Північній Америці широко доступні як безрецептурні, так і рецептурні деконгестанти.

Європа є другим за величиною ринком деконгестантів - 29,3% у 2025 році, У Європі правила можуть відрізнятися щодо наявності та продажу певних інгредієнтів деконгестантів. У деяких країнах може вимагатися рецепт на окремі молекули, тоді як в інших дозволено продаж певних деконгестантів без рецепта.

Азіатсько-Тихоокеанський регіон є найшвидше зростаючим ринком деконгестантів - 21,1% у 2025 році, і спостерігається тенденція до зростання ринку протинабрякових засобів в Китаї, Японії, Індії та Австралії. Підвищення кількості населення, його обізнаності про респіраторні захворювання та покращення інфраструктури охорони здоров'я сприяють зростанню ринку в цьому регіоні.

4.2. Тенденції розвитку ринку протинабрякових засобів.

Сучасний ринок протинабрякових засобів (деконгестантів) розвивається у двох основних напрямках: підвищення зручності використання та забезпечення спеціалізованих рішень для вразливих груп пацієнтів.

Спеціалізація на педіатричних формах

Фармацевтичні компанії все більше уваги приділяють розробці деконгестантів, адаптованих для дітей. Це відповідає унікальним потребам педіатричної групи, які вимагають точного дозування та максимально безпечних рецептур. Маркетингові зусилля спрямовані на створення привабливих смаків та форм випуску, що не тільки полегшує процес прийому ліків для батьків, але й підвищує рівень дотримання режиму лікування маленькими пацієнтами. Таким чином, дитячі деконгестанти стають окремим, важливим сегментом ринку.

Зростання попиту на препарати тривалої дії

Споживачі неухильно віддають перевагу деконгестантам тривалої дії (8–12 годин) перед традиційними засобами, що діють короткий проміжок часу. Ця тенденція є відповіддю на недоліки короткодійних препаратів: їхній ефект є тимчасовим, що часто вимагає повторного прийому протягом дня. Необхідність частого застосування є незручною і може порушувати повсякденний графік пацієнта, особливо якщо дія препарату припиняється в невідповідний момент. Препарати, які забезпечують тривале полегшення симптомів після одного прийому, набувають популярності завдяки їхній стабільності, комфорту та забезпеченню свободи від постійної прив'язки до графіків дозування.

4.3. Фактори , що стримують зростання ринку деконгестантів

Побічні ефекти деконгестантів: одним з основних факторів, що стримують зростання ринку деконгестантів, є побічні ефекти, пов'язані з використанням цих препаратів. Деконгестанти діють, звужуючи кровоносні судини в носових проходах, зменшуючи набряк і закладеність. Однак це звуження може також виникати в інших частинах тіла, таких як серце та кровоносні судини. Поширені побічні ефекти, про які повідомляється, включають підвищення артеріального тиску, порушення серцевого ритму,

нудоту, блювоту, втрату апетиту, запаморочення та безсоння. У деяких випадках надмірне використання деконгестантів, що містять псевдоефедрин, навіть пов'язують з інсультами, інфарктами та судомами.

Нормативно-правові рамки: Нормативно-правові рамки та обмеження щодо певних інгредієнтів протинабрякових засобів можуть створювати труднощі для виробників та обмежувати доступність певних продуктів. У деяких регіонах може вимагатися доступ до сильніших протинабрякових засобів лише за рецептом, що зменшує вибір, доступний споживачам без рецепта лікаря. Більше того, у вересні 2023 року зовнішня група експертів Управління з контролю за продуктами харчування та лікарськими засобами США відмовилася підтвердити ефективність пероральних безрецептурних (OTC) ліків, виготовлених з фенілефрину, інгредієнта, який широко використовується в сиропах від кашлю та застуди. Група одноголосно проголосувала проти ефективності перорального фенілефрину як протинабрякового засобу для носа, додавши, що для доведення протилежного не потрібні подальші випробування.

