

©О. М. Мочульська

*ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського  
МОЗ України»***КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ЗАЛЕЖНО  
ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ В РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ  
ЕТАПІ**

КЛІНІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ПЕРЕБІГУ АТОПІЧНОГО ДЕРМАТИТУ ЗАЛЕЖНО ВІД СТУПЕНЯ ТЯЖКОСТІ В РІЗНІ ВІКОВІ ПЕРІОДИ У ДІТЕЙ НА СУЧАСНОМУ ЕТАПІ. Атопічний дерматит – ранній і частий клінічний прояв атопії у дітей, хронічне генетично зумовлене алергічне запалення шкіри, в основі якого лежать імунні механізми, що призводить до пошкодження всіх шарів епідермісу і характеризується віковою морфологією висипань – від сверблячих екзематозних до ліхеніфікованих, типовою локалізацією, стадійністю і схильністю до рецидивного перебігу.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ В РАЗЛИЧНЫЕ ВОЗРАСТНЫЕ ПЕРИОДЫ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ. Атопический дерматит – раннее и частое клиническое проявление атопии у детей, хроническое генетически обусловленное аллергическое воспаление кожи, в основе которого лежат иммунные механизмы, что приводит к повреждению всех слоев эпидермиса и характеризуется возрастной морфологией высыпаний – от зудящих экзематозных к лихенифицированным, типичной локализацией, стадийностью и склонностью к рецидивному течению.

CLINICAL CHARACTERISTICS OF ATOPIC DERMATITIS COURSE DEPENDING ON THE SEVERITY IN CHILDREN AT DIFFERENT AGE PERIODS NOWADAYS. Atopic dermatitis is early and frequent clinical manifestation of atopy in children, genetically caused chronic allergic inflammation of the skin, which is based on immune mechanisms that lead to the damage of all epidermis layers, characterized by typical age morphology of rash from itching eczematous rash to lichenification, with typical localization, flow stages and a tendency to recurrent course.

**Ключові слова:** алергія, атопічний дерматит, алергени, клінічні прояви, шкірні висипання.

**Ключевые слова:** аллергия, атопический дерматит, аллергены, клинические проявления, кожные высыпания.

**Key words:** allergy, atopic dermatitis, allergens, clinical features, skin rash.

Атопічний дерматит (АД) – ранній і частий клінічний прояв атопії у дітей, хронічне генетично зумовлене алергічне запалення шкіри, в основі якого лежать імунні механізми, що призводить до пошкодження всіх шарів епідермісу і характеризується віковою морфологією висипань, локалізацією, стадійністю і схильністю до рецидивного перебігу [12, 22, 23, 32].

Офіційно визнаної класифікації АД немає, але традиційно фахівці при АД встановлюють характер клініко-морфологічних змін, поширеність, тяжкість перебігу захворювання, період, супутні прояви й ускладнення [1, 2, 6, 14, 15, 20].

Класифікація атопічного дерматиту [7, 9, 10, 16, 24].

Форма (на основі вікового періоду): 1) малюкова (до 2 років); 2) дитяча (2–12 років); 3) підліткова та доросла (старше 12 років).

Стадія хвороби:

– загострення (фаза виражених або помірних клінічних проявів);

– ремісії (повна чи неповна).

Поширеність процесу:

а) локалізована – площа ураження менше 10 % поверхні тіла (ліктьові та підколінні ямки, шкіра кистей рук, шиї та/або обличчя);

б) поширена – 10–50 % (частково уражена шкіра грудей, спини, ліктьові та підколінні ямки, інші ділянки кінцівок);

в) дифузна – понад 50 % (вся поверхня тіла, волосний покрив голови) [12, 13].

Ступінь тяжкості:

1) легкий (локалізоване ураження шкіри, загострення 1–2 рази на рік, переважно в холодний період року, ремісія довготривала, добра відповідь на терапію, індекс SCORAD – до 23 балів);

2) середній (поширене ураження шкіри, загострення до 3–4 разів на рік, тривалість ремісії – менше 4 місяців, невиражений ефект від терапії, індекс SCORAD – 23–63 бали);

3) тяжкий (поширене чи дифузне ураження шкіри, часті та довготривалі загострення, ремісії менше 2 місяців, терапія малоефективна, покращення стану не суттєве, індекс SCORAD – понад 63 бали) [8, 10, 18, 19, 21].

