

О.М. Мочульська, К.Т. Глушко

Особливості клінічного перебігу алергодерматозів у дітей (огляд літератури)

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

Modern Pediatrics. Ukraine. 7(111): 58-63. doi 10.15574/SP.2020.111.58

For citation: Mochulska OM, Hlushko KT. (2020). Peculiarities of the clinical course of allergic dermatoses in children (literature review). Modern Pediatrics. Ukraine. 7(111): 58-63. doi 10.15574/SP.2020.111.58

Поширеність алергічних захворювань постійно зростає в усьому світі. За прогнозами ВОЗ, до 2050 р. від різноманітних алергозів страждатиме більшість населення планети, при цьому алергеном може слугувати будь-яка речовина, а XXI століття стане епохою алергії. У структурі алергічних захворювань у дітей провідне місце посідають алергічні ураження шкіри – алергодерматози, що характеризуються вираженим клінічним поліморфізмом, гострим або хронічним стадійним перебігом із розвитком супутніх патологічних змін у багатьох системах дитячого організму, який росте. Алергодерматози являють собою велику групу захворювань шкіри: простий та алергічний контактні дерматити, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра та хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, багатформна ексудативна еритема (синдром Стівенса–Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лайєлла), токсикодермії, а також менш поширені дерматози, в патогенезі яких провідними є саме алергічні реакції.

Мета — навести клінічні критерії диференційної діагностики алергодерматозів у дітей для підвищення її ефективності.

Висновки. Алергодерматози у дітей характеризуються поліморфністю клінічних проявів, що залежить від конкретної нозології. Відмічається тенденція до зростання частоти алергічних захворювань шкіри у дітей, особливо тяжких форм з рецидивним перебігом, резистентних до традиційної фармакотерапії. Комплексне детальне вивчення клінічних проявів алергодерматозів у дітей сприятиме розробці диференційно-діагностичних критеріїв алергодерматозів у дітей, своєчасній точній діагностиці та призначенню патогенетично обґрунтованого лікування при різних алергічних хворобах шкіри. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, алергія, алергодерматози, клінічні критерії.

Peculiarities of the clinical course of allergic dermatoses in children (literature review)

O.M. Mochulska, K.T. Hlushko

I. Horbachevsky Ternopil National Medical University of MHC of Ukraine

The prevalence of allergic diseases is constantly growing around the world. According to WHO forecasts, most of the world's population will suffer from various allergies by 2050, at the same time any substance can be an allergen, and the XXI century will be the era of allergies. In the structure of allergic diseases in children the leading place is occupied by allergic skin lesions — allergic dermatoses, which are characterized by pronounced clinical polymorphism, acute or chronic stage with the development of concomitant pathological changes in many systems of the growing child's body. Allergic dermatoses are a large group of skin diseases, including: simple and allergic contact dermatitis, atopic dermatitis, various forms of eczema, acute and chronic allergic urticaria, Quincke's edema, multiforme exudative erythema (Stevens-Johnson syndrome), acute epidermal necrolysis (Lyell's syndrome), toxicodermias, as well as less common dermatoses, in the pathogenesis of which are leading allergic reactions.

Purpose — to describe clinical criteria for the differential diagnosis of allergodermatoses in children in order to increase its effectiveness.

Conclusions. Allergodermatoses in children are characterized by polymorphism of clinical manifestations, which depends on the specific nosology. There is a tendency to increase the frequency of allergic skin diseases in children, especially severe forms with recurrent course, resistant to traditional pharmacotherapy. Comprehensive detailed study of clinical manifestations of allergic dermatoses in children will contribute to the development of differential diagnostic criteria for allergic dermatoses in children, to verify accurate diagnosis and to prescribe the pathogenesis-based treatment for various allergic skin diseases in time.

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: children, allergy, allergic dermatoses, clinical criteria.

