

# АЛЕРГІЯ У ДИТИНИ

№ 33-34

Львів  
Липень 2024 р.



Olena Zubach

# АЛЕРГІЧНИЙ КОНТАКТНИЙ ДЕРМАТИТ : ПРИЧИНИ, КЛІНІЧНІ ПРОЯВИ, ЛІКУВАННЯ

**Контактний дерматит (КД)** – запальне захворювання шкіри, яке в гострій фазі перебігає з утворенням еритеми і везикул, а у хронічній фазі проявляється сухістю і потовщенням шкіри (ліхенізацією).

КД реєструють у 2-10% населення і у 15-20% хворих на дерматологічну патологію. Розрізняють алергічний та іритантний типи захворювання.

**Іритантний контактний дерматит (ІКД)**, на який припадає 80% усіх випадків КД, розвивається за неімунним механізмом, переважно в дорослих, після контакту з причинно-значущими агентами, які спричиняють ушкодження епідермальних кератиноцитів.

**Алергічний контактний дерматит (АКД)** - 20% усіх випадків КД, розвивається за механізмом гіперчутливості сповільненого типу після попередньої сенсibiлізації до алергену. Для розвитку цієї реакції гаптен (алерген) зв'язується з білком і індукує Т-опосередковану відповідь. Повторний вплив алергену сприяє міграції алерген-специфічних Тклітин до шкіри та призводить до запалення в зоні контакту. Понад 3 тис. хімічних речовин є причиною алергічного контактного дерматиту, і частота його збільшується з віком. Клінічні симптоми АКД імітують інші дерматози, включаючи атопічний дерматит, тому діагностика є складною. Відповідно до звіту експертів Американської академії дерматології з 13 мільйонів пацієнтів, які звернулися за медичною допомогою, 33,5% були діти віком від 0 до 17 років з АКД. В 11 державах Європи з 2002 до 2010 років патч-тестування пройшли 6708 дітей від 1 до 16 років, і 37% мали позитивний результат. Аналогічні показники поширеності контактної алергії отримано під час обстеження дітей до 16 років у Сингапурі в період 2007-2020 р.р. За останні десять років науковими дослідженнями доведено, що контактна алергія у дітей зустрічається часто як у ранньому, так і старшому віці. Поширеність контактної алергії в загальній популяції становить 21,8% серед жінок і 12% серед чоловіків. Расові особливості розвитку АКД залишаються спірними.

**До розвитку АКД можуть призвести:**

- метали і солі металів, органічні розчинники, мийні засоби, детергенти, кислоти;

- біологічні агенти або хімічні речовини, що містяться в рослинах;

- інші хімічні речовини та медикаментозні препарати;

- місцеве застосування медикаментозних препаратів, парфумерних і косметичних засобів.

**Частіше викликають алергічний контактний дерматит у дітей:**

**Нікель** - метал сріблястого кольору використовують у виробництві біжутерії, ременях, джинсових застібок, ключах, іграшках. Дерматит виникає на місці контакту (дерматит пупкової зони, мочок вух тощо.); описано випадок АКД лица, викликаний музичним інструментом, до складу якого входив нікель. Частіше описується АКД у разі користування мобільним телефоном.

**Кобальт** – міститься в біжутерії, шкірних виробках, макіяжі, синій емалевій фарбі. Кобальт може входити до складу штучних суглобів, сплавів для зубних імплантів, мультівітамінів, у яких є В12 (кобальт є основним компонентом В12).

**Тимеросал** – консервант на основі ртуті; використовувався у вакцинах, зараз вилучений, рідкісний компонент у щоденних продуктах, рідко використовується в офтальмологічних розчинах;

**Золото** – часто бачимо позитивні тести, але нечасто є алергеном через низьку концентрацію. Метилізоазолінон – консервант, що запобігає бактеріальному, грибному, вірусному забрудненню засобів особистої гігієни і входить до складу шампунів, кондиціонерів, пральних порошоків, мила, лаку для нігтів, шкільного клею, побутових і промислових фарб.