Такі регуляторні рішення безпосередньо призводять до вилучення ключовими гравцями неефективних деконгестантів, що слугує додатковим чинником, який стримує зростання ринку. Так, ключові учасники ринку зараз активно вилучають із продажу популярні протинабрякові засоби, що, як очікується, сповільнить загальне зростання сектора. Зокрема, у жовтні 2023 року CVS Health, одна з провідних американських компаній у сфері охорони здоров'я, заявила про намір прибрати з полиць певний тип широко вживаних безрецептурних деконгестантів. Це рішення стало прямим наслідком висновку, зробленого консультативним комітетом FDA США на початку того ж року, про неефективність пероральної форми фенілефрину (PhE), яка є активним інгредієнтом цих препаратів. [71]

4.4. Аналіз світового фармацевтичного ринку антигістамінних засобів

Світовий ринок АГП демонструє стабільну позитивну динаміку, яка продовжиться у 2025 році та протягом наступного десятиліття. Очікується, що ринок зростатиме із середньорічними темпами у межах 4,7% – 7,4% у період до

2035 року за рахунок (ОТС) засобів та розробки нових комбінацій та форм із пролонгованою дією.

Потрібно відмітити, що на світовому ринку спостерігається чітке зміщення фокусу на препарати нових поколінь: АГП II та III поколінь, оскільки препарати мають кращий профіль безпеки та менше виражену седативну дію. Очікується, що частка препаратів другого покоління до 2035 року становитиме близько 68,2% ринку, оскільки їх рекомендують як медичні працівники, так і споживачі.

Сегмент пероральних форм (таблетки, капсули, рідини) є найбільшим, оскільки він найзручніший для пацієнтів. Прогнозується, що частка таблеток становитиме близько 30,2% ринку у 2025 році.

4.5. Регіональні відмінності ринку АГП

Північна Америка зберігає найбільшу частку на ринку (прогнозовано 47,0% у 2025 році) завдяки високій поширеності алергічних станів, розвиненій інфраструктурі охорони здоров'я та високим цінам на лікарські засоби.

Європа, Близький Схід та Африка (ЕМЕА) та Латинська Америка: Ці регіони продемонстрували найактивніше зростання у 2025 році (+8,4% та +8,3% відповідно), що свідчить про зміщення регіонального балансу.

Азійсько-Тихоокеанський регіон (АРАС): Прогнозується як найшвидкозростаючий ринок у довгостроковій перспективі. Це пов'язано зі зростанням населення, покращенням доступу до медичних послуг, зростанням доходів та збільшенням інвестицій у фармацевтичні дослідження. [72;73]

4.6. Фармакологічна структура АГП на ринку України

Ринок АГП в Україні значною мірою залежить від безрецептурного (ОТС) сегмента, що особливо стосується препаратів II покоління, які стали доступними без рецепта. Зростає популярність комбінацій АГП із деконгестантами (наприклад, псевдоефедрин), що є ефективними для лікування алергічного

риніту та синуситу. В Україні також зростає частка місцевих інтраназальних антигістамінних препаратів (Азеластин), які забезпечують швидку дію та мінімальну системну абсорбцію.

4.7. Аналіз та асортимент лікарських форм на ринках України

За результатами проведеного аналізу встановлено, що станом на лютий 2025 року на ринку України АГП для системного застосування були представлені значним асортиментом: 170 торгових назв (ТН) та 135 міжнародних непатентованих назв (МНН).в вигляді таблеток, розчинів, крапель, сиропів, драже та гранул для приготування оральної суспензії.

Маркетинговий аналіз також дозволив визначити розподіл зареєстрованих в Україні антигістамінних препаратів за поколіннями:

1-го покоління: 34 торгові назви (ТН).

2-го покоління: 53 торгові назви (ТН).

3-го покоління: 43 торгові назви (ТН).

