

# Феністил у ХХІ столітті: огляд ефективності та місця в терапії алергічних захворювань

І.Л. Неміш<sup>1</sup>, І.О. Афанасьєва<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Буковинський державний медичний університет, Чернівці, Україна

<sup>2</sup>Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ, Україна

**Анотація.** Алергічні захворювання є однією з провідних проблем сучасної медицини, що характеризується високою поширеністю та тенденцією до зростання як серед дорослого населення, так і серед дітей. Значна частина алергічних станів супроводжується свербіжем, який істотно знижує якість життя пацієнтів і потребує ефективного симптоматичного контролю. У патогенезі алергічних реакцій ключову роль відіграє гістамін, що обґрунтовує застосування антигістамінних препаратів як базової терапії. У статті розглянуто сучасні підходи до застосування антигістамінних засобів, зокрема диметиндену малеату (Феністил). Показано, що диметинден характеризується хорошою переносимістю та широким спектром клінічної дії. Результати клінічних досліджень підтверджують його ефективність у зменшенні свербіжу, зниженні чутливості до гістаміну та швидкому полегшенні симптомів як при місцевому, так і при системному застосуванні, що обумовлює його застосування у терапевтичній, педіатричній та дерматологічній практиці. Таким чином, диметиндену малеат доцільно розглядати як ефективний антигістамінний засіб із доведеною клінічною ефективністю, який посідає важливе місце у комплексній терапії алергічних захворювань та зберігає свою актуальність у клінічній практиці ХХІ ст.

**Ключові слова:** алергічні захворювання, антигістамінні препарати, диметиндену малеат, свербіж, клінічна ефективність.

## Поширеність та епідеміологія алергічних захворювань, що супроводжуються свербіжем, у світі та Україні

Алергія є зростаючою проблемою громадського здоров'я, що впливає на людей різного віку та чинить суттєве навантаження на систему охорони здоров'я через свою високу поширеність. Упродовж останніх років відзначається поступове збільшення кількості випадків алергічних захворювань [1], що пов'язують із низкою факторів, зокрема забрудненням навколишнього середовища, змінами у харчуванні та способі життя населення світу. Поширеність алергій охоплює близько 20–30% населення [1, 2], з вищими показниками у розвинених країнах та урбанізованих територіях, що, ймовірно, зумовлено більшим впливом екологічних чинників [2]. Епідеміологічна ситуація щодо алергічних захворювань в Україні загальною відповідає світовим тенденціям. За оцінками, у країні близько 25–30% населення мають алергічні стани, серед дітей — до 40–45% [3].

Одним із найпоширеніших алергічних станів, що супроводжується інтенсивним свербіжем, є atopічний дерматит, який уражує глобально близько 101 млн дорослих і 103 млн дітей (2% дорослих, 4% дітей). Дані щодо захворюваності неповні, особливо у 41,5% країн світу [4]. В Україні інформація обмежена: у 2009–2014 рр. відзначали зростання поширеності серед дітей віком 0–18 років, при цьому можливі помилки обліку та плутанина з контактним дерматитом [5]. Іншим поширеним станом, що супроводжується свербіжем, є кропив'янка. За глобальними оцінками, у 2017 р. її відмічали у близько 86 млн людей, причому особливо вразливою групою є діти віком 1–4 роки [6]. Це може бути пов'язано з тим, що в цьому віці імунна система дітей ще не повністю сформована, що робить їх більш схильними до розвитку алергічних реакцій, таких як кропив'янка. Важливе місце серед алергічних за-

