

О.М. Мочульська, Т.М. Косовська

Системна терапія алергодерматозів у дітей (огляд літератури)

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

Modern Pediatrics. Ukraine. 1(113): 62-67. doi 10.15574/SP.2021.113.62

For citation: Mochulska OM, Kosovska TM. (2021). Systemic therapy of allergic dermatosis in children (literature review). Modern Pediatrics. Ukraine. 1(113): 62-67. doi 10.15574/SP.2021.113.62

Алергічна патологія шкіри є однією з найактуальніших проблем сучасної педіатрії. Найпоширеніші алергодерматози: простий та алергічний контактний дерматит, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра та хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, токсикодермія, багатоформна ексудативна еритема (синдром Стівенса Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лайелла). Багато аспектів системної терапії алергодерматозів у дітей є складними та дискусійними. Сучасна стратегія лікування алергодерматозів у дітей заснована на принципах доказової медицини. Відповідно до міжнародних програмних документів EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report), лікування алергодерматозів складається із: контролю за довкіллям по усуненню алергенних та неалергенних факторів, догляду за шкірою, фармакотерапії системної і місцевої. Системна фармакологія передбачає застосування лікарських засобів таких груп: антигістамінні, глюкокортикостероїди, мембраностабілізуючі (кромони), антагоністи лейкотрієнових рецепторів, анти-IgE препарати, цитостатики, сорбенти, гепатопротектори, пробіотики, вітаміни і мікроелементи, антиоксиданти, седативні, ферменти, антибактерійні, протигрибкові та противірусні, імуномодуючі та імуносупресивні препарати.

Мета — підвищити інформативність щодо сучасних можливостей системної терапії алергодерматозів у дітей.

Висновки. Системна фармакологія алергодерматозів має бути етіопатогенетичною і впливати на системні механізми формування алергічного запалення, що сприятиме контролю над клінічним перебігом захворювання, зменшенню інвалідизації, підвищенню якості життя пацієнтів.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

Ключові слова: діти, алергія, алергодерматози, системна терапія, внутрішня терапія.

Systemic therapy of allergic dermatosis in children (literature review)

О.М. Мочульська, Т.М. Косовська

Ternopil National Medical University named after I.Ya. Horbachevsky, Ministry of Health Care in Ukraine

Allergic pathology of skin is one of the most pressing problems of modern pediatrics. The most common allergic dermatoses: simple and allergic contact dermatitis, atopic dermatitis, various forms of eczema, acute and chronic allergic urticaria, Quincke's edema, toxicodermias, multiforme exudative erythema (Stevens-Johnson syndrome), acute epidermal necrolysis (Lyell's syndrome). Many aspects of systemic treatment of allergic dermatoses in children are complex and controversial. The modern strategy of treatment of allergic dermatoses in children is based on the principles of evidence-based medicine. According to the international program documents EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) treatment of allergic dermatoses consists of: environmental control to eliminate allergenic and non-allergenic factors, skin care, systemic and local pharmacotherapy. Systemic pharmacotherapy includes using drugs of the following groups: antihistamines, glucocorticosteroids, membrane's stabilizers (kromons), leukotriene receptor antagonists, anti-IgE, cytotatics, sorbents, hepatoprotectors, probiotics, vitamins and minerals, antioxidants, sedative medications, enzymes, antibacterial, antifungal and antiviral, immunomodulatory and immunosuppressive medications.

Purpose — to increase information on modern possibilities of systemic therapy of allergic dermatoses in children.

Conclusions. Systemic pharmacotherapy of allergic dermatoses should be etiopathogenetic and influence the systemic mechanisms of allergic inflammation, which will help control the clinical course of the disease, reduce disability, improve the life quality of patients

No conflict of interest was declared by the authors.

Key words: children, allergy, allergic dermatoses, systemic therapy, internal therapy.