Особенности клинического течения алергодерматозов у детей (обзор литературы)

О.Н. Мочульская, К.Т. Глушко

Тернопольский национальный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины

Распространенность аллергических заболеваний постоянно растет во всем мире. По прогнозам ВОЗ, к 2050 г. от различных алергозов будет страдать большинство населения планеты, при этом аллергеном может выступать любое вещество, а XXI век станет эпохой аллергии. В структуре аллергических заболеваний у детей ведущее место занимают аллергические поражения кожи — алергодерматозы, характеризующиеся выраженным клиническим полиморфизмом, острым или хроническим стадийным течением с развитием сопутствующих патологических изменений во многих системах растущего детского организма. Алергодерматозы представляют собой большую группу заболеваний кожи: простой и аллергический контактный дерматит, атопический дерматит, различные формы экземы, острая и хроническая аллергическая крапивница, отек Квинке, полиморфная эксудативная эритема (синдром Стівенса–Джонсона), острый епідермальний некроліз (синдром Лайєлла), токсикодермії, а также менее распространенные дерматозы, в патогенезе которых ведущими являются именно аллергические реакции.

Цель — навести клинические критерии дифференциальной диагностики алергодерматозов у детей для повышения ее эффективности.

Выводы. Алергодерматозы у детей характеризуются полиморфностью клинических проявлений, что зависит от конкретной нозологии. Отмечается тенденция к возрастанию частоты аллергических заболеваний кожи у детей, особенно тяжелых форм с рецидивирующим течением, резистентных к традиционной фармакотерапии. Комплексное детальное изучение клинических проявлений алергодерматозов у детей будет способствовать разработке дифференциально-диагностических критериев алергодерматозов у детей, своевременной точной диагностике и назначению патогенетически обоснованного лечения при различных аллергических болезнях кожи.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: дети, аллергия, алергодерматозы, клинические критерии.

Вступ

Поширеність алергічних захворювань постійно зростає в усьому світі [1–3]. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), алергічні захворювання посідають третє місце за поширеністю, тому алергічна патологія є однією з найактуальніших проблем сучасної медицини. За прогнозами ВООЗ, до 2050 р. від різноманітних алергозів страждатиме більшість населення планети, при цьому алергеном може слугувати будь-яка речовина, а XXI століття стане епохою алергії [2,5,7].

У структурі алергічних захворювань у дітей провідне місце посідають алергічні ураження шкіри — алергодерматози, що характеризуються вираженим клінічним поліморфізмом, гострим або хронічним стадійним перебігом і розвитком супутніх патологічних змін у багатьох системах організму, який росте [2,9,10]. Серед пацієнтів з алергопатологією провідне місце посідають алергодерматози (у загальній структурі алергічних хвороб у дітей становлять близько 60%). При цьому найпоширенішими формами алергодерматозів у дітей є атопічний дерматит — 50%, гостра алергічна кропив'янка — 15%, токсикодермія — 10%, хронічна алергічна кропив'янка — 5%, екзема — 5%, контактний дерматит — 5%, багатоформна ексудативна еритема і гострий епідермальний некроліз — менше 1% [2,3,5,6,9,11]. За даними ВООЗ, на алергодерматози щорічно захворює до 1 млн осіб [2,5].

Мета дослідження — навести клінічні критерії диференційної діагностики алергодерматозів у дітей для підвищення її ефективності.

Алергодерматози впевнено посідають одне з перших місць у галузі клінічної дитячої дерматології. Алергодерматози являють собою велику групу захворювань шкіри: простий та алергічний контактні дерматити, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра та хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, багатоформна ексудативна еритема (синдром Стівенса—Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лайєлла), токсикодермії, а також менш поширені дерматози, в патогенезі яких провідними є саме алергічні реакції [2,4,7,9–11].

У більшості випадків діагноз того чи іншого алергічного захворювання шкіри може бути встановлений вже під час першого огляду хворого на основі характерних уражень шкіри та їх типової локалізації.

Простий контактний дерматит. Клінічні прояви простого контактного дерматиту залежать від його перебігу (гострий, хронічний) і стадії (еритематозна, бульозна). При цьому висипання на шкірі виникають у місцях контакту з різними подразниками протягом декількох хвилин або годин. Простий контактний дерматит спричиняють фізичні фактори (механічні, температурні, променеві, електричні), хімічні агенти (концентровані кислоти, луги, солі металів), а також біологічні чинники (рослинні, тваринні алергени) [2,8,9,12]. Гострі дерматити проявляються вогнищами еритеми, набряку, везикулярними, бульозними висипаннями або навіть вогнищами некрозу. Суб'єктивно хворих турбує печіння і біль. Хронічні дерматити характеризуються світлою еритемою, інфільтрацією, ліхеніфікацією, гіперкератозом шкіри [1,2,8,9].