**Формальдегід** – консервант, який використовується у засобах гігієни, побутових очисних порошках, клею. Класифікований FDA США як канцероген.

**Неоміцин** – місцевий антибіотик; може дати перехресну реакцію з системними аміноглікозидами, бацитрацином, який міститься в мазах. Мупірацин або ретапамулін є безпечним варіантом для пацієнтів з КД на неоміцин і бацитрацин. Використовується для місцевого лікування шкірних, очних, вушних інфекцій.

**Бацитрацин** – місцевий антибіотик; який часто використовують для обробки післяопераційних і травматичних ран як у медичних закладах, так і само-

стійно пацієнтами. Спричиняє не тільки АКД, кропив'янку, але й анафілактичний шок.

**Перуанський бальзам** – суміш різних ароматичних сполук, маркер алергії на аромати у дітей. Продукти з високим вмістом перуанського бальзаму: шкірка цитрусових, кетчупи томатні, харчові ароматизатори (ваніль, кориця, гвоздика), кола, лікери (вермут). Вживання бальзаму може призвести до генералізованого дерматиту. Існують повідомлення про системні реакції на вживання томатного кетчупу, печива для прорізування зубів зі смаком ванілі.

**Пропіленгліколь** – емульгатор, консерватор, допоміжна речовина в різних засобах особистої гігієни та місцевих ліках, включаючи топічні ГКС мазі, продуктах харчування, пероральних ліках. Додають до готової їжі як зволожувач, глазурувальний агент. Міститься у розфасованому хлібі, борошняних виробках, десертах і закусках, морозиві, готових стравах фаст-фуду, які дуже люблять діти.

**Ароматизатори** – найпоширеніші алергени у дітей; наявні у засобах гігієни, дезодорантах, мийних засобах, сонцезахисних кремах, ефірних оліях. Натуральні і синтетичні ароматизатори однаково часто викликають алергію. Алергія на запахи, що передаються повітрям через дифузори, спреї, пахощі, свічки, проявляється на відкритих ділянках тіла, голові, шиї.

**Гідропероксиди ліналоолу** – природний ароматизатор; є компонентом натуральних і синтетичних ароматизаторів: лаванда, бергамот, ясмінь, рожеве дерево. Поширеність алергії до ліналоолу серед дітей швидко зростає.

**Метилізоазолінон** – консервант, який запобігає вірусному, бактеріальному та грибному забрудненню засобів особистої гігієни. Консервант на водній основі багатьох продуктів: шампуні, мило, лак для нігтів, кондиціонери, пральні порошки, вологі серветки, побутові та промислові фарби.

**Форми алергічного контактного дерматиту:**

**Алергічний контактний дерматит** проявляється у гострій, підгострій або хронічній формі. Рецидив і персистення гострого дерматиту може призвести до підгострих і хронічних уражень шкіри.

**Загальні ознаки:** сверблячі, еритематозні, лускаті плями та бляшки на ділянці шкіри, яка контактує з потенційним алергеном. У дітей з добре пігментованою шкірою еритема може виглядати темно-брунатою, фіолетовою або рожево-червоною, як і у дітей зі слабо пігментованою шкірою. Дерматит часто екскоріюваний.

Локалізацією ураження є руки, лице, повіки та геніталії. Процес може поширюватися від основного місця контакту зі шкірою «причинної» хімічної речовини до віддаленого місця через випадковий контакт із нею.

Ділянки шкіри голови, долонь і підшов мають товщу шкіру, тоді як повіки, лице та геніталії – тоншу, що чутлива до контактних алергенів. Руки є найпоширенішою первинною ділянкою тіла, залученою до розвитку АКД, який зазвичай проявляється локалізованим дерматитом без везикул на перетинках пальців, що поширюється на дорсальну і вентральну поверхні, тильну частину рук, долоні і тканини великого пальця.

АКД зазвичай проявляється у вигляді чітко обмежених бляшок і везикул, що охоплюють тильну поверхню кистей, пальців і зап'ястя, рідше – долоні. Поширення дерматиту може слугувати підказкою щодо джерела хімічної речовини, що спричинила дерматит.