Характер клініко-морфологічних змін шкіри [21, 24, 33]:

а) ексудативна форма (переважають еритема, набряк, мікроевезикуляція з мокнуттям, утворення кірок);

б) еритематозно-сквамозна форма (еритема і лущення, зливні вогнища з нечіткими контурами, дрібні папули, екскоріації);

в) еритематозно-сквамозна форма з ліхеніфікацією (картина еритематосквामозної форми, множинні папули, ліхенізація);

г) ліхеноїдна форма (папули зливаються у вогнища з чіткими контурами, лущення, екскоріації, серозно-геморагічні кірки на місцях екскоріацій);

д) прurigінозна форма (prurigінозні папули переважно на розгинальних поверхнях кінцівок, картина ліхеноїдної форми).

Атопічний дерматит – хронічне захворювання з дуже поліморфними змінами на шкірі, що, безперечно, ускладнює процес діагностичного пошуку [7–10]. АД властиві хронічний рецидивний перебіг, вікова динаміка клінічних проявів – від сверблячих екзематозних до ліхеніфікованих висипань на тлі імуні-патологічних порушень внутрішніх органів і систем організму: нервової, імунної, травної, системи гомеостазу та мікроциркуляції [8, 25, 28].

АД має хвилеподібний рецидивний перебіг: у 60 % дітей симптоми з часом повністю зникають, у решти зберігаються або рецидивують протягом всього життя [28]. Чим раніше виникає і чим тяжчий перебіг захворювання, тим вища ймовірність його персистувального перебігу. Близько 1/3 захворілих на АД у ранньому віці страждають від нього протягом усього життя. Нещодавно проведені дослідження показали, що у 40–60 % пацієнтів захворювання повністю розрішується до пубертату або незабаром після нього [11]. Надалі після маніфестації проявів АД у дитини можуть виникати такі прояви атопії, як бронхіальна астма, алергічний риніт, алергічний кон'юнктивіт, або формується поліорганна алергічна патологія, так званий «атопічний марш» [28].

АД у дітей має певні ознаки, але описати його клінічну картину досить складно, захворюванню властивий постійно рецидивний перебіг [1, 3, 5, 17, 24]. Характерною ознакою АД є свербіж, який може зберігатися навіть при зникненні шкірних висипань. Природа його досі не з'ясована. Свербіж відзначається нав'язливістю, різною інтенсивністю і часто посилюється у вечірній та нічний час, часто набуває характеру біопсучогого. Викликаючи безсоння і психоемоційний дискомфорт, свербіж погіршує загальний стан, призводить до астенизації хворих [3, 5, 12, 27]. Крім змін, пов'язаних із розчухами (екскоріації, геморагічні кірочки, вторинна ліхеніфікація, дисхромії), АД характеризується еритемою, везикулами, запальними (екзематозними), фолікулярними, прurigінозними, ліхеноїдними і полігональними папулами. Наявність вогнищ ліхеніфікації є найбільш яскравою діагностичною рисою АД. Крім перерахованих ознак, у хворих на АД зазвичай виражені сухість та лущення шкірних покривів, пов'язані нерідко з вульгарним іхтіозом, а також keratosis pilaris. Сукупність представлених шкірних уражень має свої характерні особливості, пов'язані з віком хворого, але не з давністю захворювання [1, 4, 7, 24].

Поступово нелікований процес прогресує, і на фоні гіперемії та набрякості шкіри з'являються мікроевезикули, що швидко руйнуються, оголюючи ділянки мокнуття, так звані екзематозні вогнища. На ділянках мокнуття надалі утворюються кірочки і лусочки. Іноді на фоні типового висипання виділяються дрібні папульозні елементи [1, 2, 6]. Вогнища ураження, як правило, розміщуються симетрично [8, 15, 20].