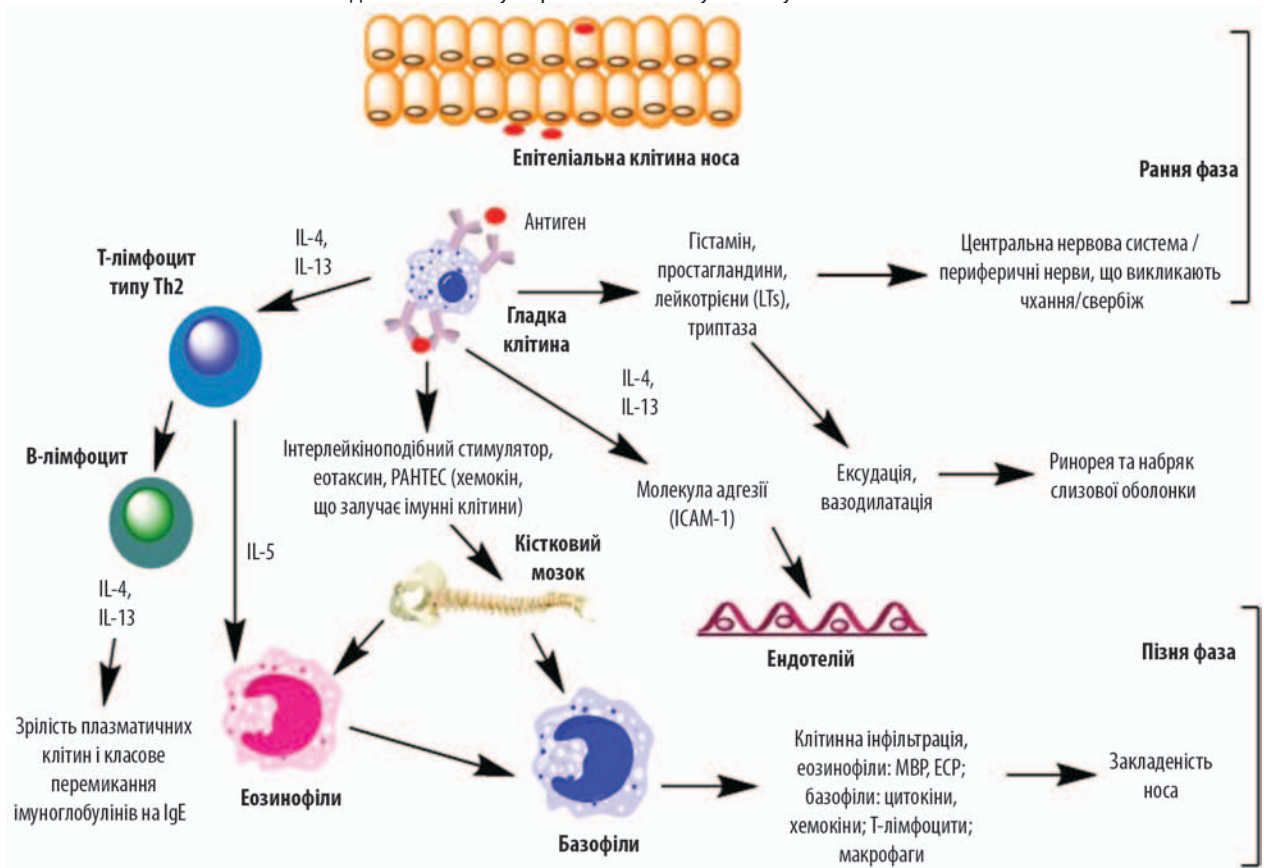
хворювань посідає алергічний риніт, який є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. У середньому його виявляють у 10–20% населення світу [7], тоді як серед дітей поширеність коливається в межах 4–40%. В Україні офіційна статистика занижена: поширеність серед дітей в останнє десятиліття — близько 0,5%. Крім того, часто не враховується поєднання риніту з бронхіальною астмою, яка відзначається у 60–80% дітей із бронхіальною астмою. Часто супроводжується свербіжем (зокрема шкіри або слизової оболонки ротової порожнини) харчова алергія, що є типовим прикладом побутового алергічного стану, її поширеність у світі, за інформацією Центру громадського здоров'я МОЗ України, становить близько 1–3% серед дорослих і 4–6% серед дітей [9]. Окрему групу становлять алергії на укуси та контакт із комахами, а також на частки їхніх тіл або метаболітів, що входять до складу домашнього пилу. Такі реакції зазвичай проявляються локально — свербіжем, набряком і почервонінням шкіри, але іноді можуть бути й системні прояви. Реальна поширеність алергії до комах, які не жалять, недостатньо вивчена, проте серед людей із atopічними захворюваннями близько 17–20% мають алергічні реакції на укуси кровосисних комах [9].