Системная терапия алергодерматозов у детей (обзор литературы)

О.Н. Мочульская, Т.М. Косовская

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

Аллергическая патология кожи является одной из самых актуальных проблем современной педиатрии. Самые распространенные алергодерматозы: простой и аллергический контактный дерматит, атопический дерматит, различные формы экземы, острая и хроническая аллергическая крапивница, отек Квинке, токсикодермии, полиморфная экссудативная эритема (синдром Стівенса Джонсона), острый эпидермальный некролиз (синдром Лайелла). Многие аспекты системной терапии алергодерматозов у детей являются сложными и дискуссионными. Современная стратегия лечения алергодерматозов у детей основана на принципах доказательной медицины. В соответствии с международными программными документами EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report), лечение алергодерматозов состоит из: контроля за окружающей средой по устранению аллергенных и неаллергенных факторов, ухода за кожей, фармакологии системной и местной. Системная фармакология предусматривает применение лекарственных средств следующих групп: антигистаминные, глюкокортикостероиды, мембраностабилизирующие (кромоны), антагонисты лейкотриєнових рецепторов, анти-IgE препараты, цитостатики, сорбенты, гепатопротекторы, пробиотики, витамины и микроэлементы, антиоксиданты, седативные, ферменты, антибактериальные, противогрибковые и противовирусные, иммуномодулирующие и иммуносупрессивные препараты.

Цель — повысить информативность о современных возможностях системной терапии алергодерматозов у детей.

Выводы. Системная фармакология алергодерматозов должно быть этиопатогенетической и влиять на системные механизмы формирования аллергического воспаления, будет способствовать контролю над клиническим течением заболевания, уменьшению инвалидизации, повышению качества жизни пациентов.

Автори заявляють об отсутствиі конфлікту інтересів.

Ключевые слова: дети, аллергия, алергодерматозы, системная терапия, внутренняя терапия.

Вступ

Алергічна патологія шкіри є однією з найактуальніших проблем сучасної педіатрії. За інформацією Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у світі кожний п'ятий житель страждає від алергічних або псевдоалергічних реакцій, в Україні їх виявляють майже в кожній четвертій дитини [1,2,4,10]. Найпоширеніші алергодерматози: простий та алергічний контактні дерматити, атопічний дерматит, різні форми екземи, гостра та хронічна алергічна кропив'янка, набряк Квінке, токсикодермії, багатформна ексудативна еритема (синдром Стівенса—Джонсона), гострий епідермальний некроліз (синдром Лаєлла), а також менш поширені дерматози, в патогенезі яких провідними є саме алергічні реакції [1,2,3,5,6,7,9]. Основними принципами лікування алергодерматозів є комплексність та індивідуальний підхід, урахування основних патогенетичних ланок захворювання та його клінічних проявів. Лікування алергодерматозів передбачає системну і зовнішню терапію [2,4,6,9]. Алергодерматози, навіть якщо вони починаються гостро, часто набувають хронічного перебігу, а отже, потребують не лише лікування в період загострення, але й постійного контролю за їх перебігом для попередження рецидивів і подовження ремісії [2,4,6,7]. Багато аспектів системної терапії алергодерматозів у дітей є складними та дискусійними.

Мета дослідження підвищити інформативність щодо сучасних можливостей системної терапії алергодерматозів у дітей.

У попередніх наукових роботах розглянуто основні аспекти зовнішньої терапії алергодерматозів у дітей. У цій публікації детальніше проаналізовано основні аспекти внутрішньої системної терапії алергодерматозів у дітей. Сучасна стратегія лікування алергодерматозів у дітей базується на принципах доказової медицини. Відповідно до міжнародних програмних документів EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology), AAAAI (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology), PRACTALL (Practical Allergology Consensus Report) лікування алергодерматозів складається із: контролю за довкіллям по усуненню алергенних та неалергенних факторів, догляду за шкірою, фармакотерапії системної і місцевої [1,2,4,10]. Мета терапії алергодерматозів — усунення або зменшення виразності симптомів захворювання, відновлення структури і функ-

ції шкіри з нормалізацією гідро-ліпідного балансу, забезпечення тривалого контролю над захворюванням шляхом зменшення частоти загострень і зниження їх тяжкості, зміна природного перебігу захворювання, попередження розвитку тяжких форм захворювання, зниження інвалідизації [2,4,6,10,11].