[74]

Загальний обсяг аптечного продажу антигістамінних засобів для системного застосування (АТС-група R06A) на фармацевтичному ринку України за підсумками 2024 року становив 2,3 млрд грн, демонструючи зростання на 16,9% порівняно з 2023 роком. Ця тенденція продовжується і в 2025 році.

Структура продажу АГП за походженням залишається стабільною протягом останніх років: 60% ринку займає вітчизняне виробництво і 40% — іноземне. Структура аптечного продажу за поколіннями АГП має невеликий зсув у бік препаратів I покоління (48%) та II покоління (31%). Найбільший попит спостерігається на препарати III покоління (зокрема, левоцетиризин і дезлоратадин) та II покоління (цетиризин) . Їхня популярність пояснюється сприятливими фармакокінетичними властивостями та оптимальним співвідношенням ціни й ефективності

4.8. Аналіз сегменту інтраназальних глюкокортикостероїдів (ІГКС)

У 2025 рік сегмент інтраназальних глюкокортикостероїдів залишається однією з найбільш динамічних та значущих категорій на світовому ринку препаратів для лікування алергічного риніту. Можливо це пов'язано з тим, щов останні роки спостерігається глобальний тренд переведення ефективних ІНС із низькою системною біодоступністю (таких як флутиказону пропіонат, мометазону фуруат, тріамцинолону ацетонід) у категорію безрецептурного відпуску (OTC) у ключових регіонах світу (особливо в Північній Америці). Цей перехід суттєво розширив доступність цих препаратів для самолікування та підвищив роль фармацевта в цьому процесі.

Згідно з настановами ARIA, ІГКС визнані найбільш ефективним класом препаратів для контролю всіх назальних симптомів, особливо закладеності носа, що не завжди повністю усувається системними антигістамінними препаратами. Один з найбільш продаваних у світі ІГКС у сегменті OTC є Флутиказону пропіонат, Тріамцинолону ацетонід та Мометазону фуруат завдяки їх перевагі у профілі безпеки завдяки мінімальній системній абсорбції.

Прогнозується, що річний темп зростання (CAGR) для сегменту ІГКС буде вищим, ніж для системних АГП, оскільки пацієнти та фармацевти дедалі більше віддають перевагу їхній високій протизапальній ефективності. Домінуючими формами продажу топічних форм глюкокортикостероїдів є назальні спреї.

4.9. Географічна структура ринку та ключові виробники

Виявлено ключові регіони-споживачі OTC-препаратів для АР. Як правило, найбільші обсяги споживання припадають на Північну Америку та Європу через високу поширеність алергії та розвинену культуру самолікування.

За результатами маркетингового аналізу світового ринку встановлено домінуючий тренд: поступове зміщення фокусу з традиційних системних антигістамінних засобів на топічні інтраназальні кортикостероїди як

найбільш ефективні безрецептурні засоби для контролю симптомів АР. Це відображає глобальне слідування клінічним настановам (ARIA).

ВИСНОВКИ

У результаті проведеного дослідження були визначені основні особливості клінічної фармакології ЛП групи ОТС в лікуванні АР . Проаналізовано Настанови по лікуванню АР, дана порівняльна характеристика різних груп препаратів, висвітлено ПД , які можуть спостерігатися на фоні застосування цих препаратів, зміни фармакокінетики та фармакодинаміки антигістамінних засобів у цих вразливих групах пацієнтів. Здійснено маркетинговий аналіз асортименту ОТС-препаратів для лікування АР на світовому фармацевтичному ринку (за групами: АГП, деконгестанти, ІНК).