**Гострий АКД** – еритема, везикули або були з серозним вмістом, утворенням кірки, набряком.

**Підгострий/хронічний АКД** – еритема, лущення, ліхеніфікація, може проявлятися поєднанням вищезгаданих ознак.

**Системний контактний дерматит** – виникає у пацієнтів після повторного контакту з алергеном, який має системний вплив (через ковтання, в/в, п/ш введення, інгаляцію). Починається з ізольованого дерматиту рук або повік, потім у вигляді генералізованої або дифузної екзематозної висипки як відповідь на системну дію алергена. Зустрічається рідше, ніж локальний процес. Хронічний АКД проявляється у вигляді еритематозних і сверблячих уражень із ліхеніфікацією, лущенням і тріщинами. Частіше викликають системний контактний дерматит нікель, кобальт, перуанський бальзам, пропіленгліколь, дисперсні барвники.

#### **Унікальні клінічні сценарії**

**Пелюшковий алергічний контактний дерматит** викликається у більшості випадків подразненням ріднин організму, що сприяє порушенню кислотної мантії та мацерації шкіри, але може виникнути за рахунок дії матеріалу для підгузків, серветок. Для підгузків доказових досліджень цього факту

немає. Тільки одне дослідження довело, що більшість кремів, серветок для підгузків містять потенційно алергенні компоненти: ароматизатори, пропіленгліколь, перуанський бальзам, ланолін, рослинні екстракти й інші консерванти. Компоненти сучасних підгузків (еластичні стрічки, клейкі смужки, кольорові барвники, ароматизатори) можуть викликати дерматит, а також прискорювачі каучуку (меркаптобензотіазол) і сповільнювачі (циклогексилтіофталімід).

**Дерматит на сидінні унітаза** – виникає у дітей, які вже не носять підгузки і привчені до горщика або унітаза. Дерматит виникає у вигляді букви «U» й охоплює верхню частину сідниць, поширюється на задньо-верхню частину стегон з двох боків. Частіше спровокований тривалим сидінням на унітазі, очищеному агресивними хімічними речовинами, рідко є алергічним. Повідомлялося про кілька випадків дерматиту на лак, фарбу і деревину.

#### **Місцево-специфічний дерматит:**

**Руки та стопи** – поширеними алергенами були нікель, кобальт, ланолін, метилізотіазолінон, ароматизатори. Зареєстровані випадки екземи рук на каніфоль, суміш складноцвітих, каучук. Алергію на каучук слід ураховувати у разі стійкого дерматиту стоп.

**Гомілка** – дерматит гомілки можуть спричинити гума, пластмаса спортивного спорядження, частіше має подразню природу, окремі випадки – алергічну. Новим алергеном є ацетофенон азин, який міститься у етилвінілацетатній піні спортивного спорядження і взуття.

**Лице та повіки** – постійний дерматит повік, лица свідчить про алергію, а у разі сезонних коливань слід виключити алергію на пилок рослин родини Compositae.

**Сідниці та стегна** – контактний дерматит виникає через подразники або алергени на сидіннях, підгузках.

#### **Діагностика алергічного контактного дерматиту**

**Анамнез** – детальний анамнез за пораду правильного діагнозу. Розуміння діяльності та впливу зовнішніх факторів (дитячий садок, школа), хобі та розважальні заклади, заняття у позачас, вихідні дні; як «хвороба» реагує на лікування, сезонні коливання.

**Клінічне обстеження:** повний огляд шкіри.

**Біопсія шкіри** – не є обов'язковою, але корисна для діагностики, особливо у разі сумнівного діагнозу.

**Гістологія шкіри:** типова гістологічна ознака АКД- спонгіозний дерматит. (епідермальний набряк у разі гострого перебігу залежно від тяжкості) і акантоз (у разі хронічного АКД), еозинофілія

може бути наявна, але не є специфічною діагностичною ознакою; мікроабсцеси клітин Лангерганса виявляються, але також не є специфічними.