Діагностичні критерії простого контактного дерматиту (R.L. Rietschel, J.F. Fowler) наведено нижче [2,8–10].

Головні критерії:

- 1) еритема, гіперкератоз, тріщини, що переважають над везикуляцією;
- 2) сухість та лущення епідермісу;
- 3) регрес висипання, який спостерігається після припинення впливу подразника;
- 4) негативні наслідки скарифікаційних тестів на можливі алергени;

Додаткові критерії:

- 1) чіткі межі вогнищ ураження;
- 2) наявність гравітаційного впливу;
- 3) невелика тенденція до поширення дерматиту;
- 4) невеликі зміни концентрації та часу впливу подразника, що спричиняють значне ушкодження шкіри.

Алергічний контактний дерматит. Виникає в дітей з підвищеною чутливістю до певної речовини — алергену. Ідіосинкразія (врожена підвищена чутливість) зустрічається рідше за гіперчутливість, що виникає внаслідок повторного впливу алергену на шкіру [1,2,8,12]. На відміну від простого контактного дерматиту, алергічний контактний дерматит розвивається переважно протягом декількох днів, тижнів у ділянках контакту з алергеном. Клінічна картина алергічного контактного дерматиту характеризується істинним поліморфізмом. При цій патології у хворих відзначаються ознаки, характерні для екземи, однак виражені набагато слабше. Об'єктивно можна спостерігати на еритематозному тлі папульозні та везику-

лярні висипання, мокнучі ділянки шкіри, що піддаються впливу алергену (обличчя, шия, тильна поверхня кистей і рук). Хворі можуть скаржитися на свербіж, відчуття печіння в ділянках вогнищ ураження [2,8,9,10]. Захворювання схильне до рецидивів. Хронічний перебіг захворювання характеризується наявністю ліхеніфікації. У тяжких випадках алергічний контактний дерматит може проявлятися ураженням великих ділянок шкіри, аж до розвитку еритродермії [8,9,12].

Атопічний дерматит — алергічне захворювання шкіри, що виникає зазвичай у ранньому дитячому віці в осіб зі спадковою схильністю до атопічних захворювань, має хронічний рецидивний перебіг, вікові особливості локалізації і морфології вогнищ запалення, характеризується вираженим свербіжем шкіри і обумовлюється гіперчутливістю як до алергенів, так і до неспецифічних подразників [1,2,10,12].

Малюкова стадія (атопічний дерматит у стадії дитячої екземи) — клінічні прояви атопічного дерматиту вперше спостерігаються у грудному віці, майже одразу після народження дитини. Еритематозно-сквамозна форма захворювання відзначається в дітей від періоду новонародженості до двох років. Відмічається формування вогнищ еритеми, набряку та ексудації з переважною локалізацією в ділянці щік, лоба, волосистої частини голови, шиї, розгинальних поверхонь кінцівок; виняток становить шкіра носо-губного трикутника, де висипань не буває. На тлі еритематозно-сквамозних вогнищ виникають папули та мікроезичули із серозним вмістом, які швидко відкриваються з формуванням екзематозних «серозних колодязів». Ексудат підсихає з утворенням кірок жовтуватого та коричневого кольору. Ліхеніфікація спостерігається вкрай рідко. У період загострення діти неспокійні, плачуть, розчухують шкіру; відзначаються порушення сну [1,2,10,12].

Дитяча стадія (атопічний дерматит у стадії строфулюсу, вульгарної почесухи, почесухи Бенъе) розвитку атопічного дерматиту починається з дворічного віку і триває до пубертатного віку. Характерна двофазність висипання: спочатку з'являється уртикарне висипання, в центрі якого формуються серопапули з дрібними пухирцями, які потім зникають, надалі, внаслідок розчухування, утворюються геморагічні кірочки і ексоріації, після регресії яких залишається пігментація, ліхенізація. Проявляється еритематозно-сквамозною формою з ліхеніфікацією. Відзначається генералізована

сухість шкіри, вогнища ліхеніфікації, які формуються внаслідок звичного тертя та розчухування шкіри, наявність ексоріацій. Спостерігаються висипання екзематозного характеру, ексудативні. Основні ділянки локалізації висипки — це шия, завушні ділянки, перiorальна зона, згинальна поверхня верхніх і нижніх кінцівок (зап'ястя ліктьові та підколінні складки). Часто спостерігається блідість або еритема обличчя, складки Денні—Моргана, лущення шкіри в пар аорбітальній зоні, сині, темні кола навкруг очей — «алергічне саяво», явища хейліту та ангулярного блефариту; формується так зване «атопічне обличчя». З віком свербіж набуває більш стійкого, нападаподібного характеру, що призводить до утворення множинних ексоріацій. Нерідко приєднується вторинна інфекція, підвищення температури тіла, поліаденопатія [1,2,10,12].