На основі аналізу сучасних національних та міжнародних клінічних рекомендацій встановлено:

1. Лікування алергічного риніту базується на міжнародних клінічних рекомендаціях, зокрема ARIA, що передбачають поетапний підхід та використання моно- або комбінованої фармакотерапії.
2. Сучасні методи терапії (особливо ІНК та антигістамінні другого покоління) мають високу ефективність і безпеку.
3. Безрецептурні препарати відіграють важливу роль в лікуванні АР , але повинні застосовуватися під контролем фахівця, яким може бути фармацевт.
4. Маркетингові дослідження фармацевтичного ринку показали, що АГР мають найбільший сегмент продаж при АР, значно збільшилися продажі ІНК і відмічаються інноваційні зміни на ринку деконгестантів.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Czech E.J., Overholser A., Schultz P. Allergic rhinitis. *Primary Care*. 2023. Vol. 50, № 2. P. 159–178. DOI:.
2. Nur Husna S.M., Tan H.-T.T., Md Shukri N., Mohd Ashari N.S., Wong K.K. Nasal epithelial barrier integrity and tight junctions disruption in allergic rhinitis: overview and pathogenic insights. *Frontiers in Immunology*. 2021. Vol. 12. Article 663626.
3. Nur Husna S.M., Siti Sarah C.O., Tan H.T., Md Shukri N., Mohd Ashari N.S., Wong K.K. Reduced occludin and claudin-7 expression is associated with urban locations and exposure to second-hand smoke in allergic rhinitis patients. *Scientific Reports*. 2021. Vol. 11. Article 1245.
4. Siti Sarah C.O.S., Shukri N.M., Ashari N.S.M., Wong K.K. Zonula occludens and nasal epithelial barrier integrity in allergic rhinitis. *PeerJ*. 2020. Vol. 8. Article e9834. DOI:
5. Zhang Y., Lan F., Zhang L. Update on pathomechanisms and treatments in allergic rhinitis. *Allergy*. 2022. Vol. 77, № 11. P. 3309– 3319.
6. Czech E.J., Overholser A., Schultz P. Allergic rhinitis. *Medical Clinics of North America*. 2024. Vol. 108, № 4. P. 609–628.
7. Cheng M., Dai Q., Liu Z., Wang Y., Zhou C. New progress in pediatric allergic rhinitis. *Frontiers in Immunology*. 2024. Vol. 15. Article 1452410.
8. Rosenfield L, Keith PK, Quirt J, Small P, Ellis AK. Allergic rhinitis. *Allergy, Asthma & Clinical Immunology*. 2024;20(Suppl 3):74. doi:10.1186/s13223-024-00923-6
9. Abdullah B, Abdul Latiff AH, Manuel AM, Mohamed Jamli F, Dalip Singh HS, Ismail IH, Jahendran J, Saniasiaya J, Woo KCK, Khoo PC, Singh K, Mohammad N, Mohamad S, Husain S, Mösges R. Pharmacological Management of Allergic Rhinitis: A Consensus Statement from the Malaysian Society of Allergy and Immunology. *Journal of Asthma and Allergy*. 2022;15:983-1003. doi:10.2147/JAA.S374346
10. Vordenberg SE. Nonprescription Medications for Adults With Allergic Rhinitis. *JAMA*. 2024;331(3):268. doi:10.1001/jama.2023.20171