**Імуногістохімічне й імунофлюоресцентне дослідження не є необхідними для встановлення діагнозу.**

**Патч-тест – золотий стандарт діагностики** проводиться як у дорослих, так і у дітей, можна проводити у немовлят (за показаннями з 3 місяців).

**Техніка тестування:** алергени наносимо на спину і залишаємо на 48 годин; деякі дослідники залишають на 24 години, щоб зменшити ризик подразнення і сильних реакцій. Патчі можливо закріпити додатковою тканинною стрічкою, використовують пластикові камери Фінна, замість алюмінієвих, через ризик контактного дерматиту та найбільш поширені алергени у дітей. Педіатрична серія – скорочена версія базового ряду. Єдиною схваленою системою є тонкошаровий швидкий нашірний тест (TRUE). Містить 38 алергенів. Немовлятам кількість тестів обмежена площею спини дитини.

**Проводячи апікаційні проби (патч-тести),** потрібно дотримуватися таких принципів:

тестування виконується тільки в період ремісії контактного дерматиту, бажано через 1 місяць після усунення його загострення;

тестування виконується на шкірі верхньої або середньої третини спини, рідше – на шкірі передпліччя (у підлітків та дорослих);

тестовані речовини залишаються на шкірі протягом 48 годин;

через 48 годин алергени видаляють і за 20-30 хвилин оцінюють результати;

додаткова оцінка результатів може проводитися через 72, 96 і 120 годин після розміщення патч-тестів.

#### **Диференціальна діагностика**

**Атопічний дерматит** – найпоширеніший дерматит у дітей; проявляється на згинах, має типові, відповідно віку дитини, прояви. У 20% дітей з АД є супутній алергічний контактний дерматит.

**Подразний контактний дерматит** – морфологічно подібний, але частіше проявляється місцевими змінами: поколюванням, печією і спричиняють подразнення при частому облизуванні губ, митті рук або хімічному впливі.

**Псоріаз** – клінічні прояви розташовані на розгинальних поверхнях; товсті, сріблясті, слюдяні лусочки, кровоточать у разі травми (синдром Ауспіца).

**Секорейний дерматит** – жирні товсті лусочки, частіше на шкірі голови, навколоносових складок, післявушної частини голови, брів та центральної частини грудей. У новонароджених і

немовлят може уражати інтригінозну шкіру, шкіру під підгузками, голови.

#### Лікування алергічного контактної дерматиту

**Уникати контакту з алергенами** - основа лікування АКД. Лікарям слід консультивати батьків/опікунів щодо стратегії обмеження. У більшості пацієнтів перебіг АКД поліпшується після 6-8 тижнів, але іноді слід уникати контакту до 16 тижнів.

Для дерматиту, клініка якого зберігається після усунення алергенів, слід: переглянути ревалентність патч-тестів; розглянути системний вплив дії алергену (нікель, харчові барвники, добавки).

**Дієта з низьким вмістом нікелю** (у разі позитивної реакції). Виключають цільні зернові (пшениця та овес), горіхи, насіння, молюски, квасолю і горох, шоколад.

**Місцеві інгібітори кальциневрину** — місцеві інгібітори кальциневрину: такролімус 0,03% і пімекролімус 1% є нестероїдними імуномодулювальними агентами, які не викликають атрофії шкіри або інших побічних ефектів, спричинених кортикостероїдами. Їх можна використовувати як альтернативу місцевим кортикостероїдам для лікування легкого та середнього ступенів тяжкості КД, що включає лице, повіки, шию і шкірні складки. Спосіб застосування: такролімусову мазь і пімекролімусовий крем наносять двічі на день на уражені ділянки шкіри. Застосування у немовлят – не за призначенням. Побічні ефекти: тимчасова печія.

**Кризоборол 2%** - місцевий інгібітор фосфодіестерази 4 (FDE4) виготовлений на основі бору, схвалений для лікування КД легкого і помірного ступенів тяжкості у дорослих і дітей >3 міс двічі на день, 28 днів. Побічні ефекти: печія і поколювання.