Нерідко АД перебігає по-іншому, коли на фоні загальної сухості шкіри спостерігаються гіперемія та

інфільтрація, що опускаються з волосистої частини голови на лоб, щоки, вушні раковини, у завушні й шийні складки, а іноді на тулуб і кінцівки. Мікроевезикули та мокнуття відсутні. За відсутності адекватного лікування процес прогресує, у складках може виникнути мацерація епідермісу, а за вушними раковинами – тріщини, що нерідко кровоточать [7, 8, 10]. В окремих пацієнтів АД характеризується появою на шкірі спини, сідниць, стегон, гомілок і розгинальних поверхонь рук вогнищ округлої або овальної форми різних розмірів [1, 2, 6]. Шкіра у вогнищі ураження набрякла, має синюшно-рожеве забарвлення і дещо виступає над рівнем здорової шкіри. Спостерігається нестерпний свербіж, а після розчухування з'являється мокнуття з утворенням кірочок [8, 15, 20].

З віком у багатьох пацієнтів спостерігається клінічна трансформація шкірних висипань з утворенням епідермодермальних папул, що не відрізняються за кольором від навколишньої шкіри, зливаються між собою та утворюють вогнища суцільної папульозної інфільтрації і ліхеніфікації. Вогнища ураження локалізуються на шиї, ліктьових і підколінних згинах, тильній поверхні кистей, у пахвових та пахвинних складках, іноді навколо рота, очей і в ділянці статевих органів [1, 2, 6]. Через постійний свербіж утворюються ескоріації, з'являються тріщини, що кровоточать і формують серозно-геморагічні кірочки [8, 16, 20]. Під час огляду таких пацієнтів виявляють збільшення периферичних лімфатичних вузлів [1, 2, 8, 15].

Клінічні форми захворювання та типові прояви АД у різні вікові періоди [1, 2, 5, 24]. Сьогодні АД поділяють на три вікових періоди [17]:

І. Еритематозно-сквамозна форма (новонароджені й діти віком до 2-х років). АД з раннім початком зустрічається майже у 80 % дітей і характеризується переважно доброякісним перебігом, оскільки найчастіше після загострень має місце ремісія, і лише в невеликому відсотку випадків захворювання продовжується (АД у формі дитячої екземи), для нього характерна поява еритематозно-сквамозних елементів на фоні гіперемії та набряку, мікроевезикул, що швидко відкриваються, з утворенням у подальшому кірок і лусочок [24]. Висипання симетричні, з ураженням шкіри лоба, щік, шиї, волосистої частини голови. Виняток становить шкіра носо-губного трикутника, де висипань не буває. В подальшому висипання поширюється на інші ділянки тіла, зокрема тулуб, верхні та нижні кінцівки [9]. У період загострення АД дитина неспокійна, кричить, погано спить, нерідко відмовляється від годування та розчухує шкіру [12, 21, 29].

Вогнища яскравої еритеми і мокнуття з'являються на щоках, носо-губний трикутник залишається неураженим, далі процес поширюється на лоб, завушні ділянки, комірцеву зону, волосисту частину голови, тулуб. Характерна також рання локалізація висипань на зовнішній поверхні гомілок. У дитячому віці в клінічній картині переважають процеси ексудації: яскраво виражена гіперемія, набряклість, мокнуття, нашарування серозних кірок, з'являється так званий молочний струп [21, 29]. Еритематозні вогнища мають блискучу поверхню, гарячі на дотик. Посту-

пово вираження процесів ексудації зменшується, і на другому році життя переважають ділянки інфільтрації, лущення. На лобі, зовнішніх поверхнях гомілок з'являються полігональні папули, потім розвивається слабка ліхеніфікація. Незважаючи на те, що висипання ще розташовуються переважно на розгинальних і згинальних поверхнях кінцівок, до кінця другого року життя з'являється тенденція до локалізації їх у складках, на обличчі процес стихає [17].

З часом вираження шкірних проявів зменшується і еритематозно-сквамозні ділянки ураження з лущенням локалізуються в типових для АД місцях: у ліктьових та підколінних ямках, на шиї, згинальних проєкціях променезап'ясткових суглобів і кистей, верхній половині тулуба, нижніх кінцівках, згинальних проєкціях гомілковостопних суглобів. Захворювання переходить у дитячу фазу [1, 2, 5, 24, 29].