Етапи лікування алергодерматозів такі: елімінація причинних алергенів; ліквідація загострення; базисна терапія; після досягнення клінічної ремісії алергенспецифічна імунотерапія (АСІТ) причинно-значущими алергенами [1,2,4,10].

Лікування алергодерматозів передбачає: дотримання режиму дня та дієти, контроль за довкіллям щодо елімінації алергенних та неалергенних факторів, лікувально-косметичний догляд за шкірою, фармакотерапія системна і місцева, фототерапія, фізіотерапія, лікування супутніх захворювань, навчання пацієнтів, реабілітація і профілактика загострень [2,4,5,10,12].

Етіотропна, елімінаційна терапія алергодерматозів є безперечно найефективнішою, спрямована на усунення контакту з алергенами різного походження та чинниками, що зумовлюють загострення захворювання. Методи реалізації: індивідуальна гіпоалергенна дієта з вилученням причинно-значущих алергенів, гіпоалергенні умови побуту, одягу, житла з метою нівелювання або зменшення контакту з інгаляційними і контактними алергенами, санація хронічних вогнищ інфекції, дегельмінтизація [1,2,4,8,9].

Гіпоалергенна дієта. Наукові дослідження підтверджують особливе значення природного вигодовування для захисту від розвитку алергодерматозів [1,3,4,7,9]. Водночас, результати останніх робіт доводять ефективність часткових білкових гідролікатів у складі заміників грудного молока для профілактики алергодерматозів у малюків групи високого ризику розвитку алергії. Під час уведення всіх харчових продуктів слід ретельно дотримуватися принципу індивідуального підбору, поступовості й почерговості [2,4,5,10]. Харчові алергени — вагомий тригерний чинник алергодерматозів, тому дієтотерапія хворих із харчовою інтолерантністю є важливою складовою комплексного лікування хворих на алергодерматози і передбачає елімінаційну дієту. Дієтотерапія алергодерматозів базується на вилученні з раціону харчування продуктів-алергенів, а також продуктів-гістамінолібераторів [4,10,11].

Принципи лікувального харчування дітей з алергодерматозами: вилучення з раціону харчування причинно-значущих алергенів і продуктів, які викликають перехресні реакції; вилучення з раціону харчування продуктів, які мають високу сенсibiliзаційну активність, облігатних алергенів; адекватна заміна вилучених продуктів відповідно до вікових потреб; «функціональне харчування» — вживання продуктів, які сприяють нормалізації кишкового біоценозу, регуляції фізіологічних функцій організму, у тому числі імунної системи [1,2,10]. Проблема дієтотерапії алергодерматозів є багатоплановою, потребує індивідуального підходу, максимально повного виявлення непереносимості харчових продуктів і ретельного підбору раціону. Правильно побудована дієта не лише обмежує надходження до організму алергенів, але й має специфічний гіпосенсибилізаційний вплив і сприяє поліпшенню стану органів травлення, що, своєю чергою, підвищує толерантність організму до харчових алергенів та гістамінолібераторів [4,10].

Гіпоалергенні умови побуту, одягу, житла.

Поряд із раціональним харчуванням у лікуванні дитини, хворої на алергодерматоз, важливе значення має правильна організація її побуту і догляд за нею. Суттєве значення має створення сприятливого мікроклімату в помешканні, дотримання гіпоалергенних умов побуту, щоб усунути або мінімізувати контакти дитини з інгаляційними і контактними алергенами. Приміщення, в якому проживає дитина, слід часто провітрювати, двічі на день здійснювати вологе прибирання, різко обмежити кількість колекторів пилу, не можна утримувати домашніх тварин, температура в приміщенні має бути в межах 20,0–22,0°C, вологість — 45–55%, необхідно застосовувати гіпоалергенні засоби побутової хімії для миття й прання [2,4,8,9,10,12].