11. Душик, А. Аспекти патогенезу, діагностики, лікування алергічного риніту. Каразінський імунологічний журнал, 2025, 8(1(15)), 111-120
12. Клименко В. А., Карпушенко Ю. В., Кулік Т. В. та ін. Ведення хворого на алергічний риніт в Україні: міжнародні рекомендації та власний досвід. Харків: ХНМУ; 2022.
13. Nur Husna SM, Shukri N, Tuan Sharif SE, Tan HTT, Mohd Ashari NS, Wong KK. IL-4/IL-13 axis in allergic rhinitis: elevated serum cytokines levels and inverse association with tight junction molecules expression. *Frontiers in Molecular Biosciences*. 2022;9:819772.
14. Tomčalová Ž. Rhinitis and allergic rhinitis – self-medication options. *Česká a Slovenská Farmacie*. 2024;73(1):58–65.
15. Zhang Y, Lan F, Zhang L. Update on pathomechanisms and treatments in allergic rhinitis. *Allergy: European Journal of Allergy and Clinical Immunology*. 2022;77(11):3309–19. DOI:
16. He Y, Chen Y, Xu S, Luo Y, Qin F, Hu W. Pathogenesis and key cells in allergic rhinitis. *International Archives of Allergy and Immunology*. 2025;186(5):418–29.
17. Попович В.І. Алергічний риніт: принципи діагностики та лікування згідно сучасних гайдлайнів. аналітичний огляд. / Актуальні проблеми медицини та фармації 6(2):1-20. 2025
18. P. van Cauwenberge, Bachert C., Passalacqua G., Bousquet J., Canonica G.W. et all. Consensus statement on the treatment of allergic rhinitis. *Allergy*. 2000. Vol. 55. Issue 2. P. 116 -134. URL: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10726726>
19. (ОТС®: ответственное самолечение / И.А. Зупанец, И.С. Чекман и др.; под ред. И.А. Зупанца, И.С. Чекмана, — 6-е изд., перераб. и доп. — Киев: Фармацевт-практик, 2010. — 208 с).
20. Scadding G.K., Durham S.R., Mirakian R. et all. BSACI guidelines for the management of allergic and non-allergic rhinitis. *Clinical and Experimental Allergy*. 2008. Vol. 38. Issue 1. P. 19-42.

21. Church MK, Maurer M, Simons FER, Bindslev-Jensen C, van Cauwenberge P, Bousquet J, Holgate ST, Zuberbier T. Risk of first-generation H1-antihistamines: a GA2LEN position paper. *Allergy* 2010; DOI:10.1111/j.1398-9995.2009.02325.x
22. Е.А.Добра. Блокаторы гистаминовых рецепторов в лечении поллинозов. *Провизор*. 2010. №9.
23. [Seidman M, D., Gurgel R.K., Lin S.Y. et al.. Clinical Practice Guideline: Allergic Rhinitis. *Otolaryngology Head and Neck Surgery*. 2015. Vol. 152 (1 Suppl). S1-43. DOI:],
24. [Ciprandi G., Passalacqua G., Mincarini M., Ricca V., Canonica G.W. Continuous versus on demand treatment with cetirizine for allergic rhinitis. *Annals of Allergy, Asthma & Immunology*. Vol. 79. Issue 6. P. 507-511].
25. Brozek JL, Bousquet J, Baena-Cagnani CE, Bonini S, Canonica GW, Casale TB, et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma (ARIA) guidelines: 2010 revision. *J Allergy Clin Immunol*. 2010;126(3):466-76.
26. Wallace DV, Dykewicz MS, Bernstein DI, Blessing-Moore J, Cox L, Khan DA, et al. The diagnosis and management of rhinitis: an updated practice parameter. *J Allergy Clin Immunol*. 2008;122(2 Suppl):S1-84. 41. Roberts G, Xatzipsalti M, Borrego LM, Custovic A, Halken S, Hellings PW, et al. Paediatric rhinitis: position paper of the European Academy of Allergy and Clinical Immunology. *Allergy*. 2013;68(9):1102-16.
27. Scadding GK, Kariyawasam HH, Scadding G, Mirakian R, Buckley RJ, Dixon T, et al. BSACI guideline for the diagnosis and management of allergic and non-allergic rhinitis (Revised Edition 2017; First edition 2007). *Clin Exp Allergy*. 2017;47(7):856-89.
28. Carr W, Bernstein J, Lieberman P, Meltzer E, Bachert C, Price D, et al. A novel intranasal therapy of azelastine with fluticasone for the treatment of allergic rhinitis. *J Allergy Clin Immunol*. 2012;129(5):1282-9 e10.
29. (В. Барзилович, І. Гогунська, Д. Заболотна, С. Зайков, І. Кайдашев, Т. Уманець, В. Чоп'як, Л. Яшина, С. Бахерт, П.В. Хеллінгс, О. Пфаар, Х.Дж. Шунеманн, Д. Воллес, А. Бедбрук, В. Чарлевські, Ж. Буске. Проект "ARIA":