Доросла стадія (атопічний дерматит у стадії нейродерміту, вульгарної почесухи, ендогенної екземи) починається від пубертатного віку та проявляється ліхеноїдною або пруритоподібною формою. Захворювання характеризується вираженою інфільтрацією шкіри, ксерозом, ліхеніфікацією, наявністю ексоріацій. Висипання набувають дифузного характеру, зазвичай до патологічного процесу долучається шкіра обличчя, де спостерігається виражена сухість і лущення. Більшість хворих мають «атопічне обличчя». Пацієнтів турбує виражений свербіж. Екзематозні висипання з'являються в період загострення захворювання. Типовим є зв'язок загострень із психоемоційними факторами, нейроендокринними розладами [1,2,10,12]. Іноді ця форма характеризується появою нумулярної екземи [1].

Особливою формою атопічного дерматиту є *дифузна атопічна еритродермія*, перебіг якої супроводжується тотальним або субтотальним ураженням шкіри, порушенням загального стану хворих, вираженим свербіжем, безсонням, психоемоційним виснаженням, високою імовірністю вторинних мікробних уражень [2].

На сьогодні діагноз атопічного дерматиту встановлюється з урахуванням таких основних (обов'язкових) і додаткових (другорядних) діагностичних критеріїв [1,2,10,12]. Діагностичні критерії атопічного дерматиту (J. Hanifin, G. Rajka) наведено нижче.

Головні критерії:

- 1) свербіж шкіри;
- 2) типова морфологія та локалізація висипань: у ранньому дитинстві — еритема та

лущення в області обличчя та кінцівок; у старшому дитячому та юнацькому віці — поява ліхеніфікації на симетричних ділянках згинальних поверхонь кінцівок і шиї; у дорослих — згинальна ліхеніфікація та лінійність;

3) хронічний рецидивний перебіг;

4) атопія в особистому та сімейному анамнезі. Додаткові критерії:

1) сухість шкіри;

2) іхтіоз, посилення шкірного малюнку долонь, фолікулярний кератоз;

3) позитивна шкірна реакція гіперчутливості негайного типу з алергенами;

4) підвищений рівень загального сироваткового IgE;

5) виникнення захворювання в ранньому віці (до 2 років);

6) схильність до інфекції шкіри переважно стафілококової та герметичної етіології;

7) неспецифічний дерматит кистей та стоп;

8) екзема сосків;

9) хейліт;

10) рецидивний кон'юнктивіт;

11) лінії Дені (складка Дені—Моргана на нижніх повіках);

12) білий дермографізм;

13) темні кола навкруг очей;

14) блідість або еритема обличчя;

15) складка на передній поверхні шиї;

16) свербіж при потінні;

17) алергія на вовну і розчинні жири;

18) залежність клінічного перебігу від факторів зовнішнього середовища та емоцій.

Для встановлення діагнозу атопічного дерматиту мають бути три основні та три додаткові критерії [1,2,12].

Екзема. У дітей відрізняється виразністю ексудативного компоненту, великою кількістю висипань, схильністю до ускладнення вторинною інфекцією. Клінічні прояви екземи залежать від її стадії та різновиду. Характерними ознаками гострого та підгострого екзематозного процесу є поліморфізм висипань, наявність вогнищ еритеми, набряку, мокнучі ділянки шкіри з папульозними та везикулярними висипаннями, кірками та екскоріаціями, а інколи — з пустульозними висипаннями. Хронічна екзема характеризується вогнищами інфільтрації, ліхеніфікації, лушення, вторинних дисхромічних змін; інколи можуть бути окремі папули, везикули, тріщини, екскоріації. Прийнято розрізняти ряд клінічних різновидів екземи, хоча за сутністю існує одне захворювання, пов'язане з підвищеною чутливістю шкіри [2,10,12], виділяють:

істинну екзему, мікробну екзему, себорейну екзему, дитячу екзему, професійну екзему.