II. Еритематозно-сквамозна форма з ліхеніфікацією (дитяча фаза захворювання – від 2-х років до пубертатного віку). З віком свербіж набуває стійкого, нападоподібного характеру та супроводжується появою не тільки еритематозно-сквамозних вогнищ у місцях типової локалізації уражень, але і множинних фолікулярних та ліхеноїдних папул. Процес поширюється на великі ділянки шкіри, шкіра в місцях типової локалізації АД поступово інфільтрується, пігментується, стає сухою, ущільненою, вкривається висівкоподібними лусочками. Навколо ліхеніфікованих ділянок з'являються нові папули. Інтенсивний свербіж спричиняє появу виражених екскоріацій у місцях висипання з утворенням на ураженій поверхні геморагічних кірок. У тяжких випадках (біопсуючий режим) на шкірі залишаються лінійні розчухи і рубці. Нерідко приєднується вторинна інфекція, що характеризується підвищенням температури тіла, появою фліктеноподібних елементів, пустул, лімфаденітом і зниженням потовиділення [12, 13, 24, 29].

Хвороба має характер хронічного запалення. Висипання локалізуються, головним чином, у ліктьових і підколінних складках, на задній поверхні шиї, згинальних поверхнях гомілковостопних і променезап'ясткових суглобів, у завушній ділянці. Шкіра суха, тьмяна на вигляд, інфільтрована, з висівкоподібним лущенням, виражені явища дисхромії, у разі сильного свербіжу з'являється безліч екскоріацій. Обличчя хворого має сіруватий відтінок, часто з вираженою гіперпігментацією навколо очей, нижні повіки з підкресленими складками, що надає обличчю стомленого вигляду [2, 17].

Нерідко в дітей та підлітків з типовими маніфестаціями АД на шкірі мають місце явища хейліту у вигляді нерізно вираженої еритеми з лущенням та появою тріщин у кутах рота і на губах. Шкіра навколо рота подразнена. Часто відзначаються періорбікулярні прояви АД – лущення і гіперпігментація в поєднанні з ангулярним блефаритом, тріщинами в кутах очей, набряком і лущенням повік. У більшості пацієнтів можна побачити патогномонічну ознаку атопії – подвійну зморшку Дені-Моргана на нижній повіці [17]. Ураження долоней при АД визначається посиленням малюнка борозен, лущенням і тріщина-

ми пучок пальців, явищами дисгідрозу з рецидивами у холодну пору року [1, 2, 5, 31]. На тильній поверхні кистей часто можна побачити застійну гіперемію, тріщини, лущення, інфільтрацію шкіри. Такі зміни називають неспецифічним дерматитом кистей [17].

При тяжкому перебігу АД та імунодефіциті до дерматозу приєднується вторинна інфекція. З'являються гнійничкові елементи і більші везикули із серозним вмістом, що поступово стає каламутним і набуває гнійного характеру, поступово пухирці зсихаються у гнійні кірки. Процес супроводжується підвищенням температури тіла, загальним нездужанням. Нерідко на тлі АД розвивається хронічна піодермія [2, 12]. Другим тяжким ускладненням є герпетична екзема. Це захворювання уражує дітей раннього дитячого віку [12, 13, 17, 24].

III. Ліхеноїдна або прурігоподібна форма (доросла фаза АД – від пубертатного віку).

У третій віковий період переважають екскоріації, ліхеноїдні папули, вогнища ліхенізації та інфільтрації шкіри. Колір висипань застійно-синюшний, характерне дифузне ураження шкіри обличчя, шиї, верхньої частини тулуба, верхніх кінцівок. Усі висипання супроводжуються болісним свербіжем. Екзематизація і мокнуття з'являються тільки при рецидивах. Менш виражені сезонність перебігу та реакція на алергенні подразники [17, 24].