- Шляхи надання медичної допомоги при алергічному риніті (2019 рік) – Україна.
// Проблеми екології і медицини. – 2019. – Т. 23, № 5-6. – С. 3–14.)
- 30.** Bousquet J, Devillier P, Arnavielhe S, Bedbrook A, Alexis Alexandre G, van Eerd M, et al. Treatment of allergic rhinitis using mobile technology with real-world data: The MASK observational pilot study. *Allergy*. 2018;73(9):1763-74.
 - 31.** Patel P, D'Andrea C, Sacks HJ. Onset of action of azelastine nasal spray compared with mometasone nasal spray and placebo in subjects with seasonal allergic rhinitis evaluated in an environmental exposure chamber. *Am J Rhinol*. 2007;21(4):499-503.
 - 32.** Horak F, Ziegelmayer UP, Ziegelmayer R, Kavina A, Marschall K, Munzel U, et al. Azelastine nasal spray and desloratadine tablets in pollen-induced seasonal allergic rhinitis: a pharmacodynamic study of onset of action and efficacy. *Curr Med Res Opin*. 2006;22(1):151-7.
 - 33.** Dykewicz M.S., Wallace D.V., Baroody F., Bernstein J. et al. Treatment of seasonal allergic rhinitis. An evidence-based focused 2017 guideline update. *Ann. Allergy. Asthma & Immunol*. 2017. Vol. 119. Issue 6. P. 489-511. E41.
 - 34.** Anolik R. Clinical benefits of combination treatment with mometasone furoate nasal spray and loratadine vs monotherapy with mometasone furoate in the treatment of seasonal allergic rhinitis. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2008. 100. 3. P. 264-271.
 - 35.** Benincasa C, Lloyd R.S. Evaluation of fluticasone propionate aqueous nasal spray taken alone and in combination with cetirizine in the prophylactic treatment of seasonal allergic rhinitis. *Drug Investig*. 1994. 8. P. 225-233.
 - 36.** Wolthers O.D. Relevance of pharmacokinetics and bioavailability of intranasal deficiency in Allergic Rhinitis. *Allergy. Drug. Discov*. 2010. Vol. 4. Issue 2. P. 118-123
 - 37.** Sastre J., Mosges R. Local and systemic safety of intranasal corticosteroids. *J. Investig. Allergol. Clin. Immunol*. 2012. Vol. 22. No 1. P. 1-12. URL]
 - 38.** Small P., Keith P. and Kim H. Allergic Rhinitis. *Allergy Asthma Clin Immunol* 2018. 14. Suppl. 2. 51. DOI