Істинна (ідіопатична) екзема характеризується гострозапальною набряклою еритемою з висипанням групи найдрібніших серопапул або пухирців, мокнучими ділянками шкіри і утворенням кірок, захворювання проявляє еволюційний поліморфізм [2,10]:

1) симетричність ураження шкіри, частіше на відкритих ділянках;

2) хронічний перебіг із частими загостреннями;

3) нечіткі межі вогнищ ураження;

4) наявність симптому «архіпелагу островів» — набряк, гіперемія, мокнучі ділянки шкіри, везикуляція з прозорою рідиною, мікроерозії, по периферії — вузликові висипання і везикули, які регресують з утворенням кірок, лусочок;

5) застійна гіперемія, інфільтрація, гіперпігментація, ліхеніфікація за хронічного перебігу захворювання;

6) свербіж різної інтенсивності.

До різновидів істинної екземи належать [2,10]:

— дисгидротична екзема з формуванням «сагоподібних» везикул на шкірі долонь та підшов, бокових поверхонь пальців;

— рогова екзема з формуванням гіперкератозу долонь і підшов, тріщин шкіри;

— мостоподібна екзема з формуванням вогнищ еритеми та лушенням шкіри на розгинальних поверхнях кінцівок, що найчастіше спостерігається в осіб зрілого та похилого віку;

— прurigінозна екзема з інтенсивним свербіжем, що призводить до появи ліхеніфікації та екскоріацій, переважно на розгинальних поверхнях кінцівок, і супроводжується вираженими порушеннями з боку нервової системи.

Мікробна екзема розвивається на ділянках хронічних осередків інфекції, утворюючи гострозапальні, різко відмежовані крупнофестончасті вогнища, характеризується [2,10]:

1) асиметричним ураженням шкіри, частіше в ділянках складок шкіри і на нижніх кінцівках;

2) чіткими межами патологічних вогнищ;

3) суцільним ураженням шкіри з однаковою виразністю процесу в центрі та на периферії, вогнищами синюшно-червоного кольору, інфільтрацією, мокнучими ділянками шкіри, гнійними кірками, по периферії — вогнищами поодиноких пустульозних та папуло-везикульозних елементів;

4) пустульозним висипанням, гнійним ексудатом, кірками гнійного характеру, «вхідними воротами» для інфекційного фактора.

До різновидів мікробної екземи належать [2,10]:

- варикозна екзема з локалізацією в ділянках варикозно-розширених вен;
- екзема сосків та навколососкового кружка з відповідною зоною ураження;
- інтертригінозна екзема з ураженням великих складок шкіри;
- мікотична екзема, обумовлена мікозами стоп та оніхомікозами;
- нумулярна (монетовидна) екзема з формуванням округлих та овальних вогнищ із переважною локалізацією на розгинальних поверхнях кінцівок;
- паратравматична екзема з формуванням патологічного вогнища навколо травматичних уражень шкіри, фістульозних ходів, постопераційних рубців.

Себорейна екзема розвивається у хворих на себорейних ділянках шкіри, багатих сальними залозами у вигляді еритематозних плям, що лущаться, зі зливними папулами жовтуватобурого кольору, характеризується [2,10]:

1) ураженням шкіри обличчя, волосистої частини голови, грудей, спини, живота навколо пупка, згинальних поверхонь кінцівок, природних складок;

2) на волосистих ділянках шкіри – чіткими межами вогнищ ураження, серозними або серозно-гнійними кірками, при знятті яких утворюється мокнуча поверхня;

3) на гладких ділянках шкіри – чіткими межами вогнищ ураження, гіперемією, набряком, мокнучими ділянками, болючими тріщинами, по периферії вогнищами сіро-жовтих лусочок та кірок;

4) підтвердженням грибів *Malassezia* у так званих «себорейних» зонах;

5) нейроендокринними порушеннями;

6) захворюваннями шлунково-кишкового тракту;

7) ВІЛ-інфекцією або іншими імунодефіцитами.

Дитяча екзема розвивається в ранньому дитячому віці, що було описано вище, на тлі atopії як прояв ексудативної стадії atopічного дерматиту. У вогнищах наявні ознаки справжньої, мікробної та себорейної екземи в різних комбінаціях [1,2].