## Механізми розвитку алергічних реакцій та свербіжу

Розвиток алергічних реакцій є багатофакторним процесом за участю клітин імунної системи, зокрема Th2-лімфоцитів, гладких клітин та еозинофілів (рисунк). Th2-клітини продукують цитокіни (інтерлейкін (IL)-4, IL-5, IL-9, IL-13, IL-25, IL-31, IL-33), що зумовлюють синтез IgE, еозинофілію та міграцію запальних клітин у тканини. Ключовим етапом алергічної реакції є сенсibiлізація організму з утворенням IgE-антитіл. При повторному контакті з алергеном ці антитіла взаємодіють із FcεR1-рецепторами на гладких клітинах і базофілах, що призводить до їх ак-

Рисунок

Каскад алергічної реакції. Окрім індукції дегрануляції, медіатори гладких клітин, як-от цитокіни, також підтримують активність лімфоцитів, міграцію імунних клітин до запальних вогнищ та взаємодію з іншими запальними клітинами або їх попередниками. Показано ранню та пізню фази алергічної реакції через клітини епітелію носа та введення антигену через епітеліальну клітину



Примітки: ICAM — внутрішньоклітинна адгезивна молекула, ECP — катіонний білок еозинофілів, CNS — центральна нервова система, Ig — імуноглобулін, LT — лейкотрієн, IL — інтерлейкін, MBP — манозозв'язувальний білок, PGs — простагландини.

тивності та дегрануляції. У результаті цього процесу вивільняється гістамін — один із основних медіаторів негайних алергічних реакцій. Гістамін, який зберігається у гранулах гладких клітин, зв'язується з гістаміновими рецепторами ( $H_1$ – $H_4$ ), причому активація  $H_1$ -гістамінових рецепторів відіграє провідну роль у розвитку алергічних симптомів. Це запускає внутрішньоклітинні сигнальні каскади, що призводять до підвищення судинної проникності, скорочення гладких м'язів і стимуляції нервових закінчень, зумовлюючи такі клінічні прояви, як свербіж, набряк, гіперемія та бронхоконстрикція [11]. Так, гістамінзалежний свербіж виникає внаслідок дії гістаміну на чутливі нервові закінчення шкіри (C-волокна), які передають сигнал до центральної нервової системи, формуючи відчуття свербіжу. Водночас гістамін стимулює вивільнення нейропептидів, що посилюють запальну реакцію та підтримують замкнене коло «свербіж — чухання», яке спричиняє подальше вивільнення медіаторів і поширення симптомів. Водночас сучасні дослідження показують, що свербіж не обмежується лише гістамінзалежними механізмами. Значну роль відіграють цитокіни, зокрема IL-31, який безпосередньо активує рецептори на сенсорних нейронах і викликає гострий свербіж. Інші цитокіни, такі як IL-4 та IL-13, викликають розвиток хронічного свербіжу, підвищуючи чутливість нервових закінчень до пруритогенних стимулів [13]. Тобто алергічне запалення є результатом складної взаємодії клітин

і медіаторів, серед яких гістамін відіграє провідну роль у розвитку ранніх симптомів, а цитокіни — у підтримці та хронізації патологічного процесу.