Системна терапія передбачає застосування препаратів таких груп: антигістамінні (АГП), неспецифічні гіпосенсибілізуючі засоби, глюкокортикостероїди (ГКС), мембраностабілізуючі (кромони), антагоністи лейкотрієнових рецепторів, анти-IgE препарати, цитостатики, сорбенти, гепатопротектори, пробіотики, антиоксиданти, седативні, ферменти, антибактерійні, протигрибкові та противірусні, імуномодулюючі та імуносупресивні препарати [2,4,5,7,10].

Антигістамінні препарати належать до базисних засобів лікування алергодерматозів [1,2,10]. Відомо три види рецепторів для гіста-

міну: H₁, H₂, H₃. АГП — основні патогенетичні препарати терапії в разі загострення алергодерматозів, ефект пов'язаний зі зворотною блокадою H₁-рецепторів за принципом конкуренції з природним гістаміном, що знижує виразність симптомів, обумовлених гістаміном (набряк, гіперемія, свербіж) [2,3,4,5,7,10]. АГП чинять мембраностабілізуючу і протизапальну дію. В клінічній практиці застосовуються АГП 1-ї, 2-ї та 3-ї генерації [2,4,10,11]. Призначаються АГП зазвичай курсами тривалістю 10–15 діб, повторними і/або зі зміною препаратів у разі потреби. Відмінною особливістю АГП препаратів 1-ї генерації (діазолін, димедрол, перитол, піпольфен, супрастин, клемастин, фенкарол, тавегіл) є їх легке проникнення через гематоенцефалічний бар'єр і антихолінергічна дія, що забезпечує седативний ефект. Порушення сну у хворих із хронічним і/або безперервно-рецидивним перебігом алергодерматозів, виражений свербіж шкіри є показанням до їх застосування [1,2,8,9]. АГП 2-ї генерації (терфенадин, лоратадин, цетиризин) не проникають через гематоенцефалічний бар'єр і не спричиняють седативної дії, мають комбіновану протиалергічну і протизапальну дію, є високоспорідненими до H₁-рецепторів, швидко починають діяти, зберігаючи тривалий терапевтичний ефект і не викликаючи розвитку тахіфілаксії. Для тривалого лікувального або протирецидивного застосування раціональним є вибір препаратів активних метаболітів 2-ї генерації [1,2,4,10,12]. АГП 3-ї генерації (левоцетиризин, фексофенадин, дезлоратадин) характеризуються набагато кращим профілем безпеки і є препаратами вибору за поєднаної алергічної патології, тривалого курсу [1,2,8].

Неспецифічна гіпосенсибілізуюча терапія спрямована на виведення алергену з організму. З гіпосенсибілізуючих препаратів рекомендують засоби неспецифічної гіпосенсибілізації — препарати кальцію (10% хлорид кальцію, 10% глюконат кальцію, внутрішньом'язово) і тіосульфату натрію (30% розчин) [1,2,4,10,11].

Глюкокортикостероїди — найсильніші протизапальні препарати контролю за перебігом гострих і хронічних алергодерматозів, одночасно впливають на різні ланки його патогенезу при гострому і хронічному запаленні. Застосування ГКС базується на їх протизапальній, епідермостатичній, антипроліферативній, судинозвужувальній, місцевознеболювальній, протисвербіжній діях [2,4,6,7,10]. ГКС діють як на ранню, так і на пізню фази алергічного запален-