Професійна екзема виникає внаслідок контакту з сенсibiliзуючими речовинами в умовах

виробництва в дорослих із первинною локалізацією на відкритих ділянках шкіри (кисті, передпліччя, обличчя, шия, гомілки, ступні), має клінічні прояви істинної екземи. У вогнищах на тлі гіперемії й набряку – множинні везикули, мокнучі ділянки шкіри. Перебіг тривалий, клінічні прояви регресують після усунення контакту з алергеном [2,8,9].

Кропив'янка – захворювання, що характеризується появою на шкірі пухирців досить чітко контурованих або сверблячих плям, папул розміром від кількох міліметрів до десяти і більше сантиметрів, висипання з'являється швидко, елементи можуть зливатися і поширюватися на всю поверхню тіла [2,5,7].

Класифікація кропив'янки (S. Fineman) [2,10]:

1. Імунна кропив'янка (типи I, II, III).

2. Анафілактоїдна кропив'янка: природжений ангіоневротичний набряк, хімічні лібератори медіаторів, підвищена чутливість до гістаміну.

3. Фізична кропив'янка: холодова, теплова, вібраційна, холінергічна, сонячна, від механічного стискання, аквагенна.

4. Змішана група: папульозна кропив'янка, пігментна кропив'янка, мастоцитоз системний, кропив'янка, як прояв системних захворювань, ідіоматична, психогенна.

За перебігом кропив'янка поділяється на гостру і хронічну, а за тяжкістю клінічного перебігу – на легку, середньотяжку і тяжку. Гостра алергічна кропив'янка починається гостро, приблизно за півгодини після потрапляння до організму відповідного алергену, триває не більше 6 тижнів. Проявляється уртикаріями або висипанням, що свербить. Елементи гострої алергічної кропив'янки частіше блідо-рожевого або червоного кольору, оточені зоною еритеми, яка зникає при натисканні. Елементи кропив'янки зберігаються протягом 1–6 год, інколи супроводжуються підвищенням температури тіла, болем у животі, суглобах. У дітей частою причиною гострої алергічної кропив'янки є харчові продукти та лікарські препарати, укуси комах, контакт із побутовою хімією. Незалежно від генезу для кропив'янки характерним є підвищення проникнення судин мікроциркуляторного русла і гострий розвиток набряку в зоні периваскулярних тканин. У разі поширення патологічного процесу глибше на дерму або підшкірну основу розвивається ангіоневротичний набряк Квінке [2,5,7,10].

Ангіоневротичний набряк Квінке вважається одним із варіантів кропив'янки. Основний

клінічний прояв ангіоневротичного набряку — обмежений набряк певної ділянки тіла, найчастіше голови (обличчя, слизова оболонка ротової порожнини, губи, язик, периорбітальні ділянки), шиї, кистей рук, стоп, зовнішніх статевих органів, шкіра в зоні набряку не змінена. Хворі скаржаться на печію, дискомфорт, рідше — свербіж. Ангіоневротичний набряк (набряк Квінке) характеризується появою щільного набряку глибоких шарів шкіри без вираженого свербіжу. Набряк Квінке може зберігатися від 6 годин до 2–3 діб. Дуже небезпечним є набряк Квінке в ділянці гортані, коли порушується функція дихання. Постійна поява нових елементів кропив'янки або набряку Квінке, їх періодичне рецидивування (в термін понад 6 місяців) свідчить про формування хронічної кропив'янки або набряку Квінке. Тривалість захворювання зазвичай не перевищує 6 тижнів,

перебігає протягом 8–10 місяців, часто рецидивує [2,6,10].

Висновки

Алергодерматози у дітей характеризуються поліморфністю клінічних проявів, що залежить від конкретної нозології. Відмічається тенденція до зростання частоти алергічних захворювань шкіри у дітей, особливо тяжких форм з рецидивним перебігом, резистентних до традиційної фармакотерапії. Комплексне детальне вивчення клінічних проявів алергодерматозів у дітей сприятиме розробленню диференційно-діагностичних критеріїв різних варіантів алергодерматозів у дітей, своєчасній точній діагностиці та патогенетично обґрунтованому лікуванню різних алергічних хвороб шкіри.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