## Антигістамінні препарати

### Історія створення

Історія створення антигістамінних препаратів пов'язана з відкриттям ролі гістаміну у розвитку алергічних реакцій. Активні дослідження розпочалися у 1930-х роках в Інституті Пастера, де встановлено, що деякі сполуки здатні блокувати дію гістаміну. Зокрема, у 1933 р. Fourneau та Bovet продемонстрували антигістамінні властивості фенольних ефірів, однак перші речовини були надто токсичними для клінічного застосування. Перший антигістамінний препарат, придатний до застосування у людини, з'явився у 1941 р. (фенбензамін). У подальшому створені більш безпечні засоби, зокрема дифенгідрамін і прометазин, що започаткувало їх широке застосування в медицині. У 1966 р. введено поняття  $H_1$ -гістамінових рецепторів, через які реалізується більшість алергічних ефектів гістаміну, що стало важливим кроком у розвитку сучасної антигістамінної терапії [13].

### Класифікація

Сучасна класифікація антигістамінних препаратів за поколіннями залежить від їх селективності до  $H_1$ -гістамінових рецепторів, здатності проникати через ге-

матоенцефалічний бар'єр і профілю безпеки. Зокрема, препарати I покоління, як-от дифенгідрамін, прометазин, гідроксизин, характеризуються високою ліпофільністю, що забезпечує їх легке проникнення через гематоенцефалічний бар'єр. Це, разом із їхньою антихолінергічною активністю, зумовлює виражені побічні ефекти з боку центральної нервової системи, такі як седатія, сонливість і зниження когнітивних функцій [14]. Однак деякі антигістамінні препарати I покоління також чинять помірну антихолінергічну дію, яка в окремих клінічних ситуаціях може бути корисною для пацієнта [15]. Крім того, вони мають короткий період напіввиведення, що потребує багаторазового прийому протягом доби.

З метою зменшення вираженості цих побічних ефектів були розроблені препарати II покоління, які з'явилися у 1980-х роках. Вони є більш селективними до периферичних  $H_1$ -гістамінових рецепторів і мають низьку ліпофільність, що обмежує їх проникнення в центральну нервову систему. До цієї групи належать лоратадин, цетиризин, левоцетиризин. Ці препарати рідше викликають седативний ефект і мають триваліший період дії, що дозволяє застосовувати їх 1–2 рази на добу. Перші представники, терфенадин і астемізол, були вилучені з ринку через випадки подовження інтервалу Q–T і розвиток *torsade de pointes*, пов'язані з блокадою калієвих каналів у серцевій провідній системі та метаболізмом через систему цитохрому P450 (CYP) 3A4. Препарати III покоління є активними метаболітами або вдосконаленими формами попередніх засобів, створеними з метою підвищення ефективності та мінімізації побічних реакцій. Вони характеризуються високою селективністю, відсутністю кардіотоксичності та мінімальним впливом на центральну нервову систему [14].

### **Диметиндену малеат: сучасний погляд на препарат**

Широкий вибір антигістамінних препаратів дає можливість лікарю обирати оптимальний засіб з урахуванням віку пацієнта та особливостей клінічної ситуації. Диметиндену малеат застосовується в медичній практиці вже понад 4 десятиліття і за своїми характеристиками належить до антигістамінних препаратів I покоління. Проте за своїми терапевтичними властивостями найбільше наближений до засобів II покоління, оскільки характеризується кращою селективністю до  $H_1$ -рецепторів, менш вираженим седативним ефектом і слабшою антихолінергічною дією порівняно з типовими представниками I покоління, що знижує ризик побічних ефектів з боку центральної нервової системи [14]. Як і інші антигістамінні препарати I покоління, він є високоліпофільним і здатний проникати через гематоенцефалічний бар'єр, однак спричиняє значно менш виражений седативний ефект порівняно з іншими представниками цієї групи [15, 16].

Водночас для цього препарату характерна помірна анксиолітична дія, що, ймовірно, зумовлена пригніченням активності окремих ділянок підкіркових структур центральної нервової системи [15]. Він характеризується низькою спорідненістю з мускариновими рецепторами, що зумовлює нижчу частоту розвитку антихолінергічних побічних ефектів (сухість у ротовій порожнині та горлі, нудота або підвищена збудливість), порівняно з іншими препаратами цієї групи [16]. При застосуванні в терапевтичних дозах виражені холінолітичні побічні ефекти, як-от тахікардія, нудота чи збудження, практично не виникають [14].