ня. Механізм протизапального ефекту ГКС полягає в блокаді фосфоліпази А₂, зниженні продукції лейкотрієнів, зв'язуванні біологічно-активних речовин у вогнищах запалення, зменшенні чутливості нервових клітин до гістаміну, інгібуванні процесів імунологічного захисту, затримці епідермального мітозу, пригніченні проліферації фібробластів і синтезу колагену, еластину, вираженому і тривалому ангіоспазмі, гальмуванні розвитку сполучної тканини, зниженні викиду лізосомальних ферментів, зменшенні міграції еозинофілів і проліферації Т-лімфоцитів, кількості клітин Лангерганса в шкірі. Висока ефективність ГКС обумовлена їх патогенетичною дією на три ланки алергічної запальної реакції (ексудацію, проліферацію, вторинну альтернацію). Системні ГКС застосовуються за неефективності АГП при вираженій гостроті, тяжкості й поширеності процесу [1,2,3,4,11]. Системні ГКС (преднізолон, гідрокортизон, дексаметазон, бетаметазон, метилпреднізолон) при алергодерматозах застосовуються короткими курсами, що дає змогу швидко отримати клінічний ефект, але після цього повільно доза знижується до відміни засобу. Доведено значні переваги короткого курсу застосування системних ГКС, тоді як тривала терапія системними ГКС у загальнотерапевтичній практиці супроводжується численними побічними ефектами, такими як гіпоталамо-гіпофізарно-надниркова супресія, розвиток синдрому Іценка Кушинга, затримка росту дітей, гіпокальціємія зі зниженням мінеральної щільності кісток та остеопороз, артеріальна гіпертензія, зниження толерантності до глюкози і гіперглікемія, надмірна маса тіла, вплив на внутрішньочерепний тиск, глаукома, катаракта, лімфопенія, бактеріальні та грибові, вірусні інфекції, виразкові ураження травного каналу тощо [5,6,8,9,10].

Мембраностабілізуючі засоби, кротони (кромоглікат натрію, недокромил натрію) антимедіаторні препарати широкого спектра дії, які досить часто використовуються в лікуванні алергодерматозів. Кромони стабілізують мембрани опасистих клітин і гальмують надходження іонів кальцію до клітин, унаслідок чого блокується розвиток алергічної реакції, зумовленої взаємодією антитіла з антигеном, а також усувають гемокоагуляційні порушення та порушення мікроциркуляції [1,2,8,9,12]. Мембраностабілізуючі препарати призначаються як у комплексі з основними методами лікування, так і як профілактичне лікування в

реабілітаційному періоді на тривалий термін протягом кількох тижнів і навіть місяців [2,4,10].

Антагоністи лейкотрієнових рецепторів (монтелукаст, зафірлукаст) призначаються як системна монотерапія, так і в поєднанні з іншими при алергодерматозах, що посилює загальний протизапальний ефект лікування [6,7,10]. Лейкотрієни утворюються шляхом дегідратації та різних реакцій переносу з гідроперокси- та гідрокси-похідних жирних кислот, які є продуктами окислення полієнових жирних кислот під дією ліпоксигенази, уперше виявлені в лейкоцитах, звідки й походить їх назва. Характерним для лейкотрієнів є наявність в їхньому складі молекули системи з трьох сполучених подвійних зв'язків. Існує 6 типів лейкотрієнів: А, В, С, D, Е, F. У розвитку алергічної реакції та гіперреактивності беруть участь цистеїнові лейкотрієни (CysLT) -C₄, -D₄, -E₄. Ефекти CysLT опосередковані рецепторами. У людини знайдено щонайменше два види таких рецепторів (підтипи 1 і 2). Рецептор до CysLT 1-го підтипу (CysLT1) – це основний рецептор, що опосередковує ефекти алергії, виявлені в ключових клітинах запалення: еозинофілах, моноцитах і макрофагах, В-клітинах, плюрипотентних гемопоетичних стовбурових клітин. Рецептор до CysLT 2-го підтипу (CysLT2) – це додатковий рецептор. Особливий інтерес до терапевтичного потенціалу саме антагоністів рецепторів CysLT1 полягає в тому, що навіть ГКС не здатні гальмувати ані синтез лейкотрієнів, ані експресію їхніх рецепторів. Антилейкотрієнові препарати є безпечними за тривалого лікування протягом декількох місяців і навіть років, зручними для щоденного застосування [2,4,6,10].