**Руксолітиніб 1,5%** - місцевий інгібітор кінази Януса (JAK1/2) використовується у разі легкого та помірного КД у дітей старше 12 років двічі на день (max 60 г на тиждень). Площа нанесення не повинна перевищувати 20%. Побічні дії: печія, свербіж, ГРВІ, біль голови.

**Дельгоцитиніб 0,5% мазь** – місцевий інгібітор рап JAK. Використовується у дорослих у разі легкого та помірного КД.

Медикаментозне лікування використовують для швидкого контролю симптомів. Наукові дані щодо лікування АКД у дітей обмежені, базуються на принципах лікування atopічного дерматиту і включають місцеві кортикостероїди, інгібітори кальциневрину, місцеві інгібітори фосфодіестерази 4 (PDE4), місцеві інгібітори янус-кінази (JAK) і системні імунодепресанти (системні глюкокортикостероїди, цитостатики) з урахуванням гостроти і тяжкості перебігу.

**Гострий алергічний контактний дерматит (локалізований)** - використовують місцеві ГКС середньої або сильної дії один-два рази на добу протягом двох-чотирьох тижнів з урахуванням віку та ураженої ділянки. Місцеві ГКС слабкої дії використовують у маленьких діточок і на чутливих ділянках. У разі тривалого лікування використовують місцеві інгібітори кальциневрину (більше 4 тижнів), особливо, на лиці. Місцеве застосування руксолітинібу може бути альтернативою місцевим ГКС у лікуванні дітей старше 12 років і при запаленні шкіри до 20% поверхні тіла і не менше 60 г на тиждень. Кризоборол 2% - місцевий інгібітор фосфодіестерази (PDE4) схвалено у дітей із 3 місяців, але у частин з них виникають печія, поколювання під час застосування. Використовується двічі на день, курс лікування - 28 днів.

**Важкий або поширений гострий алергічний контактний дерматит** – такі пацієнти потребують використання системних ГКС: преднізолону у дозі 1-2 мг/кг/день протягом 14-21 дня з поступовим зменшенням дози з урахуванням тяжкості та відповіді на лікування(2С).

**Підгострий/хронічний алергічний контактний дерматит**- потребує тривалого місцевого лікування. В окремих випадках застосовується системна терапія ГКС.

Дупілумаб - людське моноклональне антитіло, зв'язується з рецептором IL4, пригнічує передачу сигналів IL4, IL13 цитокінів Th2 типу, використовують за неефективності цитостатиків у дітей > 6 міс., доза залежить від маси тіла. Повна доза вводиться підшкірно один раз на 2-4 тижні до зникнення клінічної симптоматики, навантажування дози не потребує, місцева терапія не відміняється. У США використовується у дітей з 6 міс. і дорослих, у Канаді - у дорослих і дітей старше 6 років. Має сприятливий профіль безпеки і може використовуватися тривалий час, але наукових даних недостатньо.

У дітей обмежені дані щодо медикаментозного лікування: PUVA-терапія (фототерапія); азатиоприн і циклоспорин; системні ГК (доцільність їх застосування є спірною); пероральні ретиноїди; дієтотерапія з низьким вмістом нікелю; алерген-специфічна імунотерапія стандартизованими алергенами нікелю (доцільність є спірною) та латексу (в ремісії).

**Прогноз.** Уникнення визначених алергенів є найкраще лікування. Якщо стан пацієнта не поліпшився протягом 6-12 місяців уникання алергену, слід продовжити діагностичний пошук.

Навчання пацієнтів і рідних дитини є основним у профілактиці АКД.

#### ФОТОГАЛЕРЕЯ



Рис. 1. Простий контактний дерматит у місці інтенсивного тертя антицелюлітною щіткою \*



Рис.2. Атопічний дерматит \*



Рис.3. Атопічний дерматит, екскоріації \*

\* АТЛАС З ДИТЯЧОЇ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ. Електронний наочний посібник для курсантів післядипломної освіти зі спеціальності «Дитяча дерматовенерологія». Запоріжжя, 2023. УДК 616.5-053.2(084.4+075.8)