Окрім блокади  $H_1$ -гістамінових рецепторів, диметиндену малеат впливає й на інші медіатори алергічного запалення, зокрема кінінову систему, що сприяє зниженню проникності капілярів і вираженості набряку та свербіжжю, тоді як препарати II покоління чинять менш виражену дію на кінінову систему [15, 16]. Препарат також стабілізує мембрани гладких клітин, що забезпечує додатковий протизапальний ефект і допомагає запобігати розвитку та посиленню алергічних реакцій негайного типу, пов'язаних із вивільненням гістаміну [16].

Важливою особливістю препарату є можливість його тривалішого застосування. Відомо, що для більшості блокаторів  $H_1$ -гістамінових рецепторів I покоління характерний феномен тахіфілаксії — поступове зниження ефективності при повторному застосуванні. Саме через це їх зазвичай призначають короткими курсами тривалістю 7–10 днів із подальшою заміною препарату. На відміну від цього, диметиндену малеат демонструє збереження клінічної ефективності навіть при застосуванні протягом близько 14 днів, що дозволяє застосовувати його довше за наявності терапевтичного ефекту [15].

Слід також зазначити, що у низці клінічних ситуацій у дітей доцільним є застосування антагоністів  $H_1$ -гістамінових рецепторів саме I покоління. Важливим критерієм безпеки є вікові обмеження препарату. Серед антигістамінних засобів I покоління диметиндену малеат дозволений до застосування у дітей уже з 1 місяця життя за рекомендацією лікаря, тоді як більшість препаратів II покоління дозволені лише з віку 2–6 років [15]. Доступність різних форм випуску сприяє точнішому підбору дози та забезпечує індивідуалізований підхід до лікування пацієнтів раннього віку [16]. Так, краплі оральні можуть застосовуватися для усунення свербіжжю не лише алергічного походження, але й при укусах комах або захворюваннях, що супроводжуються шкірним висипом, такими як вітряна віспа [17].

На фармацевтичному ринку України наявний препарат Феністил (диметиндену малеат) у формі оральних крапель із концентрацією 1 мг/мл по 20 мл флаконі з крапельницею. Застосування лікарського засобу характеризується високою біодоступністю (70%), при цьому максимальна концентрація в препараті у крові досягається приблизно через 2 год після прийому [17].

Феністил у формі крапель оральних показаний для симптоматичного лікування кропив'янки, сезонного та цілорічного алергічного риніту, алергії на лікарські засоби та харчові продукти, свербіжжю різного походження (у тому числі при вітряній віспі та укусах комах), за винятком свербіжжю, пов'язаного з холестазом, а також як допоміжний засіб при екземі та інших алергічних дерматозах. Рекомендована тривалість лікування без консультації лікаря — не більше 14 днів. Для дорослих і дітей віком від 12 років добова доза становить 3–6 мг, розподілена на 3 прийоми. Дітям віком 1 міс–1 рік препарат призначають лише за рекомендацією лікаря, добова доза становить 0,1 мг/кг маси тіла, розподілена на 3 прийоми. Дітям оральні краплі, які мають приємний смак, рекомендовано давати з пляшечки/ложечки [17].

Клінічні дослідження підтверджують ефективність диметиндену як у системній, так і в місцевій формі. У подвійних сліпих плацебо-контрольованих дослідженнях встановлено, що 0,1% гель диметиндену малеату підвищує поріг свербіжжю та знижує чутливість шкіри до гістаміну. Крім того, у подвійному сліпому плаце-