У період пубертату на тлі наявних ознак АД, що проявляються у вигляді клінічно стертої еритематозно-сквамозної форми з ознаками ксеродермії, з'являються плоскі полігональні ліхеноїдні фолікулярні папули, колір яких варіює від кольору нормального шкіри до рожево-сірого. Можуть мати місце множинні щільні прурігінозні папули або папуло-везикули, що локалізуються на розгинальних поверхнях кінцівок, частіше гомілок, плечей і передпліч, та імітують висипання при пруріго з наступним формуванням невеликих ділянок ліхеніфікації, де межі окремих папул важко розпізнати [1, 2, 5, 12]. З часом ці ділянки пігментуються. Типовою локалізацією уражень у дорослу фазу є верхня частина тулуба, елементи висипання розташовані симетрично. Відзначається виразний свербіж, і на поверхні шкіри нерідко можна побачити сліди розчухів та геморагічні кірки [29, 31].

АД може проявлятися фотосенсибілізацією із загостренням у весняно-літній період при збільшенні рівня інсоляції. В даному випадку мають місце сухість шкіри, непереносимість вовняної одежі без видимих ділянок уражень. Ксеродермія у таких хворих частіше маніфестує взимку з плямистою пігментацією і білим дермографізмом [1, 2, 5, 24].

Дифузний атопічний дерматит (дифузна атопічна еритродермія) – окрема і найбільш тяжка форма АД. Патологічний процес на шкірі має більш поширений характер у вигляді тотального (універсального) або субтотального ураження із залученням як ділянок типової локалізації, так і нетипових [23]. Часто ураження шкіри охоплює промежину, геніталії, міжсідничну і підсідничну складки. Провідним симптомом залишається свербіж, який іноді переходить у біопсуючий. Має місце висока вірогідність вторинних мікроб-

них уражень. Настає психоемоційне виснаження, пацієнта турбують безсоння та хронічна втома. Захворювання торпідне, важко піддається терапії, має дуже короткі безрецидивні проміжки. Дермографізм білий, стійкий [2, 5, 24, 29, 31].

Сьогодні для діагностики, моніторингування, оцінки тяжкості АД та експертизи інвалідності, а також ефективності проведеної терапії застосовують шкалу SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), запроповану Європейською робочою групою експертів у 1993 році [24, 33]. Цей напівкількісний метод, шкала SCORAD, передбачає бальну систему оцінки поширеності уражень, шести об'єктивних (еритема/гіперемія, набряк/інтенсивність папул, мокнуття/кірки, екскоріація, ліхеніфікація/лущення, сухість шкіри) – кожен з яких оцінюється від 0 до 3 балів, і двох суб'єктивних симптомів (свербіж і порушення сну), кожен з яких оцінюється від 0 до 10 балів, що заносяться в оцінювальний аркуш. Оцінки виставляються у спеціальній таблиці, й на їх підставі розраховується загальний індекс SCORAD [16, 21, 26, 33]:

$$SCORAD = A/5 + 7 \times B/2 + C,$$

де А – площа ураження шкіри у відсотках;

В – сума балів об'єктивних ознак;

С – сума балів суб'єктивних ознак.

Тяжкість загострення хвороби визначається за величиною індексу SCORAD, а саме: легке загострення – індекс SCORAD < 23; середньої тяжкості – індекс SCORAD від 23 до 63; тяжке – індекс SCORAD > 63.

Оскільки шкала SCORAD передбачає й суб'єктивну оцінку проявів atopічного дерматиту (свербіж, порушення сну), її можна застосовувати лише у старших дітей (віком понад 7 років). Для дітей раннього віку рекомендується до використання шкала EASI (Eczema Area and Severity Index) [1, 2, 6, 8, 16]. Відпо-

відно до шкали оцінки тяжкості atopічного дерматиту в дітей раннього віку EASI, розраховується площа ураження шкіри окремо для голови і шиї, тулуба, верхніх і нижніх кінцівок, а також проводиться оцінка інтенсивності морфологічних елементів висипання [7, 8].