Анти-IgE препарати (омалізумаб, дупілумаб) гуманізовані моноклональні антитіла проти IgE. На наявність IgE, пов'язаних з алергенами, реагують високоафінні FcεRI-рецептори, розташовані на поверхні опасистих клітин і базофілів, унаслідок чого відбувається дегрануляція вищевказаних клітин і вивільнення медіаторів алергічного запалення гістаміну, серотоніну, лейкотрієнів, цитокінів та інших, які відіграють безпосередню роль у розвитку алергії. Наведена група препаратів є відносно новою, їх застосування достовірно зменшує клінічні прояви, частоту і тяжкість загострень, знижує потребу в інших хворобомодифікуючих препаратах. Препарат зв'язується з IgE, блокує його взаємодію з високоафінними FcεRI-рецепторами, що запобігає подальшому розвитку

патологічного стану. Доза залежить від вихідної концентрації IgE в крові (МО/мл) і маси тіла пацієнта (кг) [2,4,10,11].

Імуносупресивна терапія, зокрема, цитостатичні засоби (циклоспорин А, азатиоприн, метотрексат) діють на транскрипцію генів, пригнічуючи проліферацію і активацію Т-лімфоцитів, проліферацію В-лімфоцитів, і зниження активності НК-клітин [1,2,6]. Цитостатичні засоби застосовуються в разі хронічних тяжких алергодерматозів, резистентних до традиційної терапії, інколи при гострих алергодерматозах із торпідним перебігом [3,6,12].

Системна антибактеріальна, протигрибкова, противірусна терапія показана в разі ускладнення алергодерматозу поширеною вторинною бактеріальною, грибковою або вірусною інфекцією. Призначаючи антибактеріальні (амінопеніциліни захищені — ампісульбін, амоксиклав, аугментин; цефалоспорини — цефазолін, цефалексин, цефтріаксон, цефотаксим, цефепім, цефпіром, цефадоксим; макроліти — азитроміцин, кларитроміцин; фторхінолони — офлоксацин, ципрофлоксацин, левофлоксацин; тетрацикліни — доксациклін, тетрациклін; аміноглікозили — канаміцин, амікацин, ванкоміцин; лінкозаміди — лінкоміцин; карбопенеми — меропенем, іміпенем), протигрибкові (флуконазол, інтраконазол), противірусні (ацикловір, валацикловір) препарати варто уникати тривалого їх застосування з урахуванням можливої сенсibilізації до того чи іншого засобу [1,2,6,10,11].

Корекція супутньої патології. У переважній більшості хворих на алергодерматози спостерігається супутня мультиорганна гастроентерологічна патологія, тобто до патологічного процесу залучається не один окремий орган травлення, а суміжні — шлунок, кишечник, печінка, підшлункова залоза. З метою їх лікування хворим призначаються гепатопротектори (карсіл, гепабене, ессенціале, тіотриазолін), панкреатичні ферменти (фестал, креон, мезим, ензістал, дигестал), пробіотики (лінекс, біфіформ, лактовіт, хілак, ацидолак), ентеросорбенти (активоване вугілля, атоксил, детоксил, сорбекс, секта, альмагель, ентеросгель). Важливо проводити дегельмінтизацію антигельмінтними засобами (альбендазол, мебендазол) за показаннями [1,2,6,7,8,10,11].

Імуномодулююча терапія. Оскільки провідне місце посідає порушення стану імунної системи при алергодерматозах, то показані імунокорегувальні засоби (тирозин, тимопентин,

індуктори ендогенних інтерферонів, рекомбінантний інтерферон), а інколи — екстракорпоральні методи детоксикації (гемодіаліз, гемосорбція, плазмасорбція, лімфосорбція, плазмаферез, ультрафільтрація, гемофільтрація) [1,2,4,10,11].