- Small P., Frenkiel S., Becker A., Boisvert P., Bouchard J., Carr S. et al. The Canadian Rhinitis Working Group. Rhinitis: a practical and comprehensive approach to assessment and therapy. *J Otolaryngol.* 2007. 36 [Suppl 1]: S5-27.
- 39.** Zawisza E. Alergiczny nieżyt nosa. *Alergia.* 2003. Vol. 2. 17.
- 40.** Baraniuk J.N. Alergiczny nieżyt nosa – współczesne poglądy na patofizjologię. *Alergia Astma Immunologia.* 1998. Vol. 3. No 1. P. 3-11
- 41.** Passalacqua G., Cecchi L., Canonica G.W., Lombardi C., Ventura M.T., Bachert C. et al. Allergic Rhinitis and its Impact on Asthma) 2019. Treatments for allergic rhinitis - Italy.]. *Recenti Prog. Med.* 2021. Vol. 112. No 7. P. 516-528.
- 42.** 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. Vol. 114. Issue 4. P. 838-882
- 43.** Wilson A.M., O'Byrne P.M., Parameswaran K. Leukotriene receptor antagonists for allergic rhinitis: a systematic review and meta-analysis. *Am. J. Med.* 2004. Vol. 116. No 5. P. 338-382
- 44.** Fokkens W.J., Lund V.J., Hopkins C., Hellings PW., Kern R., Reitsma S. et al. European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2020. *Rhinology.* 2020. 58. (Suppl. S29). P. 1-464.
- 45.** Jean T., Editor C., Kaliner M.A. Allergic Rhinitis. *Medscape.* 14.02.2023.
- 46.** Pawankar R., Mori S., Ozu C., Kimura S. Overview on the pathomechanisms of allergic rhinitis. *Asia. Pac. Allergy.* 2011. Vol. 1. No 3. P. 157-167
- 47.** Lau S.K., Wei W.I., Van Hasselt C.A. et al. A clinical comparison of budesonide nasal aerosol, terfenadine and a combined therapy of budesonide and oxymetazoline in adult patients with perennial rhinitis. *Asian. Pac. J. Allergy. Immunol.* 1990. Vol. 8. No 2. P. 109-115.
- 48.** Meltzer E.O., Bernstein D.I., Prenner B.M. et al. Mometasone furoate nasal spray plus oxymetazoline nasal spray: short-term efficacy and safety in seasonal allergic rhinitis. *Am. J. Rhinol. Allergy.* 2013. Vol. 27. No 2. P. 102-108.

49. Baroody F.M., Brown D., Gavanescu L, et al. Oxymetazoline adds to the effectiveness of fluticasone furoate in the treatment of perennial allergic rhinitis. *J. Allergy. Clin. Immunol.* 2011. Vol. 127. Issue 4. P. 927-934.
50. Head K, Snidvongs K, Glew S, Scadding G, Schilder AG, Philpott C, Hopkins C. Saline irrigation for allergic rhinitis. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2018. 6. 6. CD012597.
51. Kuehl BL, Abdalnour S, O'Dell M, Kyle TK. Understanding the role of the healthcare professional in patient self management of allergic rhinitis. *SAGE Open Med.* 2015;3:20 . 50312115595822
52. Bosnic-Anticevich S, Kritikos V, Carter V, Yan KY, Armour C, Ryan D, et al. Lack of asthma and rhinitis control in general practitioner-managed patients prescribed fixed dose combination therapy in Australia. *J Asthma.* 2018;55(6):684-94.
53. Incaudo G.A. Diagnosis and treatment of allergic rhinitis and sinusitis during pregnancy and lactation. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology.* 2004;
54. (2): 159-177. 2. Pali-Schöll I., Namazy J., Jensen-Jarolim E. Allergic diseases and asthma in pregnancy. World Allergy Organization, Allergic Diseases Resource Center, Updated 2016
55. Алергічний риніт і вагітність. Як діагностувати та лікувати? Розбір клінічного випадку/ О.О. Наумова, В.І. Опришко, А.В. Прохач/ *AllergyPractice*, освітньо-практичний журнал, № 4, 2023
56. Зайков С.В., Михальчук Н.А. Рациональная терапия аллергических заболеваний у беременных. *Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія.* 2008: 3/1. Спецвипуск. – С. 54-60
57. Особливості клінічної фармакології у вагітних і безпека застосування у них антигістамінних препаратів /В.І. Опришко, Г.В. Прохач, Г.С. Курт-Аметова/ *AllergyPractice*, освітньо-практичний журнал, № 3, 2023
58. Safety considerations in the management of allergic diseases: focus on antihistamines/Yanai K, Rogala B, Chugh K, Paraskakis E, Pampura AN, Boev R. *Curr Med Res Opin.* 2012 Apr;28(4):623-42