REFERENCES/ЛІТЕРАТУРА

- Akan A, Dibek–Misirlioglu E, Civelek E, Vezir E, Kocabas CN. (2020). Diagnosis of atopic dermatitis in children: comparison of the Hanifin–Rajka and the United Kingdom Working Party criteria. *Allergologia et Immunopathologia*. 48 (2): 175–181. doi: [org/10.1016/j.aller.2019.07.008](https://doi.org/10.1016/j.aller.2019.07.008). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301054619301156>.
- Beltrani VS. (1998). Allergic Dermatoses. *Medical Clinics of North America*. 82 (5): 1105–1133. doi: [org/10.1016/S0025-7125\(05\)70405-3](https://doi.org/10.1016/S0025-7125(05)70405-3). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025712505704053>.
- Bourrain JL. (2017). Toxicodermias. *EMC — Dermatologia*. 51 (4): 1–13. doi: [org/10.1016/S1761-2896\(17\)87052-7](https://doi.org/10.1016/S1761-2896(17)87052-7). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1761289617870527>.
- Dowling PJ, Kader R, Portnoy JM. (2019). COLA (Conferences On-Line Allergy) at 10 Years – Evolution of an Online Fellowship Curriculum. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 7 (8): 2568–2573. doi: [org/10.1016/j.jaip.2019.06.025](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.06.025). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219819305975>.
- Fawbert K, Leech S. (2020). Recurrent urticaria and angioedema. *Paediatrics and Child Health*. 30 (7): 243–248. doi: [org/10.1016/j.paed.2020.04.001](https://doi.org/10.1016/j.paed.2020.04.001). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S175172222030072X>.
- Hsu DY, Brieva J, Silverberg NB, Paller AS, Silverberg JL. (2017). Pediatric Stevens–Johnson syndrome and toxic epidermal necrolysis in the United States. *Journal of the American Academy of Dermatology*. 76 (5): 811–817. doi: [org/10.1016/j.jaad.2016.12.024](https://doi.org/10.1016/j.jaad.2016.12.024). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0190962216312853>.
- Millan GG, Lopez–Bran E. (2018). Toxicodermias. *Medicine — Programa de Formacion Medica Continuada Acreditado*. 12 (48): 2846–2853. doi: [org/10.1016/j.med.2018.01.007](https://doi.org/10.1016/j.med.2018.01.007). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541218300076>.
- Napolitano M, Fabbrocini G, Patrino C. (2019). Allergic contact dermatitis in patients with atopic dermatitis: A retrospective study. *The Journal of Allergy and Clinical Immunology: In Practice*. 7 (7): 2459–2461. doi: [org/10.1016/j.jaip.2019.03.045](https://doi.org/10.1016/j.jaip.2019.03.045). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219819303307>.
- Nassau S, Fonacier L. (2020). Allergic Contact Dermatitis. *Medical Clinics of North America*. 104 (1): 61–76. doi: [org/10.1016/j.mcna.2019.08.012](https://doi.org/10.1016/j.mcna.2019.08.012). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0025712519300884>.
- Nguyen V, Simon L, Jaqua E. (2016). Allergic Dermatoses. *Primary Care: Clinics in Office Practice*. 43 (3): 433–449. doi: [org/10.1016/j.pop.2016.04.011](https://doi.org/10.1016/j.pop.2016.04.011). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0095454316300239>.
- Noe MH, Micheletti RG. (2020). Diagnosis and management of Stevens–Johnson syndrome/toxic epidermal necrolysis. *Clinics in Dermatology*. 6: 738–744. doi: [org/10.1016/j.clindermatol.2020.06.016](https://doi.org/10.1016/j.clindermatol.2020.06.016). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0738081X20301498>.
- Ozceker D, Haslak F, Dilek F, Sipahi S, Yucel E, Guler N, Tamay Z. (2019). Contact sensitization in children with atopic dermatitis. *Allergologia et Immunopathologia*. 47 (1): 47–51. doi: [org/10.1016/j.aller.2018.06.002](https://doi.org/10.1016/j.aller.2018.06.002). URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0301054618301009>.

Відомості про авторів:

Мочульська Оксана Миколаївна — к.мед.н., асистент каф. дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільський НМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Адреса: м. Тернопіль, майдан Волі, 1. <http://orcid.org/0000-0002-0426-9715>.

Глушко Катерина Теодозівна — к.мед.н., асистент каф. педіатрії №2 Тернопільський НМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Адреса: м. Тернопіль, майдан Волі, 1. <https://orcid.org/0000-0002-4777-5300>.

Стаття надійшла до редакції 14.08.2020 р., прийнята до друку 07.11.2020 р.