бо-контрольованому дослідженні за участю 32 добровольців встановлено, що препарат не впливав суттєво на товщину пухиря протягом перших 10–60 хв, однак через 120 хв виявляли достовірне її зменшення. Отримані результати свідчать про ефективність місцевого диметиндену при станах, пов'язаних із вивільненням гістаміну, оскільки зменшує вираженість шкірної реакції на гістамін [18]. Ефективність 0,1% гелю диметиндену малеату також вивчали у рандомізованому подвійному сліпому дослідженні за участю 101 пацієнта, в якому його порівнювали з плацебо при свербіжі, спричиненому укусами комах і сонячною еритемою. Встановлено, що диметинден значно швидше зменшує свербіж: у більшості (88%) пацієнтів полегшення наставало вже протягом 30 хв після нанесення. Крім того, побічні ефекти в обох групах були незначними та тимчасовими, що підтверджує хорошу переносимість засобу [19].

У педіатричній практиці ефективність диметиндену також підтверджена. Зокрема, в одному з досліджень показано, що застосування крапель оральних диметиндену малеату (0,05 та 0,1 мг/кг маси тіла на добу) у дітей віком 1–6 років із вітряною віспою достовірно зменшує вираженість свербіжу порівняно з плацебо. Два різні дозування препарату показали подібну ефективність. Усі пацієнти додатково отримували місцевий в'язучий лосьйон для лікування уражень шкіри. Ці результати підтверджують високу ефективність та хорошу переносимість диметиндену малеату у педіатричній практиці для контролю свербіжу при вітряній віспі [20].

Таким чином, диметинден у формі крапель оральних є ефективним антигістамінним засобом для лікування шкірних і респіраторних проявів алергії та добре переноситься без суттєвих побічних ефектів.

## Інна Афанасьєва:

*Алергічні захворювання залишаються однією з найактуальніших проблем сучасної медицини, що супроводжується зростанням поширеності як серед дорослих, так і серед дітей. Значна частина цих станів асоціюється зі свербіжем, який суттєво погіршує якість життя пацієнтів і потребує швидкого та ефективного контролю. У цьому контексті особливого значення набуває вибір антигістамінного препарату з доведеною клінічною ефективністю та сприятливим профілем безпеки.*

*Сьогодні на фармацевтичному ринку України представлено велику кількість антигістамінних засобів, серед яких окрему увагу привертають препарати I покоління, клінічне сприйняття яких нерідко залишається дещо застарілим. Водночас сучасні дані свідчать про доцільність переоцінки їх ролі у практиці. Зокрема, незважаючи на приналежність диметиндену малеату до антигістамінних препаратів I покоління, він характеризується помірним седативним ефектом, хорошою переносимістю та доведеною ефективністю при широкому спектрі алергічних станів. Клінічні дослідження демонструють, що диметинден ефективно зменшує свербіж, знижує чутливість до гістаміну та забезпечує швидке полегшення симптомів [18].*

*При місцевому застосуванні відзначається швидкий протисвербіжний ефект (у більшості пацієнтів — уже протягом 30 хв) [19], тоді як пероральна форма забез-*

*печує контроль як шкірних, так і респіраторних проявів алергії з високим рівнем клінічної відповіді та хорошою переносимістю [21]. При цьому наявність системної та місцевої форм дозволяє реалізувати комплексний підхід до терапії, поєднуючи вплив на різні ланки алергічного процесу.*

*У практиці лікаря-терапевта диметиндену малеат доцільно розглядати як ефективний засіб для симптоматичного лікування алергічного риніту, кропив'янки, медикаментозної та харчової алергії, особливо у випадках, коли необхідне швидке зменшення свербіжу. У педіатричній практиці препарат має особливе значення завдяки можливості застосування у дітей з раннього віку (від 1 місяця життя). Це дозволяє ефективно контролювати свербіж при вітряній віспі, інсектній алергії та інших станах.*

*У дерматологічній практиці препарат широко застосовують як для системного, так і місцевого лікування. Диметиндену малеат у формі гелю є доцільним при укусах комах, необширній сонячній еритемі, неускладнених невеликих опіках та алергічних подразненнях невеликих ділянок шкіри.*

Підсумовуючи, варто зазначити, що диметиндену малеат сьогодні доцільно розглядати не як «застарілий» антигістамінний засіб, а як препарат із доведеною клінічною ефективністю, сприятливим профілем безпеки та чітко визначеним місцем у практиці лікарів різних спеціальностей. Його універсальність, поєднання системної та місцевої дії, а також швидкий клінічний ефект роблять його актуальним інструментом у лікуванні алергічних захворювань у XXI столітті.