В останні роки відзначається тенденція до тяжчого клінічного перебігу atopічного дерматиту зі зміною його патоморфозу. Спостерігається більш рання маніфестація. У значної частини дітей захворювання перебігає хронічно до пубертатного періоду. Відмічається певна еволюція симптомів захворювання з поширенням площі ураження шкіри, збільшенням частоти тяжких форм і кількості хворих на atopічний дерматит з безперервно рецидивним перебігом, стійким до традиційної терапії [2, 5, 24, 30].

**ВИСНОВКИ.** Atopічний дерматит – хронічне алергічне захворювання з дуже поліморфними змінами на шкірі, якому притаманна вікова динаміка клінічних проявів висипань на тлі імунопатологічних порушень. АД розглядається як складова системного захворювання, коли в патологічний процес поряд зі шкірою втягується багато органів і систем організму – нервова, імунна, травна, ендокринна, центральна і вегетативна нервова системи, системи гомеостазу та мікроциркуляції. Європейська робоча група експертів для оцінки тяжкості АД та експертизи інвалідності розробила систему оцінки клінічних симптомів у балах SCORAD (Scoring of Atopic Dermatitis), а для дітей раннього віку рекомендується до застосування шкала EASI (Eczema Area and Severity Index).

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Вивчення клінічних особливостей та діагностичних критеріїв перебігу atopічного дерматиту дасть змогу покращити діагностику і розробити алгоритми раннього виявлення захворювання.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аряев М. Л. Atopічний дерматит у дітей / М. Л. Аряев, В. А. Клименко, А. І. Кожем'яка. – К., 2006. – 88 с.
2. Аряев Н. Л. Atopіческий дерматит в практике педиатра / Н. Л. Аряев, В. А. Клименко, В. А. Феклин. – К., 2007. – 32 с.
3. Аряев Н. Л. Результаты терапии atopіческого дерматита у детей с использованием препарата левоцетиризина гидрохлорид / Н. Л. Аряев, Н. Ю. Горностаева, И. М. Шевченко // Здоровье ребенка. – 2012. – № 7. – С. 42.
4. Atopічний дерматит у дітей / [М. Л. Аряев, В. А. Клименко, А. І. Кожем'яка та ін.]. – К., 2005. – 88 с.
5. Балаболкин И. И. Лечение аллергических болезней у детей / И. И. Балаболкин. – М. : ООО «Медицинское информационное агентство», 2008. – 352 с.
6. Беш Л. В. Алергічний марш: перспективи профілактики і прогнозу / Л. В. Беш. – Львів : Каменяр, 2010. – 68 с.
7. Беш Л. В. Atopічний дерматит у дітей / Л. В. Беш // Здоровье ребенка. – 2012. – № 2. – С. 37.
8. Беш Л. В. Atopічний дерматит у дітей: аналіз діагностичних і тактичних помилок / Л. В. Беш // Здоров'я України. – 2013. – Тематичний номер, алергологія. – С. 52–53.
9. Беш Л. В. Atopічний дерматит у дітей: прості відповіді на складні запитання / Л. В. Беш // Здоров'я України. – 2009. – Тематичний номер, грудень. – С. 21–23.
10. Беш Л. В. Atopічний дерматит у дітей: сучасний погляд на проблему / Л. В. Беш // Здоровье ребенка. – 2012. – № 8. – С. 43.