Необхідним елементом комплексної терапії хворих на алергодерматози є відновлення функціонального стану центральної і вегетативної нервової системи. У дітей часто порушується сон, спостерігаються напади нестерпного свербіжжю, змінюється поведінка, іноді розвиваються невротичні реакції і формуються психопатологічні риси особистості [4,6]. Певне місце в терапії посідають препарати, що впливають на нервову систему, — седативні, рідше — транквілізатори, нейролептики, антидепресанти (гліцесед, ноотропіл, енцефабол, пантогам, мазепам, феназепам) і фітотерапевтичні засоби седативної дії (фітосед, валеріана, м'ята, собача кропива, меліса, хвощ польовий, глід). З антиоксидантною і мембраностабілізуючою дією показані вітаміни, особливо А, Е, D, С, групи В, мікроелементи [1,2,6,10,11].

Алергенспецифічна імунотерапія, десенсибілізація, специфічна гіпосенсибілізація, алерговакцинація — метод лікування алергічних хвороб, пов'язаних з IgE-опосередкованим механізмом алергії, який полягає у введенні в організм пацієнта зростаючих доз алергену, який спричиняє клінічні прояви захворювання для формування імунологічної толерантності. Згідно з офіційним документом ВООЗ, така терапія є єдиним методом лікування, що може вплинути на перебіг алергічного захворювання [1,2,4,10]. На сьогодні АСІТ є єдиним етіотропним, патогенетично обґрунтованим методом лікування IgE-залежних алергічних захворювань, дія її орієнтована не на симптоми алергії, а на етіологію і патогенез самого захворювання [1,2,4,10]. Всесвітня організація з алергії (World Allergy Organization, WAO), Європейська академія алергології і клінічної імунології (European Academy of Allergy and Clinical Immunology, EAACI), робоча група Американської академії алергії, астми та імунології (American Academy of Allergy, Asthma & Immunology, AAAAI), Американської колегії алергії, астми та імунології (American College of Allergy, Asthma and Immunology, ACAAI), Об'єднана рада алергії, астми та імунології (Joint Council of Allergy Asthma and Immunology, JCAAI) постійно переглядають і розробляють положення клінічних рекомендацій для використання АСІТ з урахуванням сучасного рівня доказової медицини [2,3,4,10].

Висновки

Лікування алергодерматозів передбачає контроль за доквіліям щодо усунення алергенних і неалергенних чинників, догляд за шкірою, фармакотерапію системну і місцеву. Системна фармакотерапія має на меті застосування лікарських засобів таких груп: антигістамінні, глюкокортикостероїди, мембраностабілізуючі (кромони), антагоністи лейкотрієнових рецепторів, анти-IgE препарати, цитостатики, сорбенти, гепатопротектори, пробіотики, вітаміни і мікроелементи, антиоксиданти, седативні,

ферменти, антибактерійні, протигрибкові та противірусні, імуномодулюючі та імуносупресивні препарати. Системна фармакотерапія алергодерматозів має бути етіопатогенетичною і впливати на системні механізми формування алергічного запалення, що сприятиме контролю над клінічним перебігом захворювання, зменшенню інвалідизації, покращенню якості життя пацієнтів.

Наведені в тексті препарати виключно для інформування читачів, не з метою реклами.

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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. 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. URL: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213219819303307>.
- Nassau S, Fonacier L. (2020). Allergic Contact Dermatitis. *Medical Clinics of North America*. 04 (1): 61 76. 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. 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.clinidermatol.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. 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 Тернопільського НМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Адреса: м. Тернопіль, майдан Воли, 1. <http://orcid.org/0000-0002-0426-9715>.

Косовська Тетяна Михайлівна — к.мед.н., доц. каф. дитячих хвороб з дитячою хірургією Тернопільського НМУ імені І.Я. Горбачевського МОЗ України. Адреса: м. Тернопіль, майдан Воли, 1. <https://orcid.org/0000-0002-5132-2275>.

Стаття надійшла до редакції 11.11.2020 р., прийнята до друку 15.02.2021 р.