Феністил Гель, гель 0,1%, по 30 г у тубі. Р.п. № UA/0894/01/01 від 4.04.2019 р. Феністил, краплі оральні, 1 мг/мл, по 20 мл у флаконі з крапельницею. Р.п. № UA/9377/01/01 від 5.12.2018 р.

Імпортёр та уповноважена організація в Україні — ТОВ «ХАЛЕОН УКРАЇНА». Торгові марки належать або використовуються за ліцензією групою компаній «Халеон».

Стаття висловлює точку зору авторів, яка може не збігатися з позицією ТОВ «ХАЛЕОН УКРАЇНА».

## Список використаної літератури

1. Alska E., Doligalska A., Napiórkowska-Baran K. et al. (2025) Global burden of allergies: mechanisms of development, challenges in diagnosis, and treatment. *Life*, 15(6): 878. doi: 10.3390/life15060878.
2. Poncet P., Sénéchal H., Charpin D. (2020) Update on pollen-food allergy syndrome. *Expert Rev. Clin. Immunol.*, 16: 561–578.
3. nikolab.com.ua/uk/allergicheskie-reakcii.
4. Tian J., Zhang D., Yang Y. et al. (2024) Global epidemiology of atopic dermatitis: a comprehensive systematic analysis and modelling study. *Br. J. Dermatol.*, 190(1): 55–61. doi: 10.1093/bjd/ljad339.
5. Уніфікований клінічний протокол медичної допомоги «Атопічний дерматит» (2016) [www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016\\_670\\_ykpmad.pdf](http://www.dec.gov.ua/wp-content/uploads/2019/11/2016_670_ykpmad.pdf).
6. Peck G.P.E.C., Hashim M.J., Shaughnessy C. et al. (2021) Global epidemiology of urticaria: increasing burden among children, females and low-income regions. *Acta Derm. Venereol.*, 101(4): 795.
7. Öcal R., Bayar Muluk N., Mullol J. (2019) Epidemiology of allergic rhinitis. In *All Around the Nose: Basic Science, Diseases and Surgical Management* (pp. 297–301). Cham: Springer International Publishing.
8. [doctor.dniprophc.com.ua/?page\\_id=4119](http://doctor.dniprophc.com.ua/?page_id=4119).
9. [phc.org.ua/news/na-kharchovu-alergiyu-strazhdae-1-3-doroslikh-ta-4-6-ditey-u-sviti](http://phc.org.ua/news/na-kharchovu-alergiyu-strazhdae-1-3-doroslikh-ta-4-6-ditey-u-sviti).