11. Дюбкова Т. П. Современное представление о патогенезе атопического дерматита у детей / Т. П. Дюбкова // Медицинские новости. – 2006. – № 12. – С. 28.
12. Зайков С. В. Атопичний дерматит у дітей / С. В. Зайков // Дитячий лікар. – 2010. – № 2, квітень. – С. 51–58.
13. Зайков С. В. Діагностика псевдоалергічних та істинних алергічних реакцій / С. В. Зайков // Новості медицини і фармації. – 2011. – Тематичний номер, алергологія і пульмонологія. – С. 380.
14. Зайков С. В. Сучасні підходи до лікування атопічного дерматиту (лекція) / С. В. Зайков // Клиническая иммунология, аллергология, инфектология. – 2008. – № 4 (15), червень. – С. 36–43.
15. Зубаренко А. В. Атопический дерматит, концепция эффективной терапии / А. В. Зубаренко, О. А. Портнова // Здоровье ребенка. – 2009. – № 3. – С. 18.
16. Зубаренко А. В. Атопический дерматит: современные подходы на этиопатогенез, клинику и диагностику заболевания / А. В. Зубаренко, О. А. Портнова // Здоровье ребенка. – 2008. – № 5. – С. 15.
17. Коган Б. Г. Атопичний дерматит: акцент на безпечності лікування / Б. Г. Коган // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2013. – № 1. – С. 81–89.
18. Лапшин В. Ф. Специфическая иммунотерапия атопических заболеваний / В. Ф. Лапшин, Т. Р. Уманец // Новости медицины и фармації. – 2010. – Тематический номер, аллергология и иммунология. – С. 322.
19. Лапшин В. Ф. Перинатология и педиатрия / В. Ф. Лапшин, С. Ю. Матвеева, Л. М. Тжердж. – 2013. – № 3 (55). – С. 43–47.
20. Ласиця О. Л. Алергологія дитячого віку / О. Л. Ласиця, Т. С. Ласиця, С. М. Недільська. – К. : Книга плюс, 2004. – С. 80–106.
21. Про затвердження Протоколів діагностики та лікування алергологічних хвороб у дітей : наказ МОЗ України № 767 від 27.12.2005 р. / Міністерство охорони здоров'я України. – К., 2005. – 35 с.
22. Недельская С. Н. Лечение атопического дерматита в острый период / С. Н. Недельская, И. В. Солодова, В. И. Мазур // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2008. – № 3. – С. 64–67.
23. Охотнікова О. М. Педіатричні аспекти атопічного дерматиту / О. М. Охотнікова // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – № 4, грудень. – С. 27–33.
24. Педіатрія – національний підручник / [О. Є. Абатуров, Ю. Г. Антипкін, Г. В. Бекетова та ін.] ; за ред. В. В. Бережного. – К. : Міністерство охорони здоров'я України, асоціація педіатрів України, 2013. – Т. 1. – С. 498–519.
25. Тяжка О. В. Застосування вітаміну D у комплексній терапії дітей з алергічними захворюваннями та його кількісна динаміка у крові в різні періоди хвороби / О. В. Тяжка, З. В. Сельська // Здоровье ребенка. – 2013. – № 8. – С. 51.
26. Тяжка О. В. Нові можливості в прогнозуванні розвитку та тяжкості перебігу атопічного дерматиту та бронхіальної астми у дітей / О. В. Тяжка, Ю. О. Савенко // Міжнародний журнал педіатрії, акушерства і гінекології. – 2012. – № 2. – С. 17–20.
27. Атопический дерматит у детей: оптимизация противозудной терапии / Т. Р. Уманец, В. Ф. Лапшин, Л. М. Тжердж, С. Ю. Матвеева // Перинатология и педиатрия. – 2013. – № 3 (55). – С. 43–47.
28. Шумна Т. Є. Сучасні погляди на лікування та профілактику алергічних захворювань у дітей / Т. Є. Шумна // Здоровье ребенка. – 2011. – № 6. – С. 33.
29. Bieber T. Atopic dermatitis / T. Bieber // National English Med. Journal. – 2008. – № 358. – P. 83–94.
30. International consensus conference on atopic dermatitis II (ICAAD II): clinical update and current treatment strategies / C. Ellis, T. Luger, D. Abeck [et al.] // British Journal of Dermatology. – 2003. – Vol. 148 (Suppl. 63). – P. 3–10.
31. Ring J. Handbook of Atopic Eczema, 2nd ed. / J. Ring, B. Przybilla, T. Ruzicka // Springer. – Heidelberg, 2005.
32. Ruby Pawankar, Giorgio Walter Canonica, Stephen T. Holgate, Richard F. Lockey. On behalf of the World Allergy Organization (WAO), the authors of the WAO White Book on Allergy 2011-2012: Executive Summary express their gratitude to the charity, Asthma, Allergy, and Inflammation Research (AAIR) for support in the production of this publication. United States of America. – 2012. – 220 p.
33. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis // Dermatology. – 1993. – Vol. 186 (1). – P. 23–31.

Отримано 11.02.15