59. Gilboa SM, Strickland MJ, Olshan AF, Werler MM, Correa A; National Birth Defects Prevention Study. Use of antihistamine medications during early pregnancy and isolated major malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2009;85:137-50
60. Werler MM, Mitchell AA, Hernandez-Diaz S, Honein MA. Use of over-the-counter medications during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2005;193:771-7.
61. Pali-Schöll I, Namazy J, Jensen-Jarolim E. Allergic diseases and asthma in pregnancy, a secondary publication. *World Allergy Organ J* 2017;10:1
62. CSACI position statement: Newer generation H1-antihistamines are safer than first-generation H1-antihistamines and should be the first-line antihistamines for the treatment of allergic rhinitis and urticaria/ Michael N Fein 1, David A Fischer 2 3, Andrew W O'Keefe/ *Review Allergy Asthma Clin Immunol*, 2019 Oct 1;15:61
63. Diniz AF, Ribeiro JA, Lira GV, Sarinho ES. Allergic rhinitis in preschoolers: a systematic review of diagnostics. *American Journal of Rhinology & Allergy*. 2023;37(3):360–8
64. Buratynska A. A., Umanets T. R. Modern view of allergic rhinitis in children. *Modern Pediatrics. Ukraine*. 2024;5(141)
65. Matalova P, Urbanek K, Anzenbacher P. Specific features of pharmacokinetics in children. *Drug Metab Rev*. 2016;48(1):70–79
66. Сучасні фармацевтичні технології.
Навчальний посібник до лабораторних занять магістрантів денної, вечірньої та заочної форми навчання спеціальності 110201 “Фармація” /А.Рубан, Л.М. Хохлова, Л.О. Бобрицька, Ю.С. та інші// ХАРКІВ НФаУ 2016/О.
67. Бондаренко Я. Д., Кулик Д. Є., Бірюкова М. К. та ін. Алергічний риніт у дітей і підлітків віком 5–17 років: ключові ланки атопічного маршу. 2025.
68. Bousquet J., Van Cauwenberge P., Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma. *J. Allergy Clin. Immunol.* 2001; 108 (Suppl. 5): 147–334
69. ОТС®: ответственное самолечение / И.А. Зупанец, И.С. Чекман и др.; под ред. И.А. Зупанца, И.С. Чекмана, — 6-е изд., перераб. и доп. — Киев: Фармацевт-практик, 2010. — 208 с.

70. Zhang M, Ni JZ, Cheng L. Safety of intranasal corticosteroids for allergic rhinitis in children. Expert Opinion on Drug Safety. 2022.
71. Coherent Market Insights. (2025). Decongestant Market Analysis & Forecast: 2025–2032. Published: 26 March 2025.
72. Global Antihistamine Drugs Market Size and Trends (Coherent Market Insights), 21.02.2025: <https://www.coherentmarketinsights.com/industry-reports/global-antihistamine-drugs-market>
73. Global Antihistamine Drugs Market Size, Share, and Trends Analysis Report (Data Bridge Market Research):
74. Державний реєстр лікарських засобів України <https://moz.gov.ua/uk/derzhavnij-reestr-likarskih-zasobiv-ukraini>

Резюме

Ключові слова: АР ,антигістамінні препарати, ІКС, деконгестанти, фармакокінетика, фармакодинаміка, фармацевтична опіка, безпека лікування.

Магістерська робота присвячена вивченню аналізу асортименту, ефективності та безпеки безрецептурних препаратів для лікування алергічного риніту. Проаналізовано міжнародні Настанови по лікуванню АР, види фармакотерапії. Проведено аналіз національних та міжнародних клінічних рекомендацій, наукових публікацій та нещодавніх досліджень щодо застосування антигістамінних препаратів , ІНК, декогестантів, антилейкотрієнових препаратів, кромонів в структурі лікування АР. Особлива увага приділена особливостям різних безрецептурних груп ліків та необхідності індивідуалізованого підходу в терапії для вразливих груп населення. Розглянуто роль фармацевта в структурі відповідального самолікування АР. Надано порівняльний маркетинговий аналіз світового фармацевтичного ринка по продажам АГП, ІНК, деконгестантів .