10. Zaikov S.V., Umanets T.R., Bogomolov A.Y. et al. (2023) Гіперчутливість до алергенів комарів: клініка, діагностика, лікування, профілактика. *Asthma and Allergy*, 22(4): 54–64. doi: 10.31655/2307-3373-2023-4-54-64.
11. Ghosh S., Debnath I., Bhunia S. et al. (2025) A review on mechanism of histamine mediated allergic reactions: therapeutic role, safety, and clinical efficacy of cetirizine. *Biomed. Pharmacol. J.*, 18(1): 411–429.
12. Fukasawa T., Yoshizaki-Ogawa A., Enomoto A. et al. (2022) Pharmacotherapy of itch — antihistamines and histamine receptors as G protein-coupled receptors. *Int. J. Mol. Sci.*, 23(12): 6579. doi: 10.3390/ijms23126579.
13. Emanuel M.B. (1999) Histamine and the antiallergic antihistamines: a history of their discoveries. *Clin. Exp. Allergy*, 29: 1–11.
14. Carson S., Lee N., Thakurta S. (2010) Drug Class Review: Newer Antihistamines: Final Report Update 2. Portland (OR): Oregon Health & Science University.
15. Abaturov A., Krivusha E., Agafonova E. et al. (2021) The effectiveness of first-generation antihistamines in the treatment of allergic diseases in children. *Child's Health*, 13(4): 394–400. doi: 10.22141/2224-0551.13.4.2018.137026.
16. Святенко Т.В., Старостіна О.А. (2021) Аналіз протисвербіжного ефекту комбінованого застосування дезлоратадину і диметиндену maleату в лікуванні алергодерматозів у дітей. *Здоров'я дитини*, 16(4).
17. Інструкція для медичного застосування лікарського засобу Феністил, краплі оральні, 1 мг/мл, по 20 мл у флаконі з крапельницею. Р.п. № UA/9377/01/01 від 05.12.2018 р.
18. Lever L.R., Hill S., Dykes P.J. et al. (1991) Efficacy of topical dimetindene in experimentally induced pruritus. *Skin Pharmacol. Physiol.*, 4(2): 109–112.
19. Althaus M.A., Berthet P. (1992) Dimethindene maleate (Fenistil Gel) in the control of itching due to insect bites and sunburns. *Agents Actions*, 36(Suppl 2): C425–C427. doi: 10.1007/BF01997391.
20. Englisch W., Bauer C.P. (1997) Dimethindene maleate in the treatment of pruritus caused by varicella in children. *Arzneimittelforschung*, 47(11): 1233–1235.

#### Інформація про авторів:

Неміш Ірина Любомирівна — докторка філософії, кафедра внутрішньої медицини Буковинського державного медичного університету, Чернівці, Україна. Афанасьєва Інна Олександрівна — кандидатка медичних наук, доцентка кафедри клінічної фармакології та клінічної фармації Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Київ, Україна. [orcid.org/0000-0002-2759-3948](https://orcid.org/0000-0002-2759-3948). E-mail: [afanasevainna@meta.ua](mailto:afanasevainna@meta.ua)

## Fenistil in the 21st Century: A Review of Its Efficacy and Place in the Treatment of Allergic Diseases

I.L. Nemish<sup>1</sup>, I.O. Afanasieva<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

<sup>2</sup>Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine

**Abstract.** Allergic diseases remain one of the leading challenges in modern medicine, characterized by high prevalence and a rising trend among both adults and children. A significant portion of allergic conditions is accompanied by pruritus, which substantially impairs patients' quality of life and requires effective symptomatic control. Histamine plays a key role in the pathogenesis of allergic reactions, which justifies the use of antihistamines as a cornerstone of therapy. This article reviews current approaches to the use of antihistamines, with a focus on dimetindene maleate (Fenistil). Dimetindene is characterized by good tolerability, and a broad spectrum of clinical activity. Clinical studies confirm its efficacy in reducing pruritus, decreasing histamine sensitivity, and providing rapid symptom relief both locally and systemically, supporting its use in therapeutic, pediatric, and dermatological practice. Thus, dimetindene maleate should be regarded as an effective antihistamine with proven clinical efficacy, occupying an important place in the comprehensive management of allergic diseases and remaining relevant in 21st-century clinical practice.

**Keywords:** allergic diseases, antihistamines, dimetindene maleate, pruritus, clinical efficacy.

#### Information about the authors:

Nemish Iryna L. — Doctor of Philosophy, Department of Internal Medicine, Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine. Afanasieva Inna O. — PhD, Associate Professor of the Department of Clinical Pharmacology and Clinical Pharmacy, Bogomolets National Medical University, Kyiv, Ukraine. [orcid.org/0000-0002-2759-3948](https://orcid.org/0000-0002-2759-3948). E-mail: [afanasevainna@meta.ua](mailto:afanasevainna@meta.ua)

Надійшла до редакції/Received: 25.03.2026

Прийнято до друку/Accepted: 27.03.2026